Elimina la filigrana digital ahora

RAMA JUDICIAL

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

CONSTANCIA

Se corre traslado a las partes del dictamen pericial rendido por la parte demandada. Se fija por el término de tres (3) días. Corriendo los días 4, 5 y 8 de marzo de 2021

EDWARD OCHOA CABEZAS

Secretario

RAD : 2015-00132

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

CALI- VALLE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CUADERNO No. 1-B.

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (VERBAL).

DEMANDANTE: JHON JEINYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS.

pdfelement

APODERADA: Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ.

DEMANDADO: SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION Y OTROS.

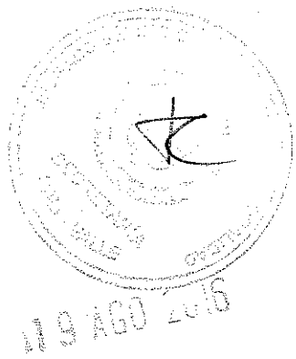
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

C.U.N.=76001-31-03-007-2015-00132-00

RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

Señor
JUEZ SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.



Referencia: **PODER ESPECIAL**

PROCESO: **VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA**

DEMANDANTE: **JHON JEINNYS PAPAMIJA**
NOREIDY ACEVEDO CARDONA
MERY CARDONA PEREZ
JOSE HEBERTO ACEVEDO
ELBER ACEVEDO CARDONA
JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA

DEMANDADO: **DOCTORA CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ AREVALO**
SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS
Y OTROS

RADICACIÓN: 2015-732-00

CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ AREVALO, mayor de edad, vecina de Cali Valle, identificada con la C.C. No. 31.969.016 de Cali Valle, en mi calidad de demandada en el proceso de la referencia, me permito manifestar por medio del presente escrito que confiero **PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente al Abogado **ALONSO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**, mayor, vecino de Cali, identificado con la C.C. No. 6.382.751 expedida en Palmira (Valle), Abogado Titulado, portador de la Tarjeta Profesional No. 182.185 del Consejo Superior de la Judicatura, para que me represente dentro de la presente acción **VERBAL DE MAYOR CUANTÍA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA** iniciada en mi contra, hasta su culminación.

Mi apoderado queda revestido de todas las facultades dispositivas y de gestión de conformidad determinadas en el artículo 70 del Código de Procedimiento Civil hoy artículo 77 del Código General del Proceso, especialmente para prestar en mi nombre objeción al juramento estimatorio de las pretensiones de la demanda, tachar testigos y documentos, retirar oficios, circulares, conciliar, transigir, desistir, renunciar, sustituir, reasumir este poder en todo o en parte y revocar dichas sustituciones, representarme en mi ausencia en la audiencia de conciliación de ser el caso, recibir para sí el valor de las costas, y en general para realizar las diligencias necesarias para el fiel cumplimiento de este mandato.

Atentamente.

CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ AREVALO
C.C. No. 31.969.016 de Cali Valle

Acepto:

ALONSO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
CC 6.382.751 de Palmira (Valle)
T.P. No. 182185 del C.S. de la J

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: arodriguez@vanjure.com
Web: www.vanjure.com

Elimina la filigrana digital ahora

03

18 NOTARIA

NOTARIA DIECIOCHO DE CALI
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

19/08/2016

comparecio ante mi,

CLARA INES GUTIERREZ DE PENAGOS

NOTARIA 18 DEL CIRCULO DE CALI- ENCARGADA

concurriendo a la sede notarial, quien dijo llamarse :

CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO

[redacted]

y se identificó con :

C.C. 31.969.016

y manifestó que el anterior documento es cierto y verdadero y que la firma y la huella que aparecen son suyas:



El Declarante

Huella Indice Derecho

CLARA INES GUTIERREZ DE PENAGOS
NOTARIA 18 DEL CIRCULO DE CALI - ENCARGADA

CAROLINA MARIN VARGAS

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

TURNOS URGENCIAS PEDIATRIA Y REFUERZO PISO
FEBRERO 2013

Pediatras que estaban de turno en el servicio de urgencias con Chavez Natalia el 12 y 14 Febrero de 2013.

	4		5		6		7	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO		PALACIOS		BRAVO		MONTES	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ	LOPEZ	MONTES	ZAM-PAR	BRAVO	GONZALEZ
NOCHE			CASTELO		PALACIOS		MONTES	
	11		12		13		14	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO		PALACIOS		CASTELO		PALACIOS	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ	LOPEZ	PALACIOS	ZAM-PAR	GONZALEZ	BOLAÑOS
NOCHE	HERRERA		BOLAÑOS		E.PARDO		BRAVO	
	18		19		20		21	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO		PALACIOS		BRAVO		MONTES	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ	LOPEZ	MONTES	ZAM-PAR	BRAVO	GONZALEZ
NOCHE			CASTELO		PALACIOS		MONTES	
	25		26		27		28	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES			
MAÑANA	PARDO		PALACIOS	LOPEZ	CASTELO		PALACIOS	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ		PALACIOS	ZAM-PAR	GONZALEZ	BOLAÑOS
NOCHE	HERRERA		BOLAÑOS		E.PARDO		BRAVO	

PRINCIPAL	PISO	PRINCIPAL	PISO	PRINCIPAL	PISO
1		2		3	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	CASTELO	CHAVEZ-NAT	CASTELO	CHAVEZ-NAT
MONTES	PALACIOS	CASTELO		CASTELO	
PALACIOS		HERRERA		HERRERA	
8		9		10	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	PALACIOS	LOPEZ-PAR	PALACIOS	LOPEZ-PAR
E.PARDO	PALACIOS	PALACIOS		PALACIOS	
CASTELO		BRAVO		BRAVO	
15		16		17	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	E.PARDO	MERA	E.PARDO	MERA
MONTES	PALACIOS	E.PARDO		E.PARDO	
MONTES		BOLAÑOS		BOLAÑOS	
22		23		24	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	GONZALEZ	CHAVEZ-ROD	GONZALEZ	CHAVEZ-ROD
E.PARDO	PALACIOS	GONZALEZ		GONZALEZ	
HERRERA		MONTES		MONTES	

Dra Gonzalez Servicio Hospitalizacion febrero 14, 21 y 28
Servicio urgencias febrero 12, 19 y 26.

TURNOS URGENCIAS PEDIATRIA Y REFUERZO PISO
MARZO 2013

	4		5		6		7	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO	ZAM	PALACIOS		BRAVO		MONTES	
TARDE	PALACIOS		GONZALEZ	LOPEZ	MONTES	ZAM-PAR	BRAVO	GONZALEZ
NOCHE			CASTELO		PALACIOS		MONTES	
	11		12		13		14	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO		PALACIOS		CASTELO		PALACIOS	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ	LOPEZ	PALACIOS	ZAM-PAR	GONZALEZ	BOLAÑOS
NOCHE	HERRERA		BOLAÑOS		E.PARDO		BRAVO	
	18		19		20		21	
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES	
MAÑANA	PARDO		PALACIOS		BRAVO		MONTES	
TARDE	PALACIOS	ZAM	GONZALEZ	LOPEZ	MONTES	ZAM-PAR	BRAVO	GONZALEZ
NOCHE			CASTELO		PALACIOS		MONTES	
	25		26		27		28	
	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES	
MAÑANA	BRAVO	ROD-ZAM	PALACIOS		CASTELO		BRAVO	CHAVEZ
TARDE	BRAVO		GONZALEZ	LOPEZ	PALACIOS	ZAM-PAR	BRAVO	
NOCHE	PALACIOS		BOLAÑOS		E.PARDO		HERRERA	

1		2		3	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	BOLAÑOS	CHAVEZ-NAT	BOLAÑOS	CHAVEZ-NAT
MONTES	PALACIOS	BOLAÑOS		BOLAÑOS	
E.PARDO		CASTELO		CASTELO	
8		9		10	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	BRAVO	LOPEZ-PAR	BRAVO	LOPEZ-PAR
E.PARDO	PALACIOS	BRAVO		BRAVO	
BOLAÑOS		PALACIOS		PALACIOS	
15		16		17	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	HERRERA	MERA-BOLAÑOS	HERRERA	MERA-BOLAÑOS
MONTES	PALACIOS	HERRERA		HERRERA	
GONZALEZ		E.PARDO		E.PARDO	
22		23		24	
VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
HERRERA	CHA-MERA	MONTES	CHAVEZ-ROD	MONTES	CHAVEZ-ROD
E.PARDO	PALACIOS	MONTES		MONTES	
BRAVO		GONZALEZ		GONZALEZ	
29		30		31	
VIERNES		SABADO		DOMINGO	
BRAVO	CHAVEZ	E.PARDO	CHAVEZ-NAT	E.PARDO	CHAVEZ-NAT
BRAVO		E.PARDO		E.PARDO	
HERRERA		BOLAÑOS		BOLAÑOS	

Pediatría

Elimina la filigrana digital ahora

Clínica Cali Norte
CORPORACION IPS SALUDCOOP

FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

ESPECIALIDAD PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

MARISOL PALACIOS CORDOBA
32.790.808

DIA	CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	ESTIVAS # HOR	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16								1PM-7PM		6				
17				1PM-7PM	6		7AM-1PM			6				
18				7AM-7PM	12									
19							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
20														
21								1PM-7PM		6				
22							7AM-1PM			6				
23									7PM-7AM	4	8			
24														
25														
26														
27														
28								1PM-7PM		6				
29							7AM-1PM			6				
30								1PM-7PM		6				
31				1PM-7PM	6		7AM-1PM			6				
1				1PM-7PM	6				7PM-7AM	4	8			
2														
3														
4								1PM-7PM		6				
5							7AM-1PM			6				
6									7PM-7AM	4	8			
7														
8				1PM-7PM	6									
9							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
10							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
11								1PM-7PM		6				
12							7AM-1PM			6				
13								1PM-7PM		6				
14							7AM-1PM			6				
15				1PM-7PM	6									

Total H con Ext: 0

Total H. Turnos Diurnos: 42

Total H Turnos noc y Fest: 0

Total H. Turnos Diurnos: 132

Total H Turnos noc y Fest: 24

Total Disponibilidad: 0

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO 11.484.000 $

Copia controlada

Elimina la filigrana digital ahora

Clinica Cali Norte — FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

FECHA SOLICITUD	2013 AÑO	ENERO-BEBRERO MES

CORPORACION IPS SALUDCOOP

ESPECIALIDAD: PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

CLAUDIA GONZALEZ

31.969.016

DIA	CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16														
17								1PM-7PM		6				
18				7AM-11AM	4				7PM-7AM	4	8			
19														
20							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
21														
22								1PM-7PM		6				
23														
24				1PM-7PM	6									
25														
26									7PM-7AM	4	8			
27									7PM-7AM	4	8			
28														
29								1PM-7PM		6				
30														
31								1PM-7PM		6				
1														
2														
3														
4							7AM-1PM			6				
5								1PM-7PM		6				
6														
7				1PM-7PM	6									
8														
9														
10														
11														
12							12-02	1PM-7PM		6				
13														
14				1PM-7PM	6		14-02							
15														

Total H con Ext	0	Total H. Turnos Diurnos	22	Total H. Turnos Diurnos	66	
					Total Disponibilidad	0
		Total H Turnos noc y Fest	0	Total H Turnos noc y Fest	24	

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO 6.496.000 $

Pdfelement

54

Elimina la filigrana digital ahora

Clinica Cali Norte — FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

CORPORACION IPS SALUDCOOP

ESPECIALIDAD — PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

KELLY BOLAÑOS
27.279.940

DIA	UCI PEDIATRICA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9				7AM-7PM	12									
10														
11														
12									7PM-7AM	4	8			
13														
14								1PM-7PM		6				
15														

Total H UCI: 0

Total H. Turnos Diurnos: 12

Total H Turnos noc y Fest: 0

Total H. Turnos Diurnos: 10

Total H Turnos noc y Fest: 8

Total Disponibilidad: 0

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO: 1.740.000 $

Pdfelement

5/5

Elimina la filigrana digital ahora

Clinica Cali Norte

CORPORACION IPS SALUDCOOP

FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

ESPECIALIDAD PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

MERCEDES PATRICIA CASTELO

34.545.346

DIA	CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16							7AM-1PM			6				
17														
18														
19														
20														
21														
22									7PM-7AM	4	8			
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30							7AM-1PM			6				
31														
1														
2							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
3							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
4														
5									7PM-7AM	4	8			
6														
7														
8									7PM-7AM	4	8			
9														
10														
11														
12														
13							7AM-1PM			6				
14														
15														

Total H con Ext 0

Total H. Turnos Diurnos 0

Total H Turnos noc y Fest 0

Total H. Turnos Diurnos 54

Total Disponibilidad 0

Total H Turnos noc y Fest 24

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO 4.524.000,0 $

Actualele ahora

Elimina la filigrana digital ahora

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

Clinica Cali Norte — FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

CORPORACION IPS SALUDCOOP

ESPECIALIDAD — PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

DIANA I. BRAVO

36.755.428

DIA	CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16														
17									7PM-7AM	4	8			
18														
19														
20														
21														
22														
23							7AM-1PM			6				
24								1PM-7PM		6				
25									7PM-7AM	4	8			
26														
27														
28														
29														
30														
31									7PM-7AM	4	8			
1														
2														
3														
4														
5														
6							7AM-1PM			6				
7								1PM-7PM		6				
8														
9									7PM-7AM	4	8			
10									7PM-7AM	4	8			
11														
12														
13														
14									7PM-7AM	4	8			
15														

Total H con Ext: 0

Total H. Turnos Diurnos: 0

Total H Turnos noc y Fest: 0

Total H. Turnos Diurnos: 48

Total H Turnos noc y Fest: 48

Total Disponibilidad: 0

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO: 5.568.000 $

Pdfelement

56

Elimina la filigrana digital ahora

Clinica Cali Norte
CORPORACION IPS SALUDCOOP

FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

ESPECIALIDAD PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

MERCEDES PATRICIA CASTELO
34.545.346

DIA	CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16							7AM-1PM			6				
17														
18														
19														
20														
21														
22									7PM-7AM	4	8			
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30							7AM-1PM			6				
31														
1														
2							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
3							7AM-1PM	1PM-7PM		12				
4														
5									7PM-7AM	4	8			
6														
7														
8									7PM-7AM	4	8			
9														
10														
11														
12														
13							7AM-1PM			6				
14														
15														

Total H con Ext 0

Total H. Turnos Diurnos 0

Total H Turnos noc y Fest 0

Total H. Turnos Diurnos 54

Total H Turnos noc y Fest 24

Total Disponibilidad 0

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO 4.524.000,0 $

Recuperado

54 4

Elimina la filigrana digital ahora

FECHA	2013	ENERO-BEBRERO
SOLICITUD	AÑO	MES

Clínica Cali Norte — FORMATO PARA REPORTE DE HORAS PRESTADORES DE SERVICIOS

CORPORACION IPS SALUDCOOP

ESPECIALIDAD — PEDIATRA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

KELLY BOLAÑOS

27.279.940

DIA	UCI PEDIATRICA		CIRUGIA	HOSPITALIZACION			OBSERVACION URGENCIAS					DISPONIBILIDAD		COORDINACION
				CLINICA CALI NORTE			HORARIO CLINICA			DIURNAS	NOCTURNOS Y	CLINICA = CALI		
	HORARIO	# DE HORAS	CLINICA	HORARIO	# HOR ORD.	# HOR FES	MAÑANA	TARDE	NOCHE	# HOR.	FESTIVAS # HO	HORARIO	# HOR.	HORARIO
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9				7AM-7PM	12									
10														
11														
12									7PM-7AM	4	8			
13														
14								1PM-7PM		6				
15														

Total H UCI: 0

Total H. Turnos Diurnos: 12

Total H Turnos noc y Fest: 0

Total H. Turnos Diurnos: 10

Total H Turnos noc y Fest: 8

Total Disponibilidad: 0

VALOR TORAL CUENTA DE COBRO: 1.740.000 $

Portafolio

Elimina la filigrana digital ahora

AUTORIZACION	ACTURA No	NOMBRE I.P.S.	CODIGO I.P.S.
		Clinica Cali Norte	830106376

NUM[illegible] CUENTA	CAMA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO IDENTIFICACION
36553036	Habitacion 435 -- Cama A	papamija	acevedo	kimberly	RC

No. IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	PLAN	GESTANTE	TRIMESTRE	OCUPACION	DIRECCION DEL PACIENTE	TEL
1104829490	4 años 8 meses 2 dias	F	POS Contributivo	SI ☐ NO ☐	I ☐ II ☐ III ☐	ESTUDIANTE	av 2B No-32 AN 42	3776804

FECHA Y HORA INGRESO	VIA DE INGRESO	FECHA Y HORA EGRESO	VIA DE EGRESO	DIAGNOSTICO DE LA COMPLICACION	ESTADO A LA SALIDA	CAUSA BASICA DE LA MUERTE (NOMBRE Y COD.)
14 02 2013 10 55	CIRUGIA PROGRAMADA	05 04 2013 08 12		CIE-VIGENTE	VIVO	CIE-VIGENTE

NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO	COD. CIE-VIGENTE	CAUSA EXTERNA	NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO	COD CIE-VIGENTE	CAUSA DE EGRESO
PRINCIPAL: Diarrea funcional	K 5 9 1	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL: Hidrocefalo obstructivo	G 9 1 1	DISCAPACITADO
RELACIONADO 1: Otros dolores abdominales y los no especificados	R 1 0 4		RELACIONADO 1		INCAPACIDAD No: 2040100000433988
RELACIONADO 2			RELACIONADO 2		INCAPACIDAD DESDE: 2 4 2013
RELACIONADO 3			RELACIONADO 3		HASTA: 2 6 2013

DATOS RN	FECHA NACIMIENTO	HORA NACIMIENTO	SEXO	PESO AL NACER	PESO EGRESO	TALLA	APGAR 5 min	EDAD GESTACIONAL	CONTROL PRENATAL
			M ☐ F ☐						SI DESDE 1o. TRIM. ☐ 2o. TRIM. ☐ 3o. TRIM. ☐ NO ☐

DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod.)	CAUSA MUERTE (Si ocurrio en las primeras 24 horas)	FECHA DE MUERTE RECIEN NACIDO
CIE-VIGENTE	CIE-VIGENTE	

RESUMEN DE LA HOSPITALIZACION

pdfelement

57/8 00

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Sede / Orden: *12 / 0000083689* **URGENTE** **Fecha:** *14/02/2013* **Médico:** *ANDRES COPETE*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *8*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *URGENCIAS* **Servicio:** *NA* **Ubicación:**
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *14/02/2013 12:59:50*

Sector: *HEMATOLOGIA*

CUADRO HEMATICO

SERIE BLANCA	
WBC:	***14.5 k/ul*** (4.1 - 13.0)
NEU%:	48.3 %N (2.5 - 70.0)
LYM%:	44.0 %1 (20.0 - 65.0)
MONO%:	6.5 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	***0.8 %B*** (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.4 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	7.02 K/uL (1.80 - 8.00)
LYM:	***6.39 K/uL*** (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	***0.95 K/uL*** (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.06 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.11 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	5.36 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	***14.55 g/dL*** (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	***44.35 %*** (33.00 - 42.00)
MCV:	***82.72 fL***
MCH:	27.14 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	32.81 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	10.71 %
PLAQUETAS	***460 K/uL*** (140 - 400)
MPV:	4.94 fl (0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

pdfelement

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 00 CLINICA ESIMED CALI NORTE

Sede / Orden: */ 0000166423* **URGENTE** **Fecha:** *20/02/2013* **Médico:** *JAMES SAMBRANO*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *14*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *HOSPITALIZADO* **Servicio:** *HOSPITALIZADO ADULTO* **Ubicación:** *439*
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *20/02/2013 15:49:20*

Sector: *HEMATOLOGIA*

CUADRO HEMATICO

SERIE BLANCA	
WBC:	12.3 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%:	67.0 %N (2.5 - 70.0)
LYM%:	28.6 %l (20.0 - 65.0)
MONO%:	3.4 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	***0.6 %B*** (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.4 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	***8.27 K/uL*** (1.80 - 8.00)
LYM:	3.52 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.42 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.05 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.07 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	4.70 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	13.24 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	37.94 % (33.00 - 42.00)
MCV:	***80.74 fL***
MCH:	28.17 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	34.89 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	10.61 %
PLAQUETAS	261 K/uL (140 - 400)
MPV:	4.84 fl (0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sector: *QUIMICA*

PROTEINA C REACTIVA: < 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 00 CLINICA ESIMED CALI NORTE

Sede / Orden: */ 0000166423* **URGENTE** **Fecha:** *20/02/2013* **Médico:** *JAMES SAMBRANO*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *14*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *HOSPITALIZADO* **Servicio:** *HOSPITALIZADO ADULTO* **Ubicación:** *439*
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *20/02/2013 15:49:20*

Sector: *HEMATOLOGIA*

CUADRO HEMATICO

SERIE BLANCA	
WBC:	12.3 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%:	67.0 %N (2.5 - 70.0)
LYM%:	28.6 %l (20.0 - 65.0)
MONO%:	3.4 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	***0.6 %B*** (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.4 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	***8.27 K/uL*** (1.80 - 8.00)
LYM:	3.52 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.42 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.05 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.07 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	4.70 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	13.24 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	37.94 % (33.00 - 42.00)
MCV:	***80.74 fL***
MCH:	28.17 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	34.89 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	10.61 %
PLAQUETAS	261 K/uL (140 - 400)
MPV:	4.84 fl (0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sector: *QUIMICA*

PROTEINA C REACTIVA: < 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 14 CIRUGIA

Sede / Orden: 14 / 0000008276 **URGENTE** **Fecha:** 21/02/2013 **Médico:** OSWALDO CORAL
Paciente: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY **Años:** 1 **M:** 2 **D:** 15
Identificación: RC: 1104829490 **Sexo:** Femenino **Teléfono:** 3776804
Tipo Paciente: HOSPITALIZADO **Servicio:** SALAS DE CIRUGIA **Ubicación:** CX
Convenio: SALUDCOOP **Entrada:** 21/02/2013 06:32:52

Sector: LIQUIDOS **Fecha de Validación:** 21/02/2013 10:01

LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO

COLOR:	ROJIZO
ASPECTO:	LIGERAMENTE TURBIO
LEUCOCITOS:	9 mm3
Polimorfonucleares:	0 %
Mononucleares:	100 %
HEMATIES:	2.560 mm3
Crenados:	0 %
Frescos:	100 %
GLUCOSA:	44 mg/dl
PROTEINAS:	26.4 mg/dl
OTROS :	TINTA CHINA NEGATIVA

Observacion:
NO SE OBSERVARON FORMAS COMPATIBLES CON CRIPTOCOCO

OBSERVACIONES:
Observacion: GRAM NO SE OBSERVARON GERMENES
ZIEL NELSEN (Bk) NO SE OBSERVO B.A.A.R.

pdfelement

No se encontró la ima

Dra. Gladys Yolanda James Alvear
Bact. P.U.J. C.C. 51.572.778
Validación: LIQUIDOS

Sector: MICROBIOLOGIA **Fecha de Validación:** 24/02/2013 09:54

Muestra: CULTIVO GERM COMUNES (AEROB)

Elimina la filigrana digital ahora

533

MUESTRA
Resultado: L.C.R.

CULTIVO GERMENES
Resultado: NEGATIVO A LAS 72 HRS DE INCUBACION

OBSERVACIONES
Resultado: --

No se encontró la ima

Eliana Fernanda Aguirre Bact. U.
Catolica CC. 66727385

Sucursal: 14 CIRUGIA

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 20 UCI NEONATAL

Sede / Orden: *20 / 0000010901* **URGENTE** **Fecha:** *21/02/2013* **Médico:** *CARMEN SOLORZA*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *15*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *HOSPITALIZADO* **Servicio:** *UCI NEONATAL* **Ubicación:**
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *21/02/2013 10:06:04*

Sector: *HEMATOLOGIA*

CUADRO HEMATICO

SERIE BLANCA	
WBC:	10.8 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%:	***74.6 %N*** (2.5 - 70.0)
LYM%:	***18.8 %l*** (20.0 - 65.0)
MONO%:	6.1 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	0.3 %B (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.2 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	***8.09 K/uL*** (1.80 - 8.00)
LYM:	2.04 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.67 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.02 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.04 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	***3.14 M/uL*** (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	***9.21 g/dL*** (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	***26.58 %*** (33.00 - 42.00)
MCV:	***84.71 fL***
MCH:	29.36 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	34.66 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	11.46 %
PLAQUETAS	172 K/uL (140 - 400)
MPV:	5.73 fl (0.00 - 99.90)
OBSERVACION	*

Observacion:

HEMOGLOBINA PROCESADA POR DUPLICADO.
EL RESULTADO PARA ESTE ANALITO PRESENTA UN CAMBIO SIGNIFICATIVO CON EL RESULTADO HISTORICO DE . SI ESTE NO COINCIDE CON LA HISTORIA CLINICA Y / O TRATAMIENTO, SE SUGIERE NUEVA MUESTRA PAR .

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Sector: *QUIMICA*

CALCIO:	8.84 mg/dL (8.40 - 10.50)
POTASIO:	3.71 mmol/L (3.50 - 5.10)
SODIO:	137.00 mmolL (135.00 - 145.00)

Sucursal: 20 UCI NEONATAL

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO
C.C. N. 31.969.016 DE CALI
FECHA DE NACIMIENTO: 15 DE ABRIL DE 1967
ESTADO CIVIL: SOLTERA
DIRECCION: CRA 65 No. 9-45 barrio Limonar – Cali
TELEFONOS: 332 77 04 / 332 77 16
CELULAR: 311 767 07 88

ESPECIALESTA EN PEDIATRIA
UNIVERSIDAD DEL VALLE – HUV
Santiago de Cali – Enero 2002 – 2005

MIEMBRO ACTIVO SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA
REGIONAL – VALLE DEL CAUCA
Enero 2005 hasta la fecha

ENTRENAMIENTO
PALS PEDIATRICO – AAP
Santiago de Cali – Julio 30/Julio 31/2016

REANIMACIÓN NEONATAL – AAP
Santiago de Cali – Julio 2-3/2004

DIPLOMADO
SALUD OCUPACIONAL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CALI
Febrero – Junio -2000

FORMACIÓN PROFESIONAL
MEDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD LIBRE
Santiago de Cali – 1988-1994

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

EXPERIENCIA

INTERNADO
CLINICA RAFAEL URIBE URIBE I.S.S.
HOSPITAL INFANTIL CLUB NOEL
1993/1994

RURAL
BASE NAVAL – BAHÍA MALAGA
BUENAVENTURA (Valle) 1995

CENTRO DE SALUD LUIS H. GARCÉS
MEDICO DE URGENCIAS
Julio 1996/ Julio 1997

pdfelement

CONSULTA MÉDICA
EDIF. CONSUMÉDICO CÓNSUL. 302
MEDICINA GENERAL – SALUD OCUPACIONAL
NOVIEMBRE 1996 – MAYO 1999

INST. SEGURO SOCIAL
CAB LA FLORA-PROG. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
PROGRAMA FAMILIA GESTANTE
PROGRAMA CRECIMIENTO Y DESARROLLO
PROGRAMA RECIEN NACIDOS
Agosto 1997 – Diciembre 2001

Elimina la filigrana digital ahora

18

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA
Enero 2002 – Enero 2005

COLSANITAS
CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR
CLINICENTRO DE CIUDAD JARDIN
PEDIATRIA- URGENCIAS (TEMPORAL)
Enero 11-2005

HOSPITAL INFANTIL CLUD NOEL
PEDIATRIA URGENCIAS
TURNOS NOCTURNOS PROGRAMADOS
Febrero 07 -2005

pdfelement

COMFANDI YUMBO
PEDIATRIA CONSULTA EXTERNA
Febrero 2005 a Mayo 2005

SALUD TOTAL
UNIDAD DE ATENCION PRIORITARIA
PEDIATRA – URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA
Mayo 12/2005 a Noviembre 30/2010

SALUCOOP CLINICA DEL NORTE
PEDIATRA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN
Mayo del 2005 hasta la fecha.

CENTRO MEDICO IMBANACO
PEDIATRA –URGENCIAS
Diciembre 2010 hasta la fecha

Elimina la filigrana digital ahora

19

REFERENCIAS PERSONALES

DR. ANTONIO MADRID
MEDICO PEDIATRA
HUV. Celular: 315 576 45 73

DR. ANDRES PARDO
MEDICO PEDIATRA
Scoop- Celular: 3155644274

DR. JHON MONTES
MEDICO PEDIATRA
Scoop- Celular: 3172615650

pdfelement

DRA. MARIA CONSUELO GONZALEZ G.
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Centro medico imbanaco – ciudad jardín.
Celular: 315 597 97 99

DR. JOSÉ MANUEL GONZALEZ A.
ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR Y TRANSPLANTES.
Centro Medico Imbanaco
Celular: 310 836 20 79

Elimina la filigrana digital ahora

TRIBUNAL DE
ÉTICA MÉDICA
DEL VALLE DEL CAUCA
Ley 23 de 1981

EL SECRETARIO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

HACE CONSTAR:

Que revisados los Libros Radicadores de procesos disciplinarios, NO SE ENCONTRÓ ANTECEDENTES SANCIONATORIO en contra de la Dra. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, con cédula de ciudadanía No. 31969016 de Cali y Tarjeta Profesional No. 76-306/96 de Ministerio de Protección Social, curse o haya cursado queja por violación a la Ley 23 de 1981, (Normas sobre de Ética Médica).

pdfelement

Dado en Santiago Cali, a los once (11) días del mes de Agosto del Dos mil dieciséis (2016).

TRIBUNAL DE ETICA ... Seccional Valle del ...

SR. JOHN JAIRO MOSQUERA C.
Secretario Administrativo

Calle 5, 38 D - 153, Oficina 202, Centro Comercial Imbanaco - PBX - 5589939
Email: temvalledelcauca@gmail.com - trib_eticamedica_valle@hotmail.com
http://www.temvalle.org
Santiago de Cali – Valle del Cauca

Elimina la filigrana digital ahora

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/08/2016 a las 07:39:38 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 31969016 y Nombres: GONZALEZ AREVALO CLAUDIA YANETH **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES** de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

pdfelement

Todos los derechos reservados 2011.

Elimina la filigrana digital ahora

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 85419511

WEB
07:52:16

Bogotá DC, 11 de agosto del 2016

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 31969016:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

parlement

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Elimina la filigrana digital ahora

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 11 de agosto de 2016, a las 7:39:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	31.969.016
Código de Verificación	327081342016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

pdfelement

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado. JMMC

SIBOR

Elimina la filigrana digital ahora

564

Universidad del Valle

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 808

En la ciudad de Santiago de Cali, Departamento de Valle de Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 820 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 21 de abril de 2006, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
RG 12035618092760011100 SNIES

a:

CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ ARÉVALO
Identificada con C.C. 31969016

pdfelement

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 820 y anotado en el libro 2 Folio 26 Registro 5 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali, el 21 de abril de 2006

ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Pediatría

a

Claudia Yaneth González Arévalo

Identificado con *C.C. 31969016*
En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los *21* días, del mes de *Abril* de *2006*

El Rector

El Decano

Registro al folio 26-5 del Libro 2 de Diplomas el día veintiseis de Abril de 2006

048929

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA

Universidad Libre

En atención a que

Claudia Janeth González Arévalo

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de

MEDICINA

SECCIONAL CALI

Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

el Título de

Médico y Cirujano

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad, el Secretario General, el Decano de la Facultad y el Secretario Académico.

a los 30 días del mes SEPTIEMBRE de 19 94

El Rector

El Secretario General

El Decano

El Secretario Académico

Gobernación del Departamento

Secretaría de Educación

Anotado al Folio 105 del Libro de Actas Facultad

Anotado al Folio 179-212 del Libro de Registro No. 2074

17 DIC. 2004

NOTARIA DIECISEIS DEL CIRCULO DE CALI

CERTIFICO

Que el presente documento es FIEL COPIA del que me fue presentado y que el suscrito ha tenido a la vista

DERECHOS NOTARIALES $ EXENTO

Universidad Libre de Colombia

Seccional Cali

NOTARIA DIECISEIS DEL CIRCULO DE CALI

William López

parlement

Elimina la filigrana digital ahora

27

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

RESOLUCION NUMERO 76 - 0208 199

( )

Por medio de la cual se inscribe y registra un título.

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en ejercicio de la delegación conferida por el Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que *CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO* ---------- identificado(a) con la cédula de ciudadanía número *31.969.016* --- expedida en *CALI VALLE* ha solicitado el registro de su TITULO de *MEDICA Y CIRUJANA.*

Que le otorgó *LA UNIVERDIDAD LIBRE-SECCIONAL CALI* ---- el *30-09-94.*

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación del *VALLE* ---------- al Folio *90-012* ------- del Libro *072* ---------- el *07-02-95.*

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en *EL HOSP. NAVAL DE BARIA MALAGA* -- Departamento del *VALLE* ---------- durante el tiempo comprendido entre el *03-10-94* ---------- y el *30-09-95.*

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a *CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO* - para ejercer la profesión de *MEDICA Y CIRUJANA* ---- ---------- en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Santiago de Cali, de de 199

DILIAN FRANCISCA TORO TORRES
SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

BETTY HERNANDEZ ESCOBAR
JEFE DIVISION JURIDICA

Jacqueline G.

IMP. DEPTAL. - CALI

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

28
568

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL

Bahía Málaga, septiembre 15 de 1.995

EL SUSCRITO DIRECTOR HOSPITAL NAVAL MALAGA

C E R T I F I C A

QUE LA SEÑORITA CLAUDIA JANETH GONZALEZ AREVALO IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 31.969.016 DE CALI (V), LABORO COMO MEDICO RURAL, PRESTANDO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO POR UN AÑO EN ESTE HOSPITAL DESDE EL 03 DE OCTUBRE/94 HASTA EL 30 SEPT/95, DEMOSTRANDO CUALIDADES PROFESIONALES Y CELO POR EL CUMPLIMIENTO DE SU DEBER COMO MEDICO.

ARMADA NACIONAL
HOSPITAL NAVAL

Capitán de Fragata JESUS MORALES RIVERA
Director Hospital Naval de Bahía Málaga

Elimina la filigrana digital ahora

GER-FL-0825

Santiago de Cali, 04 de Diciembre de 2.000

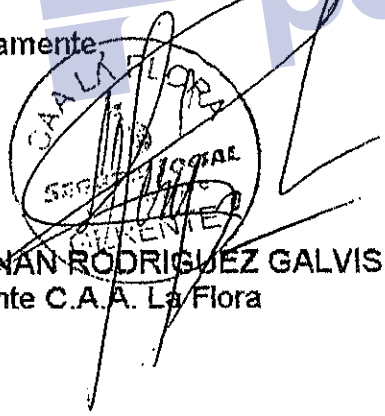
Doctora
CLAUDIA GONZALEZ
Mèdico General
C.A.A. La Flora
Presente

Para esta Gerencia es motivo de satisfacciòn y orgullo tener colaboradores responsables, comprometidos y entregados al servicio, como lo expresa usted en todo momento.

La felicito, en nombre de sus compañeros y usuarios, pues su excelente labor enaltece el nombre de la Institución precisamente en los momentos difíciles por los que atravezamos.

pdfelement

Atentamente,



HERNAN RODRIGUEZ GALVIS
Gerente C.A.A. La Flora

Elimina la filigrana digital ahora

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

El Comité Nacional de Resucitación Colombia
A través del Centro de Entrenamiento de la
Fundación Salamandra
Otorgan la presente

CONSTANCIA A

Claudia Yaneth González A.

Por su asistencia al Curso de Proveedor PALS (Pediatric Advanced Life Support) llevado a cabo en la ciudad de Cali, los días 30 de Junio y 1 de Julio de 2007 a través de la Fundación Salamandra.

pdfelement

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la *American Heart Association* y la *InterAmerican Heart Foundation.*

Dr. Laureano Quintero Barrera
Instructor PALS
AHA – FIC – CNR
Director Científico

Elimina la filigrana digital ahora

American Academy of Pediatrics

American Heart Association.
Fighting Heart Disease and Stroke

PALS Provider

CLAUDIA JANETH GONZALEZ A.

This card certifies that the above individual has successfully completed the national cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association for the Pediatric Advanced Life Support Program.

JUN. 12 / 04	JUN. / 06
Issue Date	Recommended Renewal Date

AHA Region	CALI, COLOMBIA
Community Training Center	FUNDACIÓN SALAMANDRA
Training Site	FUNDACIÓN SALAMANDRA
Instructor	LAUREANO QUINTERO
Holder's Signature	

©2000 American Heart Association *Tampering with this card will alter its appearance.* 70-2918

70-2918 9-00

Fundación InterAmericana del Corazón

American Heart Association.
Aprenda y Viva Más

AVAP Proveedor

CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ A.

Esta tarjeta certifica que el individuo mencionado arriba ha completado satisfactoriamente las evaluaciones nacionales de conocimientos y aptitudes, de acuerdo con el plan de capacitación de la American Heart Association para el Programa de Apoyo Vital Avanzado Pediátrico.

JULIO / 07	JULIO / 09
Fecha de emisión	Fecha de renovación recomendada

Ciudad, País	CALI, COLOMBIA
Centro de Capacitación (CC)	FUNDACIÓN SALAMANDRA
Sitio de Capacitación (SC)	FUNDACIÓN SALAMANDRA
Instructor	LAUREANO QUINTERO
Firma del titular	

© 2003 American Heart Association 70-2991

70-2991 R3/04

32
Elimina la filigrana digital ahora
572

Claudia Janeth Gonzáles Arévalo

El Comité Nacional de Resucitación Colombia
A través del Centro de Entrenamiento de la
Fundación Salamandra

Le extiende la presente:

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

del curso de:

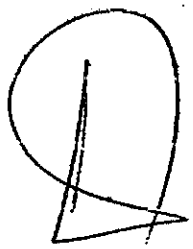
"PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT"

(Reanimación Avanzada Pediátrica)

Realizado en la ciudad de Cali, los días 11 y 12 de Junio de 2004 en las Instalaciones de la Fundación Salamandra.

El curso sigue los lineamientos establecidos por la American Heart Association y la InterAmerican Heart Foundation, organismos a los cuales está afiliado el Consejo Nacional de Resucitación.

Agradecemos su participación y entusiasmo, los cuales realzan la calidad del curso.



Dr. Laureano Quintero Barrera
Instructor PALS
AHA – FIC – CNR
Director de Curso

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

SOCIEDAD COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA



LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA GONZALEZ

Aprobó el programa oficial de

REANIMACIÓN NEONATAL

con una intensidad de ocho horas, cumpliendo
con los requisitos de la Academia Americana de Pediatría.

Cali Julio 2-3 de 2.004

Presidente Sociedad Colombiana de Neonatología

Secretario

Wyeth

Elimina la filigrana digital ahora

Universidad del Valle

60 años 1945_2005

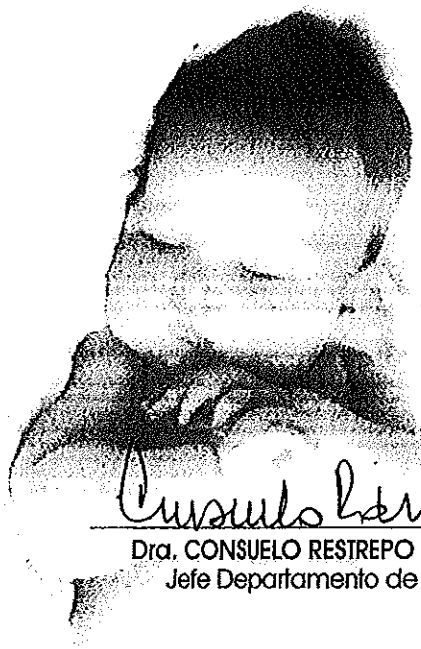
Departamento de Pediatría de la Universidad del Valle

Corporación Científica Pediátrica

Certifican que

CLAUDIA GONZALEZ

Asistió a



XIX Jornadas Pediátricas

Cincuentenario Departamento de Pediatría

24 - 26 de Febrero de 2005 Cali- Colombia

Intensidad 20 horas

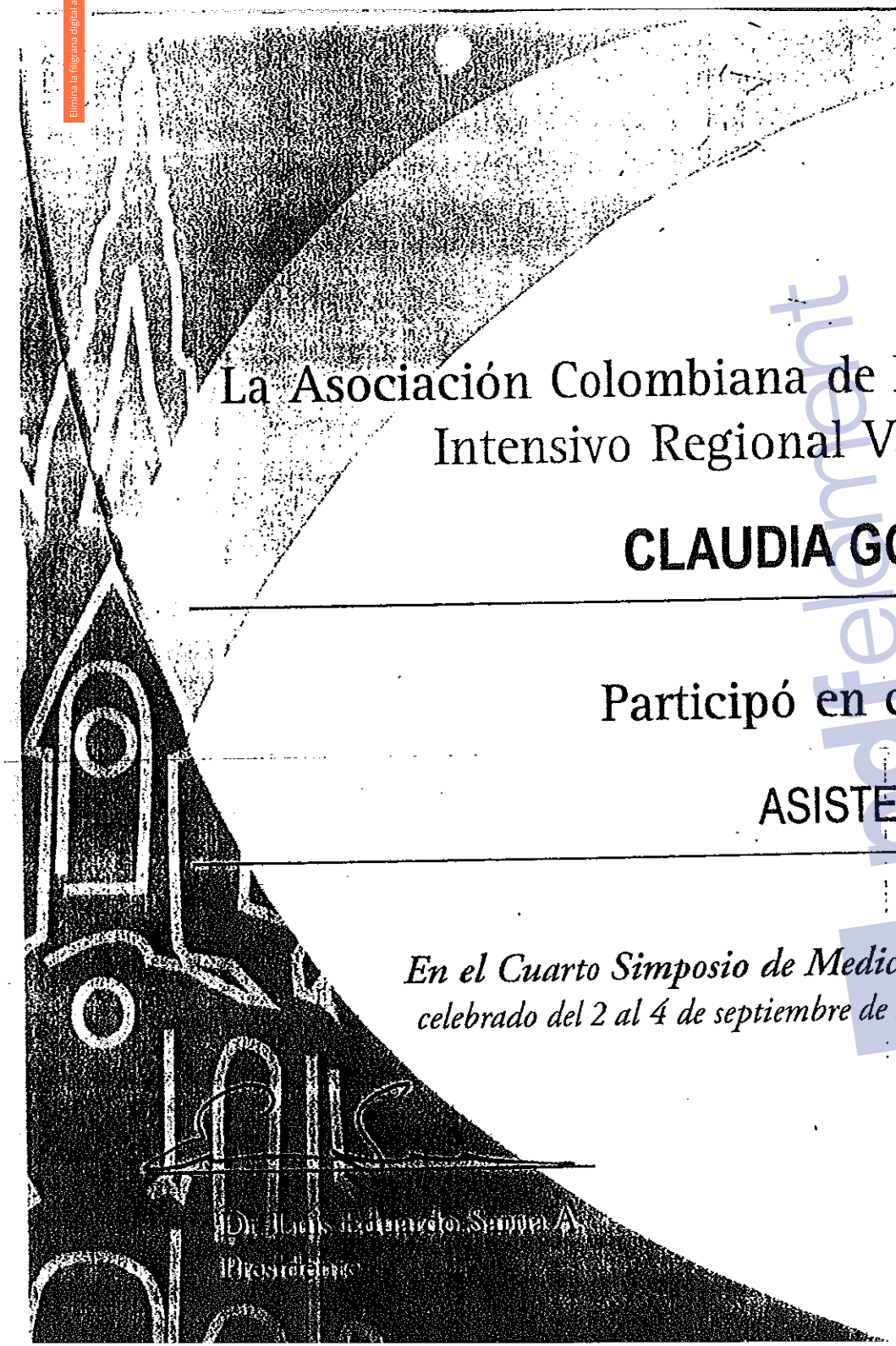
Dra. CONSUELO RESTREPO DE ROVETTO
Jefe Departamento de Pediatría

Dr. PIO LOPEZ
Presidente Corporación Científica Pediátrica

Dr. ANGELO VALENCIA
Jefe de Residentes

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora



La Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Regional Valle Certifica que:

CLAUDIA GONZALEZ

Participó en calidad de:

ASISTENTE

En el Cuarto Simposio de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo,
celebrado del 2 al 4 de septiembre de 2004 en la ciudad de Cali, Colombia.

Dr. Federico Andrés Benitez
Secretario

Dr. Luis Eduardo Sarria A.
Presidente

Impreso

969

83

36
Elimina la filigrana digital ahora
376

La Sociedad Colombiana de Pediatría

Certifica Que:

CLAUDIA JANETH GONZALEZ AREVALO

Asistió al XXII Congreso Colombiano de Pediatria
Oscar Eduardo Nuñez

ESPERANZA Y RESILIENCIA

Dr. Fernando Visbal Amador
Presidente Sociedad Colombiana de Pediatria

Dr. Bautista Hoyos Sánchez
Presidente del Congreso

Cartagena de Indias, Agosto 14 al 17 de 2003

Sociedad Colombiana de Pediatria - Cartagena - Agosto 14 al 17 de 2003

Elimina la filigrana digital ahora

Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica

1er Congreso Nacional de NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

La Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica

certifica que:

CLAUDIA J. GONZALEZ AREVALO

Asistió al Congreso de Prevención Primaria de la Enfermedad renal e hipertensión realizado el 4 y 5 de marzo de 2004.

Dr. Jaime Manuel Restrepo M.D
Presidente

Dr. Iris Castillo de Castaño M.D
Secretaria

ACONEPE
Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica

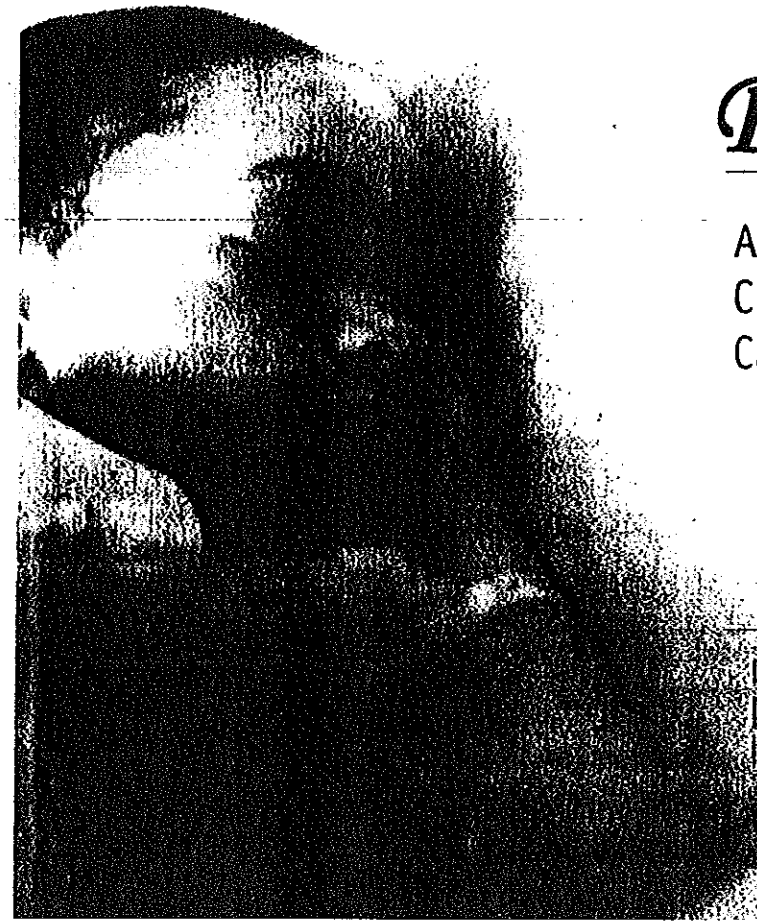
Apoyan:

Ejemplar de evaluación

Elimina la filigrana digital ahora

I simposio internacional de cuidado crítico pediatrico

Cali, Octubre 30,31 y 1 de Noviembre de 2003 • Club de Ejecutivos



Certifica que:

Dra. Claudia González

Asistió como **participante** al I Simposio en Cuidado Critico Pediátrico en Cali, Colombia.
Cali, Octubre 30, 31 y 1 Noviembre de 2003

Dr. Oliverio Medina
Director UCI Pediatrica
Hospital Universitario del Valle.

Dr. Raul Astudillo
Jefe Departamento Cirugia Pediatrica
Comite Organizador

Telemark

Elimina la filigrana digital ahora

JORNADAS PEDIATRICAS NACIONALES

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA
Regional Meta

CERTIFICA

Que: *CLAUDIA GONZALEZ*

Asistió a las VI Jornadas Nacionales de Pediatría, cuyo tema central fue
PATOLOGÍA INFECCIOSA Y TROPICAL EN PEDIATRIA
realizadas en la ciudad de Villavicencio del 17 al 19 de Julio de 2004

En calidad de: *PARTICIPANTE*

En constancia se firma a los 19 días del mes de Julio de 2004

Sociedad Colombiana de Pediatría
Presidenta Regional Meta

VI Jornadas Nacionales de Pediatría
Presidente

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

Universidad del Valle
Escuela de Medicina

IX Curso Internacional
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Santiago de Cali, 29 a 31 de agosto de 2002
Intensidad: 27 horas académicas

Claudia González

PARTICIPANTE

PÍO LÓPEZ LÓPEZ
Presidente
Comité Organizador

CAMILO TORRES SERNA
Director Oficina de Posgrados de Ciencias Clínicas
Escuela de Medicina, Universidad del Valle

Document

Elimina la filigrana digital ahora

TRIBUNAL DE
ÉTICA MÉDICA
DEL VALLE DEL CAUCA
Ley 23 de 1981

EL SECRETARIO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

HACE CONSTAR:

Que revisados los Libros Radicadores de procesos disciplinarios, NO SE ENCONTRÓ ANTECEDENTES SANCIONATORIO en contra de la Dra. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, con cédula de ciudadanía No. 31969016 de Cali y Tarjeta Profesional No. 76-306/96 de Ministerio de Protección Social, curse o haya cursado queja por violación a la Ley 23 de 1981, (Normas sobre de Ética Médica).

pdfelement

Dado en Santiago Cali, a los once (11) días del mes de Agosto del Dos mil dieciséis (2016).

SR. JOHN JAIRO MOSQUERA C.
Secretario Administrativo

Calle 5, 38 D - 153, Oficina 202, Centro Comercial Imbanaco - PBX - 5589939
Email: temvalledelcauca@gmail.com – trib_eticamedica_valle@hotmail.com
http://www.temvalle.org
Santiago de Cali – Valle del Cauca

Elimina la filigrana digital ahora

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/08/2016 a las 07:39:38 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 31969016 y Nombres: GONZALEZ AREVALO CLAUDIA YANETH

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Todos los derechos reservados 2011.

Elimina la filigrana digital ahora

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 85419511

WEB
07:52:16

Bogotá DC, 11 de agosto del 2016

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 31969016:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

parelement

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Elimina la filigrana digital ahora

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 11 de agosto de 2016, a las 7:39:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	31.969.016
Código de Verificación	327081342016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

pdfelement

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Via Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Elimina la filigrana digital ahora

Universidad del Valle

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 808

En la ciudad de Santiago de Cali, Departamento de Valle de Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 820 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 21 de abril de 2006, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
RG 12035618092760011100 SNIES

a:

CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ ARÉVALO
Identificada con C.C. 31969016

pdfelement

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 820 y anotado en el libro 2 Folio 26 Registro 5 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali, el 21 de abril de 2006

ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Pediatría

a

Claudia Yaneth González Arévalo

Identificado con *C.C. 31969016*
En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los *21* días, del mes de *Abril* de *2006*

El Rector

El Decano

Registrado al folio 76-5 del Libro 2 de Diplomas a 21 días del mes de Abril de 2006

048929

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia

Universidad Libre

En atención a que

Claudia Janeth González Arévalo

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de

MEDICINA

SECCIONAL CALI

Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

el Título de

Médica y Cirujano

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector, el Secretario General, el Decano de la Facultad y el Secretario Académico

a los 30 días del mes de SEPTIEMBRE de 1994

El Rector

El Secretario General

El Decano

El Secretario Académico

Anotado al Folio 1053 del Libro de Facultad

Anotado al Folio 170-212 del Libro de Registro

Gobernación del Departamento

Secretaría de Educación

del Libro de Registro

CERTIFICO QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL QUE EL SUSCRITO HA TENIDO A LA VISTA

17 DIC. 2004

NOTARIA 6 DE CALI

patelement

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

RESOLUCION NUMERO 76 - 0320 DE 199

(07 FEB. 1995)

Por medio de la cual se inscribe y registra un título.

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en ejercicio de la delegación conferida por el Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que *CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO* ---------- identificado(a) con la cédula de ciudadanía número *31.969.016* --- expedida en *CALI VALLE* ha solicitado el registro de su **TITULO** de *MEDICA Y CIRUJANA.*

Que le otorgó *LA UNIVERDIDAD LIBRE-SECCIONAL CALI* ---- el *30-09-94.*

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación del *VALLE* ---------- al Folio *190-012* ------- del Libro *072* --------- el *07-02-95.*

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en *EL HOSP. NAVAL DE BAHIA MALAGA* -- Departamento del *VALLE* ---------- durante el tiempo comprendido entre el *03-10-94* ---------- y el *30-09-95.*

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a *CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO* - para ejercer la profesión de *MEDICA Y CIRUJANA* ---- ---------- en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Santiago de Cali, de de 199

DILIAN FRANCISCA TORO TORRES
SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

BETTY HERNANDEZ ESCOBAR
JEFE DIVISION JURIDICA

Jacqueline G.

IMP. DEPTAL. - CALI

Elimina la filigrana digital ahora
pdfelement

V SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO

Asistió en calidad de

PARTICIPANTE

Al V Simposio Internacional de Actualización en Pediatría
Julio 7, 8 y 9 de 2016. Cartagena - Colombia

Intensidad horaria: 24 horas

Dr. Nicolás Ignacio Ramos Rodríguez
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

Dr. Hernando Villamizar Gómez
Coordinador del Comité de Acreditación
y Recertificación-CAR

Elimina la filigrana digital ahora
Referencial

Elimina la marca de agua digital ahora

98
590

II SIMPOSIO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN VACUNAS

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

CERTIFICA QUE

CLAUDIA JANETH GONZALEZ AREVALO

Asistió al II Simposio Nacional de Actualización en Vacunas
28 y 29 de agosto de 2015. Barranquilla - Colombia

Válido 40 puntos PRECEP

N Ramos R

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRÍGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

Ana Cristina Mariño

ANA CRISTINA MARIÑO DREWS
Coordinadora Comité de Vacunas
Sociedad Colombiana de Pediatría

Parte del documento

Elimina la filigrana digital ahora

51
541

Congreso Colombiano de Reumatología



La Asociación Colombiana de Reumatología Cerifica que el Dr(a)

CLAUDIA YANETH GONZALEZ

Participó como asistente en el
XV Congreso Colombiano de Reumatología &
VI Congreso Colombiano de Reumatología Pediátrica
Realizado en Cali los días 13 al 16 de agosto de 2015

Carlos E. Toro G.
Carlos Enrique Toro Gutiérrez
Presidente XV Congreso
Colombiana Reumatología

María del Pilar Gómez M.
María del Pilar Gómez Mora
Presidenta VI Congreso
Colombiana Pediátrica

Javier Ramírez F.
Javier Ramírez Figueroa
Presidente Asociación
Colombiana de Reumatología

XV Congreso Colombiano de Reumatología

VI Congreso Colombiano Reumatología Pediátrica

Asociación Colombiana de Reumatología

Elimina la filigrana digital ahora

52 942

I Simposio Nacional de Nutrición

Los primeros 1000 días de vida

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

CERTIFICAN QUE

CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO

Asistió al I Simposio de Actualización en Nutrición.
6 y 7 de marzo de 2015. Bogotá - Colombia

Con intensidad horaria de 15 horas
Puntos PRECEP: 40

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRIGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

HERNANDO VILLAMIZAR GÓMEZ
Coordinador Científico
Sociedad Colombiana de Pediatría

Copyrighted document

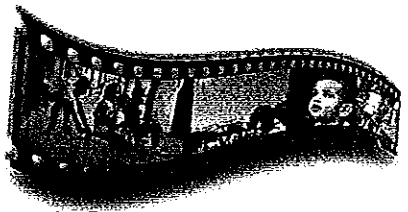
Elimina la filigrana digital ahora

53
342



27ª Jornada Pediátrica de Actualización

60 años comprometidos con la salud infantil



60 AÑOS | DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA UNIVERSIDAD DEL VALLE

CLAUDIA GONZALEZ AREVALO

Participó en calidad de **ASISTENTE**
de la **XXVII Jornada Pediátrica de Actualización,**
de 20 horas de intensidad horaria.

En constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali,
a los 14 días del mes de marzo de 2015.

Presidente de ANIR
Seccional Valle

Presidente
Jornada Pediátrica de Actualización

Muestra gratuita

Elimina la filigrana digital ahora

IV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

SCP Sociedad Colombiana de Pediatría

CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO

Asistió en calidad de PARTICIPANTE

Al IV Simposio Internacional de Actualización en Pediatría
8, 9 y 10 de mayo de 2014 - Cartagena de Indias, Colombia.

Intensidad horaria de 20 horas
Puntos válidos programa PRECEP.

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRÍGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

HERNANDO A. VILLAMIZAR GÓMEZ
Director Científico
Sociedad Colombiana de Pediatría

SCP Sociedad Colombiana de Pediatría

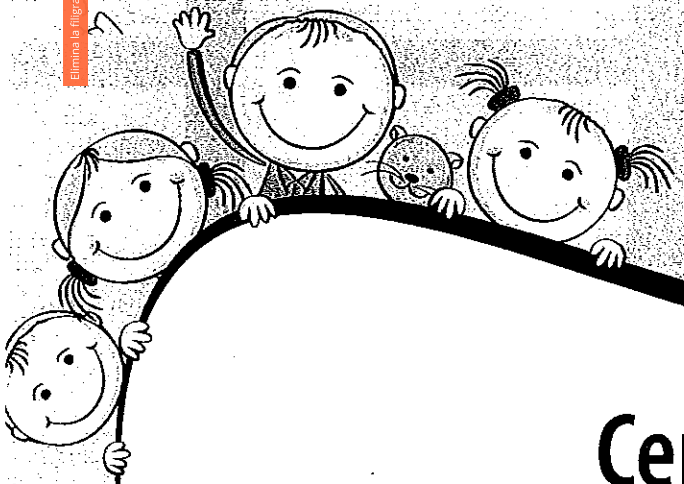
American Academy of Pediatrics

Texas Children's Hospital

Asociación Española de Pediatría AEP

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora



Advil® Children

Mucosina®

ZBEC®

Certificado de Asistencia

Seminario Pediátrico 2014

Para: **Claudia González Arévalo**

Médico Participante

Temas Tratados

"La Historia Clínica como Principal Herramienta para el diagnóstico de Infecciones en Pediatría"

"AlimentoZ: qué tenemos que aportar los pediatras?"

"Manejo de condiciones urológicas en pediatría"

1,2 y 3 de Mayo de 2014 - Cartagena

Rubén Darío Arcila
Gerente de Promoción Médica

Andrés Zapata
Gerente Médico

PCOADC2614110

pdfelement

Elimina la Filigrana Digital ahora

CORPORACIÓN CIENTÍFICA PEDIÁTRICA
Asociación Colombiana de Infectología

Certifica que

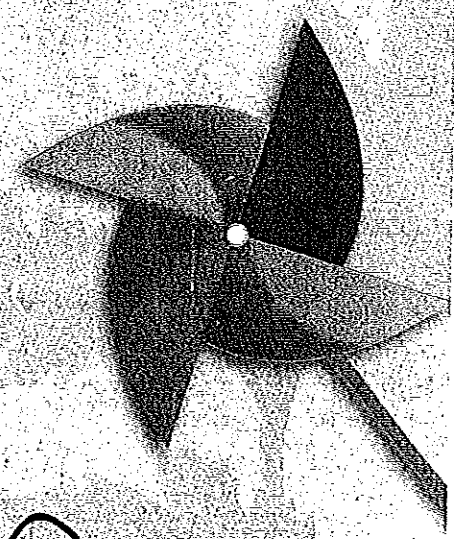
CLAUDIA GONZALEZ AREVALO

participó en el

XIV CURSO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Intensidad: 22 Horas

Hotel Intercontinental Cali - Colombia, Junio 27 - 30 / 2012



Dr. Pio López López
PRESIDENTE
Corporación Científica Pediátrica

Dr. Javier Torres
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
Hospital Universitario de Valle

Elimina la filigrana digital ahora

Historia Urgencias

No. 46184450

Inicio Atención: 2013/02/12 05:05:00 **Fin Atención:** 2013/02/12 05:25:00

IPS Atención: Clinica Cali Norte **Ciudad:** Cali
Paciente: kimberly papamija acevedo **Identificación:** RC 1104829490 **EstadoCivil:** SOLTERO
Sexo: FEMENINO **Edad:** 1 Años 2 Meses 6 Días **Fecha Nac:** 2011/12/06 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: IPS Cali Norte **Regional:** migracion
Fecha Ingreso: 2013/02/12 **Hora Ingreso:** 05:02:51 **Nro Cuenta:** 36520029 Ocupación: ESTUDIANTE
Dirección: av 2B No-32 AN 42 **Teléfono:** 3776804
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Tipo Afiliado: BENEFICIARIO **Ambito Realización:** URGENCIAS
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad: NO APLICA
Acompañante: **Tel:**
Responsable del Usuario: **Tel:**
Parentesco Responsable:
Estado Llegada: CONCIENTE **Forma Llegada:** PROPIOS MEDIOS
Remitido de: **Destino Paciente:** Paciente por definir Conducta
Tipo de Atención de Urgencias: 2
Manejo de Referencia y Contrareferencia:

Motivo Consulta: TIENE TOS Y VOMITO

Enfermedad Actual: ELABORADO POR DIANA CAROLINA GARCIA
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSITENTE EN TOS Y EMESIS, DESDE HACE 4 DIAS INICIO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON CLARITROMICINA, MADRE REFIERE LEVE DISMINUCIO DE LA TOS PERO PERSITE EMESES, ADEMAS PRESENCIA DE DEPOSICIONES LIQUIDAS AMARIILAS 4 VECES POR DIA DIURESIS NORMAL. NIEGAA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS
RXS NEGATIVO

ANT PERSONALES
PX HIDROCEFALIA, RETARDO SIPOMOTOR
QX DREIVACION VP LAPAROSCOPIA X BRIDAS
MED NEGATIVO
ALERGICOS NEGATIVOS
PAI COMPLETO PARA EDAD SEGUN REFERIDO POR MADRE
HOSPITALIZACION POR INFCCION URINARIA, INFECCION DE CATETER

ANTECDENTES FAMILIARES NEGATIVO

RECOMENDACIONES:

PLAN TERAPEUTICO: PACIENTE CON CUADRO DE TOS Y SINTOMAS GASTROINTESTINALES, EN TRATAMIENTO ANTIBIOTICO SIN MEJORIA, SE DECIDE SOLICITAR CH PCR PARCIAL DE ORINA , SE REVLAORA CON RESULTADOS

SIGNOS VITALES: FC: 93 Sistole: Diastole: T.A.M:00 FR: 26 T°: 36.2 Saturación: 98 Glucometría: 0
Talla: Peso: 8.5 I.M.C: .00

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarquia: Ciclos: Regulares Duración:
Gestaciones: 0 Partos: 0 Gemelares 0 Ectópicos: 0 Molas: 0 Abortos: 0
Muertes Fetales: 0 Nacidos Vivos: 0 Nacidos Muertos: 0 Nacidos Prematuros: 0
Cesareas: 0 FUR: FUP: 1900/01/01 FUC: Menopausia:
Observaciones:
Riesgo: Bajo Método: AC
EN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0
GUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Neurológico y Psíquico	NO SELECCIONA	
Órganos de los sentidos	NO SELECCIONA	
Piel y Faneras	NO SELECCIONA	
Sistema Cardiovascular	NO SELECCIONA	
Sistema Colágeno	NO SELECCIONA	
Sistema Endocrino	NO SELECCIONA	
Sistema Gastrointestinal	NO SELECCIONA	
Sistema Genital	NO SELECCIONA	
Sistema Linfático	NO SELECCIONA	
Sistema Muscular	NO SELECCIONA	
Sistema Sanguíneo	NO SELECCIONA	
Sistema Urinario	NO SELECCIONA	

Historia Urgencias

No. 46184450

Inicio Atención: 2013/02/12 05:05:00 **Fin Atención:** 2013/02/12 05:25:00

IPS Atención: Clinica Cali Norte **Ciudad:** Cali
Paciente: kimberly papamija acevedo **Identificación:** RC 1104829490 **EstadoCivil:** SOLTERO
Sexo: FEMENINO **Edad:** 1 Años 2 Meses 6 Días **Fecha Nac:** 2011/12/06 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: IPS Cali Norte **Regional:** migracion
Fecha Ingreso: 2013/02/12 **Hora Ingreso:** 05:02:51 **Nro Cuenta:** 36520029 Ocupación: ESTUDIANTE

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Sistema Osteoarticular	NO SELECCIONA	
Sistema Respiratorio	NO SELECCIONA	

EXAMEN FISICO

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
a. Cabeza y Cráneo	Normal	FDEFORMIDADA POR HIDRCEFALIA
[illegible]os	Normal	
[illegible]do	Normal	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
e. Nariz	Normal	
f. Cuello	Normal	
g. Torax	Normal	PULMONES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS
h. Cardiovascular	Normal	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES
i. Abdomen	Normal	PERISTALTISMO NORMAL NO DOLOR A LA PALPACION NO DIOSTENCION ABDOMINAL
j. Sistema Genital Femenino	Normal	
l. Extremidades Superiores	Normal	
m. Extremidades Inferior	Normal	
n. Neurológico	Normal	
o. Osteomuscular	Normal	
p. Piel y faneras	Normal	
q. Examen mental	Normal	
r. Aspecto General	Hidratado	
r. Aspecto General	Normal	
r. Aspecto General	Buen aspecto general	
d. Boca	Normal	MUCOSASA HUMEDAS

GLASGOW

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado:
[illegible]tanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Nausea y vomito	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	R11X	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones

Profesional: Julian Mauricio Rubio Carabali
Identificación: 1130638672

Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 27031419

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Elimina la filigrana digital ahora

598

EVOLUCION

Fecha Evolución 2013/02/12 20:19
Subjetivo : NOTA MEDICA X PEDIATRIA

IDX.: 1.- NEUMONIA POR ATIPICOS EN TTO CON KLARICID DIA 5
2.-EDA PROLONGADA ASOCIADA A MEDICAMENTO (?) HACE 15 DIAS.

MADRE INFORMA QUE LA NIÑA ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 15 DIAS X INFECCION URINARIA DONDE RECIBIO ATB INTRAHOSPITALARIO X 8 DIAS .
DESDE EL DIA ANTERIOR A SU EGRESO PRESENTA TOS SECA EN ACCESOS RUBORIZANTE LA CUAL SE HA EXACERVADO HACE 5 DIAS POR LO QUE CONSULTA Y LE ORDENAN CLARITROMICINA. RECIBE KLARICID 1CC CADA 12 HORAS .
LA MADRE REFIERE QUE LA NIÑA PRESENTA DESDE SU ESTADIA INTRAHOSPITALARIA DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA -4/DIA.
POR PERSISTIR CON TOS , PRESENTAR TOS EMETISANTE , ACOMPAÑAD DE INAPETENCIA Y PERSISTIR CON DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA DECIDE RECONSULTAR.
HA PERMANECIDO AFEBRIL -

Objetivo : COPROSCOPICO
COLOR: CAFE
ASPECTO: DIARREICA
PH: 8
SANGRE OCULTA: NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES: NEGATIVO
ALMIDONES: +++
FIBRAS VEGETALES: +
GRASAS: +
FLORA BACTERIANA: NORMAL
PARASITOS: NO SE OBSERVO PARASI
CLORO: 108.00 mmol/L (98.00 - 108.00)

POTASIO: 4.54 mmol/L (3.50 - 5.10)

SODIO: 140.00 mmolL (135.00 - 145.00)
TOS INTEST

CUADRO HEMATICO
SERIE BLANCA
WBC: 9.0 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%: 56.6 %N (2.5 - 70.0)
LYM%: 37.0 %l (20.0 - 65.0)
MONO%: 5.6 %M (0.1 - 9.0)
BASO%: 0.7 %B (0.1 - 0.3)
EOS%: 0.1 %E (0.1 - 8.0)
NEU: 5.11 K/uL (1.80 - 8.00)
LYM: 3.34 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS: 0.51 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS: 0.01 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS: 0.06 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA
RBC: 4.98 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA: 13.89 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO: 41.26 % (33.00 - 42.00)
MCV: 82.89 fL
MCH: 27.91 pg (25.00 - 35.00)
MCHC: 33.67 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW: 10.4 %
PLAQUETAS 366 K/uL (140 - 400)
MPV: 5.28 fl (0.00 - 99.90)

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO
COLOR: Amarillo Claro
ASPECTO: LIGERAMENTE TURBIO
DENSIDAD ORINA: 1.030
PH: 6.5
LEUCOCITOS: Negativo
NITRITOS: Negativo
PROTEINAS: 20 mg/dl
GLUCOSA: Negativo
CUERPOS CETONICOS: 60 mg/dl

parelement

Elimina la filigrana digital ahora

59
599

UROBILINOGENO: Normal
BILIRRUBINA: Negativo
ERITROCITOS: Negativo
PROTEINA C REACTIVA: 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

ANALISIS MICROSCOPICO
CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
LEUCOCITOS: 0-3 XC
BACTERIAS: ESCASAS
MOCO: ESCASO
CRISTALES:
Uratos amorfos: +
CILINDROS: :

Analisis : SE DEJA EN OBSERVACION , CONTINUAR CON KLARICID 1CC CADA 12 HORAS .
VIGILAR TOLERNACIA DE LA VIA ORAL , FRECUENCIA Y CONSISTENICA DE LAS DEPOSICIONES.
VIGILAR DOLOR ABDOMINAL. - SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Ubicación al momento de la Evolución: Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Neumonia debida a clamidias **CIE10:** J160
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Claudia Yaneth Gonzalez Arevalo **Especialidad :** Médico

Firma :

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/13 10:44

Subjetivo : PACIENTE CON DIAGNOSTICO E HIDROCEFALIA, RECONSULTANTE REITERATIVA. ACTUALMENTE EN MANEJO CON CLINDAMICINA POR CUADRO RESPIRATORIO AGUDO, RECONSULTA TODAS LAS NOCHES PORQUE LA NIÑA SE AHOGA CON SECRECIONES Y NO DEJA DORMIR.
A PESAR DE QUE HA CONSULTADO EN MULTIPLES OCASIONES LA MADRE AFIRMA QUE NADIE LE HA DICHO QUE NO LE DE TETERO Y LA ACUESTA SIEMPRE A DORMIR CON TETERO EN LA BOCA LO QUE EXPLICA MUY CLARAMENTE LAS RECAIDAS DE TOS DURANTE LA NOCHE POR MICROBRONCOASPIRACIONES, YA QUE SE TRATA DE UNA NIÑA MAYOR DE UN AÑO QUE A PESAR DE SU HIDROCEFALIA NO TIENE MAYOR AFECTACION DE SU DESARROLLO NEUROLOGICO.

Objetivo : AFEBRIL, HIDRATADA, ACTIVA, MUY BUEN ESTADO GENERAL.
NO HA PRESENTADO FIEBRE DURANTE LA HOSPITALIZACION.
FC. 100 FR 36.5 SAT 36
ORL NORMAL
CARDIOVASCULAR: NORMAL
PULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR CON MURMULLO VESICULAR RUDO. NO ENCUENTRO RONCUS, CREPITOS NI SIBILANCIAS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLROSO, PERISTALTISMO ADECUADO
SGU NORMAL
SNC HIDROCEFALIA CON DVA. NO ENCUENTRO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO DEFICIT NEUROLOGICO. NO SIGNOS MENINGEOS.

Analisis : SIN SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIERAN MANEJO HOSPITALARIO.
SE DEFINE SALIDA COMPLETANDO LOS 14 DIAS QUE YA TIENE ORDENADOS CON CLARITROMICINA.
SE ENTREGA ORDEN PARA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA DE PEDIATRIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.
SE INSISTE EN QUE DEBE DEJAR DE USAR TETEROS EN LA ALIMENTACION
SE LE ENTREGAN NUEVAMENTE POR ESCRITO LAS INDICACIONES PARA MANEJO DE NIÑO CON CUADROS BRONQUIALES RECURRENTES.

Ubicación al momento de la Evolución: Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6

Diagnosticos

Elimina la filigrana digital ahora

Nombre Diagnostico: Reaccion de hipersensibilidad de las vias respiratorias superiores, sitio no especificado **CIE10:** J393
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Bronconeumonia, no especificada **CIE10:** J180
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Patricia Mercedes Castello Meza **Especialidad :** Médico

Firma :

INTERPRETACION DE EXAMENES

MEDICAMENTOS

Observaciones Generales:
Estado: EJECUTADA **N.Medicamento :** DEXTROSA EN AGUA SOL INY 5% BOLSA X500ML (BLS)
Fecha Medicamento : 2013/02/12 07:49 **Via:** Intravenosa **Dosificacion:** 1 **U. Medida:** Unidades **Periodicidad:** 1 VEZ
Obs Medicamento:
Observaciones Aplic /Susp:
Profesional Que Ordena: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado: 1 **Desperdicio:** 0 **Diagnostico:**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:
Estado: EJECUTADA **N.Medicamento :** METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO SOL. INY. X10mg/2ml AMP. x2ml (AMP)
Fecha Medicamento : 2013/02/12 07:49 **Via:** Intravenosa **Dosificacion:** 1 **U. Medida:** Unidades **Periodicidad:** 1 VEZ
Obs Medicamento:
Observaciones Aplic /Susp:
Profesional Que Ordena: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado: 1 **Desperdicio:** 0 **Diagnostico:**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:
Estado: EJECUTADA **N.Medicamento :** POTASIO CLORURO X20meq SOL INY AMP X10ML (AMP)
Fecha Medicamento : 2013/02/12 07:49 **Via:** Intravenosa **Dosificacion:** 1 **U. Medida:** Unidades **Periodicidad:** 1 VEZ
Obs Medicamento:
Observaciones Aplic /Susp:
Profesional Que Ordena: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado: 1 **Desperdicio:** 0 **Diagnostico:**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:
Estado: EJECUTADA **N.Medicamento :** SODIO CLORURO X20meq SOL INY AMP X10ML (AMP)
Fecha Medicamento : 2013/02/12 07:49 **Via:** Intravenosa **Dosificacion:** 2 **U. Medida:** Unidades **Periodicidad:** 1 VEZ
Obs Medicamento:
Observaciones Aplic /Susp:
Profesional Que Ordena: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado: 2 **Desperdicio:** 0 **Diagnostico:**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

pdfelement

60
601

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Nota : 2013/02/12 **Hora Nota :** 13:00
Nota de Enfemeria : RECIBO PTE EN SALA DE OBSERVACION ENCOMPAÑIA D ELFIARPTE DESPIERTA S EOBSERVA ESTABLE Y TRANQUILO CON VENA CANLIZADA NEMIMBRO SUPERIOR RECIBIENDO LEV X BOMBA DE INFUCION SIGNOS VITALES ESTABLES FC 110,SPO 98, T 36 CONTINUA EN UDA DNE COMPAÑIA DE FLIAR
Especialista : Luz Mary Lasprilla Tovar **Especialidad:** Auxiliar de enfermeria

---

Fecha Nota : 2013/02/12 **Hora Nota :** 18:29
Nota de Enfemeria : QUEDA PTE EN UDA DESTABLE Y TRANQUILA CON SIGNOS VITALES ESTABLES RECIBE Y TOER ASU TTO AL IGUAL QUE LA VIA ORAL MAMA REFIERE QUE ELIMINA EPSONTANEO HACE DEPOCICION CONTINUA EN UDAD EN COMPAÑIA DE FLIAR
Especialista : Luz Mary Lasprilla Tovar **Especialidad:** Auxiliar de enfermeria

---

Fecha Nota : 2013/02/12 **Hora Nota :** 19:00
Nota de Enfemeria : Recibo aciente menor de edad en el servicio de observacion pediatria en cuna,sentada,conciente,alerta,hidratada FC:123 FR:28 Tº:36.8ºC SO2:97% O2 ambiente en compañia de la madre.Dx:Sd.Gastroenterico,neumonia por clamidia en tratamiento con klaricid,menor se observa hemodinamicamente estable,activa,aceptable condicion general,luce conpalidez,secuelas neurologicas,lev DAD5% 500cc+18cc natrol+5cc katrol a 35cc/h por bomba de infusion via permeable MSI,recibe y tolera la via oral,elimin aespontaneo en pañal,madre refiere 3 deposiciones en el dia cafe,sin moco,sin sangre,niega nuevos episdios de emesis.P/Definir conductaseguevolucion clinica
Especialista : Fanny Zapata Castillo **Especialidad:** Jefe de enfermeria

---

Fecha Nota : 2013/02/13 **Hora Nota :** 00:09
Nota de Enfemeria : Menor se retira acceso venos,se reaiza 5 intentos en compañia de jefe de tuno para obtener acceso venoso pero son fallidos,madre refiere que no a vuelto a presenatar deposiciones,no emesis,recibe alimentacion.
Especialista : Fanny Zapata Castillo **Especialidad:** Jefe de enfermeria

---

Fecha Nota : 2013/02/13 **Hora Nota :** 02:12
Nota de Enfemeria : Menor que durante la noche no presenta cambios evidentes,recibe y tolera la via oral,elimina espontaneo en pañal,no nuevos episidios de emesis,no nuevas deposiciones,duerme a intervalos largos en compañia de la madre
Especialista : Fanny Zapata Castillo **Especialidad:** Jefe de enfermeria

---

Fecha Nota : 2013/02/13 **Hora Nota :** 06:46
Nota de Enfemeria : Menor queda en unidad estable,hidratada,sin acceso venos en compañia de la madre.P/Definir conducta
Especialista : Giselle Dominguez Ramos **Especialidad:** Auxiliar de enfermeria

---

Elimina la filigrana digital ahora

602

AUTORIZACION	FACTURA No	NOMBRE I.P.S.	CODIGO I.P.S.
		Clinica Cali Norte	830106376

NUMERO CUENTA	CAMA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO IDENTIFICACION
3652[illegible]9	Sala De Observacion Pediatrica -- Camilla 6	papamija	acevedo	kimberly	RC

No. IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	PLAN	GESTANTE	TRIMESTRE	OCUPACION	DIRECCION DEL PACIENTE	TEL
1104829490	4 años 8 meses 2 dias	F	POS Contributivo	SI ☐ NO ☐	I ☐ II ☐ III ☐	ESTUDIANTE	av 2B No-32 AN 42	3776804

FECHA Y HORA INGRESO	VIA DE INGRESO	FECHA Y HORA EGRESO	VIA DE EGRESO	DIAGNOSTICO DE LA COMPLICACION	ESTADO A LA SALIDA	CAUSA BASICA DE LA MUERTE (NOMBRE Y COD.)
12 02 2013 05 02	CIRUGIA PROGRAMADA	13 02 2013 10 46		CIE-VIGENTE	VIVO	CIE-VIGENTE

NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO	COD. CIE-VIGENTE	CAUSA EXTERNA	NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO	COD CIE-VIGENTE	CAUSA DE EGRESO
PRINCIPAL: Nausea y vomito	R 1 1 X	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL: Bronconeumonia, no especificada	J 1 8 0	DISCAPACITADO
RELACIONADO 1			RELACIONADO 1		INCAPACIDAD No: 2040100000433988
RELACIONADO 2			RELACIONADO 2		INCAPACIDAD DESDE: 2 4 2013
RELACIONADO 3			RELACIONADO 3		INCAPACIDAD HASTA: 2 6 2013

DATOS RN	FECHA NACIMIENTO	HORA NACIMIENTO	SEXO	PESO AL NACER	PESO EGRESO	TALLA	APGAR 5 min	EDAD GESTACIONAL	CONTROL PRENATAL
			M ☐ F ☐						SI DESDE 1a. TRIM. ☐ 2a. TRIM. ☐ 3a. TRIM. ☐ NO ☐

DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod.)	CAUSA MUERTE (Si ocurrio en las primeras 24 horas)	FECHA DE MUERTE RECIEN NACIDO
CIE-VIGENTE	CIE-VIGENTE	

RESUMEN DE LA HOSPITALIZACION

PACIENTE CON DIAGNOSTICO E HIDROCEFALIA, RECONSULTANTE REITERATIVA. ACTUALMENTE EN MANEJO CON CLINDAMICINA POR CUADRO RESPIRATORIO AGUDO, RECONSULTA TODAS LAS NOCHES PORQUE LA NIÑA SE AHOGA CON SECRECIONES Y NO DEJA DORMIR. ADEMAS DEPOSICIONES BLANDAS 3 - 4 AL DIA. NO FIEBRE NO EMESIS A PESAR DE QUE HA CONSULTADO EN MULTIPLES OCASIONES LA MADRE AFIRMA QUE NADIE LE HA DICHO QUE NO LE DE TETERO Y LA ACUESTA SIEMPRE A DORMIR CON TETERO EN LA BOCA LO QUE EXPLICA MUY CLARAMENTE LAS RECAIDAS DE TOS DURANTE LA NOCHE POR MICROBRONCOASPIRACIONES, YA QUE SE TRATA DE UNA NIÑA MAYOR DE UN AÑO QUE A PESAR DE SU HIDROCEFALIA NO TIENE MAYOR AFECTACION DE SU DESARROLLO NEUROLOGICO.

AL EXAMEN FISICO AFEBRIL, HIDRATADA, ACTIVA, MUY BUEN ESTADO GENERAL.
NO HA PRESENTADO FIEBRE DURANTE LA HOSPITALIZACION.
FC. 100 FR 36.5 SAT 36
ORL NORMAL
CARDIOVASCULAR: NORMAL
PULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR CON MURMULLO VESICULAR RUDO. NO ENCUENTRO RONCUS, CREPITOS NI SIBILANCIAS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLROSO, PERISTALTISMO ADECUADO
SGU NORMAL
SNC HIDROCEFALIA CON DVA. NO ENCUENTRO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO DEFICIT NEUROLOGICO. NO SIGNOS MENINGEOS.

SIN SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIERAN MANEJO HOSPITALARIO.
SE DEFINE SALIDA COMPLETANDO LOS 14 DIAS QUE YA TIENE ORDENADOS CON CLARITROMICINA.
SE ENTREGA ORDEN PARA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA DE PEDIATRIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.
SE INSISTE EN QUE DEBE DEJAR DE USAR TETEROS EN LA ALIMENTACION
SE LE ENTREGAN NUEVAMENTE POR ESCRITO LAS INDICACIONES PARA MANEJO DE NIÑO CON CUADROS BRONQUIALES RECURRENTES.

Document

Elimina la filigrana digital ahora

No se encontró la ima

DR. JAIME ANDRES LOPEZ R C.C
16837392 BACTERIOLOGO Y
LABORATORISTA UNIVERSIDAD DEL
VALLE
Validación: QUIMICA

Sucursal: 12 URGENCIAS
PEDIATRIA

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Tipo de Documento : RC **Numero de Documento :** 1104829490 **Edad :** 1 años 2 meses 6 dias **Sexo :** FEMENINO
Nombre del Afiliado : kimberly papamija acevedo **Fecha de Nacimiento:** 06/12/2011
Direccion: av 2B No-32 AN 42
Ocupación ESTUDIANTE **Telefono:** 3776804
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo
Nombre Acompañante: **Direccion Acompañante:**
Telefono Acompañante: **Parentesco:** **Cama:** Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6

Fecha y Hora de Impresion 2016/08/09 21:30

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: **URGENCIAS**

Fecha: 2013/02/12 05:25 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad**DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Ordenes No Farmacologicas

Fecha Ordenado: 2013/02/12 07:45 **Estado :** EJECUTADO
Recomendaciones Generales de Manejo: PESO 8.5

1. FAVOR UBICAR EN OBSERVACION PEDIATRIA SIN OHAY CUPO FAVOR UBICAR EN HIDRATACION PEDIATRIA.
2. DEXTROSA AL 5% EN AD+ 5 CC DE KATROL+18 CC DE NATROL PASAR A 35 CC HORA.
3. METOCLOPRAMIDA AMPOLLA DILUIDA EN 10 CC DE SSN PASAR 1.7 CC EV.
4.IONOGRAMA
5. PENDIENTE VALORACION POR PEDIATRIA.

Periodicidad : 1 VEZ
ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad :** Médico MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria

FECHA EJECUCIÓN: 02/12/2013 07:45:58

Fecha Ordenado: 2013/02/12 08:40 **Estado :** EJECUTADO
Recomendaciones Generales de Manejo:

DIPIRONA AMPOLLA DILUIDA EN 10 CC DE SSN PASAR 2 CC EV AHORA . EN LOS LEV.

Periodicidad : 1 VEZ
ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad :** Médico MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria

FECHA EJECUCIÓN: 02/12/2013 08:40:34

pdfelement

ORDEN DE HOSPITALIZACION

Fecha Orden : 2013/02/12 14:15 **Servicio :** URGENCIAS **Especialidad :** URGENCIAS
Observación : pediatria
Especialista : Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad:** Médico - REQUIERE OXÍGENO: NO
Dias : 1

NOTAS DE ENFERMERIA

Elimina la filigrana digital ahora

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: **LABORATORIO CLÍNICO**

Fecha: 2013/02/12 05:24 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Fecha: 2013/02/12 05:24 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Fecha: 2013/02/12 05:24 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Fecha: 2013/02/12 07:53 **Estado :** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO] **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Fecha: 2013/02/12 08:10 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : COPROSCOPICO **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

---

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Tipo de Documento : RC **Numero de Documento :** 1104829490 **Edad :** 1 años 2 meses 6 dias **Sexo :** FEMENINO
Nombre del Afiliado : kimberly papamija acevedo **Fecha de Nacimiento:** 06/12/2011
Direccion: av 2B No-32 AN 42
Ocupación ESTUDIANTE **Telefono:** 3776804
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo
Nombre Acompañante: **Direccion Acompañante:**
Telefono Acompañante: **Parentesco:** **Cama:** Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6

Fecha y Hora de Impresion 2016/08/09 21:30

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: **RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

Fecha: 2013/02/12 08:39 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad**DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO) **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

Fecha: 2013/02/12 19:51 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad**DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Claudia Yaneth Gonzalez Arevalo **Especialidad:** Médico PEDIATRÍA
Resultados :

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: **TERAPIA RESPIRATORIA**

Fecha: 2013/02/13 10:49 **Estado :** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :** BÁSICA
Nombre Procedimiento : TERAPIA RESPIRATORIA PEDIATRICA **Periodicidad :**
Observación :
Especialista : Patricia Mercedes Castello Meza **Especialidad:** Médico PEDIATRÍA
Resultados :

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Sede / Orden: *12 / 0000083582* **URGENTE** **Fecha:** *12/02/2013* **Médico:** *JULIAN RUBIO*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *6*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *URGENCIAS* **Servicio:** *N\A* **Ubicación:** *PEDIATRIA*
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *12/02/2013 05:58:27*

Sector: *HEMATOLOGIA*

CUADRO HEMATICO

SERIE BLANCA	
WBC:	9.0 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%:	56.6 %N (2.5 - 70.0)
LYM%:	37.0 %l (20.0 - 65.0)
MONO%:	5.6 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	***0.7 %B*** (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.1 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	5.11 K/uL (1.80 - 8.00)
LYM:	3.34 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.51 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.01 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.06 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	4.98 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	13.89 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	41.26 % (33.00 - 42.00)
MCV:	***82.89 fL***
MCH:	27.91 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	33.67 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	10.4 %
PLAQUETAS	366 K/uL (140 - 400)
MPV:	5.28 fl (0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

pdfelement

Sector: *ORINAS*

PARCIAL DE ORINA

Elimina la filigrana digital ahora

608

ANALISIS FISICO-QUIMICO

COLOR:	Amarillo Claro
ASPECTO:	LIGERAMENTE TURBIO
DENSIDAD ORINA:	***1.030***
PH:	***6.5***
LEUCOCITOS:	Negativo
NITRITOS:	Negativo
PROTEINAS:	20 mg/dl
GLUCOSA:	Negativo
CUERPOS CETONICOS:	60 mg/dl
UROBILINOGENO:	Normal
BILIRRUBINA:	Negativo
ERITROCITOS:	Negativo

ANALISIS MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES:	ESCASAS
LEUCOCITOS:	0-3 XC
BACTERIAS:	ESCASAS
MOCO:	ESCASO
CRISTALES:	
Uratos amorfos:	+
CILINDROS:	:

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sector: *QUIMICA*

PROTEINA C REACTIVA: 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

pdfelement

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Elimina la filigrana digital ahora

esimed

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Sede / Orden: *12 / 0000083589* **URGENTE** **Fecha:** *12/02/2013* **Médico:** *MARCELA CIFUENTES*

Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *6*

Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*

Tipo Paciente: *URGENCIAS* **Servicio:** *NA* **Ubicación:**

Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *12/02/2013 10:54:55*

Sector: *COPROS* **Fecha de Validación:** *12/02/2013 15:56*

COPROSCOPICO

COLOR:	CAFE
ASPECTO:	DIARREICA
PH:	8
SANGRE OCULTA:	NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES:	NEGATIVO
ALMIDONES:	+++
FIBRAS VEGETALES:	+
GRASAS:	+
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
PARASITOS:	NO SE OBSERVO PARASITOS INTEST

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

No se encontró la ima

pdfelement

Dra. Martha Kellys Rojas Gonzalez
C.C. 30.838.695 Bact. U.R.N
Validación: COPROSCOPICO

Sector: *QUIMICA* **Fecha de Validación:** *12/02/2013 13:02*

CLORO:	108.00 mmol/L (98.00 - 108.00)
POTASIO:	4.54 mmol/L (3.50 - 5.10)
SODIO:	140.00 mmolL (135.00 - 145.00)

Elimina la filigrana digital ahora

610

Tipo de Documento:	RC **Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias	**Sexo:** FEMENINO
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo			**Fecha Nacimiento:** 06/12/2011	
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE			**Télefono:** 3776804	
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**			
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901		
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**	
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6
Página 1 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha Nota	2/12/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 1:00:00 PM
Nota de enfermería	RECIBO PTE EN SALA DE OBSERVACION ENCOMPAÑIA D ELFIARPTE DESPIERTA S EOBSERVA ESTABLE Y TRANQUILO CON VENA CANLIZADA NEMIMBRO SUPERIOR RECIBIENDO LEV X BOMBA DE INFUCION SIGNOS VITALES ESTABLES FC 110,SPO 98, T 36 CONTINUA EN UDA DNE COMPAÑIA DE FLIAR		
Especialista	Luz Mary Lasprilla Tovar	**Especialidad**	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/12/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 6:29:00 PM
Nota de enfermería	QUEDA PTE EN UDA DESTABLE Y TRANQUILA CON SIGNOS VITALES ESTABLES RECIBE Y TOER ASU TTO AL IGUAL QUE LA VIA ORAL MAMA REFIERE QUE ELIMINA EPSONTANEO HACE DEPOCICION CONTINUA EN UDAD EN COMPAÑIA DE FLIAR		
Especialista	Luz Mary Lasprilla Tovar	**Especialidad**	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/12/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 7:00:00 PM
Nota de enfermería	Recibo aciente menor de edad en el servicio de observacion pediatria en cuna,sentada,conciente,alerta,hidratada FC:123 FR:28 Tº:36.8ºC SO2:97% O2 ambiente en compañia de la madre.Dx:Sd.Gastroenterico,neumonia por clamidia en tratamiento con klaricid,menor se observa hemodinamicamente estable,activa,aceptable condicion general,luce conpalidez,secuelas neurologicas,lev DAD5% 500cc+18cc natrol+5cc katrol a 35cc/h por bomba de infusion via permeable MSI,recibe y tolera la via oral,elimin aespontaneo en pañal,madre refiere 3 deposiciones en el dia cafe,sin moco,sin sangre,niega nuevos episdios de emesis.P/Definir conductaseguevolucion clinica		
Especialista	Fanny Zapata Castillo	**Especialidad**	Jefe de enfermeria
Fecha Nota	2/13/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 12:09:00 AM
Nota de enfermería	Menor se retira acceso venos,se reaiza 5 intentos en compañia de jefe de tuno para obtener acceso venoso pero son fallidos,madre refiere que no a vuelto a presenatar deposiciones,no emesis,recibe alimentacion.		
Especialista	Fanny Zapata Castillo	**Especialidad**	Jefe de enfermeria
Fecha Nota	2/13/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 2:12:00 AM
Nota de enfermería	Menor que durante la noche no presenta cambios evidentes,recibe y tolera la via oral,elimina espontaneo en pañal,no nuevos episidios de emesis,no nuevas deposiciones,duerme a intervalos largos en compañia de la madre		
Especialista	Fanny Zapata Castillo	**Especialidad**	Jefe de enfermeria
Fecha Nota	2/13/2013 12:00:00 AM	**Hora Nota**	1/1/1900 6:46:00 AM
Nota de enfermería	Menor queda en unidad estable,hidratada,sin acceso venos en compañia de la madre.P/Definir conducta		
Especialista	Giselle Dominguez Ramos	**Especialidad**	Auxiliar de enfermeria

EVOLUCION

Fecha Evolución	2/12/2013 8:19:00 PM
	NOTA MEDICA X PEDIATRIA
	IDX.: 1.- NEUMONIA POR ATIPICOS EN TTO CON KLARICID DIA 5 2.-EDA PROLONGADA ASOCIADA A MEDICAMENTO (?) HACE 15 DIAS.
Subjetivo	MADRE INFORMA QUE LA NIÑA ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 15 DIAS X INFECCION URINARIA DONDE RECIBIO ATB INTRAHOSPITALARIO X 8 DIAS . DESDE EL DIA ANTERIOR A SU EGRESO PRESENTA TOS SECA EN ACCESOS RUBORIZANTE LA CUAL SE HA EXACERVADO HACE 5 DIAS POR LO QUE CONSULTA Y LE ORDENAN CLARITROMICINA. RECIBE KLARICID 1CC CADA 12 HORAS . LA MADRE REFIERE QUE LA NIÑA PRESENTA DESDE SU ESTADIA INTRAHOSPITALARIA DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA -4/DIA. POR PERSISTIR CON TOS , PRESENTAR TOS EMETISANTE , ACOMPAÑAD DE INAPETENCIA Y PERSISTIR CON DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA DECIDE RECONSULTAR. HA PERMANECIDO AFEBRIL -

Elimina la filigrana digital ahora

7
611

Tipo de Documento:	RC **Número de Documento:** 1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias	**Sexo:**	FEMENINO
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo	**Fecha Nacimiento:**	06/12/2011		
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE	**Télefono:**	3776804		
Grupo Poblacional:	**Pertenencia Étnica:**				
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte **Nit IPS Primaria:** 830106376	**Teléfono IPS:**	6082423		
Municpio IPS:	Cali **Cód. habilitación IPS:** 760010775901				
Nombre Acompañante:		**Dirección Acompañante:**			
Teléfono Acompañante:	**Parentesco:**	**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6		
Página 2 de 10		**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM		

COPROSCOPICO
COLOR: CAFE
ASPECTO: DIARREICA
PH: 8
SANGRE OCULTA; NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES: NEGATIVO
ALMIDONES: +++
FIBRAS VEGETALES: +
GRASAS: +
FLORA BACTERIANA: NORMAL
PARASITOS: NO SE OBSERVO PARASI
CLORO: 108.00 mmol/L (98.00 - 108.00)

POTASIO: 4.54 mmol/L (3.50 - 5.10)

SODIO: 140.00 mmol/L (135.00 - 145.00)
TOS INTEST

CUADRO HEMATICO
SERIE BLANCA
WBC: 9.0 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%: 56.6 %N (2.5 - 70.0)
LYM%: 37.0 %I (20.0 - 65.0)
MONO%: 5.6 %M (0.1 - 9.0)
BASO%: 0.7 %B (0.1 - 0.3)
EOS%: 0.1 %E (0.1 - 8.0)
NEU: 5.11 K/uL (1.80 - 8.00)
LYM: 3.34 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS: 0.51 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS: 0.01 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS: 0.06 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA
RBC: 4.98 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA: 13.89 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO: 41.26 % (33.00 - 42.00)
MCV: 82.89 fL
MCH: 27.91 pg (25.00 - 35.00)
MCHC: 33.67 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW: 10.4 %
PLAQUETAS 366 K/uL (140 - 400)
MPV: 5.28 fl (0.00 - 99.90)

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO
COLOR: Amarillo Claro
ASPECTO: LIGERAMENTE TURBIO
DENSIDAD ORINA: 1.030
PH: 6.5
LEUCOCITOS: Negativo
NITRITOS: Negativo
PROTEINAS: 20 mg/dl

Objetivo

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

GLUCOSA: Negativo
CUERPOS CETONICOS: 60 mg/dl
UROBILINOGENO: Normal
BILIRRUBINA: Negativo
ERITROCITOS: Negativo
PROTEINA C REACTIVA: 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

ANALISIS MICROSCOPICO
CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
LEUCOCITOS: 0-3 XC
BACTERIAS: ESCASAS
MOCO: ESCASO
CRISTALES:
Uratos amorfos: +
CILINDROS: :

Signos Vitales

Sistole	Diástole	TAM
FC	FR	Temperatura
Peso	Talla	
Glucometria	Saturación	

Análisis
SE DEJA EN OBSERVACION , CONTINUAR CON KLARICID 1CC CADA 12 HORAS .
VIGILAR TOLERNACIA DE LA VIA ORAL , FRECUENCIA Y CONSISTENICA DE LAS DEPOSICIONES.
VIGILAR DOLOR ABDOMINAL. - SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Diagnósticos
Nombre Diagnóstico Neumonia debida a clamidias **CIE 10** J160
Observaciones Diagnóstico
Especialista Claudia Yaneth Gonzalez Arevalo **Especialidad** Médico

Fecha Evolución 2/12/2013 8:19:00 PM
NOTA MEDICA X PEDIATRIA

IDX.: 1.- NEUMONIA POR ATIPICOS EN TTO CON KLARICID DIA 5
2.-EDA PROLONGADA ASOCIADA A MEDICAMENTO (?) HACE 15 DIAS.

Subjetivo
MADRE INFORMA QUE LA NIÑA ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 15 DIAS X INFECCION URINARIA DONDE RECIBIO ATB INTRAHOSPITALARIO X 8 DIAS .
DESDE EL DIA ANTERIOR A SU EGRESO PRESENTA TOS SECA EN ACCESOS RUBORIZANTE LA CUAL SE HA EXACERVADO HACE 5 DIAS POR LO QUE CONSULTA Y LE ORDENAN CLARITROMICINA. RECIBE KLARICID 1CC CADA 12 HORAS .
LA MADRE REFIERE QUE LA NIÑA PRESENTA DESDE SU ESTADIA INTRAHOSPITALARIA DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA 4/DIA.
POR PERSISTIR CON TOS , PRESENTAR TOS EMETISANTE , ACOMPAÑAD DE INAPETENCIA Y PERSISTIR CON DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA DIARREICA DECIDE RECONSULTAR.
HA PERMANECIDO AFEBRIL -
COPROSCOPICO
COLOR: CAFE

Elimina la filigrana digital ahora

ASPECTO: DIARREICA
PH: 8
SANGRE OCULTA: NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES: NEGATIVO
ALMIDONES: +++
FIBRAS VEGETALES: +
GRASAS: +
FLORA BACTERIANA: NORMAL
PARASITOS: NO SE OBSERVO PARASI
CLORO: 108.00 mmol/L (98.00 - 108.00)

POTASIO: 4.54 mmol/L (3.50 - 5.10)

SODIO: 140.00 mmol/L (135.00 - 145.00)
TOS INTEST

CUADRO HEMATICO
SERIE BLANCA
WBC: 9.0 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%: 56.6 %N (2.5 - 70.0)
LYM%: 37.0 %l (20.0 - 65.0)
MONO%: 5.6 %M (0.1 - 9.0)
BASO%: 0.7 %B (0.1 - 0.3)
EOS%: 0.1 %E (0.1 - 8.0)
NEU: 5.11 K/uL (1.80 - 8.00)
LYM: 3.34 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS: 0.51 K/uL (0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS: 0.01 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS: 0.06 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA
RBC: 4.98 M/uL (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA: 13.89 g/dL (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO: 41.26 % (33.00 - 42.00)
MCV: 82.89 fL
MCH: 27.91 pg (25.00 - 35.00)
MCHC: 33.67 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW: 10.4 %
PLAQUETAS 366 K/uL (140 - 400)
MPV: 5.28 fl (0.00 - 99.90)

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO
COLOR: Amarillo Claro
ASPECTO: LIGERAMENTE TURBIO
DENSIDAD ORINA: 1.030
PH: 6.5
LEUCOCITOS: Negativo
NITRITOS: Negativo
PROTEINAS: 20 mg/dl
GLUCOSA: Negativo
CUERPOS CETONICOS: 60 mg/dl

Objetivo

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

614

Tipo de Documento:	RC **Número de Documento:** 1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias	**Sexo:**	FEMENINO
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo		**Fecha Nacimiento:** 06/12/2011		
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE		**Télefono:** 3776804		
Grupo Poblacional:	**Pertenencia Étnica:**				
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte **Nit IPS Primaria:** 830106376		**Teléfono IPS:** 6082423		
Municpio IPS:	Cali **Cód. habilitación IPS:** 760010775901				
Nombre Acompañante:			**Dirección Acompañante:**		
Teléfono Acompañante:	**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6	
Página 5 de 10			**Fecha y Hora Impresión:** 8/10/2016 9:32:05 AM		

UROBILINOGENO: Normal
BILIRRUBINA: Negativo
ERITROCITOS: Negativo
PROTEINA C REACTIVA: 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

ANALISIS MICROSCOPICO
CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
LEUCOCITOS: 0-3 XC
BACTERIAS: ESCASAS
MOCO: ESCASO
CRISTALES:
Uratos amorfos: +
CILINDROS: :

Signos Vitales

Sistole		Diástole	TAM	
FC		FR	Temperatura	
Peso		Talla		
Glucometria		Saturación		

Análisis
SE DEJA EN OBSERVACION , CONTINUAR CON KLARICID 1CC CADA 12 HORAS .
VIGILAR TOLERNACIA DE LA VIA ORAL , FRECUENCIA Y CONSISTENICA DE LAS DEPOSICIONES.
VIGILAR DOLOR ABDOMINAL. - SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Diagnósticos
Nombre Diagnóstico Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE 10** A09X
Observaciones Diagnóstico
Especialista Claudia Yaneth Gonzalez Arevalo **Especialidad** Médico

Fecha Evolución 2/13/2013 10:44:00 AM

Subjetivo
PACIENTE CON DIAGNOSTICO E HIDROCEFALIA, RECONSULTANTE REITERATIVA. ACTUALMENTE EN MANEJO CON CLINDAMICINA POR CUADRO RESPIRATORIO AGUDO, RECONSULTA TODAS LAS NOCHES PORQUE LA NIÑA SE AHOGA CON SECRECIONES Y NO DEJA DORMIR.
A PESAR DE QUE HA CONSULTADO EN MULTIPLES OCASIONES LA MADRE AFIRMA QUE NADIE LE HA DICHO QUE NO LE DE TETERO Y LA ACUESTA SIEMPRE A DORMIR CON TETERO EN LA BOCA LO QUE EXPLICA MUY CLARAMENTE LAS RECAIDAS DE TOS DURANTE LA NOCHE POR MICROBRONCOASPIRACIONES, YA QUE SE TRATA DE UNA NIÑA MAYOR DE UN AÑO QUE A PESAR DE SU HIDROCEFALIA NO TIENE MAYOR AFECTACION DE SU DESARROLLO NEUROLOGICO.
AFEBRIL, HIDRATADA, ACTIVA, MUY BUEN ESTADO GENERAL.
NO HA PRESENTADO FIEBRE DURANTE LA HOSPITALIZACION.
FC. 100 FR 36.5 SAT 36
ORL NORMAL
CARDIOVASCULAR: NORMAL

Objetivo
PULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR CON MURMULLO VESICULAR RUDO. NO ENCUENTRO RONCUS, CREPITOS NI SIBILANCIAS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLROSO, PERISTALTISMO ADECUADO
SGU NORMAL
SNC HIDROCEFALIA CON DVA. NO ENCUENTRO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO DEFICIT NEUROLOGICO. NO SIGNOS MENINGEOS.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Tipo de Documento:	RC	**Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias
Sexo:	FEMENINO				
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo			**Fecha Nacimiento:**	06/12/2011
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE			**Télefono:**	3776804
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**			
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901		
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**	
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6
Página 6 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM

Signos Vitales

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

Análisis

SIN SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIERAN MANEJO HOSPITALARIO.
SE DEFINE SALIDA COMPLETANDO LOS 14 DIAS QUE YA TIENE ORDENADOS CON CLARITROMICINA.
SE ENTREGA ORDEN PARA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA DE PEDIATRIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.
SE INSISTE EN QUE DEBE DEJAR DE USAR TETEROS EN LA ALIMENTACION
SE LE ENTREGAN NUEVAMENTE POR ESCRITO LAS INDICACIONES PARA MANEJO DE NIÑO CON CUADROS BRONQUIALES RECURRENTES.

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Reaccion de hipersensibilidad de las vias respiratorias superiores, sitio no especificado	**CIE 10**	J393

Observaciones Diagnóstico

Especialista	Patricia Mercedes Castello Meza	**Especialidad**	Médico

Fecha Evolución 2/13/2013 10:44:00 AM

Subjetivo

PACIENTE CON DIAGNOSTICO E HIDROCEFALIA, RECONSULTANTE REITERATIVA. ACTUALMENTE EN MANEJO CON CLINDAMICINA POR CUADRO RESPIRATORIO AGUDO, RECONSULTA TODAS LAS NOCHES PORQUE LA NIÑA SE AHOGA CON SECRECIONES Y NO DEJA DORMIR.
A PESAR DE QUE HA CONSULTADO EN MULTIPLES OCASIONES LA MADRE AFIRMA QUE NADIE LE HA DICHO QUE NO LE DE TETERO Y LA ACUESTA SIEMPRE A DORMIR CON TETERO EN LA BOCA LO QUE EXPLICA MUY CLARAMENTE LAS RECAIDAS DE TOS DURANTE LA NOCHE POR MICROBRONCOASPIRACIONES, YA QUE SE TRATA DE UNA NIÑA MAYOR DE UN AÑO QUE A PESAR DE SU HIDROCEFALIA NO TIENE MAYOR AFECTACION DE SU DESARROLLO NEUROLOGICO.
AFEBRIL, HIDRATADA, ACTIVA, MUY BUEN ESTADO GENERAL.
NO HA PRESENTADO FIEBRE DURANTE LA HOSPITALIZACION.
FC. 100 FR 36.5 SAT 36
ORL NORMAL
CARDIOVASCULAR: NORMAL

Objetivo

PULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR CON MURMULLO VESICULAR RUDO. NO ENCUENTRO RONCUS, CREPITOS NI SIBILANCIAS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLROSO, PERISTALTISMO ADECUADO
SGU NORMAL
SNC HIDROCEFALIA CON DVA. NO ENCUENTRO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO DEFICIT NEUROLOGICO. NO SIGNOS MENINGEOS.

Signos Vitales

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

Análisis

SIN SIGNOS DE ALARMA QUE REQUIERAN MANEJO HOSPITALARIO.
SE DEFINE SALIDA COMPLETANDO LOS 14 DIAS QUE YA TIENE ORDENADOS CON CLARITROMICINA.
SE ENTREGA ORDEN PARA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA DE PEDIATRIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.
SE INSISTE EN QUE DEBE DEJAR DE USAR TETEROS EN LA ALIMENTACION
SE LE ENTREGAN NUEVAMENTE POR ESCRITO LAS INDICACIONES PARA MANEJO DE NIÑO CON CUADROS BRONQUIALES RECURRENTES.

Elimina la filigrana digital ahora

7
616

Tipo de Documento:	RC	**Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias
Sexo:	FEMENINO				
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo			**Fecha Nacimiento:**	06/12/2011
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE			**Télefono:**	3776804
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**			
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901		
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**	
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6
Página 7 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico Bronconeumonia, no especificada **CIE 10** J180

Observaciones Diagnóstico

Especialista Patricia Mercedes Castello Meza **Especialidad** Médico

MEDICAMENTOS

Observaciones Generales:

Estado EJECUTADA **N.Medicamento** DEXTROSA EN AGUA SOL INY 5% BOLSA X500ML (BLS)

Fecha Medicamento 2013/02/12 07:49:17 **Vía** Intravenosa **Dosificación** 1 **U. Medida** Unidades **Periodicidad** 1 VEZ

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic /Susp

Profesional Que Ordena MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Suministrado 1.00 **Desperdicio** 0 **Diagnóstico**

PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria

FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:

Estado EJECUTADA **N.Medicamento** METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO SOL. INY. X10mg/2ml AMP. x2ml (AMP)

Fecha Medicamento 2013/02/12 07:49:17 **Vía** Intravenosa **Dosificación** 1 **U. Medida** Unidades **Periodicidad** 1 VEZ

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic /Susp

Profesional Que Ordena MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Suministrado 1.00 **Desperdicio** 0 **Diagnóstico**

PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria

FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:

Estado EJECUTADA **N.Medicamento** POTASIO CLORURO X20meq SOL INY AMP X10ML (AMP)

Fecha Medicamento 2013/02/12 07:49:17 **Vía** Intravenosa **Dosificación** 1 **U. Medida** Unidades **Periodicidad** 1 VEZ

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic /Susp

Profesional Que Ordena MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Suministrado 1.00 **Desperdicio** 0 **Diagnóstico**

PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria

FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:

Estado EJECUTADA **N.Medicamento** SODIO CLORURO X20meq SOL INY AMP X10ML (AMP)

Fecha Medicamento 2013/02/12 07:49:17 **Vía** Intravenosa **Dosificación** 2 **U. Medida** Unidades **Periodicidad** 1 VEZ

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic /Susp

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

7
617

Tipo de Documento:	RC	**Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias	**Sexo:**	FEMENINO
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo			**Fecha Nacimiento:**	06/12/2011		
Dirección:	av 2B No-32 AN 42						
Ocupación:	ESTUDIANTE			**Télefono:**	3776804		
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**					
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo						
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423		
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901				
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**			
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6		
Página 8 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM		

Profesional Que Ordena MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado 2.00 **Desperdicio** 0 **Diagnóstico**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

Observaciones Generales:
Estado EJECUTADA **N.Medicamento** DIPIRONA SODICA X1GR SOL INY AMP X2ML (AMP)
Fecha Medicamento 2013/02/12 08:45:46 **Vía** Intravenosa **Dosificación** 1 **U. Medida** Unidades **Periodicidad** 1 VEZ
Obs. Medicamento
Observaciones Aplic /Susp
Profesional Que Ordena MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL
Suministrado 1.00 **Desperdicio** 0 **Diagnóstico**
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Diana Lorena Alvarez Garzon ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA DE EJECUCION: 02/13/2013 10:53:00

ORDENES NO FARMACOLOGICAS

Fecha Ordenado Feb 12 2013 7:45AM **Estado** EJECUTADO
PESO 8.5

Recomendaciones Generales de Manejo
1. FAVOR UBICAR EN OBSERVACION PEDIATRIA SIN OHAY CUPO FAVOR UBICAR EN HIDRATACION PEDIATRIA.
2. DEXTROSA AL 5% EN AD+ 5 CC DE KATROL+18 CC DE NATROL PASAR A 35 CC HORA.
3. METOCLOPRAMIDA AMPOLLA DILUIDA EN 10 CC DE SSN PASAR 1.7 CC EV.
4.IONOGRAMA
5. PENDIENTE VALORACION POR PEDIATRIA.

Periodicidad 1 VEZ
ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA EJECUCIÓN: 02/12/2013 07:45:58

Fecha Ordenado Feb 12 2013 8:40AM **Estado** EJECUTADO
Recomendaciones Generales de Manejo
DIPIRONA AMPOLLA DILUIDA EN 10 CC DE SSN PASAR 2 CC EV AHORA . EN LOS LEV.
Periodicidad 1 VEZ
ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria
FECHA EJECUCIÓN: 02/12/2013 08:40:34

INSUMOS

Fecha Orden 2/12/2013 5:27:34 AM **Profesional** Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico
Observaciones de la Orden
Insumo GASA PRECORTADA ESTERIL 3pug x 3pulg (7.5cm x 7.5cm) (UND) [UNIDAD] Cantidad: 5
Observaciones del Insumo
Estado EJECUTADA

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

28
618

Tipo de Documento:	RC	**Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias	**Sexo:**	FEMENINO
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo				**Fecha Nacimiento:** 06/12/2011		
Dirección:	av 2B No-32 AN 42						
Ocupación:	ESTUDIANTE				**Télefono:** 3776804		
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**					
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo						
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423		
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901				
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**			
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6		
Página 9 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM		

Profesional que Ejecuto: Diana Lorena Alvarez Garzon Especialidad: Jefe de enfermeria

Fecha Orden 2/12/2013 5:27:33 AM **Profesional** Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico

Observaciones de la Orden

Insumo GUANTE ESTERIL No 7 (PAR) [PAR] Cantidad: 1

Observaciones del Insumo

Estado PENDIENTE

Fecha Orden 2/12/2013 5:27:33 AM **Profesional** Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico

Observaciones de la Orden

Insumo SONDA NELATON No. 4 (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

Observaciones del Insumo

Estado EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Diana Lorena Alvarez Garzon Especialidad: Jefe de enfermeria

AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS

Especialidad Procedimiento LABORATORIO CLÍNICO

Fecha 2/12/2013 5:24:00 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**

Nombre Procedimiento HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO **Periodicidad** 1 VEZ

Observación

Especialista Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento LABORATORIO CLÍNICO

Fecha 2/12/2013 5:24:00 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**

Nombre Procedimiento PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION **Periodicidad** 1 VEZ

Observación

Especialista Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento LABORATORIO CLÍNICO

Fecha 2/12/2013 5:24:00 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**

Nombre Procedimiento UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA **Periodicidad** 1 VEZ

Observación

Especialista Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento LABORATORIO CLÍNICO

Fecha 2/12/2013 7:53:56 AM **Estado** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**

Nombre Procedimiento IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO] **Periodicidad** 1 VEZ

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

619

Tipo de Documento:	RC	**Número de Documento:**	1104829490	**Edad:**	1 años 2 meses 6 dias
Sexo:	FEMENINO				
Nombre del Afiliado:	kimberly papamija acevedo			**Fecha Nacimiento:**	06/12/2011
Dirección:	av 2B No-32 AN 42				
Ocupación:	ESTUDIANTE			**Télefono:**	3776804
Grupo Poblacional:		**Pertenencia Étnica:**			
Convenio:	Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte - Pos Contributivo				
Dirección IPS:	avenida 3 norte No 32 AN 40 Prados del norte	**Nit IPS Primaria:**	830106376	**Teléfono IPS:**	6082423
Municpio IPS:	Cali	**Cód. habilitación IPS:**	760010775901		
Nombre Acompañante:				**Dirección Acompañante:**	
Teléfono Acompañante:		**Parentesco:**		**Cama:**	Sala De Observacion Pediatrica-Camilla 6
Página 10 de 10				**Fecha y Hora Impresión:**	8/10/2016 9:32:05 AM

Observación
Especialista MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento LABORATORIO CLÍNICO
Fecha 2/12/2013 8:10:52 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**
Nombre Procedimiento COPROSCOPICO **Periodicidad** 1 VEZ
Observación
Especialista MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
Fecha 2/12/2013 8:39:38 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**
Nombre Procedimiento RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO) **Periodicidad** 1 VEZ
Observación
Especialista MArcela Cifuentes Diaz **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Especialidad Procedimiento RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
Fecha 2/12/2013 7:51:17 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**
Nombre Procedimiento RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) **Periodicidad** 1 VEZ
Observación
Especialista Claudia Yaneth Gonzalez Arevalo **Especialidad** Médico PEDIATRÍA

Especialidad Procedimiento TERAPIA RESPIRATORIA
Fecha 2/13/2013 10:49:24 AM **Estado** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico** BÁSICA
Nombre Procedimiento TERAPIA RESPIRATORIA PEDIATRICA **Periodicidad**
Observación
Especialista Patricia Mercedes Castello Meza **Especialidad** Médico PEDIATRÍA

Especialidad Procedimiento URGENCIAS
Fecha 2/12/2013 5:25:39 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**
Nombre Procedimiento CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL **Periodicidad** 1 VEZ
Observación
Especialista Julian Mauricio Rubio Carabali **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Telefono de contacto profesional:

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Señor Juez
SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
Ciudad.

REF: ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS

DDO: SALUDCOOP EPS INTERVENIDA
DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ
OSWALDO CORAL GUERRON
JAMES ZAMBRANO
CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO.

RADICACIÓN No. 2015-0132 -00

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA - EXCEPCIONES DE FONDO

ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ mayor de edad y vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.382.751 expedida en Palmira Valle, abogado titulado y en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 182.185 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la demandada Dra. **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO**, haciendo uso del poder especial conferido, por medio del presente escrito procedo a CONTESTAR LA DEMANDA que dio origen al proceso de la referencia, y a PROPONER LAS EXCEPCIONES que la benefician, tal como sigue.

pdfelement

EN CUANTO A LOS HECHOS FORMULADOS POR LA PARTE ACTIVA.

AL PRIMERO: ES CIERTO tal como se desprende del registro civil de nacimiento que reposa en autos.

AL SEGUNDO: NO ME CONSTA este hecho, toda vez que desconozco la forma como se cancelaron los costos de la cesárea que afirma le practicaron a la madre de la menor Kimberly Papamija Acevedo.

AL TERCERO: NO ME CONSTA, y no interesa al proceso si residía en Perú o en otro sitio, mucho menos interesa para las resultas de este litigio, la decisión de que la menor naciera en Colombia o en otro País.

Tampoco interesa el desconocimiento de los derechos constitucionales que argumenta al final y mucho menos si tuvo que hacer rifas o préstamos para pagar su afiliación a una EPS.

AL CUARTO: NO ME CONSTA, y debe ser probado por tanto no existe ninguna prueba que le sirva de base a la parte demandante para este hecho, teniendo en cuenta además que pareciera que a partir de los controles prenatales la parte actora pretende endilgar una supuesta culpa a SALUDCOOP EPS, es decir, casi desde la misma concepción de la menor.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

AL QUINTO: NO ME CONSTA y serán los médicos tratantes o por medio de un dictamen médico legal, quienes explicarán al Juez en qué consiste la enfermedad que padece la menor Kimberly Papamija Acevedo.

AL SEXTO: ES CIERTO, tal como se desprende de la lectura de la historia clínica de la menor.

Lo que si se debe probar PORQUE NO ES CIERTO es que exista una supuesta negligencia o alguna falla en el servicio como lo argumenta la parte actora, toda vez que de acuerdo a lo estipulado por el Juez Quinto Civil Municipal de Cali, quien conoció de la Acción de Tutela que formulara la madre de la menor, señora Noreidy Acevedo Cardona, no existe, ni existió tal falla, tal como expresa en su sentencia a folios 106:

> *"...En el presente caso la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, quien es la afectada dentro de esta acción de amparo, es una menor de edad, quien se encuentra en un estado de vegetal, con una parálisis vegetal, con síndrome convulsivo, por lo que su señora madre NOREIDY ACEVEDO CARDONA, interpuso esta acción de tutela como agente oficiosa, con el fin de que se le protejan sus derechos fundamentales referenciados.*
>
> *"Así mismo, se evidencia de la documentación allegada al plenario, que la menor PAPAMIJA ACEVEDO ha requerido de atención médica, la cual hasta la fecha le han entregado todo lo requerido, por cuanto los medicamentos que menciona la accionante han sido autorizados por el comité técnico científico, por otra parte los insumos y pañales no hay un soporte médico que avale o respalde la solicitud realizada por la accionante..."*

Vemos entonces que la acción de tutela le fue negada a la demandante por no poderse probar la falla en el servicio prestado por Saludcoop, así como la supuesta negligencia que se argumenta en este hecho, teniendo en cuenta que no se pudo probar siquiera sumariamente los hechos alegados en la tutela.

Ahora bien, como la sentencia fue apelada su conocimiento correspondió al Juzgado Noveno Civil del Circuito de Cali, la que fue revocada, pero al proferir las ordenes a Saludcoop nada dice sobre la negligencia o fallas en el servicio, solo dispone lo relativo a una atención integral señalando expresamente a folio 122 lo siguiente:

> *"...procede a la autorización de la entrega de pañales desechables, pañitos húmedos, crema antipañalitis, guantes desechables en la cantidad y periodicidad que requiera la paciente; igualmente le preste el servicio de transporte en ambulancia con ocasión de la patología que la afecta, le practique una valoración integral a la menor Kimberly Papamija Acevedo, la cual deberá estar a cargo de especialistas en el manejo de la patología que la afecta, con el fin de que elaboren un plan de tratamiento que indique si es procedente o no la atención domiciliaria (visitas médicas – servicio de enfermería) y determine que medicamentos, valoraciones, plan nutricional y procedimientos son acordes a la enfermedad, para brindarle un tratamiento integral..."*

De la lectura de este párrafo, no se infiere sino una cosa: la madre de la menor solo busca tener comodidad para cubrir todos los gastos en que pudiere incurrir, para

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

manejar la hidrocefalia que padece la menor, pero repito, ni el Juez de Primera instancia, ni el Juez de Segunda instancia, observan negligencia, ni fallas en el servicio prestado por Saludcoop.

AL SEPTIMO: NO ME CONSTA, y se debe probar, teniendo en cuenta que se intenta incluir este costo en las pretensiones tan altas que se formulan en la demanda, al mencionarse que fue costeada la cirugía con dineros de los padres y el préstamo familiar que se ha venido expresando en varios hechos.

AL OCTAVO: NO ME CONSTA, precisando que ello no significa que la menor pueda llevar una vida normal, esto es un sofisma de distracción, para poder ir llevando al Juzgador de turno, a una posible responsabilidad por parte de Saludcoop y el personal médico que ha tratado y atendido a la menor.

Veamos para ir clarificando, en que consiste la enfermedad que padece la menor Kimberly Papamija Acevedo:

El término hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cerebroespinal (LC) - un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cerebroespinal resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro.

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados por vías estrechas. Normalmente, el líquido cerebroespinal fluye a través de los ventrículos, sale a cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.

El líquido cerebroespinal tiene tres funciones vitales importantes: 1) mantener flotante el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador; 2) servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos; y 3) fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro). El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cerebroespinal es de vital importancia. En condiciones ideales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán la producción de líquido cerebroespinal o que inhibirán su flujo normal. Cuando se perturba este equilibrio, resulta la hidrocefalia

La hidrocefalia puede ser congénita o adquirida. La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética. La hidrocefalia adquirida se desarrolla en el momento del nacimiento o en un punto después. Este tipo de hidrocefalia puede afectar a las personas de todas las edades y puede ser ocasionado por una lesión o una enfermedad.

Las causas de hidrocefalia no son todas bien comprendidas. La hidrocefalia puede resultar de herencia genética (estenosis acuaductal) o de trastornos de desarrollo tales

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

como los asociados con defectos en el tubo neural, incluida la espina bífida y el encefalocele. Otras causas posibles son complicaciones del nacimiento prematuro, tales como una hemorragia intraventricular, enfermedades como la meningitis, tumores, lesión traumática a la cabeza o hemorragia subaracnoide que bloquea la salida de los ventrículos a las cisternas y elimina las propias cisternas.

Es decir, si la enfermedad de la menor es HIDROCEFALIA CONGENITA, tenemos que tener claro todo lo relativo a este término.

El término congénito hace alusión a cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante el desarrollo intrauterino. Puede ser resultado de un factor hereditario, físico (por ejemplo, radiación X), químico (por ejemplo, fármacos o sustancias tóxicas) o infeccioso (por ejemplo, infecciones virales – rubéola congénita, entre otras). Ejemplos de esto pueden ser enfermedades como malformaciones en las extremidades (causadas por fármacos teratogénicos usados durante el periodo fetal temprano), retraso mental radio -inducido (causado por radiaciones en el periodo fetal tardío) y ceguera (causada por rubéola contraída en el primer trimestre de gestación).

Aclarado lo anterior, se puede empezar por concluir que el padecimiento de la menor, no ha sido causado por quienes le han prestado el servicio de salud, ni mucho menos por el personal médico que la ha tratado, que la ha valorado, que la ha examinado, etc, es una enfermedad de tipo congénito que como ya se vió, se presentó durante su desarrollo intrauterino, es decir, antes de nacer.

AL NOVENO: NO ME CONSTA y se debe demostrar fehacientemente este hecho, por ser de la esencia de este proceso, teniendo en cuenta que se pretende endilgar culpa a Saludcoop y al personal médico, siendo este uno de pilares de la Responsabilidad civil, pero cuyo análisis arrancaría a partir de esta fecha, teniendo en cuenta que su padecimiento ya venía produciendo muchos dolores de cabeza tanto a la menor como a sus padres, porque la enfermedad es congénita, luego su valoración debe soportarse a partir del nacimiento de Kimberly Papamija Acevedo, estudiando absolutamente toda la historia clínica paso a paso.

pdfelement

AL DECIMO: ES CIERTO, toda vez que de su historia se deduce que jamás le han negado atención.

AL ONCE: NO ME CONSTA pero estos síntomas son de la esencia de la enfermedad, es decir, quien sufre de Hidrocefalia congénita está expuesto a que se le presenten estas dolencias tales como fiebre alta, somnolencia y vómito, máxime que esta es una enfermedad de la estirpe congénita que como ya lo vimos se aplica al rasgo de la personalidad de la menor, por haber nacido con la enfermedad, es decir en su organismo es algo normal, porque la hidrocefalia se adquirió durante el período de gestación al padecerse desde su nacimiento.

AL DOCE: NO ES CIERTO, de acuerdo a la lectura de la historia clínica allegada, se deduce que lo único que la menor tuvo en Saludcoop fue atención en debida forma, y como lo expresa el Abogado de la parte actora, por el solo hecho de ser una menor de edad, siempre se le ha brindado una atención especial y rápida.

En cuanto a la infección que se menciona al final de este hecho, NO ME CONSTA y debe ser desvirtuado por quien la atendió en ese momento, que no fue mi mandante Dra. Claudia Yaneth González Arévalo.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

AL TRECE: NO ME CONSTA pero de acuerdo a lo reseñado por el Dr. Fernando Sánchez Barón, cuando implantó la válvula en el cerebro de la menor Kimberly Papamija Acevedo, hizo recomendaciones, dentro de las cuales estableció, que esta infección podía presentarse, tal como se expresa textualmente por parte del abogado actor en el hecho OCTAVO en su párrafo segundo:

"...El médico que operó a la niña les recomendó a los padres de KIMBERLY tener mucho cuidado ante la presencia de cualquier síntoma como fiebre, vómito o somnolencia en la menor, PUES EXPLICO QUE ERA INDICATIVO CLARO DE "TAPONAMIENTO O INFECCION EN LA VALVULA" y les recomendó ASISTIR A URGENCIAS DE INMEDIATO CON LA NIÑA para que se les iniciara tratamiento con antibióticos o retirarle la válvula del cerebro y reemplazarla PARA EVITAR DAÑOS COLATERALES IRREVERSIBLES.

Se concluye entonces que lo que le ocurrió a la menor, estaba contemplado por el Dr, Sánchez Barón, como una consecuencia lógica, luego no se puede ni remotamente pensar que este episodio es culpa de la demandada Saludcoop ni de su personal médico tratante.

AL CATORCE: NO ME CONSTA, pero es un hecho reconocido por la jurisprudencia y la doctrina, que si existe galenos con la especialidad que se necesita, pues lógicamente que deberán ser los adscritos a la entidad, quienes realicen el procedimiento.

AL QUINCE: NO ME CONSTA, y se observan en este hecho varios puntos que no se pueden ni deben dejar pasar.

-Manifiesta que el infectólogo Dr. Luis Fernando Mejía formula antibiótico Vancomicina,
--El Dr. Daniel Enrique Medina le practicaba punciones ventriculares semanales;
-El 14 de enero de 2012 se hospitaliza a la menor.
-El 9 de febrero se le cambia el antibiótico por Meropenem.
-El 20 de febrero el Dr. Oswaldo Coral le realiza punción cerebral para extraer líquido,
-El 21 de febrero el Dr. Daniel Enrique Medina le realiza intervención con anestesia para colocarle una derivación interna para colocarle la válvula desde los ventrículos cerebrales hacia otra ubicación en el cuerpo donde el líquido sea absorbido con facilidad.
- El 23 de febrero remiten a la niña a piso para habitación para el tratamiento con antibiótico.
-El 6 de marzo le dan de alta a la menor.
-El 7 de marzo entra por urgencias por abertura de puntos de la cirugía de la cabeza, saliendo líquido por la herida.
-La dejan por 48 horas luego de cerrar la herida y el 9 de marzo le dan de alta.
-El 12 de marzo entra nuevamente por urgencias por infección de la herida, inflamación, alta temperatura y enrojecimiento, habiendo sido tratada por el médico David Alejandro Tello Salazar, formulando antibiótico y acetaminofén.
-El 17 de marzo Kimberly fue llevada nuevamente por urgencias por los mismos síntomas: vómito, fiebre y somnolencia.
-El 19 de marzo se le informa a la madre que la menor no tiene infección, luego de tomarle exámenes en forma previa, pero decide hacer punción en la cabeza para extraer líquido y enviarlo al laboratorio.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

-El 20 de marzo entregan resultado del análisis del líquido informando que había infección. Pero el Dr. Daniel Enrique Medina indica que el resultado era dudoso y prefiere esperar.
-El 26 de marzo el Dr. Medina ordena otra punción en la cabeza para remitirlo al laboratorio.
-El 27 de marzo llega resultado habiendo confirmado que efectivamente hay infección.
-El 28 de marzo realizan cirugía para retirarle la válvula e iniciar tratamiento con antibiótico ordenando punciones cada 4 o 5 días.
-El 1 de abril de 2012 le realizan nuevamente punción para extraer líquido.

Aquí vale la pena resaltar que la niña tenía solo un mes de nacida, cuando se le realizaron todos estos procedimientos que según la abogada, eran tan dolorosos, lo que nos permite concluir que la dificultad y dolencias que presenta la menor Kimberly es de la esencia de su misma humanidad y no es el resultado o la consecuencia de una mala praxis, o de una negligencia de la entidad prestadora del servicio de salud, ni de los médicos y personal adscrito al mismo.

Queda entonces demostrado, que con solo un mes de nacida la menor, ya estuvo expuesta a todas las entradas y salidas de la clínica, a todos esos tratamientos tan dolorosos, a las cirugías para introducir los válvulas, para extraer líquido, etc, lo que no permite sino confirmar la tesis de que en su doloroso caminar por esta vida, Kimberly ha estado expuesta a tantos martirios, producidos por su propia salud, por su genética, por su mal formación intrauterina, quizás por herencia, desconociéndose a ciencia cierta que le produjo esta enfermedad, o patología a la menor, pero que todo ello se traduce en una falta de responsabilidad del personal médico, ni del ente encargado de cuidar de su salud, ella misma se autoimpuso todos estos martirios por haber desarrollado dicha enfermedad, ajena totalmente a los vinculados por pasiva a esta demanda.

pdfelement

AL DIECISEIS: NO ME CONSTA, son apreciaciones muy subjetivas de la parte actora, pero aclaro que el líquido jamás se le dejó acumular como dice la abogada, teniendo en cuenta que hay pruebas y además la confesión de la misma apoderada, en las que reconoce todas las punzadas y chuzadas que se le practicaron a la menor con el fin de que el líquido saliera de su cabecita.

AL DIECISIETE: NO ME CONSTA, pero de acuerdo a lo establecido por el Dr. Fernando Sánchez Barón, cuando implantó la válvula en el cerebro de la menor Kimberly Papamija Acevedo, les recomendó a los padres que la infección que padecía la menor podía presentarse nuevamente, tal como lo confiesa la abogada de la parte demandante en el hecho OCTAVO en su párrafo segundo:

"...El médico que operó a la niña les recomendó a los padres de KIMBERLY tener mucho cuidado ante la presencia de cualquier síntoma como fiebre, vómito o somnolencia en la menor, PUES EXPLICO QUE ERA INDICATIVO CLARO DE "TAPONAMIENTO O INFECCION EN LA VALVULA" y les recomendó ASISTIR A URGENCIAS DE INMEDIATO CON LA NIÑA para que se les iniciara tratamiento con antibióticos o retirarle la válvula del cerebro y reemplazarla PARA EVITAR DAÑOS COLATERALES IRREVERSIBLES.

En consecuencia, la fiebre, la irritabilidad y la somnolencia, son síntomas claros de que la infección se repite, debido precisamente a la hidrocefalia congénita que padece la menor, o sea que esta sintomatología estaba contemplada por el neurocirujano Dr,

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Sánchez Barón, como una consecuencia lógica del implante de la válvula, sumado a la enfermedad con que nació la niña y no como pretende dar a entender la abogada.

Sobre los apuntes que dejan percibir una mala atención por el personal médico de Saludcoop por ser Semana Santa, pues sinceramente, se deben probar, porque a pesar de ser festivo por tratarse de una entidad prestadora del servicio de salud, no se ha demostrado que a la paciente la hayan dejado sin la debida atención, y menos que se le ocasionase supuestamente algún perjuicio.

AL DIECIOCHO: NO ME CONSTA, pero no puedo dejar de expresar el hecho que desde el mismo momento de la concepción y nacimiento de la niña, su estado de salud ha sido grave, crítico, doloroso, triste, luego no entiendo por qué se nota la intención de dejar ver que todos estos padecimientos son solo a consecuencia de una falla en el servicio o de una negligencia por parte de la Clínica y de su personal médico.

AL DIECINUEVE: NO ME CONSTA, pero de acuerdo a investigaciones científicas, con médicos especializados en Pediatría y afines, se ha demostrado que los bebés tienen un sitio en el cerebro que se llaman las fontanelas que se denominan así porque son:

Las **fontanelas** (del latín *fontanella*, "ventana pequeña"), también denominadas *puntos blandos* o *molleras*, son las separaciones que, durante aproximadamente 12 a 18 meses, se observan, como parte del desarrollo normal, entre los huesos del cráneo de un bebé, en el sitio donde, en la edad adulta, se formarán las suturas. Después de ese lapso suelen fusionarse, y así permanecerán durante toda la vida adulta de un ser humano.

Vemos entonces, que estas fontanelas son los sitios especiales e ideales para que se le realicen las punciones a los bebés, luego no se entiende la insistencia de la abogada de la parte actora, insinuando que a la niña se le ha torturado al tratar de mejorar su situación, haciendo punciones para sacar el líquido que le causaba los problemas de salud.

AL VEINTE: NO ME CONSTA, y la verdad me cuesta aceptar que en una clínica como Saludcoop no hubiese ningún médico especializado que pudiese prestar el servicio a la menor Kimberly Papamija Acevedo.

AL VEINTIUNO: NO ME CONSTA, absolutamente nada de lo que se confiesa en este hecho, además de que se repite algo que ha sido la constante en la historia clínica de la menor y es que por su enfermedad Hidrocefalia Congénita, nació con todas estas dificultades de salud, lo que conlleva a que se le tenga que estar practicando estos procedimientos tan molestos para ella y para su familia, pero que no se dan por culpa de la clínica Saludcoop ni del personal médico.

La respiración que se detiene por cualquier causa se denomina apnea. La respiración que se vuelve lenta es llamada bradipnea. La respiración que se vuelve difícil o cuesta trabajo es conocida como disnea.

La dificultad para respirar puede ocurrir por muchas razones diferentes. Las causas más comunes de apnea en los bebés y niños pequeños generalmente son bastante diferentes de las causas más frecuentes en los adultos.

Las causas comunes de la dificultad respiratoria en bebés y niños pequeños incluyen:

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Asma, Bronquiolitis; Asfixia; Encefalitis (inflamación e infección en el cerebro que afecta las funciones vitales del cerebro); Reflujo gastroesofágico; Contener la respiración; Meningitis (inflamación e infección del tejido que recubre el cerebro y la médula espinal);

Neumonía; Nacimiento prematuro; Convulsiones, lesión de la cabeza; Ataque cardiaco; latidos cardíacos irregulares; Trastornos metabólicos (químicos, minerales y acidobásicos del cuerpo); Ahogamiento inminente; accidente cerebro vascular y otros trastornos cerebrales o del sistema nervioso (neurológico), etc.

Se trae esta información con el fin de aclararle al Despacho, que si bien se presenta un paro respiratorio en una bebé con una Hidrocefalia Congénita, es debido a su misma enfermedad, porque como ya se vio, las consecuencias de este padecimiento son muy severas y graves y además con secuelas de la talla de aumento de presión en el interior de la cavidad intracraneal comprimiendo el cerebro, lesionándolo en muchas oportunidades de forma irreversible.

Es que la enfermedad que padece Kimberly Papamija Acevedo, no es un resfriado o un virus común, es una dolencia que como ya se dijo la Hidrocefalia o comúnmente denominada agua en la cabeza, es una enfermedad que se caracteriza por existir un exceso de líquido cefalorraquídeo (líquido acuoso que baña el cerebro) en el interior de los ventrículos cerebrales (cavidades que existen en el interior del cerebro comunicadas entre sí). Este acúmulo de líquido aumenta la presión en el interior de la cavidad intracraneal y comprime el cerebro lesionándolo a veces de forma irreversible.

Sobre este tema de la Hidrocefalia me permito traer apartes del concepto del Dr. Carlos José Pérez Díaz, especialista en Neurocirugía Pediátrica:

"...La causa de la hidrocefalia generalmente es una obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo, que puede ser; Congénita, es decir presente en el momento del nacimiento, o adquirida o causada por una lesión o enfermedad cerebral en el transcurso de la vida.

La hidrocefalia congénita que es la que nos debe interesar por ser la que padece la menor, se produce por malformaciones cerebrales durante la gestación, que impiden la circulación del líquido cefalorraquídeo. Es una enfermedad relativamente frecuente, ya que afecta aproximadamente a 5 niños de cada 10.000 nacidos.

"Los síntomas que provoca la hidrocefalia son consecuencia del aumento de la presión intracraneal, y estos síntomas serán distintos según la edad del enfermo y la velocidad del aumento de la presión.

"En los niños recién nacidos y en los lactantes que no tengan cerrada todavía las suturas craneales, se produce un crecimiento excesivo de la cabeza con separación de los huesos craneales y aumento de presión en la fontanela (superficie blanda sin hueso entre los huesos parietales y el frontal). También se hinchan las venas superficiales del cráneo y los ojos tienden a mirar hacia abajo (Ojos en sol poniente). El niño está cada vez más irritable y suele vomitar. La hidrocefalia congénita cuando se deja evolucionar sin el tratamiento, produce la muerte del paciente en más de la mitad de los casos. Entre los supervivientes, la mayoría tiene un déficit neurológico severo y un retraso

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

intelectual profundo. El 24% de estos supervivientes presentan un déficit leve y solo un 10% aproximadamente pueden ser considerados normales.

"El tratamiento de la hidrocefalia consiste en restablecer la circulación y la absorción del líquido cefalorraquídeo comunicando entre sí las vías por las que circula, extirpando el tumo lesión que obstruía estas vías, o en conducir o derivar el líquido cefalorraquídeo fuera de la cavidad craneal a otros lugares del cuerpo donde se pueda reabsorber fácilmente a la sangre, como la cavidad abdominal o la aurícula derecha del corazón. Esta derivación del líquido cefalorraquídeo se realiza mediante un tubo delgado de silicona con una válvula unidireccional para impedir el reflujo al cerebro que discurre entre la cabeza y el tórax o abdomen por debajo de la piel. Estos dispositivos en lenguaje coloquial se denominan "válvulas" y existe una gran variedad en el mercado.

"En muchos casos se puede salvar la obstrucción entre los ventrículos cerebrales y el espacio que rodea el cerebro (espacio subaracnoideo) practicando un orificio en una zona muy delgado de la pared del cerebro mediante un endoscopio introducido en los ventrículos cerebrales comunicando estos con el espacio subaracnoideo (Ventrículo cisternostomía del III ventrículo)..."

Queda claro entonces, que absolutamente ninguno de los padecimientos de Kimberly Papamija Acevedo son consecuencia de una mala praxis, de una negligencia, ni de una falla en el servicio de salud que se le brindó, nada de ello; todo lo contrario; es una respuesta a su Hidrocefalia Congénita con la que nació y que tristemente, ha empañado su corta existencia, pero sus padres quizás por desconocer todo lo relativo a dicha enfermedad, intentan trasladar su dolor, su congoja, su impotencia, a la Clínica Saludcoop Sede Norte y al personal médico, por no poder ver a su niña llevando una vida normal, como todos los otros niños, o quizá como habían soñado para ella.

AL VEINTIDOS: NO ME CONSTA, pero de ser ello cierto así se deben debatir en la etapa probatoria de este proceso.

AL VEINTITRES: NO ME CONSTA y se observan varios puntos en este hecho, el primero que se acepta la buena atención de los médicos tratantes de la menor, al cambiar el procedimiento a realizarle por parte del Dr. Oswaldo Coral al cambiar las punciones que venía practicando el Dr. Daniel Enrique Medina Jiménez, por una válvula externa denominada Ventriculostomía Externa en lugar de la interna o HAKIN.

En segundo lugar, la apoderada actora menciona que el 14 de abril de 2007, cuando ni siquiera había nacido la menor que nos ocupa, remiten a Kimberly al Piso Cuarto, para continuar con el tratamiento de antibióticos por trece (13) días y en tercer lugar se menciona que el 27 de abril de 2012, se tiene que llevar a la niña a cirugía porque su salud se agrava, habiendo reemplazado la ventriculostomía externa, colocándole una derivación libre.

Se resalta en este hecho el cambio que se tuvo que hacer, debido a que la válvula que le succionaba constantemente líquido del cerebro, le drenó demasiado causándole un grave hematoma, situación que nuevamente nos permite concluir que no había tratamiento, ni medicamento, llámese antibiótico, que pudiera resultar positivo en el caso de la pequeña Kimberly, teniendo en cuenta la enfermedad con la que nació, todos estos resultados solo nos llevan al mismo punto, y es que la hidrocefalia congénita que padece es tan severa que no se ha podido a pesar de todos los

esfuerzos realizados por la clínica y su personal médico, enfermeras, equipo interdisciplinario, lograr estabilizarla siquiera.

AL VEINTICUATRO: NO ME CONSTA, pero lo confesado en este hecho por la abogada, nos lleva a la misma conclusión, que todos los procedimientos que se le han realizado o practicado a la menor, han resultado infructuosos, porque les tocó volver a la válvula de HAKIN que había sido criticada por la misma abogada, luego no es extraño que se volviera a poner mal la niña, tanto que el 1 de junio de 2012 tuvo que ser ingresada por urgencias nuevamente, con los mismos síntomas: fiebre, vomito, somnolencia e irritabilidad y al examinarla la hospitalizan por encontrarle una bacteria llamada neumonía nosocomial.

AL VEINTICINCO: NO ME CONSTA, pero refiere que nuevamente ingresa por urgencias los días 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, de julio con fiebre, dolor abdominal, diarrea, obstrucción intestinal, y el 21 la hospitalizan, habiendo sido valorada durante este período por los siguientes galenos:

-Dr. Guillermo Alberto Sarmiento Ramírez.
-Dr. Darío Alberto Varona Londoño.
-Dr. Guillermo Lotero Díaz.
-Dr. Carlos Alberto Melo Hernández.

Situación que viene a confirmar lo que he venido indicando al Despacho, y es la excelente atención que se le ha brindado a la menor Kimberly Papamija Acevedo, sin que se pueda aceptar la aberrante afirmación de la apoderada que en su afán de probar negligencia, perjuicios y fallas en el servicio, va insinuando situaciones inexistentes, porque hablar de conejillo de indias en una menor, es muy delicado.

AL VEINTISEIS: NO ME CONSTA, pero vuelve la apoderada judicial de la parte demandante, y hace un extenso relato sobre la atención brindada a la menor los días 4 y 8 de agosto de 2012, indicando los padecimientos que sufría la niña, repitiéndose todos los síntomas, lo que nos demuestra una vez más, la delicada enfermedad que padecía la menor.

AL VEINTISIETE: NO ME CONSTA pero nuevamente se le cambia la válvula de HOKIN por una válvula externa Ventriculostomía externa y se formulan antibióticos, por el Dr. Coral.

AL VEINTIOCHO: NO ES CIERTO, absolutamente nada de lo que se afirma aquí, porque de la lectura de la historia clínica y de la confesión que hace la abogada en los hechos se deduce fácilmente, que lo que ha tenido Kimberly Papamija Acevedo es atención médica y muy buena, a pesar de todo lo que se dice de las entidades promotoras de salud, por el contrario, en Saludcoop se ha priorizado el cubrimiento integral de la salud de la menor, prestándole todos los servicios necesarios para hacerle más grata su permanencia en la Clínica.

AL VEINTINUEVE: NO ME CONSTA, reafirmando lo que expresé en la respuesta al hecho anterior, teniendo en cuenta que en el hecho anterior la abogada confiesa que se deterioró la niña, por la falta de atención, por las fallas en el servicio, etc, y ya en este se dice que durante cinco meses no presentó ninguna alteración, mejorando notablemente, tanto que ya daba pasos, se sentaba, comía sola, se despedía, daba besos, empezó a hablar, etc, presentándose entre estos dos hechos una disparidad,

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

toda vez que en el 28 confiesa todas las fallas del servicio de Saludcoop y en este, ya confiesa existir una mejoría, es totalmente contradictorio y demuestra la falta de nexo causal.

AL TREINTA: NO ME CONSTA, aparecen nuevamente lo síntomas de siempre, causando muchas molestias en la niña, y NO ES CIERTO que haya imprudencia e irresponsabilidad en el actuar del personal de Saludcoop, teniendo en cuenta que fue hospitalizada en debida forma.

AL TREINTA Y UNO: NO ME CONSTA, pero volvemos a lo mismo, los síntomas por los que refiere son los mismos, es decir, vomito, fiebre, somnolencia, irritabilidad, significando lo mismo, taponamiento de la válvula, sin que pueda indicar la apoderada que se trata de la obstrucción que mencionó inicialmente el neurocirujano Dr. Fernando Sánchez Varón, porque en cuantos hechos la abogada confiesa la dificultad de la válvula, que se la ponen interna, que se la ponen externa, que hubo que quitársela para proceder con las punciones, etc, luego no puede intentar mostrar lo que no hay.

AL TREINTA Y DOS: NO ME CONSTA, pero se repite el hecho de los síntomas de la menor, siendo valorada por el Dr. Carlos Alberto González Ramírez quien le ordena placa de tórax, cuyo resultado no presenta novedad por lo que ordena salida de la niña, pero el 8 de febrero regresa la madre con la menor, porque presenta incremento en la tos, vomito constante, somnolencia e irritabilidad, habiendo sido atendida por el Dr. Oscar Herrera, quien determina que la niña tiene Neumonía.

AL TREINTA Y TRES: NO ES CIERTO, lo que se afirma en este hecho toda vez que el día 12 de Febrero del año 2013, en Sala de Observación de Urgencias 1er Piso y en su horario de turno en la tarde de 1-7 PM -6 horas-. La niña KIMBERLY PAPAMIJA fue valorada y atendida por UNA SOLA VEZ, por la Dra. Claudia Yaneth González-PEDIATRA – durante su turno. La causa de consultas y estancia en sala de observación de Urgencias de ese día (Se aclara que no está relacionada con el evento ocurrido de manera aguda y súbita el día 20 de febrero del 2013, 22:56 horas). La niña KIMBERLY PAPAMIJA egresó o salió del servicio de observación de Urgencias el día 13 de Febrero del 2013 en horas de la mañana, de acuerdo a valoración que le hiciera la Dra. Patricia Castello –Pediatra de turno- y al revisar cuadro clínico actual, evolución, signos vitales, examen físico, paraclínicos y hallazgos imagenológicos, decide dar salida a la menor, por no requerir en el momento hospitalización y encontrarla hemodinámicamente estable y sin deterioro neurológico ni respiratorio, dando a su salida o egreso, las recomendaciones y manejo pertinente en relación a su causa de consulta.

Aquí es bueno informarle al Despacho que la Dra. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO en su condición de PEDIATRA, no es la médica tratante de la menor, ni es la responsable DIRECTA del daño neurológico irreversible ocasionado a la niña KIMBERLY PAPAMIJA, según hechos narrados, teniendo en cuenta que solo atendía el turno respectivo de urgencias y que solo tuvo contacto con la menor UNA (1) SOLA VEZ.

Se tiene dicho que el derecho es pura y sana lógica, siendo así vale la pena preguntarse si es así, porqué se vincula a este proceso a la Dra. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO cuando de acuerdo a las pruebas documentales ella solo tuvo contacto con la menor UNA (1) SOLA VEZ? El sin número de supuestos perjuicios que se reportan en los hechos y que se repiten una y otra vez para poder pedir los valores

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

señalados como supuestos perjuicios, nada tienen que ver con mi mandante, que inclusive si se observa detenidamente la historia clínica se concluye que la Dra. González Arevalo termina su turno a las 7PM, y a las 8 pasadas deja su informe en la historia clínica de la menor, es decir, no actúa como se predica en este hecho por parte de la apoderada judicial de la parte actora, cuando refiere y muestra a mi mandante como una persona sin corazón, al establecer apreciaciones que no son ciertas, que no van con la verdad, y lo relata de una forma como si lo hubiese presenciado, situación bien delicada, porque no creo que la abogada hubiese estado presente durante la ocurrencia de este hecho.

La nota de evolución de la valoración de la Dra. Claudia Yaneth González -Pediatra- queda registrada a las 20:19 hrs, nota que no se pudo hacer antes por congestión del servicio, pero la niña Kimberly Papamija, fue valorada en la tarde durante su turno, en su horario correspondiente y quien entrega su turno personalmente a la Dra. Kelly Bolaños quien recibe turno en la noche de 7 PM. hasta las 7 AM del otro día, e informa que la niña Kimberly Papamija se encuentra en buenas condiciones generales, con signos vitales normales, hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal agudo y sin deterioro neurológico, ordena RX de tórax para ser tomada y posteriormente revalorada por la Dra. Kelly Bolaños.

Por la forma en que se presentaron estos hechos describo como fue la atención que se le prestó a la menor Kimberly desde su ingreso el día martes 12 de Febrero de 2013, repito y siendo la UNICA VEZ que fue valorada por mi mandante CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO- PEDIATRA – en su turno de la tarde: 1 a 7 PM -6 Horas -, y POR UNA (1) SOLA VEZ.

La niña KIMBERLY PAPAMIJA, INGRESA A LAS 5 AM, donde es valorada inicialmente por el médico asistencial de turno, Dra. Carolina García y cuya causa de consulta referida por la madre es: "TOS Y VOMITO", siendo la tos seca en accesos ruborizasante y en ocasiones emitisante, ocasionando esto por la tos, además de presencia de deposiciones líquidas amarillas, por cuatro veces al día, niega otros síntomas asociados, no refiere fiebre, no dificultad respiratoria, no dolor abdominal agudo, no somnolencia,no déficit neurológico.

Una vez reinterrogada y valorada con los siguientes signos vitales los cuales son normales:

- FC 93XMNIN,
- FR 26XMIN,
- T36.2,
- SATURACION DE OXIGENO 98%

Al examen FISICO de ingreso describen en el área de cabeza:

-DEFORMIDAD POR HIDROCEFALIA,
-OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL,

En área PULMONAR:

-PULMONES BIEN VENTILADOS,
-NO RUIDOS SOBREAGREGADOS,
-RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES,

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

En área de ABDOMEN:

- PERISTALTISMO NORMAL
-NO DOLOR A LA PALPACION,
-NO DISTENSION ABDOMINAL,
-MUCOSAS HUMEDAS, GLASGOW 15/15,
-NO DEFICIT NEUROLOGICO,
NO SOMNOLENCIA.

HACE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Náusea y vómito, por lo anterior ordena PARACLINICOS: HEMOGRAMA, PROTEINA C REACTIVA, UROANALISIS, ELECTROLITOS-CLORO,SODIO,POTASIO-, COPROSCOPICO.

Al terminar su turno a las 7 AM la Dra. Carolina García – Médico asistencial del servicio de urgencias de PEDIATRIA de Saludcoop Clínica del Norte, entrega la paciente KIMBERLY PAPAMIJA a la Dra. Marcela Cifuentes – Médica Asistencial- quien recibe su turno, asignado de 7 AM a 1 PM, para su posterior revaloración, plan de manejo, y conducta, por lo que ordena radiografía de abdomen simple, ordena ubicar en área de observación pediátrica, si no hay cupo sugiere ubicar en área de hidratación pediátrica, METOCLOPRAMIDA ENDOVENOSA, LIQUIDOS DE HIDRATACION ENDOVENOSA. Previamente valora los paraclínicos, los cuales están normales y en donde no se evidencia proceso infeccioso bacteriano.

La Dra. Marcela Cifuentes- Médica Asistencial de Pediatría, realiza el análisis y plan de manejo pertinente de acuerdo a su causa de consulta, decide dejar en sala de observación Pediátrica en el servicio de Urgencias.

Cabe anotar que los pacientes que son dejados en sala de observación Pediátrica son comentados previamente con el pediatra de turno – dicha conducta debió ser tomada con la pediatra que se encontraba de turno en horas de la mañana 7 AM a 1 PM, Dra. Marisol Palacios.

Cuando la Dra. Claudia Yaneth González –Pediatra -, llega a su turno al servicio de urgencias el martes 12 de febrero del 2013 en su horario de turno en la tarde de 1-7 PM, ya la paciente estaba en la sala de observación pediátrica del servicio de urgencias, como consta en la nota de la auxiliar de enfermería Luz Mary quien recibe su turno a la 1 PM.

No se puede perder de vista que la niña KIMBERLY PAPAMIJA consulta en el mes de febrero los días 6, 7,8,10,11,12,14 del 2013, siendo su causa de consulta por tos seca en accesos ruborizante y ocasiones emetisante, en su revaloración del 12 de febrero del 2013, la madre refiere que la niña presenta desde su última estancia hospitalaria deposiciones de consistencia diarreica por cuatro -4- veces al día, por lo que se relaciona este hecho que la causa de su diarrea puede ser medicamentosa. Estas causas de consulta no están relacionadas con la obstrucción de su válvula de HAKIN con derivación ventrículo atrial evento ocurrido el 20 de febrero del 2013 a 22:56 hrs. y que le ocasionó el daño neurológico irreversible a la niña Kimbely Papamija.

De acuerdo a lo anterior, se observa que la niña Kimberly Papamija en el mes de febrero del 2013 ha reconsultado en varias ocasiones y ha sido valorada en sus ingresos por diferentes médicos asistenciales y Pediatras:
-Dr. Carlos González,

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

pdfelement

-Marcela Cifuentes,
-Mildred Sofia Arrieta,
-Carolina Garcia,
-Oscar Herrera -Pediatra-,
-Marisol Palacios -pediatra-
-Claudia Yaneth Gonzalez -Pediatra,
-Kelly Bolaños -Pediatra,
-Patricia Castello Mesa -pediatra-
-Diana Isabel Bravo-Pediatra.

Lo anterior evidencia que la Dra. Claudia Yaneth González no es su Pediatra tratante, la niña es paciente institucional y ha sido valorada por distintos médicos asistenciales y Pediatras que se encuentren atendiendo el día de su ingreso en el turno programado y organizados por su coordinador Pediatra Dr. Andrés Pardo.

En todas las ocasiones que la niña consulto en el mes de febrero, la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, solo la vio en una (1) sola ocasión - el 12 de febrero del 2013- durante su turno de 6 horas en la tarde de 1-7 PM, por lo que cabe anotar que no era su médico tratante, fue tan solo una (1) de los médicos que la valoro en el mes de febrero del 2013 y antes de presentarse el evento del 20 de febrero del 2013 a las 22:56 hrs que le causó el daño neurológico a la niña.

Repito nuevamente, en relación a lo referido por la apoderada judicial de la parte actora en contra de mi mandante, se presentó una clara distorsión y mala interpretación de lo que informa la madre de la menor, veamos como es el procedimiento en la clínica cuando ingresa a Urgencias de Pediatría un menor:

Cuando el pediatra llega a su turno en el servicio de urgencias de Salucoop Clínica del Norte, revisa la lista de los pacientes que se encuentran en el servicio y da prioridad de atención a los niños críticos y que tienen en riesgo su vida, por lo que valora primero los niños que se encuentren en la sala de reanimación. Una vez estabilizados, se decide si requieren atención en el servicio de UCI Pediátrica o continúan en monitorización continua en sala de reanimación a cargo del Pediatra del servicio de urgencias. Inmediatamente después, se procede a responder las interconsultas requeridas por los médicos asistenciales en el servicio de urgencias y posterior a esto se pasa ronda y se valoran los pacientes que se encuentran hemodinamicamente estables en el área de observación Pediátrica y están supervisados por el grupo de enfermería – auxiliares de enfermería y enfermera jefe – de turno en el servicio, quienes toman signos vitales y cumplen con las ordenes medicas previamente establecidas.

Cabe anotar que en el servicio de observación de urgencias hay 12 cubículos asignados, y en caso de haber congestión, se ven también los pacientes que se encuentran ubicados en camillas en el área de pasillo y/o sala de hidratación.

En consecuencia, se puede revisar y constatar en las notas de enfermería y en las valoraciones de los médicos asistenciales, el día 12 de febrero del 2013, desde su ingreso en la madrugada la niña Kimberly Papamija, tuvo siempre signos vitales normales y se encontraba hemodinamicamente estable, no presenta dolor abdominal agudo, no signos de irritación peritoneal no signos de dificultad respiratoria ni deterioro neurológico.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

La Dra. Claudia Yaneth González- pediatra- valora a la niña Kimberly Papamija durante su turno en la tarde de 1-7 pm -6 hrs-, y hace su nota a las 20:19 horas por congestión en el servicio de urgencias y posteriormente entrega su turno al Pediatra asignado en la noche Dra. Kelly Bolaños y se comenta sobre todos los pacientes que se dejan en sala de reanimación, sala de hidratación y sala de observación de Pediatría en el servicio de urgencias.

Se concluye y se deja constancia que se atendió y valoro oportunamente a la niña Kimberly Papamija en lo referido a su atención del día 12 de febrero del 2013 donde fue atendida por una sola vez (1) por la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo- pediatra de turno en la tarde 1-7 PM en sala de observación de urgencias, encontrando a la niña Kimberly Papamija con signos vitales normales, hemodinamicamente estable y sin deterioro neurológico y donde su causa de consulta no está relacionada con el evento agudo y súbito de la obstrucción de su válvula de Hakim que se presenta el 20 de febrero del 2013, las 22:56 horas.

Por todo lo anteriormente descrito y anexando historia clínica de ingreso, antecedentes personales patológicos de base, notas de evolución de enfermería, notas de evolución de médicos asistenciales y pediatras, exámenes de laboratorio, reporte del líquido cefalorraquídeo –normal-, resultados de imagenología -radiografías de tórax-abdomen, tac cerebral ordenados antes y durante sus ingresos en el mes de febrero del 2013, se hace constar tal como lo he venido repitiendo a todo lo largo de este escrito de contestación, que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, fue tan solo una (1) de las médicas que valoraron a la niña Kimberly Papamija, y fue en una sola (1) ocasión durante su turno en la tarde 1-7 PM - 6 horas- en donde se evidencia que presentaba signos vitales normales y se encontraba hemodinamicamente estable sin deterioro neurológico, entregando su turno a la Pediatra Kelly Bolaños quien llega a recibir turno el martes 12 de febrero del 2013 en la noche a las 7 PM a 7 AM del otro día -12 horas-, como se puede evidenciar en la lista de turnos y facturación del mes de febrero del 2013 que se está anexando; que entrega su turno después de terminado su horario asignado de 1-7 PM, como se evidencia en la nota realizada por ella el 12 de febrero del 2013 a las 20:19 hrs – con lo que queda superado y aclarado que no era la médica tratante de la niña Kimberly Papamija, luego no hubo negligencia por su parte, ni fue la causante del daño neurológico de la niña; y que lo ocurrido fue un evento causado de manera súbita y aguda el 20 de febrero del 2013 a las 22:56 hrs y no está relacionado con su causa de ingreso del 12 de febrero del 2013.

Mi representada Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, atendió de manera oportuna y de acuerdo a la ética médica, a la niña Kimberly en el momento de su valoración y durante su turno en la tarde de 1-7 PM -6hrs- el 12 de febrero del 2013, quien se encontraba hemodinamicamente estable sin deterioro neurológico y no evidenciaba signos clínicos de hipertensión endocraneana, ni obstrucción de su válvula de Hakim y cabe anotar que no salió del servicio a las 7 PM, que se queda aún después de terminado su turno, egresa del servicio después de las 8 de la noche cuando entrega todos los pacientes que se encuentran en ese momento en el servicio de urgencias a la pediatra quien tiene turno asignado en la noche Dra. Kelly Bolaños.

Para probar todo lo aquí expresado, me permito anexar planilla de turno de los pediatras en el mes de febrero del 2013 y relaciono los horario de turno de los pediatras del 12 y 14 de febrero del 2013 en el servicio de urgencias.
mes de febrero 2013 martes 12 miercol. 13 jueves 14

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

mañana (7am-1pm) 6hr	palacios	castello	palacios
tarde (1pm-7pm) 6hr	gonzalez	palacios	bolaños
noche (7pm-7am) 12 hrs	bolaños	e. pardo	bravo

AL TREINTA Y CUATRO: NO ME CONSTA, solo se sabe que La niña KIMBERLY PAPAMIJA egresó o salió del servicio de observación de Urgencias el día 13 de Febrero del 2013 en horas de la mañana, de acuerdo a valoración que le hiciera la Dra. Patricia Castello Mesa –Pediatra de turno- y al revisar cuadro clínico actual, evolución, signos vitales, examen físico, paraclínicos y hallazgos imagenológicos, decide dar salida a la menor, por no requerir en el momento hospitalización y encontrarla hemodinámicamente estable y sin deterioro neurológico ni respiratorio, dando a su salida o egreso, las recomendaciones y manejo pertinente en relación a su causa de consulta.

AL TREINTA CINCO: NO ME CONSTA, y sobre la actuación de la médica Ana Bolena Bonilla Bustos, debe ser ella la llamada a responder de sus actuaciones con respecto a la valoración de la menor Kimberly.

AL TREINTA Y SEIS: NO ME CONSTA y repito serán los médicos Diana Patricia López James Zambrano Narváez los que deben responder pos sus actuaciones máxime con lo que confiesa la abogada de la parte actora que estos expresaron "que la niña no tenía nada y la válvula no presentaba taponamiento".

Aquí me pregunto por qué no vincularon a esta demanda a absolutamente todos los médicos generales, especialistas, paramédicos, enfermeras, personal administrativo, etc, a todos quienes han tenido que ver con el tratamiento y desarrollo de la enfermedad de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO? Porque de acuerdo a lo que ha planteado la apoderada judicial de la parte activa, al vincular a la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo quien solo en una ocasión atendió a la menor, con más razón debió citar como partes demandadas a quienes eran los que la valoraban continuamente y quienes SI estaban encargados de su tratamiento continuo?

AL TREINTA Y SIETE: NO ME CONSTA, pero de acuerdo a la lectura de la historia clínica el evento lamentable de obstrucción de la válvula de hakim – derivación ventrículo atrial (ubicación terminal en el corazón) y que le genero secuelas de daño irreversible por hipoxia cerebral y hernia cerebral fue súbito y agudo el 20 de febrero del 2013 a las 22:56 hrs en sala de hospitalización de Pediatria 4to piso – torre A. Dicho evento no está relacionado con la atención realizada por la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo –Pediatra, teniendo en cuenta que mi mandante solo tuvo contacto con la menor el día12 de febrero del 2013 en su turno de 1-7 PM en el servicio de urgencias de la Clínica Salucoop-Norte POR UNA SOLA VEZ.

Ahora bien, en cuanto al cuadro que presenta la niña, según confesión que realiza la apoderada de la parte actora, con mucho dolor por ser una menor indefensa, en nada toca a mi mandante, toda vez que como se repite, la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo no estuvo presente, por no estar de turno ese día 20 de febrero de 2013, luego sigo sin entender el porqué de su llamado a comparecer a este proceso como PARTE PASIVA, con qué fin? Con qué intención? Que pretende la apoderada con ello? La verdad no tiene razón de ser, no hay una causa legal en la que pueda jurídicamente fundamentar su vinculación. En cambio, a mi mandante si le genera estrés, nervios, dolores de tipo nervioso, no puede trabajar bien, buscando la razón o el motivo en que se hubiera podido asentar su comparecencia

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

pdfelement

Y es que es sumamente fácil de probar que mi mandante no estaba de turno cuando se presentando los hechos que nos ocupan, cuando convulsionó, se desmayó, cambio de color, etc, repito, la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo – Pediatra-, no es la médica tratante, ni es la responsable directa, ni indirecta del daño neurológico irreversible ocasionado a la niña Kimberly Papamija. Para los hechos referidos del 20 de febrero del 2013, mi mandante no se encontraba de turno en sala de hospitalización, ni fue valorada por ella durante su ingreso y hospitalización, entre los días del 14 de febrero del 2013 al 20 de febrero del 2013, luego vuelvo y pregunto: PORQUE SE LA LLAMA A COMPARECER A UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD MEDICA, SI SOLO UNA VEZ TUVO CONTACTO CON LA MENOR, MAXIME QUE NO ESTABA DE TURNO EL DIA DE LOS HECHOS CALAMITOSOS?

AL TREINTA Y OCHO: NO ME CONSTA nada de lo ocurrido en este hecho debiendo la abogada de la parte demandante VINCULAR AL PROCESO A LOS DOCTORES que menciona: Carlos Alberto Ramírez y Diana Jimena Nates y a la enfermera que esta de turno.

AL TREINTA Y NUEVE: NO ME CONSTA, NO ME CONSTA, pero aquí vale la pena hacer un paréntesis sobre la falla que endilga la parte actora a la Clínica Saludcoop Norte y al personal médico y paramédico, porque está claramente demostrado que lo único que tuvo la menor antes del episodio súbito, fue una muy buena atención.

AL CUARENTA: NO ME CONSTA, pero nuevamente le pregunto a la apoderada de la parte demandante dos médicos más para vincular, casi que en cada hecho de esta demanda se confiesa por su parte, que mínimo dos galenos han intervenido en el tratamiento de Kimberly Papamija, lo que permite concluir que no hay legitimación en la causa por pasiva, porque solo se vincula a la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo quien en una sola ocasión tuvo contacto con la menor, pero en cambio no se llama al proceso a varios de los médicos que SI tuvieron mucho contacto y además en varias oportunidades la valoraron.

AL CUARENTA Y UNO: NO ME CONSTA, pero así debe aparecer en la correspondiente historia clínica, sin que pueda hacer algún aporte ni al proceso ni al despacho por cuanto mi mandante nada tuvo que ver con el taponamiento de la válvula que es el eje central de esta demanda, según narración y confesión que hace la abogada actora.

AL CUARENTA Y DOS: NO ME CONSTA, pero este hecho es de fácil comprobación por cuanto debe aparecer registrado en la historia clínica de la menor.

AL CUARENTA Y TRES: NO ME CONSTA, y por ser de la esencia de la Responsabilidad médica que se investiga en este proceso, se debe probar la negligencia, el descuido, las actuaciones irregulares, etc, que según confiesa la apoderada de la parte actora, ocurrieron por culpa de la Clínica Saludcoop Norte y del personal médico adscrito a la misma, de tal manera que al Despacho no le genere dudas, y se puedan demostrar fehacientemente todos absolutamente todos los perjuicios que se mencionan.

NO se puede perder de vista que el día miércoles 20 de febrero del 2013, fecha en que ocurrió el evento agudo de obstrucción de la válvula de Hakim a las 22:56 hrs, la niña Kimberly Papamija se encontraba en área de hospitalización 4to piso torre A, en

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

la habitación 435. Durante ese día fue valorada, haciendo ronda de la mañana la Pediatra Dra. Patricia López, quien en su nota de evolución registra que la niña se encontraba con signos vitales normales y en buen estado general, alerta hidratada afebril, sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal y sin déficit neurológico, y en la tarde fue valorada en ronda por el Dr. James Zambrano -Pediatra y la Dra. María Angela Villalobos – medica Asistencial hospitalización- por referir la madre de Kimberly Papamija, que la niña presenta "vomito con la tos" , revisan a la niña la encuentran con signos vitales normales, hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria y sin déficit neurológico, por lo que decide solicitar hemograma + pcr. y al entregar su turno, la deja recomendada al médico Asistencial Dr. Carlos González quien recibe y tiene turno asignado en la noche – 7 PM hasta las 7 AM del otro día.

AL CUARENTA Y CUATRO: NO ME CONSTA, pero no puedo creer que se asegure como lo hace la apoderada que hubo negligencia, sin que se pueda argumentar que no tuvo atención médica eficiente.

AL CUARENTA Y CINCO: NO ME CONSTA, pero poniéndole lógica a lo ocurrido, no por culpa del personal médico tratante, ni mucho menos por el servicio de salud de la Clínica, es que se han desencadenado todos estos padecimientos a la menor, sino que ella nació con el problema, es algo congénito, hereditario, es que el porcentaje de personas que sobreviven a este padecimiento es muy bajo, es una enfermedad muy compleja y que trae muchísimas consecuencias.

AL CUARENTA Y SEIS: ES CIERTO, tal como se desprende de la historia clínica, significando que la acción de tutela se ganó en primera instancia por parte de la Clínica Saludcoop Norte y la segunda instancia que fue revocada, nada dice con respecto a la negligencia o falla en el servicio que intenta mostrar la abogada, solamente se ordena por parte del Juzgado Noveno Civil del Circuito de Cali, que la doten de pañales, pañitos húmedos, crema antipañalitis, etc, nada que ver con la salud como tal, luego no hay por donde se pueda pensar que hubo una mala praxis, que la menor no fue bien atendida, nada de eso.

AL CUARENTA Y SIETE: NO ES CIERTO, absolutamente nada de lo que se confiesa en este hecho, lo único real es lo expresado por la Corte Suprema de Justicia que da preponderancia a los derechos de los niños, llámese a la salud a la vivienda, al vestido, etc, cobijándolos todos, pero no puedo aceptar que se confiese y tergiverse lo ocurrido con la salud de la niña Kimberly Papamija.

AL CUARENTA Y OCHO: NO ES CIERTO, no se puede pasar por alto, que la apoderada judicial de ola parte activa, confiese como si le constase, que en verdad a la menor Kimberly Papamija no se le brindó la atención que se merecía, y mucho menos cierto, que con una Hidrocefalia Congénita pudiera tener una vida normal, menos teniendo en cuenta el índice porcentual tan bajo de las personas que sobreviven a este padecimiento.

AL CUARENTA Y NUEVE: NO ME CONSTA, y por no aportar nada al proceso, toda vez que solo se muestra la realidad económica que viven los padres de la menor, hecho que solo busca que el juez acceda a las peticiones de la demanda en cuanto a lo económico y lo moral, teniendo en cuenta que de ello depende los montos a reconocer de salir adelante esta demanda.

AL CINCUENTA: ES CIERTO, el poder reposa en autos.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

La responsabilidad civil médica, modalidad específica de los profesionales de la salud, configura un sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y los derechos fundamentales del sujeto.

La salud, es derecho fundamental vinculado a la vida e integridad de las personas, base cardinal indisociable sin la cual el orden jurídico constituiría un simple enunciado vacuo, teórico e inocuo. La prestación del servicio médico y los servicios de salud, constituyen derecho esencial del ser humano con singular y reforzada tutela normativa, a punto de ser deber constitucional del Estado, las instituciones prestadoras y del profesional.

La protección de la vida humana, salud, dignidad y libertad de la persona, el principio de solidaridad social, reconduce las directrices tradicionales de la responsabilidad más allá de la relación directa médico paciente o de la naturaleza intelectual, liberal y discrecional de la profesión médica (artículos 11, 13, 44, 48, 49, 78, 95 y 366 Constitución Política; Ley 23 de 1991, art. 1°, "El respeto por la vida humana y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual").

Como quiera que esta responsabilidad es de medio mas no de resultados, no puede endilgarse culpa en cabeza de los encargados de cuidar de la salud de la menor Kimberly Papamija Acevedo, teniendo en cuenta que desde su nacimiento presentó un padecimiento muy complejo denominado HIDROCEFALIA CONGENITA, que debido al mismo, entró y salió de Salucoop Norte, en forma muy seguida y durante su corta vida, por tanto no puede trasladarse la propia culpa de su enfermedad a quienes lo único que han hecho todo el tiempo es cuidarla, darle tratamiento inmediato, servirle cuando lo ha requerido, etc.

No puede perderse de vista que a la menor, según Historia Clínica, le fueron practicados todos los exámenes, procedimientos, diagnósticos y muestras pertinentes y con base en ello, se le practicó no uno sino varios procedimientos quirúrgicos por cuyas consecuencias ha sido cuestionada tanto la Clínica de Salude Slucoop Norte como el personal médico y enfermeras que la han atendido, por tanto no puede aspirar dicha parte a que salgan avantes sus peticiones.

Es que basta volver sobre la historia clínica y observar todas las notas de auxiliares de enfermería, médicos asistenciales, pediatras y otros especialistas que atendieron a la niña Kimberly Papamija en área de hospitalización cuarto Piso de la torre A de la clínica Saludcoop Norte durante todo el tiempo que estuvo en urgencias, pero sobre todo el día martes 19 de febrero y el miércoles 20 de febrero del 2013, donde se evidencia que la niña se encontraba hemodinamicamente estable, afebril, sin déficit neurológico, sin dificultad respiratoria antes de las 22:56 hrs donde ocurre el evento agudo de obstrucción de la válvula de hakim – derivación ventrículo atrial, y donde cabe anotar que no fue atendida por la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo-Pediatra quien valoro solamente en una (1) ocasión a la niña en el servicio de urgencias de la clínica Salucoop Norte el 12 de febrero del 2013 y en su turno programado en la tarde de 1-7 PM.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS EXCEPCIONES QUE ME PERMITO FORMULAR.

I.- ESTA DEMANDA DEBIO SER RECHAZADA POR FALTA DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD EN LA FORMA EXIGIDA POR LA LEY 640 DE 2001.

Esta demanda se debió RECHAZAR teniendo en cuenta que el despacho en uno de los puntos de inadmisión le exige a la apoderada que indique el motivo por el cual demanda a personas que no asistieron a la audiencia de conciliación de que trata el artículo 640 del año 2001, y ante este requerimiento la profesional muy hábil dice que el artículo 52 de la ley 1395 de 2010 que modificó el artículo 35 de la ley 640, la habilita para presentar su demanda inclusive sin adelantar el requisito de procedibilidad, es decir, por el hecho de haber solicitado medidas previas.

Hasta allí, todo iba muy bien porque así está establecido en la Ley, pero resulta que todo cambia cuando se le fija la caución para efectos de que se puedan decretar las medidas previas y resulta que se le niegan porque no cumple con ese requisito, vemos:

1.-Folios 7 a 10 aparece la audiencia de conciliación adelantada en el centro de conciliación Justicia Alternativa, en la que por ninguna parte aparecen todas las personas vinculadas como pasiva a esta demanda, solo llamaron y citaron a Saludcoop Norte y con ellos se adelantó la audiencia.

2.- Folios 221 al 223 auto inadmisorio en el que el Juzgado en uno de sus puntos le exige a la apoderada que indique el porqué de la no comparecencia de todas las personas vinculadas al proceso, cuando es una exigencia legal.

3.- Folios 275 al 286 escrito de subsanación de la demanda en el que la apoderada de la parte actora, corrige indicando que en cuanto al porqué no comparecieron todos los vinculados al proceso a la audiencia de conciliación, que no era necesario, porque ella había solicitado medidas previas que la exoneraban de cumplir con el requisito prejudicial.

4.- Folios 287 al 288 auto de fecha 17 de abril del 2015 en el que el Juzgado admite la demanda y en su numeral 3° fija el monto de la caución a prestar para efectos de poderse decretar las cautelas solicitadas.

5.- Folio 289 auto de fecha 30 de abril de 2015, en el que el juzgado NIEGA las medidas previas porque la parte demandante no cumplió con la carga de prestar la caución.

6.- Folio 290 al 293 la abogada solicita amparo de pobreza, explicando y sustentando la situación económica de sus poderdantes.

7.-Folio 301 el despacho acepta el amparo de pobreza solicitado, pero se permite resaltarle a la abogada que el mismo corre a partir de "...desde la presentación de la solicitud...".

Significa entonces, que la presente demanda solo podía continuar pero teniendo como demandantes a los padres de la menor y como demandados a Saludcoop Norte porque solo estas personas fueron quienes comparecieron a la audiencia de conciliación que es un requisito sine qua nom, sin el cual no puede demandarse, por

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

tanto la demanda en contra de CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON Y JAMES ZAMBRANO NARVAEZ, no podía continuar.

En tales condiciones, deben salir o desvincularse o rechazarse esta demanda en contra de los doctores CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON Y JAMES ZAMBRANO NARVAEZ, porque la parte demandante no cumplió con la carga de agotar el requisito de procedibilidad con ellos, al igual que tampoco se pueden tener como demandantes a los familiares y parientes de la menor señores MERY CARDONA PEREZ, JOSE HEBERTO ACEVEDO, ELBER ACEVEDO CARDONA, JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDEONA, porque ellos tampoco comparecieron, ni fueron citados a la audiencia de conciliación.

De acuerdo a lo anterior, esta demanda solo puede continuar con los padres de la menor señores NOREYDI ACEVEDO CARDONA Y JHON JEYNIS PAPAMIJA BONILLA y en contra de SALUDCOOP NORTE, absolutamente nadie más, porque como repito, la parte actora no cumplió con el requisito de procedibilidad, lo que conlleva a su rechazo, o se admite pero dejando por fuera absolutamente a todas las personas que no fueron citadas o no comparecieron a la precitada audiencia.

II.- RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ACORDES CON NORMAS Y PROTOCOLOS DE LAS EPS.

La actividad médica, en la época contemporánea es más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas.

pdfelement

En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no está llamada a configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente "el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza", incluso éticos componentes de su lexartis (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio.

Esta excepción debe declararse probada, teniendo en cuenta que a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, jamás le faltó acompañamiento médico desde su arribo a esta vida, cuando nació con la HIDROCEFALIA CONGENITA a la Clínica SALUDCOOP NORTE, porque los exámenes diagnósticos y la intervención requerida de acuerdo a dicha patología, estuvieron acordes con el cuadro presentado, sin que se pueda concluir que hubo negligencia, falta de asistencia, abandono o falta de atención médica o falla en el servicio como pretende hacer ver la apoderada de la parte demandante.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

641

III.- INEXISTENCIA DEL DERECHO ALEGADO POR LA PARTE DEMANDANTE EN CONTRA DE CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO.

La responsabilidad civil de los médicos, se reputa en aquellas actuaciones que constituyen una infracción a la lex artis médica, como hecho punible que genera la configuración de una indemnización por parte del personal médico. Aquellos elementos que configuran una infracción están contenidos básicamente en el ERROR MEDICO: que contiene tres modalidades: IMPRUDENCIA, NEGLIGENCIA y la IMPERICIA MEDICA.

Debe entenderse que el ERROR MEDICO, se configura en el momento en que la actuación u omisión del personal médico trae como consecuencia un daño no esperado o agregado.

Es preciso evidenciar que el tratamiento de los síntomas registrados por la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO realizado en la clínica Saludcoop Norte con todo el personal médico, especialistas, personal de enfermería, etc, fue el correcto, en razón a que se realizaron los exámenes precisos y oportunos para darle calidad de vida identificando a cada paso los motivos de las distintas consultas, y poder darle manejo integral a la enfermedad, se le practicaron varias cirugías para implantarle las distintas válvulas internas y externas, para realizar las punciones cuando se necesitaban, practicándole de manera adecuada y bajo todos los protocolos médicos la intervención quirúrgica, que de acuerdo al cuadro clínico obtenido era razonable.

Ahora bien, en cuanto a la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo con C.C. No. 31.969.016 de Cali, en su condición de médico Pediatra de la clínica Salucoop Norte demandada en el presente proceso y luego de revisar exhaustivamente la historia clínica de la niña, se observa que para el momento de los hechos ocurridos el 20 de febrero del 2013, esta no le genero el daño irreversible por hipoxia cerebral y hernia cerebral, que no era la encargada y responsable directa de la vida y salud de la menor, que la niña es paciente institucional de la clínica Salucoop Norte.

pdfelement

Pero para poder llegar a esta conclusión, se deben tener en cuenta los siguientes puntos a saber:

1.- El evento lamentable de obstrucción de la válvula de hakim – derivación ventrículo atrial (ubicación terminal en el corazón) y que le genero secuelas de daño irreversible por hipoxia cerebral y hernia cerebral fue súbito y agudo, el 20 de febrero del 2013 a las 22:56 horas en sala de hospitalización pediátrica del cuarto piso de la Torre A, dicho evento no está relacionado con la atención realizada por la Dra. Claudia Yaneth González-pediatra el 12 de febrero del 2013 en su turno de 1-7 PM en el servicio de urgencias de la clínica salucoop-norte.

2.- Mi mandante en su condición de Pediatra, no es la médica tratante, ni es la responsable directa del daño neurológico irreversible ocasionado a la niña Kimberly Papamija, para los hechos del 20 de febrero del 2013, no se encontraba de turno en sala de hospitalización ni fue valorada por ella durante su ingreso y hospitalización entre el 14 de febrero del 2013 y el 20 de febrero del 2013.

3.- El día 12 de febrero del 2013, en sala de observación urgencias 1er piso y en su horario de turno en la tarde de 1-7 PM -6 horas-, la niña Kimberly Papamija, fue valorada y atendida por UNICA VEZ por la Dra. Claudia Yaneth González-pediatra - durante su turno, siendo su causa de consulta y estancia en sala de observación

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

642

urgencias de ese día, no está relacionada con el evento ocurrido de manera aguda y súbita el 20 de febrero del 2013 22:56 horas. La niña Kimberly egresó del servicio de observación de urgencias el 13 de febrero del 2013 en la mañana por autorización de la Dra. Patricia Castello-pediatra de turno- quien previamente valora a la niña y revisando cuadro clínico actual, evolución, signos vitales, examen físico, paraclínicos y hallazgos imagenológicos, decide dar egreso por no requerir en el momento hospitalización y encontrarla hemodinamicamente estable y sin deterioro neurológico ni respiratorio, dando a su egreso las recomendaciones y manejo pertinente en relación a su causa de consulta.

4. La niña consulta en el mes de febrero el 7,8,10,11,12,14 del 2013 , siendo su causa de consulta por tos seca en accesos ruborizante y ocasiones emetisante, en su revaloracion del 12 de febrero del 2013 la madre refiere que la niña presenta desde su última estancia hospitalaria deposiciones de consistencia diarreica #4 veces al dia por lo que se relaciona este hecho que la causa de su diarrea puede ser medicamentosa. estas causas de consulta no están relacionadas con la obstrucción de su válvula de hakim con derivación ventrículo atrial evento ocurrido el 20 de febrero del 2013 a 22:56hrs, y que le ocasionó daño neurológico irreversible a la niña .

De acuerdo a lo anterior se observa que la niña Kimberly Papamija en el mes de febrero del 2013 ha reconsultado en varias ocasiones y valorada en sus ingresos por diferentes médicos asistenciales y pediatras- Dr. Carlos González, Marcela Cifuentes, Mildred Sofía Arrieta, Carolina Garcia, Oscar Herrera -pediatra-, Marisol Palacios-pediatra- Claudia Gonzalez -pediatra, Kelly Bolaños pediatra, Patricia Castello-pediatra- Diana Isabel Bravo-pediatra, evidenciando que mi mandante no es su pediatra tratante, la niña es paciente institucional y ha sido valorada por diferentes médicos asistenciales y Pediatras que estén el día de su atención en el turno programado y organizados por su coordinador pediatra Dr. Andres Pardo.

5.-En todas las ocasiones que la niña consulto en el mes de febrero la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, solo la vio en una (1) ocasión - el 12 de febrero del 2013- durante su turno de 6 horas en la tarde de 1-7 PM, por lo que cabe repetir que no era su médico tratante, fue tan solo una (1) de los médicos que la valoro en el mes de febrero del 2013 y antes de presentarse el evento del 20 de febrero del 2013 a las 22:56 hrs que se le presenta el daño neurológico a la niña.

IV.- INDEBIDA CITACION Y VINCULACION DE LA DRA. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO A COMPARECER AL PRESENTE LITIGIO.

La actuación del profesional de la medicina se encamina a atenuar o aminorar los riesgos propios del paciente, lo que la vida en sociedad le ocasiona (contraer enfermedades, sufrir accidentes, padecer deterioros o desgastes en su salud, etc.), así el tratamiento, de alguna manera implique riesgos para el mismo paciente. En el caso que nos compete, se encuentra debidamente probado el aminoramiento de las dolencias para la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO que se obtuvo con el tratamiento adelantado por todo el personal médico y clínico que tuvo, además de que el personal médico realizo un debido informe sobre el estado de salud de la niña, paso a paso, habiendo realizado procedimientos quirúrgicos con la previa autorización de la familia, por lo que no puede reputarse error médico, ni falla en el servicio, ni negligencia médica, nada de ello.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

63

Al parecer la parte actora no considero en ningún momento la posibilidad de la coexistencia múltiple de patologías en la paciente. Debe anotarse que el ingreso de la menor se dio por urgencias y que por lo tanto lo llamado a evaluarse por el personal médico que le dio atención, en primera medida eran aquellos síntomas que decía su madre que padecía, lo que de manera efectiva se realizó, practicando por consiguiente los exámenes físicos y de laboratorios pertinentes concluyendo con la práctica de múltiples radiografías, con lo que se buscada que efectivamente se le brindara alivio a su afección.

La ciencia médica en el caso de los ingresos por urgencias, esta primeramente ocupada de los síntomas principales que presenta el paciente, tratándolos de acuerdo con lo que se evidencia en los exámenes que se le practiquen.

Los integrantes del equipo de salud especializado con el máximo de su capacitación e intención de proteger la salud de la paciente, forzosamente se hacen cargo de los síntomas predominantes y asisten fragmentariamente a los pacientes si tienen conocimiento de la preexistencia de enfermedades, en el caso que nos ocupa hay claridad que la niña nación con la HIDROCEFALIA CONGENITA, es decir, habían antecedentes anteriores, solo había razón de ocuparse de la presentación del cuadro de la consulta que expresaba su madre, por lo que había registros de la paciente en su historia clínica en el momento de los distintos tratamientos.

De acuerdo a lo anterior, me permito describir la atención realizada desde su ingreso el martes 12 de febrero del 2013, donde fue valorada por mi mandante en su condición de Pediatra en su turno en la tarde -1-7 PM- 6 horas, por UNA SOLA VEZ.

La niña Kimberly Papamija ingresa a las 5 AM donde es valorada inicialmente por medico asistencial de turno Dra. Carolina García y cuya causa de consulta referida por la madre es "tos y vomito" siendo la tos seca en accesos ruborizante y en ocasiones emetisante, ocasionado esto por la tos, además de presencia de deposiciones liquidas amarillas cuatro veces al día, niega otros síntomas asociados, no fiebre ,no dificultad respiratoria , no dolor abdominal agudo, no somnolencia, no déficit neurológico .

Una vez reinterrogada y valorada con los siguiente signos vitales los cuales son normales fc 93xmin.,fr 26xmin.,t36.2, saturación de oxigeno 98% al examen físico de ingreso describen en área de cabeza: deformidad por hidrocefalia, otoscopia bilateral normal, en área pulmonar: pulmones bien ventilados, no ruidos sobre agregados, ruidos cardiacos rítmicos y regulares, en área de abdomen: peristaltismo normal no dolor a la palpación, no distensión abdominal , mucosas húmedas, glasgow 15/15 no déficit neurológico , no somnolencia. hace impresión diagnostica nausea y vomito por lo anterior ordena paraclínicos: hemograma, proteína c reactiva, uro análisis, electrolitos-cloro, sodio, potasio, coproscópico.

Al terminar su turno a las 7 AM la doctora Carolina García – medico asistencial del servicio de urgencias de Pediatría Salucoop clínica del Norte entrega la paciente Kimberly Papamija a la Dra. Marcela Cifuentes – medica asistencial- quien recibe su turno asignado de 7 AM a 1 PM, para su posterior revaloración, plan de manejo y conducta, por lo que ordena radiografía de abdomen simple, ordena ubicar en área de observación de pediatría , si no hay cupo sugiere ubicar en área de hidratación de pediatría, metoclopramida endovenosa, líquidos de hidratación endovenosa,

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

previamente valora los paraclínicos los cuales están normales y en donde no se evidencia proceso infeccioso bacteriano.

La Dra. Marcela Cifuentes- medica asistencial de Pediatría realiza el análisis y plan de manejo pertinente de acuerdo a su causa de consulta, decide dejar en sala de observación pediatría en el servicio de urgencias, cabe anotar que los pacientes que son dejados en sala de observación de pediatría son comentados previamente con el pediatra de turno, dicha conducta debió ser tomada con la pediatra que se encontraba de turno en horas de la mañana 7am a1pm, Dra. Marisol Palacios.

Cuando la Dra. Claudia González –pediatra llega a su turno al servicio de urgencias el martes 12 de febrero del 2013 en su horario de turno en la tarde de 1-7 PM, ya la paciente estaba en la sala de observación de pediatría del servicio de urgencias, como consta en la nota de la auxiliar de enfermería Luz Mary quien recibe su turno a la 1pm.

fecha nota 2/12/2013 12:00:00 am hora nota 1/1/1900 1:00:00 pm
nota de enfermería recibo pte en sala de observación en compañía de la fliarpte despierta se observa estable y tranquilo con vena canalizada en el miembro superior recibiendo lev x bomba de infusión signos vitales estables fc 110,spo 98, t 36 continua en uda d en compañía de flia especialista Luz Mary Lasprilla Tovar especialidad auxiliar de enfermería

La nota de evolución de la valoración de la Dra. Claudia Yaneth González-pediatra-queda registrada a las 20:19 hrs, nota que no se pudo hacer antes por congestión del servicio pero la niña Kimberly Papamija fue valorada en la tarde durante su turno, en su horario correspondiente y quien entrega su turno personalmente a la Dra. Kelly Bolaños quien recibe turno en la noche de 7pm hasta las 7am del otro día e informa que la niña se encuentra en buenas condiciones generales, con signos vitales normales, hemodinamicamente estable, sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal agudo y sin deterioro neurológico, ordena RX de tórax para ser tomada y posteriormente revalorada por la Dra. Kelly Bolaños.

Diagnósticos previos de la niña antes de la atención de la Dra. Claudia Yaneth González-pediatra en una (1) ocasión el día 12 de febrero del 2013 en su turno en la tarde de 1-7pm.
hidrocefalia con derivación ventrículo cardiaca.
ventriculitis en dos ocasiones.
infección urinaria a repetición en estudios, pendiente cistouretrografía
antecedentes de bridas para lo cual requirió laparoscopia y liberación de adherencias

Se anexa planilla de turno de los pediatras en el mes de febrero del 2013 y relaciono los horario de turno de los pediatras del 12 y 14 de febrero del 2013 en el servicio de urgencias.

mes febrero 2013	martes 12	miercol. 13	jueves 14
mañana(7am-1pm) 6hr	palacios	castello	palacios
tarde (1pm-7pm) 6hr	gonzalez	palacios	bolaños
noche (7pm-7am) 12 hrs	bolaños	e. pardo	bravo

El día miércoles 20 de febrero del 2013, fecha en que ocurrió el evento agudo de obstrucción de la válvula de hakim a las 22:56 hrs la niña Kimberly Papamija se encontraba en área de hospitalización 4to piso torre A, en la habitación 435, durante

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

ese día fue valorada ronda de la mañana por la pediatra Dra. Patricia López quien en su nota de evolución registra que la niña se encontraba con signos vitales normales y en buen estado general, alerta hidratada afebril , sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal y sin déficit neurológico. y en la tarde fue valorada en ronda por el Dr. James Zambrano-pediatra y la Dra. María Angela Villalobos –medica asistencial hospitalización- por referir la madre de Kimberly papamija que la niña presenta "vomito con la tos", revisan a la niña la encuentran con signos vitales normales, hemodinamicamente estable, sin dificultad respiratoria y sin déficit neurológico, por lo que decide solicitar hemograma + pcr. y al entregar su turno la deja recomendada al médico asistencial Carlos González quien recibe y tiene turno asignado en la noche – 7 PM hasta las 7 AM del otro día.

Por todo lo anteriormente descrito y anexando la historia clínica de ingreso, antecedentes personales patológicos de base, notas de evolución de enfermería, notas de evolución de médicos asistenciales y pediatras, exámenes de laboratorio, reporte del líquido cefalorraquídeo –normal-, resultados de imagenología -radiografías de tórax-abdomen, tac cerebral ordenados antes y durante sus ingresos en el mes de febrero del 2013, se le significa al Despacho que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, fue una (1) de las médicas que valoraron a la niña Kimberly Papamija, y fue en una sola (1) ocasión durante su turno en la tarde 1-7pm- 6 horas-, en donde se evidencia que presentaba signos vitales normales y se encontraba hemodinamicamente estable sin deterioro neurológico, entregando su turno a la pediatra Kelly Bolaños quien llega a recibir turno el martes 12 de febrero del 2013 en la noche de 7 PM a 7 AM del otro día -12 horas-, como se puede evidenciar esto en la lista de turnos y facturación del mes de febrero del 2013 que se está anexando; que entrega su turno después de terminado su horario asignado de 1-7pm, como se evidencia en la nota realizada por ella el 12 de febrero del 2013 a las 20:19 hrs - por lo cual hace constar que no era la médica tratante de la niña Kimberly Papamija no hubo negligencia por parte de mi mandante, toda vez que no fue la causante del daño neurológico de la niña Kimberly Papamija; que fue un evento causado de manera súbita y aguda el 20 de febrero del 2013 a las 22:56 hrs y no está relacionado con su causa de ingreso del 12 de febrero del 2013.

pdfelement

En consecuencia, mi mandante atendió de manera oportuna y de acuerdo a la ética médica, a la niña Kimberly Papamija en el momento de su valoración, durante su turno en la tarde de 1-7pm -6hrs- el 12 de febrero del 2013, quien se encontraba hemodinamicamente estable sin deterioro neurológico y no evidenciaba signos clínicos de hipertensión endocraneana, ni obstrucción de su válvula de hakim y cabe anotar que no salió del servicio a las 7 PM, sino que se queda aún después de terminado su turno, egresa del servicio después de las 8 de la noche cuando entrega todos los pacientes que se encuentran en ese momento en el servicio de urgencias a la Pediatra quien tiene turno asignado en la noche Dra. Kelly Bolaños.

Por todo ello, se hace necesaria la desvinculación de mi mandante de este litigio, porque tal como lo he venido expresando, además de la prueba documental tales como las planillas de programación de turno y las anotaciones registradas en la historia clínica de la menor, se demuestra la falta de legitimidad para comparecer al presente proceso, de mi mandante Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, o en su defecto, vincular y hacer comparecer al proceso a todos los médicos, paramédicos y personal de enfermería que así sea en una sola ocasión tuvieron contacto con la menor Kimberly Papamija Acevedo, con el fin de que la balanza se equilibre.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

V.-AUSENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO QUE SE PRETENDE.

La demanda tiene su fundamento en hechos y circunstancias que supuestamente causaron daños y deterioraron la salud de la menor, pero por ninguna parte aparecen probados, teniendo en cuenta que la mera suposición que hubo fallas en el servicio, que hubo negligencia, que los procedimientos practicados fueron tardíos, esto no puede asegurar la existencia real de un daño, máxime si está comprobado que la enfermedad HIDROCEFALIA CONGENITA tiene un alto índice de mortalidad,

Aquí vale la pena resaltarle al Despacho que no puede pensarse en cobrar unos perjuicios causados por daños que no han sido causados por quienes fueron vinculados como demandados, teniendo en cuenta que la niña nació con la HIDROCEFALIA CONGENITA, porque tenía solo un mes de nacida, cuando empezó la enfermedad a casar dolencias, en su cuerpito, por cuanto se le empezaron a realizar toda clase de exámenes y procedimientos que han sido muy dolorosos pero que son necesarios para su situación de salud, lo cual permite concluir que la dificultad y dolencias que presenta la menor Kimberly es de la esencia de su misma humanidad y no es el resultado o la consecuencia de una mala praxis, o de una negligencia de la entidad prestadora del servicio de salud, ni de los médicos y personal adscrito al mismo.

Queda entonces demostrado, que desde el momento mismo de su nacimiento, con solo un mes de nacida la menor, ya estuvo expuesta a todas las entradas y salidas de la clínica, a todos esos tratamientos tan dolorosos, a las cirugías para introducir las válvulas, para extraer líquido, etc, lo que no permite sino confirmar la tesis planteada, de que los daños sufridos por Kimberly Papamija han sido causados por su mismo cuerpo, toda vez que son una consecuencia lógica de su enfermedad, por su misma genética, por su mal formación intrauterina, quizás por herencia, desconociéndose a ciencia cierta que le produjo esta enfermedad, o patología a la menor, sin que se pueda endilgar culpa a los aquí demandados, por haber desarrollado esta enfermedad, ajena totalmente a los vinculados por pasiva a esta demanda.

Ausente como se encuentra la prueba acerca del "daño" alegado, mal puede proferirse sentencia condenatoria en este proceso pues la ocurrencia del daño es la base esencial sobre la cual descansa la indemnización pretendida, es que se hace imposible cuantificar los daños pretendidos por su inexistencia, porque no se puede probar algo que no existe.

Es que no le basta a la abogada de la parte demandante, con afirmar que sufrió un daño y que le corresponde a los supuestos demandados resarcirlo, sino que, además, debe demostrar no solo la ocurrencia de dicho daño y los perjuicios causados por el hecho dañoso. Presupuestos que no se cumplen en el presente pleito, al evidenciar que tanto el diagnostico como el procedimiento realizado están sustentado con base en la ciencia médica y la experticia de los galenos implicados.

Por último, llama mucho la atención un detalle de la abogada, cuando confiesa en el hecho 32 de la demanda (UNICO HECHO EN QUE SE MENCIONA A LA DRA. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO), y más adelante en el acápite de las pruebas "TESTIMONIALES" en el numeral 15, en el que cita a la Dra. CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO para interrogarla, se lee un comentario que no tiene nada que ver con la medicina, con un diagnóstico, con un tratamiento, nada relativo a los problemas de salud que padece la niña, suena con el debido respeto, a chisme de pasillo: "...mamita hay niñas...", me causa mucha tristeza saber que una profesional

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

del derecho se preste para este tipo de situaciones y peor aún caiga en el enredo de inclusive DEMANDAR Y VINCULAR a una médica Pediatra solo por un comentario tan bajo, en verdad estamos muy mal.

VI.- HISTORIA CLINICA PRUEBA RELEVANTE SOBRE CONDICION DE LA PACIENTE.

La historia clínica tiene una relevancia en estos asuntos «pues en la medida en que recoge todos los datos referidos al estado de salud y la asistencia prestada al paciente, informan al juez, como a los peritos que se sirven de ella para rendir concepto, sobre la condición del paciente y la atención desplegada por la institución sanitaria, lo que permite valorar su conducta» y el cumplimiento de «los deberes por parte del personal sanitario», convirtiéndose en «el objeto de estudio de todo informe pericial en materia de responsabilidad sanitaria, pues el perito médico requiere como elemento base para la elaboración de su concepto toda la información» allí contenida. Es un «instrumento a disposición de la justicia, para valorar la conducta del personal sanitario de cara a establecer su responsabilidad por mala praxis», que debe ser tenida en cuenta así se aporte en copias inauténticas y así se deduce del artículo 244 del Código General del Proceso.

Los registros que en ella se consignan deben ser claros y completos, «sin enmendaduras, sin tachones, que no pongan en entredicho el contenido de la información consignadas en ellas», además de que su aportación al proceso no puede ser dificultada, puesto que si «se obstaculiza la práctica de la prueba o no se facilita su producción esta conducta ha de tomarse como indicio en contra de la entidad demandada» y si «no existe o se ha extraviado es demostrativo de negligencia, lo que compromete la responsabilidad de la entidad encargada de conservarla».

Fruto de la jurisprudencia y la doctrina en nuestro país es que se ha superado el encasillamiento que solía dársele a la actividad médica, ya que cuando desaparece el elemento aleatorio para la recuperación del paciente o cuando lo que se persigue no es la curación sino lograr un determinado bienestar o alivio en la integridad humana, nos encontramos frente a una típica responsabilidad de resultado, como sería el caso de las prótesis o cirugías estéticas, donde el médico efectivamente deberá obtener el fin a que se comprometió con su paciente. Por ello al cirujano estético se le exige una mayor exactitud en sus procedimientos, a fin de obtener el resultado esperado.

La obligación de medio, por su parte, la encontramos en aquellas cirugías que buscan controlar la concepción y la natalidad, donde el médico, dados los diferentes sistemas anticonceptivos informa a su paciente que los mismos no ofrecen seguridad absoluta a la mujer de no volver a quedar en embarazo o al hombre de no volver a engendrar. Además, porque científicamente está comprobado que ninguno de los métodos anticonceptivos es 100% seguro, ya que lo máximo que garantiza es un 95% de posibilidad de no quedar embarazada o engendrar, según el caso.

El Consejo de Estado, en reciente jurisprudencia, consideró a la actividad médica como una relación jurídica compleja, indicando con esto que ya no se deberá circunscribir a una simple obligación de medio, sino que para derivar la responsabilidad a cargo de los médicos tocará analizar los procedimientos realizados de una manera integral y no aislada. Para un mejor entendimiento, es preciso señalar los puntos más sobresalientes de la Sentencia de Octubre 7 de 1999, exp. 12.655, Consejera Ponente Maria Elena Giraldo Gómez:

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

Lo que se trata es de concentrar la atención en torno a la relación obligacional en su conjunto, con especial acento en el objeto de la prestación, con el propósito de evitar la propensión de reducir a un solo rubro la prestación del servicio médico y/o hospitalario. Se sostiene que el ejercicio de las denominadas profesiones liberales comporta únicamente la asunción por el deudor de obligaciones de medio o de mera actividad, queriéndose significar con ello que el médico o, más genéricamente, los profesionales de la salud solo están obligados a observar una conducta diligente, en virtud de la cual han de procurar la obtención de la curación, sin que el resultado-mejoría del paciente – haga parte del alcance débito prestacional. Sin embargo, analizados integralmente la totalidad de la conducta médica, esto es, involucradas todas las fases o etapas que hacen parte del amplio programa prestacional, es evidente que la obligación de prestar asistencia médica configura una relación jurídica compleja. Esa relación está compuesta por una pluralidad de deberes obligaciones; así lo destaca la doctrina al enunciar dentro de la pluralidad del contenido prestacional médico unos deberes principales y otros secundar

Respecto de los deberes principales están, por lo general, los de ejecución, de diligencia en la ejecución, de información y de guarda del secreto médico. Ya en el acto médico propiamente dicho, aparecen los denominados deberes secundarios de conducta como son atinentes a la elaboración del diagnóstico, de información y de elaboración de la historia clínica, la práctica adecuada y cuidadosa de los correspondientes interrogatorios y la constancia escrita de los datos relevantes expresados por el paciente, la obtención de su identidad, si ello es posible, el no abandono del paciente o del tratamiento y su custodia hasta que sea dado de alta.

Estos deberes secundarios son, entre muchos, los que integran el contenido prestacional médico complejo. Por eso debemos verificar de acuerdo a la historia clínica del paciente, que los deberes y obligaciones de los médicos tratantes así como la atención hospitalaria, han sido observados en este caso, luego la conducta de los médicos frente a este caso concreto, ha sido acorde con el diagnóstico que arrojaron tanto los exámenes que se le practicaron, como las cirugías, lo que no permite determinar cuál es la incidencia causal de los incumplimientos o las deficiencias en el desencadenamiento del evento dañoso que se pretende endilgar a los profesionales de la salud.

pdfelement

VII.- INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Como en todo estudio de responsabilidad civil que pueda caber a algún sujeto, en el campo médico operan los presupuestos generales. La jurisprudencia se pronuncia sobre este aspecto en los siguientes términos1:

"Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, "el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado".

Sobre la culpa, se tiene dicho que el elemento de imputación con fundamento en la culpa de la responsabilidad del profesional médico, es de pronto uno de los más cuestionados en lo que ha sido el desarrollo de este modelo de responsabilidad.

En la jurisprudencia colombiana y en la de otros países, como España, se ha venido descartando toda idea de responsabilidad objetiva para los profesionales de la salud, no obstante que en algunas ocasiones, incluso la jurisprudencia colombiana, trató de equipar dicha responsabilidad a la de las actividades peligrosas, buscando como efecto una inversión de la carga de la prueba, en beneficio de los pacientes.

En consecuencia, incumbe al perjudicado probar la culpa en que ha incurrido el profesional de la medicina.

No obstante la posición generalizada en la doctrina y jurisprudencia sobre mantener el fundamento de la responsabilidad del médico con base en la culpa, se vienen levantando voces de disconformidad que propenden por una responsabilidad con fundamento en el riesgo profesional. Se dice que el usuario de la medicina, con la responsabilidad fundamentada en la culpa, está en una situación peor que la del consumidor de productos. Para una adecuada protección de la víctima se fundamentan teorías que tienden a introducir una inversión de la carga de la prueba de la más diversa raigambre. Algunas se edifican alrededor del criterio de la llamada "culpa virtual", o le imponen al profesional el deber de facilitar la prueba al paciente o a admitir la prueba de presunciones; también la denominada "prueba de la apariencia", en función de quien tiene el control en la esfera donde se ha producido el daño.

Se concluye del análisis anterior, que la culpa a los profesionales de la medicina es muy difícil de probar, teniendo en cuenta su entrega y la función que cumplen al valorar un paciente, en el que pueden aparecer intempestivamente reacciones que van desde una alergia hasta la muerte, máxime en este caso concreto en el que en forma súbita y debido a la enfermedad que padece la menor denominada Hidrocefalia Congénita, surgen dificultades en la salud del paciente, puesto que si revisamos la historia clínica de la menor, podemos observar que estaba con signos vitales normales, se registra que la niña se encontraba hemodinamicamente estable y en buen estado general, alerta, hidratada, afebril, sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal y sin déficit neurológico, por tanto mi mandante no puede ser condenada a pagar perjuicios, ni daños, teniendo en cuenta que en la UNICA VEZ que tuvo contacto con Kimberly estaba muy bien de salud.

VIII.- **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

El consentimiento que se da el paciente, se supone que se presenta en medio de una adecuada información que la ha dado el médico tratante de cuáles son los

Elimina la filigrana digital ahora

procedimientos, las dificultades, las posibles complicaciones e incluso, las secuelas que pueden quedar de un determinado tratamiento.

Hoy se considera como un derecho fundamental del paciente, el que se le requiera para un consentimiento informado. La diligencia que se espera del médico no es solamente sobre su de curia profesional, sino además sobre la adecuada información que otorgue a su paciente y el deber de requerir su consentimiento a determinada práctica. Se supera así el mero nivel deontológico con que generalmente se aprecia el deber de información, para incrustarlo dentro de la diligencia debida que espera del profesional de la medicina en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. La información debe comprender las ventajas y desventajas del tratamiento o procedimiento recomendado, así como sus posibles peligros, riesgos y secuelas. No puede el médico actuar sobre la humanidad de su paciente sin su consentimiento y la medida de la eficacia de dicho consentimiento estriba en la adecuada información que previamente se le haya dado al paciente o a su representante. El paciente debe tener plena conciencia acerca de la naturaleza del procedimiento médico que va a realizársele, sus riesgos, lo que espera del mismo y las consecuencias positivas o negativas y es precisamente el médico que recomienda el procedimiento quién debe informarlo adecuadamente para que asuma los riesgos que toda práctica médica encierra.

En este caso, a los padres de la menor, se les iba informando sobre la patología que presentaba así como los procedimientos a realizarle a la niña, de igual manera a los protocolos previos para su verificación, luego se cumplió con el requisito consentimiento informado que deben tener todos los pacientes.

IX- RESPONSABILIDAD *IN SOLIDUM* Y SOLIDARIDAD

El requerimiento del paciente para su tratamiento o para una intervención quirúrgica, debido a la especialidad que se presenta en los diferentes ramos de la medicina, precisa, en más de una ocasión de la intervención de varios facultativos, es decir, de una prestación colectiva del servicio médico.

Por ello, se distingue hoy la doctrina entre el acto médico, como acto individual y la prestación médica, que tiende a ser colectiva.1

Advierte la doctrina2 sobre el particular que, "*...actualmente, por la propia complejidad de la ciencia médica y de las técnicas que conlleva, y las demás razones que a continuación exponemos, lo normal es la prestación colectiva y no sólo eso, sino que también el acto médico propiamente dicho procede de varios facultativos, tanto en el nivel de toma de decisiones como en el de la ejecución material del mismo*".

El planteamiento es indiscutible. Ello es lo que sucede en la práctica. La intervención de un paciente en un consultorio individual, es de escasa ocurrencia. Los pacientes van a las clínicas y hospitales, donde se dispone de alta tecnología en diagnóstico y en su elaboración intervienen muchas personas, laboratoristas, radiólogos, operadores de escáner, lectores de los resultados de los mismos. Pero si de allí se sigue una intervención quirúrgica, interviene todo un grupo humano, anestesistas, instrumentadoras, enfermeros y cirujanos de diferentes especialidades. Luego viene el

1 **Llamas Pombo**, Eugenio. *La Responsabilidad Civil del Médico: Aspectos Tracionales y Modernos*. Ed- Trivium. Madrid, 1998.Pág. 258.
2 **Llamas Pombo**, Eugenio. Ob. Cit.Pág. 259

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

pos operatorio y si el paciente necesita cuidados intensivos, otros facultativos intervienen según su especialidad y los requerimientos del paciente. Ninguno sobra, se precisa de todos ellos, cada unidad hospitalaria funciona gracias a la participación de todos, a veces interviniendo sucesivamente, otras conjuntamente.

Así distingue la doctrina entre *medicina de grupo* y *equipo médico*. La medicina de grupo, es la prestada por un conjunto de personas que ejercen su profesión en un mismo centro médico, constituyendo un verdadero colectivo médico. Esta peculiar manera de prestar servicios médicos mediante un contrato, con ese grupo que se organiza por sociedad civil o cooperativa y que está reglamentado en algunos países europeos3. En cambio, se entiende por equipo médico, la intervención de varias personas o conjunto de especialistas en una fase determinada de la curación de un paciente4, cuyo ejemplo más claro es la intervención quirúrgica.

En uno u otro caso, es decir, tanto en la medicina de grupo como en la participación del equipo médico, tienen que presentarse importantes consecuencias en el campo de la responsabilidad.

En primer lugar, surge la necesidad de determinar el sujeto responsable en un momento dado. La responsabilidad aparece a veces diluida entre todo el personal de un centro médico, que prestan el servicio prácticamente en forma anónima. Para el usuario se torna difícil escoger entre todos los participantes al responsable de un procedimiento determinado, pero habrá casos donde a todos hay que reclamar la responsabilidad.

Habrá también casos donde quién deba responder será la entidad clínica u hospitalaria, responsables de la organización del servicio, que en ciertos casos es lo que falla y no la actividad individual de alguno de los miembros del personal o que podrá concurrir la falla de la organización con la individual del que cumplía el procedimiento. Piénsese por ejemplo, el médico que hace una laparoscopia sin exigir la pantalla de video, confiado en su pericia y por ahorrar el costo de la utilización de aquella; durante el procedimiento rompe una arteria en el paciente y no se encuentra en el hospital de momento un cirujano que atienda la emergencia.

La entidad hospitalaria tiene la obligación de garantizar un mínimo de condiciones para evitar daños a sus pacientes. Hay por tanto que distinguir entre la responsabilidad del equipo médico y la del centro hospitalario, por no disponer de equipos o permitir que se actúe sin ellos, no disponer de la higiene debida, de los medios adecuados. Como en el ejemplo propuesto, la lesión puede obedecer a ambos factores.

La especialización, ingrediente determinante de la colectivización, también genera interrogantes en materia de responsabilidad. ¿Se hace más o menos responsable el especialista?, ¿qué repercusiones tiene en el médico general que de todas maneras puede en determinado caso solicitar la opinión del especialista?

Otro factor importante que se presenta es la paulatina desaparición de la relación individual entre el médico y el paciente, para dar paso a la relación de la institución, centro médico, seguridad social, con el paciente. La institución emplea médicos para

3 En Francia por el Decreto de 2 de Noviembre de 1965.
4 **Llamas Pombo**, Eugenio. Ob. Cit. Pág. 260.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

que presten el servicio a terceros, desapareciendo en estos casos el carácter *intuito personae* del contrato de prestación de servicios médicos.

Consecuencias de la colectivización de la medicina en el campo de la responsabilidad.

Tradicionalmente, la responsabilidad del médico se mira con un criterio, el de la denominada medicina individual, que obedecía a la relación médico- paciente que caracterizó la práctica médica durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Si el médico ocasionaba un daño a su paciente, venía un examen de responsabilidad con el mismo criterio Hoy en día, ese estilo de practicar la medicina ha pasado a ser la excepción; por muchas razones, como las que anteriormente enunciamos, el esquema mencionado es cada vez más escaso. La actividad médica, cada vez más es una actividad colectiva.

En tales condiciones, de encontrarse probada alguna culpabilidad en cabeza de los aquí demandados, la misma debe ser ponderada, de acuerdo a la multiplicidad de personas que intervienen en el tratamiento de un paciente, máxime si como en el presente caso la menor ha pasado por más de veinte -20-profesionales, más un sinnúmero de especialistas en enfermería, personal de administración, centro hospitalario, etc, lo cual permite concluir que existe multiplicidad de personas, tanto naturales como jurídicas, en el tratamiento realizado a la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.

X.- EXCEPCION INNOMINADA O GENERICA.

Este medio exceptivo tiene su fundamento y fin, en el hecho de que si su despacho encuentra probado una excepción que no ha sido formulada y que beneficia a la parte que represento, cordialmente le solicito la declare probada, tal como lo pregona el artículo 306 del C.P.C.

A LAS PRUEBAS

Sírvase tener como pruebas, y darles el valor probatorio que les corresponde, a las siguientes:

1.- INTERROGATORIO DE PARTE.

Sírvase citar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes señores JHON JENYS PAPAMIJA BONILLA, NOREIDY ACEVEDO CARDONA, MERY CARDONA PEREZ, JOSE HEBERTO ACEVEDO, ELBER ACEVEDO CARDONA Y JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA todos son mayores de edad y vecinos de esta ciudad, para que bajo la gravedad del juramento y en audiencia pública absuelvan interrogatorio de parte que en forma oral les formularé en la fecha y hora que su despacho se digne fijar, sobre los hechos de la demanda y la contestación de la misma, a quienes se les puede citar en la dirección que aparece indicada en la demanda principal.

2.- PRUEBAS DOCUMENTALES:

a.- Certificado expedido por el Secretario Administrativo del Tribunal de Etica Médica del Valle del Cauca, donde se observa con nitidez la transparencia y la responsabilidad que ha caracterizado a mi mandante Dra. Claudia Yaneth González Arévalo, en el ejercicio de su profesión como médica Pediatra.

Oficina: Carrera 4 No. 12-41, Oficinas 514 y 515
Edificio Centro Seguros Bolívar, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-8858962, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

b.- Certificado de antecedentes y requerimientos judiciales expedido por la Policía Nacional de Colombia, en el que se observa que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo no ha tenido ningún asunto pendiente con las autoridades judiciales.
c.- Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación en donde se indica que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo no registra ningún tipo de sanción ni inhabilidad vigente.
d.- Certificado expedido por la Contraloría Delegada para investigaciones y juicios fiscales y jurisdicción Coactiva, en el que se expresa que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo no se encuentra reportada como responsable fiscal.
e.- Certificado expedido por la Universidad del Valle, con el que se acredita que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo realizó su especialización en Pediatría, en dicho centro de enseñanza.
d.- Copia del grado como médica general expedido por la Universidad Libre a la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo.
e.- Se anexan una serie de documentos con los cuales se acredita que la Dra. Claudia Yaneth González Arévalo ha cursado y realizado en muchísimas oportunidades seminarios, curso de actualización sobre Pediatría, Congresos, Simposios, Jornadas de pediatría, etc, con los que se demuestra la idoneidad, responsabilidad, mesura, seriedad, entrega, que mi mandante asume su profesión.
f.- Copia de la historia de urgencias de la menor Kimberly Papamija, a fin de ilustrar al despacho, sobre lo realmente ocurrido durante la estancia de la niña en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Norte, donde fue atendida.
g.- Cuadro del resumen de su ingreso en el mes de febrero de 2013, en las fechas reseñadas en que ocurrieron los hechos que ocupan la atención del proceso y del despacho.
h.- Documento clínico con las notas de enfermería, evolución y otros que consta de diez folios.

pdfelement

NOTIFICACIONES Y DIRECCIONES:

Mi mandante CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO puede ser citada y notificada en la carrera 65 No. 9-45, barrio El Limonar de esta ciudad de Cali, correo electrónico gonzalezarevalo@yahoo.es

Los demandantes pueden ser citados y notificados en las direcciones aportadas al libelo inicial.

Yo puedo ser citado y notificado en la Secretaría de su despacho o en mi oficina de abogado ubicada en Cali, El Edificio Seguros Bolívar, Carrera 4 No. 12-41, Piso Quinto Oficina 514, correo electrónico rodriguezabg@yahoo.com

Del señor Juez,

Atentamente,

ALONSO RODRIGUEZ
C.C. No. 6382751 expedida en Palmira
T.P. 182.185 del C.S. de la J

Elimina la filigrana digital ahora

LINA MARCELA BORJA RIVERA
ABOGADA

Señor
JOSÉ ANTONIO DUQUE
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Referencia: Radicación No. **2015- 00132-00**
Verbal de Responsabilidad Civil
Demandante: **JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS**
Demandados: **SALUCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTROS**

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y PROPOSIÓN DE EXCEPCIONES

Respetado señor Juez:

LINA MARCELA BORJA RIVERA, mayor de edad, vecina de la ciudad de Cali, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y portadora de la tarjeta profesional No. 262.921 del C.S. de la J., en mi condición de apoderada judicial del especialista en Neurocirugía **DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ**, demandado dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito contestar[1] dentro del término legal, la demanda VERBAL de responsabilidad civil médica, con base en los argumentos que expondré.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones de los demandantes y las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer ésta de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso y, por lo mismo, las rechazamos de plano.

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO-1. NO NOS CONSTA, por cuanto son hechos del ámbito de los padres de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO y de la Institución de Salud y Médico que atendieron el parto, el cual deberá ser probado por parte de la demandante.

AL HECHO-2. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho,

[1]Los términos corren según constancia de notificación personal del 10 de agosto de 2016, comienza a correr términos desde el día jueves 11 de agosto de 2016 y vence el día jueves 25 de agosto de 2016. Téngase en cuenta que según Auto admisorio de la demanda concede 10 días de traslado.

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

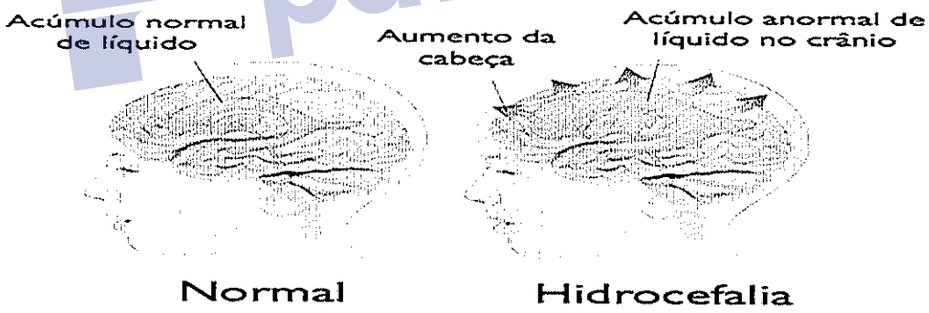
en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-3. NO NOS CONSTA, desconocemos la situación privada y personal de los padres de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, por ende de todas y cada una de las circunstancias que rodearon a este hecho; la parte demandante deberá probarlo con los medios idóneos.

AL HECHO-4. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-5. NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de ala abogada sin sustento científico, no obstante el pronóstico para los pacientes a los que se les ha diagnosticado hidrocefalia es difícil de vaticinar, aunque hay alguna correlación entre la causa específica de la hidrocefalia y el resultado de la condición. Las personas afectadas y sus familias deben estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognoscitivo como físico de quien la padece. Resulta relevante subrayar que una infección en el sistema nervioso central siempre tiene repercusiones negativas y más en un cerebro inmaduro.

pdfelement



AL HECHO-6. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

Sin embargo es menester aclarar que las afirmaciones contenidas en este hecho no son evidencia alguna de negligencia o una mala práctica médica tal y como lo señalan los demandantes, es igualmente importante advertir que la patología de hidrocefalia congénita de la menor PAPAMIJA ACEVEDO por su misma condición al ser congénita ya hay un daño cerebral y su desarrollo psicomotor puede no ser la de un niño normal.

AL HECHO-7. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

No obstante, la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no fue llevada inicialmente a SALUCOOP sino a una institución particular cuando contaba con 15 días de nacida, esto ocurrió el 16 de Diciembre de 2011 fecha en la cual los padres de la menor contrataron los servicios de un neurocirujano particular en la clínica de los Remedios lugar donde le realizaron una cirugía para colocarle una derivación ventrículo peritoneal. En consecuencia, cuando la niña KIMBERLY fue llevada a la Clínica SALUDCOOP ya presentaba complicación infecciosa derivada del procedimiento quirúrgico antes mencionado. La cual vale señalar que es un riego inherente a esta clase de tratamientos, por tratarse de un cuerpo extraño implantado en el organismo de la menor.

La colocación de una válvula ventrículo peritoneal, de acuerdo al indicador de tasa de infecciones en este tipo de cirugías es de las más altas en neuropediatría y las comorbilidades médicas asociadas a esta complicación son importantes.

pdfelement

AL HECHO-8. NO NOS CONSTA, las circunstancias descritas en este hecho así como las recomendaciones que brindo el profesional de la salud que intervino quirúrgicamente a la paciente KIMBERLY PAPAMIJA a los padres de la menor, razón por la cual deberá ser probado dentro del proceso con los medios idóneos.

AL HECHO-9. NO NOS CONSTA, la calidad de afiliación al sistema de seguridad en salud que ostentaba la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO para la época de los hechos, circunstancias ajenas al conocimiento de mi defendido, por lo que deberá acreditarse dentro del proceso con los medios idóneos.

AL HECHO-11. NO NOS CONSTA, las condiciones en que SALUCOOP EPS brindo el plan de salud a la menor KIMBERTLY PAPAMIJA ACEVEDO, son

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

circunstancias que de escapan de la esfera de conocimiento de mi defendido.

AL HECHO-11. NO ES CIERTO, en este hecho es preciso aclarar que cuando la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO arriba al centro hospitalario, ingresa primero por el servicio de urgencias y es valorada por el personal médico asignado en este servicio. Cuando se toma la conducta de hospitalizar la paciente y se traslada a la UCI, es valorada por el pediatra encargado de la unidad y quien debe solicitar la interconsulta con el especialista en neurocirugía; en ese orden de ideas mi prohijado valoró a la paciente PAPAMIJA ACEVEDO el mismo día en que se le solicitó la interconsulta, y no como mal lo pretenden hacer ver lo demandantes después de dos días a su ingreso a la clínica.

En la valoración que realizo el Dr. MEDINA a la menor PAPAMIJA se verificó el estado clínico de la paciente y estableció la necesidad de realizar estudio diagnóstico de punción ventricular[2].

Se realiza punción ventricular inmediatamente para estudio de laboratorio y establecer presencia de infección en el sistema ventricular interno de la niña. Este es el procedimiento estándar a seguir en estos casos.

La punción ventricular no requiere anestesia, es un procedimiento rutinario para los neurocirujanos y NUNCA se aplica anestesia. Equivale en la escala de dolor a puncionar una vena para extraer sangre, para efectos de comparación. En ninguna parte se usa anestesia para tal fin.

pdfelement

AL HECHO-12. NO ES CIERTO, en este punto es de vital importancia determinar si existe o no evidencia microbiológica de infección, para ello se solicitaron estudios paraclínicos de laboratorio. Se tomaron dos estudios importantes aparte de los análisis de sangre. Estudio de Citoquímico y cultivos de líquido cefalorraquídeo. El reporte de citoquímico se realiza máximo al día siguiente y determina la posibilidad de reacción inflamatoria en el líquido que puede sugerir infección la cual se confirma con el resultado del cultivo de líquido cefalorraquídeo que demora más tiempo, incluso hasta 3 días para evidenciar crecimiento anormal de bacterias. Con esta confirmación es que se continúan tratamientos más agresivos como cirugías de retiro de válvulas y otras conductas. Para el caso de KIMBERLY PAPAMJIA ACEVEDO era importante tener confirmación de laboratorio para tomar estas decisiones, lo que evidencia que el

[2] La punción ventricular es el abordaje de los ventrículos laterales por medio de una aguja o un trocar, con fines diagnósticos o terapéuticos. Fuente: Extracción de líquido cefalorraquídeo. CONSTANCIO CASTELLS y JORGP UHERARDI. PDF.

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

tratamiento médico fue acorde a los protocolos y con la debida prudencia para no someter a la paciente a un riesgo injustificado.

Hubiese sido mala práctica e irresponsabilidad por parte del doctor MEDINA JIMÉNEZ haber intervenido a la menor sin los estudios de rigor y sin la cautela debida para extraer la válvula, teniendo en cuenta que la cirugía del implante no fue realizado en la EPS SALUDCOOP.

AL HECHO-13. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta las afirmaciones referidas por el profesional de la salud aquí mencionado, así como la intervención del padre de la menor y la EPS, por ello nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-14. PARCIALMENTE CIERTO, en primer lugar no nos consta que se elevara petición para que un profesional de la salud no adscrito a la EPS SALUCOOP interviniera a la menor KIMBERLY PAPAMIJA. En segundo lugar es de suma importancia aclararle al despacho que el Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ fungió dentro del procedimiento quirúrgico realizado a la paciente PAPAMIJA ACEVEDO el día 27 de diciembre de 2011, como ayudante di cirugía y no como cirujano principal según lo evidencia la hoja de descripción quirúrgica de la historia clínica aportada con la demanda (CD-PDF 33).

pdfelement

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 55 RETIRO DE DERIVACION SOD
Finalidad: TERAPEUTICO
Lateralidad: Derecho
Acto Qx: BÁSICA
Tipo Herida: Sucia
Profesionales: Carlos Alberto Hernandez Caballero - Cirujano Principal: DANIEL MEDINA - Ayudante Quirurgico 1, Jair Jadeth Quintero Serpa - Anestesiologo

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
-BAG LAVADO CON YODADOS INFILTRACION RETIRO DE PUNTOS HERIDA ANTERIOR RETIRO DE VALVULA DE DPD CIERRE CON PUNTOS SEPARADOS NO COMPLICACIONES-Carlos AlbertoHernandez Caballero Dec 27 2011 11:43AM

OBSERVACIONES

FIRMA Y CEDULA **R.M.**

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

A la menor se le retiro la válvula que había sido implantada por otro profesional de la salud en otra entidad hospitalaria ya que se había infectado con la bacteria documentada en el cultivo. El Procedimiento de retiro de derivación se realizó dentro de las 48 horas siguientes de la valoración y solitud de exámenes que índico el Dr. MEDINA, tiempo en el cual se realizaron los estudios de laboratorio pertinentes para documentar la infección, es decir, que según las condiciones clínicas de la paciente los tiempos fueron adecuados y no hubo demoras injustificadas como quiera que se estaba buscando y aclarando el foco de la infección de la paciente.

AL HECHO-15. PARCIALMENTE CIERTO, en este hecho por contener varias afirmaciones me permito referirme a cada una de ellas por separado:

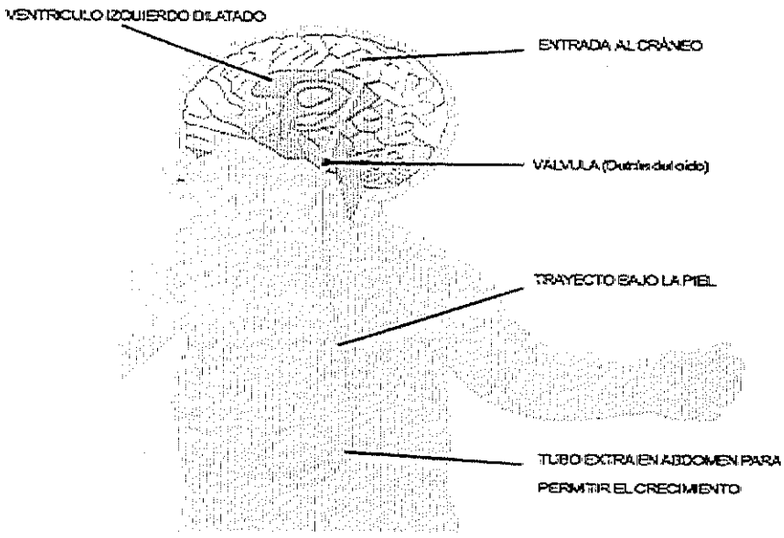
Es cierto que se le administro antibiótico a la paciente; como se indicó anteriormente para identificar la clase de bacteria se requieren estudios complejos que toman varios días, es menester aclarar que el médico no puede suministrar un antibiótico sin conocer que bacteria se presenta y a que antibiótico es sensible dicha bacteria. Ante la presencia de una bacteria aislada hallada en la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACOSTA, altamente agresiva que produce gran morbilidad en los pacientes que la padecen, se itera cumpliendo con los tiempos y protocolos para identificarla correctamente, se recurre al servicio de infectología para apoyar en el proceso terapéutico siguiendo las recomendaciones pertinentes con el antibiótico indicado.

El manejo se realiza conjuntamente y por parte de un equipo multidisciplinario en salud entre los servicios de infectología, pediatría y neurocirugía. Se considera necesario manejo hospitalario continuo para aplicación de antibióticos específicos. Mientras esto se realiza, la conducta estándar son las punciones evacuantes y de control periódicamente a la paciente como tratamiento. Es importante indicar que cada uno de los tratamientos fueron explicados a la madre de la menor la cual acepto su realización. La menor PAPAMIJA ACEVEDO requirió varios esquemas antibióticos por la agresividad de su infección.

Una vez completado el tratamiento médico y con los resultados de laboratorio adecuados se le implanta nuevamente una válvula de derivación ventriculoperitoneal a la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO el día 21 de febrero de 2012. Esta cirugía se hace para aliviar el aumento de la presión dentro del cráneo debido al exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR) sobre el cerebro (hidrocefalia).El procedimiento se

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

realizó sin complicaciones y de manera exitosa. Se controló el postquirúrgico y se da salida por mejoría.



El propósito de las derivaciones internas consiste en drenar continuamente el exceso de LCR hacia un punto anatómico que pueda acoger este exceso de líquido.

La menor PAPAMIJA ACEVEDO reingresa por sospecha de infección; se realiza el mismo esquema de abordaje diagnóstico: estudio paraclínico, toma de estudios de citoquímico y cultivos de líquido cefalorraquídeo. Es importante reiterar que siempre el diagnóstico certero de infección se realiza con los resultados paraclínicos que lo comprueben.

No es cierto que la menor PAPAMIJA ACEVEDO fuera un "conejillo de indias" para los medicos tratantes. El hecho de realizar estudios paraclínicos y análisis de laboratorio para comprobar infecciones no significa someter a un supuesto "conejillo de indias" como lo afirman los demandantes, como quiera que es la conducta a seguir en estos casos y lo que se busca es establecer un diagnóstico adecuado con todas las ayudas diagnosticas posibles con la finalidad de brindar un tratamiento acorde a la condición patología de la paciente. Este fue el mismo proceso que ya conocía la madre porque se había realizado la primera vez que presentó la infección.

El doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ siempre le explicó a los acudientes y a la madre de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO la finalidad del procedimiento y siempre consintieron la realización del mismo.

Elimina la filigrana digital ahora

Es entendible que para una persona que no es médico o personal de salud le parezca impresionante una punción fontanelar, por lo cual la percepción de los demandantes en su relato es un comentario meramente emocional. Las punciones ventriculares se realizan en todos los servicios de neuropediatria del mundo para manejo de infecciones neonatales y no es ningún procedimiento cruel. Equivale a decir que extraer sangre de una vena es un procedimiento cruel para efectos meramente comparativos.

En el caso particular la paciente PAPAMIJA ACEVEDO era altamente susceptible a las infecciones y su capacidad de defensa no era la mejor. Su evolución clínica así lo evidenciaba y en las rondas clínicas los profesionales a cargo de la menor siempre tenían presente esta condición.

Al respecto de Los sistemas de derivación la literatura médica indica que no son mecanismos perfectos. Entre las complicaciones pueden figurar falla mecánica, infecciones, obstrucciones y la necesidad de prolongar o reemplazar el catéter.

> *"Complicaciones de la derivación ventrículo peritoneal[3]:*
>
> ***Infecciones: constituyen una de las complicaciones más frecuentemente asociadas a la derivación ventrículo peritoneal se presentan en un 10-15%, es la principal causa de mortalidad.*** *Los agentes etiológicos más frecuentes son estafilococos y menos frecuentemente gram negativos,* ***el diagnóstico es clínico y laboratorial."*** (Destacado fuera de texto).

Por lo general, los sistemas de derivación requieren vigilancia y seguimiento médico regular. Cuando ocurren complicaciones, el sistema de derivación normalmente requiere algún tipo de ajuste o revisión. Algunas complicaciones pueden conducir a otros problemas tales como drenaje excesivo o drenaje insuficiente. El drenaje excesivo ocurre cuando la derivación permite al líquido cerebroespinal drenar de los ventrículos con más rapidez que aquella a la que se produce. Este drenaje excesivo puede hacer que los ventrículos se colapsen, rompiendo vasos sanguíneos y ocasionando dolor de cabeza, hemorragia (hematoma) o ventrículos escindidos (el síndrome de ventrículos escindidos). Ocurre drenaje insuficiente cuando el líquido cerebroespinal no sale con suficiente rapidez y los síntomas de la hidrocefalia vuelven a aparecer.

---

[3] Complicaciones poco frecuentes de la derivación ventrículo peritoneal en el Hospital del Niñ@ Manuel Ascencio Villarroel. ***Flores Alvis Ladislao Flores Herrera Daniela*** Rev Cient Cienc Med 2013; 16(2): 31-33

Además de los síntomas comunes de la hidrocefalia, las infecciones de una derivación pueden producir también síntomas tales como fiebre de bajo grado, dolor en los músculos del cuello o los hombros y enrojecimiento o sensibilidad a lo largo del conducto de derivación. Cuando hay razón para sospechar que un sistema de derivación no está funcionando de forma apropiada (por ejemplo, si vuelven a aparecer los síntomas de la hidrocefalia), deberá buscarse la razón de su mal funcionamiento.

Se puede inferir entonces que la implantación de una derivación interna del líquido cefalorraquídeo- LCR, expone a múltiples complicaciones, que a menudo marcan la vida de los pacientes portadores de válvulas.

> "***La tasa de reintervención[4] quirúrgica de las derivaciones internas es alta y se puede considerar que habrá que reintervenir a más del 50% de los pacientes***, *por lo menos una vez, para revisar su materia*" (Destacado fuera de texto).

Todos los tratamientos terapéuticos realizados a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO están avalados por la ciencia médica para el seguimiento de su condición patológica, es irrespetuoso e irresponsable que la profesional del derecho haga calificaciones de trato cruel para con la menor cuando es claro que desconoce totalmente el tratamiento médico brindado por el facultativo y más atreverse a proponer tratamientos que escapan de la esfera de su conocimiento.

AL HECHO-16.NO ES UN HECHO, son apreciaciones subjetivas y denigrantes de la profesional del derecho, esto denota la total incomprensión de la togada sobre las medidas terapéuticas brindadas a la menor KIMBERLY PAPAMIJA y lo gravoso de la patología congénita padecida por la menor.

Se itera que la punción ventricular transfontanelar no se usa anestesia ya que es una punción que genera el mismo dolor que la aplicación de la anestesia si se colocara. Estas punciones eran NECESARIAS mientras se resolvía su condición infecciosa, pues se trataba de una paciente con infecciones recurrentes y colocar de inmediato una válvula de derivación sin resolver el cuadro infeccioso mediante la administración de antibióticos, eso sí constituye un riesgo injustificado para la menor, pues la válvula se iba a volver a infectar, es evidente que el organismo de la menor no estaba en óptimas condiciones para ser intervenida quirúrgicamente, lo que amerita un manejo medico previo.

---

[4] HIDROCEFALIA. D. Chauvet y A.-L. Boch. Tratado de medicina, 2011-01-01, Volúmen 15, Número 3, Pages 1-8. Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS

Elimina la filigrana digital ahora

La evidencia científica demuestra que la infección[5] en los sistemas de derivación es la complicación más frecuente.

> *"La infección de material de derivación es una complicación grave que expone al paciente al riesgo de meningitis, así como de peritonitis o endocarditis según el punto (derivación ventriculoperitoneal o derivación ventriculoatrial). Las infecciones crónicas, silentes, pueden provocar complicaciones renales («nefritis de derivación»). La infección se traduce también a menudo en la obstrucción del catéter, debido a la creación de una ganga inflamatoria en la silicona y a su alrededor.* ***A pesar de los esfuerzos quirúrgicos, las tasas de infección son elevadas: ninguna gran serie llega a situarse por debajo del 5% de infección****. El germen más frecuentemente implicado es Staphylococcus epidermidis Este comensal de la piel se inocula probablemente con la cirugía, pero se desarrolla con tanta lentitud que no se manifiesta hasta varias semanas (o meses) más tarde. También son posibles infecciones a distancia del punto de colocación, quizá favorecidas por bacteriemias. En caso de infección, es necesaria la retirada completa del material.* ***El estudio bacteriológico de este material y del LCR permite adaptar la antibioticoterapia. La reposición del material implantable sólo puede plantearse una vez la infección se ha curado por completo. Con el fin de evitar la reactivación de la infección, es conveniente, en la medida de lo posible, cambiar el punto de implantación****"* (Destacado fuera de texto).

AL HECHO 17-PARCIALMENTE CIERTO, No es cierto que los síntomas clarísimos de una alteración del estado neurológico por hidrocefalia sean: fiebre, somnolencia e irritabilidad. Pues estos son los síntomas asociados a la condición patológica de la hidrocefalia y son altamente inespecíficos y no patognomónicos, aclarando que la fiebre es un signo de infección o inflamación de un tejido, por lo cual debe investigarse su causa.

La menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO se encontraba hospitalizada desde el 19 de Marzo del 2012. Durante ese tiempo a intervalos regulares se le realizaban punciones ventriculares (casi semanales) y se seguía un plan de manejo antibiótico específico.

El miércoles 4 de abril DE 2012 el Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ inicio sus vacaciones anuales por vencimiento de contrato con SALUDCOOP (cabe indicar que el galeno tiene un contrato de prestación de servicios con la entidad y cada que se vence el contrato en ese receso y sin vinculación laboral es que toma sus vacaciones, hasta que firma el nuevo contrato). El doctor viajo a visitar a su familia a la ciudad de Medellín e Informo al coordinador del servicio al Dr. JAIRO SÁNCHEZ de

[5] HIDROCEFALIA. D. Chauvet y A.-L. Boch. Tratado de medicina, 2011-01-01. Volúmen 15, Número 3, Pages 1-8. Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS

Elimina la filigrana digital ahora

su ausencia vacacional temporal. Le informo que la niña KIMBERLY PAPAMIJA se encontraba hospitalizada, en el momento estable. Así como también informo de su regresaba a Cali el día domingo 8 del mismo mes.

Durante estos días la niña requirió revaloración por neurocirugía la cual realizó el Dr. JAIRO SÁNCHEZ. Mi prohijado no estuvo presente esos días en la clínica. Al parecer en su valoración el Dr. SÁNCHEZ quería reevaluar el tratamiento de las punciones ventriculares, no quería realizarle más.

No es cierto que el doctor MEDINA haya expresado de manera descomedida y grosera "que era la llamadera" como la afirma la parte demandante, pues el galeno estando en sus vacaciones, sin contrato con la entidad y fuera de la ciudad, se comunicaron telefónicamente con el Dr. MEDINA y les explico que no se encontraba en la ciudad. Igualmente les explico que si no le indicaron realizar la punción ventricular el doctor estaba a disposición de realizarla el día domingo, fecha en que regresaba a la ciudad de Cali, a pesar de estar en vacaciones y sin contrato con la entidad.

AL HECHO-18. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

Sin embargo es preciso indicar, que es la IPS la encargada de velar de contar con el personal especializado de turno y buscar los reemplazos en caso de así requerirlo. Cuando un profesional de la salud no se encuentra asignado a un turno en una institución, puede perfectamente no contestar su teléfono celular por estar desarrollando actividades que son parte de su tiempo libre o estar ocupado en otro tipo de actividades asistenciales.

AL HECHO-19.NO ES CIERTO, como se ha referido constantemente a lo largo de la contestación de la demanda, la menor KIMBERLY PAPAMIJA antes de ser sometida a una cirugía que implica también unos riesgos, debe resolverse su condición infecciosa con la administración de terapia antibiótica. Por ello se hacía necesario realizar las punciones fontanelares intermitentes mientras no tuviese la válvula de derivación que claramente el cuerpo de la menor estaba rechazando con las recurrentes infecciones.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Los diferentes estudios científicos sobre el manejo de la hidrocefalia[6] evidencian:

> *"(….) **se recomienda la realización de pruebas confirmatorias que provean mayor seguridad a la hora de enviar un paciente a cirugía**. LCR Tap Test (CSFtt). Se realizan una o varias punciones para retirar 40 ml de LCR. Posteriormente, se hace seguimiento al paciente esperando una mejoría parcial o completa de la sintomatología. **Esta prueba es la más utilizada debido a la gran información que brinda y a su fácil realización**. La mejoría sintomática después de la punción confirma el diagnóstico y aumenta la probabilidad de una respuesta favorable a la colocación de un sistema de derivación (…..) "* (Destacado fuera de texto).

AL HECHO-20. NO ES CIERTO, el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no es el encargado de buscar su reemplazo durante su ausencia por vencimiento de contrato con la entidad; es la IPS quien tiene la obligación de reemplazar a los especialistas de turno. Su deber es informar al coordinador del servicio de neurocirugia como efectivamente se realizó.

Es se suma relevancia recordar que en la realización de una demanda deben consignarse los hechos del acontecimiento que se pretende reprochar en forma cronología, técnica que ha brillado por su ausencia en el presente libelo demandatorio, no siendo este un espacio para plasmar adjetivos calificativos peyorativos contra los demandados, pues esto se escapa de todo buen juico y decoro que debe tener el profesional del derecho a la hora de recrear los hechos de la demanda.

No es cierto que al Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no le importe la vida de sus pacientes y en este caso la de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, pues como persona y como profesional de la medicina el facultativo que represento valora la vida de cada uno de los pacientes que tiene en sus manos, es por ello que se hizo médico para salvar vidas. Y actuando de manera congruente con sus principios es que ante su ausencia de la institución por vencimiento del contrato con la entidad, tiempo que aprovecho para descansar y visitar a su familia, es que dejo comentada a la paciente PAPAMIJA ACEVEDO con el coordinador de la entidad, tal es su compromiso con sus pacientes que el doctor MEDINA se ofreció a realizar el procedimiento a la menor el día que arribada a la ciudad nuevamente el domingo aun cuando se encontraba de vacaciones.

[6] Juan Carlos Acevedo González, Miguel Germán Borda-Borda. Hidrocefalia de presión normal: guía de diagnóstico y manejo. Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 56 (1): 81-90, enero-marzo, 2015.

Elimina la filigrana digital ahora

AL HECHO-21. NO ES CIERTO, cabe destacar la incongruencia de lo reprochado por la parte activa de la Litis, en los anteriores hechos se reprochaba las constantes punciones de la fontanela de la menor, desconociendo el manejo medico aplicable al caso, y en este hecho se reprocha la no realización de la punción de la fontanela de la menor KIMBERLY PAPAMIJA durante el tiempo que el doctor MEDINA no tuvo de paciente a la menor.

Se debe aclarar que domingo 8 de abril del 2012, aun estando de vacaciones y una vez ingresó a la ciudad de Cali, el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ se dirigió a la Clínica Calinorte de hecho su familia lo esperó en su vehículo en la calle mientras subía a ver a la paciente PAPAMIJA ACEVEDO, recién llegados del viaje. Se puso al tanto de la evolución de esos 4 días previos y le realizo la punción ventricular; ese fue el último tratamiento que realizo el galeno a la paciente PAPAMIJA.

La paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO desde entonces fue manejada por otro colega neurocirujano el Dr. OSWALDO CORAL, no teniendo injerencia sobre el tratamiento médico el doctor MEDINA JIMÉNEZ.

AL HECHO-22. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

AL HECHO-23. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio. No obstante es preciso indicar que cada profesional de la salud actúa bajo el rango de discrecionalidad científica que le permite emplear los tratamientos que considere más conveniente para el paciente.

AL HECHO-24. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-25. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos

Elimina la filigrana digital ahora

atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

Sin embargo, es preciso puntualizar que la lesión en la cavidad peritoneal se produce no por la falta de cuidado al introducir el catéter peritoneal, pues este es de silicona muy blanda que no lesiona las paredes del intestino. La lesión se presenta en algunas oportunidades por infección de la cavidad peritoneal, por infección del líquido cefalorraquídeo o por sangrado.

AL HECHO-26. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-27. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

No obstante, al confirmarse la infección en la cavidad peritoneal no se puede dejar la válvula sino que hay que cambiarla por una derivación ventricular externa o ventriculostomia externa como opción hasta que se controle la infección. La punción ventricular se necesitaba para saber si había una infección del líquido cefalorraquídeo y proceder a retirar la derivación definitiva y dejar la ventriculostomia hasta cuando se controle la infección. Según la historia clínica luego se colocó una derivación ventrículo atrial porque no se podía colocar al peritoneo por cuanto la condición de la paciente PAPAMIJA ACEVEDO no puede la absorber el Líquido cefalorraquídeo en forma adecuada.

AL HECHO-28. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-29. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

AL HECHO-30. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-31. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-32. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-33. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-34. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

AL HECHO-35. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-36. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-37. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en

Elimina la filigrana digital ahora

este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-38. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-39. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-40. ES CIERTO, el doctor DANIEL MEDINA JIMÉNEZ, se encontraba incapacitado. A media noche del día 20 de Febrero amaneciendo el 21 de febrero del 2013 el facultativo recibió una llamada desde el área de cuidados intensivos de Pediatría de la Clínica Calinorte, ya que pensaban que estaba de turno y desconocían la incapacidad por enfermedad del galeno, pero la cual ya había sido informada al coordinador médico por parte del doctor MEDINA; se le informó que la niña KIMBERLY estaba ingresada por deterioro médico agudo y solicitaban valoración microquirúrgica. El Doctor MEDINA explico su situación médica e inmediatamente localizó al Dr. OSWALDO CORAL quien lo reemplazó en ese momento para asistir a la clínica y atender la Urgencia.

Mi representado desconoce los hechos acaecido de esa noche, como quiera que desde el día 16 de febrero del 2013, hasta el día 24 de febrero del mismo año, estuvo incapacitado e incluso hospitalizado y aislado por Neumonía viral infecciosa por virus H1N1 altamente contagioso, según lo evidencia las historia clínica e incapacidades que se aportaran con esta contestación de demanda. Su hospitalización fue realizada en Clínica de Occidente de Cali y su convalecencia la completó aislado en su residencia. El doctor MEDINA retomo su actividad laboral el día 25 de febrero del 2015.

Sin embargo, de acuerdo con lo registrado en la historia clínica el evento presentado por la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO la noche del 21 de febrero de 2013 fue un evento agudo de carácter súbito, imposible de prever de conformidad con su evolución clínica de las horas y días anteriores. Una vez ocurrido el evento, se debe realizar un proceso de reanimación y estabilización de la paciente, logrado ello, llevar a la

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

paciente a cualquier procedimiento necesario. En el caso que nos ocupa el personal médico a cargo realizo lo pertinente con la paciente, tomaron Tomografía Axial Computarizada-TAC de cerebro y solo hasta ese momento se hace necesaria la presencia del neurocirujano, el Dr. CORAL acudió a ese llamado e intervino quirúrgicamente a la menor haciendo todo lo que se debía hacer.

Queda claro que la actuación como médico neurocirujano de mi prohijado frente a la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO al inicio de todo este proceso fue adecuada, diligente y oportuna de conformidad a la condición clínica y patología que refería la menor para ese momento. Demostró interés y dedicación en la atención de la paciente como constan sus notas clínicas registradas en la historia clínica. Tuvo todo el tiempo una comunicación efectiva con la madre de la paciente. En los hechos relacionados en su periodo vacacional en el 2012 y periodo de incapacidad por enfermedad en el 2013 se escapan de su ámbito profesional directo.

AL HECHO-41. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-42. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

AL HECHO-43. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-44. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-45. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en

Elimina la filigrana digital ahora

este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-46. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-47. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-48. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-49. NO NOS CONSTA, como quiera que el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ no participo en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

AL HECHO-50. NO ES UN HECHO.

II. FRENTE A LAS PETITUM, DECLARACIONES Y CONDENAS DE LA DEMANDA

Con fundamento en la contestación de ésta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa ni obligación pendiente, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, ya que su actuar fue el adecuado, correcto y aceptado por la ciencia médica actual en su condición de especialista, habiéndole prestado por su parte a la paciente la atención médica necesaria. Especialmente nos oponemos a:

PRIMERO: Nos oponemos A que se declare Solidariamente responsable al Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, ya que nunca actuó con

Elimina la filigrana digital ahora

negligencia y mucho menos actúo con desconocimiento profesional, dispuso de todo su cuidado y pericia para brindar una adecuada atención al momento atender a la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.

SEGUNDO: Nos oponemos A que se declare CONTRACTUALMENTE responsable al Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, como quiera que entre la conducta medica desplegada por mi prohijado y le daño alegado por los demandantes no media una relación de tipo contractual como se ha encauzado esta demanda. Mi defendido actuó con prudencia y con todo su conocimiento medico aplicable a la condición clínica y patología de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO durante sus intervenciones.

TERCERO: Nos oponemos A que se declare civilmente responsable y al pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, ya que nunca actuó con negligencia y mucho menos actúo con desconocimiento profesional, dispuso de todo su cuidado y pericia para brindar una adecuada atención a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ECEVEDO.

Su señoría respetuosamente solicito que se niegue el recocimiento de perjuicios solicitados en la demanda y en la reforma de la demanda por concepto de PERJUCIOS MATERIALES: Daño emergente, Lucro cesante pasado y futuro, así como también los perjuicios reclamados a título de DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN Y/O DAÑO FISIÓLOGICO O PERJUCIOS INMATERIALES a favor de los demandantes:

- MARY CARDONA PÉREZ, abuela materna
- JOSÉ HEBERTO ACEVEDO, abuelo materno
- ELBER ACEVEDO CARDONA, tío materno
- JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA, tío materno

Razón de lo anterior los aquí demandantes no están legitimados para reclamar ningún tipo de perjuicio como quiera que no agotaron la audiencia de conciliación extrajudicial en derecho obligatorio que exige la ley para acudir a la administración de justicia, según se evidencia a folios 271- 274 del cuaderno principal.

PERJUCIOS MATERIALES-NOS OPONEMOS:

- Nos oponemos a la condena de "LUCRO CESANTE PASADO" como quiera que la tipología del perjuicio aquí reclamando se desconoce la demandante de donde toma su fuente para solicitarlo.

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limaborj035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

- Nos oponemos a la condena en "LUCRO CESANTE FUTURO" la primera característica del perjuicio es que debe ser cierto no una especulación de la actora, el lucro cesante no se debe calcular en el caso que nos ocupa, este es INCIERTO; la demandante deberá acreditarlo en debida forma y no se puede realizar a través de indicios como lo pretenden los demandantes.

- Nos oponemos a la condena en "DAÑO EMERGENTE" como quiera el concepto aquí mencionado no se ha acreditado tan siquiera sumariamente el valor aquí reclamado por los demandantes.

2- DAÑO MORAL-NOS OPONEMOS

Teniendo en cuenta que las sumas solicitadas por los demandantes es inconsulta y desproporcionada tal pretensión. Al ser contrarias a los límites Jurisprudenciales pretenden un enriquecimiento sin justa causa su sin sustento jurídico o probatorio. Esta pretensión debe descartarse por carecer de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas.

Hay que recordar que para la tasación de dicho daño moral debe aplicarse el mencionado test de proporcionalidad. Así, además de referirse a los subprincipios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad *stricto sensu*, se ha esbozado por la jurisprudencia uno topes máximos de indemnización que estandariza la cuantía del perjuicio de acuerdo con el grado de parentesco y la efectiva convivencia con la víctima directa.

partclement

3. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN- NOS OPONEMOS.

Debo indicar que tampoco es procedente esta pretensión por cuanto primero debe probarse el nexo causal, la negligencia de la que aquí se acusa del médico tratante. Sólo y en el caso de tal declaración procederá la revisión de este perjuicio. Por tanto esta pretensión debe descartarse.

Cuando pretende endilgarse una responsabilidad a un profesional de la salud con base en el acto médico desarrollado por él, es indispensable que la parte que alega el daño demuestre que el profesional tuvo la culpa del perjuicio y el nexo causal entre el acto médico y el daño para generarse la obligación de resarcir

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

III. Al JURAMENTO ESTIMATORIO – OBJECIÓN

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito **OBJETAR** el juramento estimatorio realizado por la parte actora, respecto de los perjuicios materiales solicitados a título de daño emergente, lucro cesante pasado y futuro:

A. Al juramento estimatorio realizado sobre las pretensiones.

> *"Artículo 206. Juramento estimatorio.* ***Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización****, compensación o el pago de frutos o mejoras,* ***deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda*** *o petición correspondiente,* ***discriminando cada uno de sus conceptos****."* (Subrayado y negrilla por fuera del texto)

En el *sub lite*, la accionante realizó el juramento estimatorio en estos términos:

> *"EL VALOR DE LA SUMAS RECLAMADAS SINCONTAR CON LO QUE SE PRUEBE PARA LA VICTIMA ES DE $2.632.005.000"*

Me permito objetar la suma reclamada, advirtiendo que el juramento carece de soportes probatorios que justifiquen los elevados valores pretendidos por los demandantes desbordando los límites legales y jurisprudenciales.

pdfelement

No obstante lo anterior, es pertinente recordar a la parte actora, que el juramento estimatorio no se aplica a la cuantificación de daños extrapatrimoniales, por lo que se pone de presente otro yerro sobre el juramento estimatorio, lo cual denota falta de técnica procesal en el escrito de demanda.

B. Petición especial

De conformidad a los argumentos y razones expuestas dentro del presente escrito, solicito especialmente a su señoría declare fundada esta objeción frente a la determinación de perjuicios materiales, por lo que solicito se apliquen a favor de mi representado, las sanciones económicas establecidas en el inciso 4° del artículo 206 del C.G.P., que consagra:

Elimina la filigrana digital ahora

"Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia."

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

1. <u>AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA MEDICA DESPLEGADA POR EL DOCTOR MEDINA JIMÉNEZ Y EL DAÑO ALEGADO POR LOS DEMANDANTES.</u>

Este elemento es el vínculo que une, por una parte, la conducta del agente causante, y por la otra, el daño. Este elemento resulta esencial en atención a que, como se ha afirmado con buen juicio, en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, pues las pruebas aportadas al proceso no admiten dudas de que el obrar médico no fue el que ocasionó los perjuicios, por lo cual se exige siempre la demostración del vínculo causal acudiendo a las reglas de la experiencia científica, objetiva y estadística.

Para probar la relación de causalidad, no basta que un hecho pueda ser considerado como una hipótesis posible, sino que entre los elementos de hecho allegados, el juez debe tener en cuenta los que parecen más probables y cuando no sea posible la prueba directa, basta con que el juez llegue a la convicción de que existe una probabilidad determinante. Precisamente por eso, aun si se demuestra la existencia del daño, no hay lugar a la declaración de responsabilidad civil, si no existe prueba sobre la relación de causalidad que, vale decirlo, jamás puede presumirse

Una vez dejado claro que existe la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas y variables que pueden producir un resultado final.

Por consiguiente, para lograr establecer la causa de un suceso debemos acudir al mundo físico, es decir, verificar cómo se desarrolló el proceso fáctico que condujo a la producción de un daño; lo anterior puede

lograrse si se indagan y se determinan cuáles fueron los hechos que condujeron a la producción de la situación nociva.

En este punto, cabe recordar que una condición adquirirá la categoría de causa solo cuando de acuerdo con la forma como regularmente se desarrollan los fenómenos conduzcan a un resultado, es decir cuando de acuerdo con las reglas generales de la vida, esa condición sea adecuada para la producción de determinados resultados.[7]

No es suficiente para que sea exigible la responsabilidad civil con que haya sufrido un perjuicio el demandante, ni con que se haya cometido una culpa por el demandado, debe reunirse un tercer requisito consistente en la existencia de un vínculo de causa a efecto entre el hecho y el daño: se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida.

Así pues, en nada está probado el nexo causal entre la actuación del doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ y el daño alegado por la parte demandante, como elemento esencial para determinar responsabilidad civil, porque se insiste, las actuaciones del galeno respondieron a un procedimiento ajustado a la lex artis, razón por la cual las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar.

2. ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS

La expresión Lex Artis –literalmente, "ley del arte", ley artesanal o regla de actuación de la que se trate –se ha venido empleando de siempre, para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.

De forma que si la actuación se adecua a las reglas técnicas pertinentes se habla de "un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano", y de una buena "praxis" en el ejercicio de una profesión. Suele aplicarse el principio de la Lex Artis a las profesiones que precisan de una técnica operativa y que plasman en la práctica unos resultados empíricos. Entre ellas destaca, por supuesto, la profesión médica, toda vez que la medicina es concebida como una ciencia experimental.

La indicación terapéutica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente

[7] REYES ALVARADO YESID, imputación Objetiva.

Elimina la filigrana digital ahora

previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica; mientras que en la Lex Artis se trata de, una vez emitido ese juicio, aplicar adecuada y correctamente por parte del facultativo el tratamiento indicado.

Se tiene claro entonces, que el acto médico, exige la completa y plena aplicación y cumplimiento de esas reglas claras que predica la Lex Artis, por tal razón se puede afirmar que mi representado cumplió con ese deber legal y ético, al realizar la atención médica y terapéutica que requería la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO al momento de sus intervención; el profesional de la salud actuó conforme a los dictados de la Lex Artis, cumpliendo con todas las reglas en la atención en salud de la hoy demandante.

En éste caso, infortunadamente, se presentó en la paciente una patología que evolucionó de manera tórpida, pero que de ninguna manera tuvo origen en una conducta imperita, negligente o imprudente de mi representado

3. AUSENCIA DE CULPA DEL DOCTOR DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ

La responsabilidad civil de los profesionales de la salud es de naturaleza subjetiva y como lo cita el Dr. CARLOS IGNACIO JARAMILLO *"La culpa sigue siendo el factor de atribución fundamental de la responsabilidad en materia de responsabilidad de los profesionales, siendo insustituible en este rol".*[8]

Tradicionalmente, se ha considerado que el concepto Culpa supone la existencia de un obrar desatento y descuidado por parte de la persona a la que se le examina su conducta. Al respecto un sector de la doctrina ha señalado que:

> *"La culpa se configura cuando el agente no toma las medidas para evitar un daño que aparecía como previsible. Una conducta puede ser calificada de culposa cuando el agente ha realizado un comportamiento objetivamente menos diligente que aquel que le exige el derecho"*[9].

[8] Jaramillo J. , Carlos Ignacio, "LA CULPA Y LA CARGA DE LA PRUEBA EN EL CAMPO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA" Colección de Ensayos 11, Grupo Editorial Ibañez, Bogotá, 2010, Pág. 134.
[9] López Meza, Marcelo. Tratado de Responsabilidad Médica, Legis, 2007. Página 190.

Elimina la filigrana digital ahora

Al interior de este proceso se afirma por la parte demandante, que la culpa médica alegada se deriva de la presunta negligencia médica del Doctor DANIEL ENRQUE MEDINA JIMÉNEZ, en la atención medica de KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO; circunstancias que tal como se ha venido señalando son completamente falsas y se encuentran alejadas de los registros de la Historia Clínica de la paciente, que tienen completa validez y fueron incluso aportados por la parte actora al proceso.

Dentro de los elementos necesarios para que proceda una acción de Responsabilidad Médica se encuentra la culpa galénica. Si dicho elemento no se configura no resulta procedente un juicio de reproche contra la actividad desplegada por un facultativo y de nada valdría acreditar los demás elementos de una acción de responsabilidad[10].

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que al interior del caso sub examine, no existe ninguna conducta culpable de mi representado, antes por el contrario, la conducta de mi apadrinado en todo momento fue diligente.

4. RESPONSABILIDAD DE MEDIOS DEL MÉDICO

El médico tiene frente a su paciente una obligación de medios por tanto el compromiso es utilizar todos los elementos adecuados para la consecución del fin, sin poder ofrecer garantía sobre la curación del paciente. El único resultado que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto médico.

El objeto del acto médico consiste en un *"alea"* lo cual implica que su ejecución no depende absolutamente de la voluntad del galeno, sino que se encuentra condicionada por las circunstancias específicas que rodean el paciente, por lo cual, como en el caso que nos ocupa, cuando exista una adecuada actuación del profesional, no puede endilgarse

[10] La profesora NADIA ZORZI de la Universidad de Trento, Italia (Seminario Internacional de Responsabilidad Civil y del Estado Presente y Futuro, Universidad Externado de Colombia, Pág. 123) frente al tema ha expresado que: *"En ultimas, entonces, la responsabilidad contractual el acreedor (quien asume que sufrió un perjuicio) debe probar el incumplimiento del profesional; esto significa que, por tratarse de una obligación de diligencia, debe probar la defectuosa o inadecuada prestación profesional y el nexo causal entre ésta y el daño; para exonerarse de responsabilidad, el profesional debe probar la imposibilidad, no imputable a él, de ejecutar perfectamente la prestación."*

responsabilidad por acontecimientos que escapan de su órbita, por aquellos que se son irresistibles e imprevisibles y que ocurren a pesar de haber realizado la actuación acorde y oportuna. Este tema, es de vieja data en la jurisprudencia colombiana, tal como se entiende en sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 5 de Marzo de 1940, la cual estipula:

> *"La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, ósea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste".*

Así pues, no puede comprometerse por regla general el médico sino hasta donde las variables incontrolables que resulten le permitan. Se afirma entonces que recae sobre el galeno, obligación de hacer, pero *"hacer"* solamente lo que esté a su alcance. Con esto se quiere decir, que la obligación se circunscribe en brindar asistencia médica, poniendo de su parte todos los conocimientos y todo el cuidado con miras a lograr un resultado que no alcanzarse, dependerá entonces de otras circunstancias ajenas a la voluntad del profesional de la medicina.

Solo hay obligación indemnizatoria del médico cuando con su actuación causa un daño al paciente, siendo su conducta reprochable o cuando incurre en una conducta medica prohibida o cuando por mandato de la ley estaba obligado a atender al paciente y no lo hizo. De tal manera, en estas obligaciones de medio la sola falta del resultado no basta *per se* para indilgar responsabilidad, pues se requiere además, una conducta culpable o dolosa del deudor.

La obligación de medios asumida por el médico consiste en su objeto en una conducta, que no se agota en sí misma como resultado, sino que por el contrario solo puede constituir un medio para conseguir ese efecto determinado que se busca. De tal manera, la obligación del médico es adoptar las conductas que se encuentren científicamente avaladas, de manera oportuna, tendiente al mejoramiento de las condiciones de salud del paciente. Así pues, el médico no asegura la curación del paciente, pero si compromete una actividad técnica, científica, que debe ser calificada, siendo esto lo que tipifica la obligación médica, por lo cual, es precisamente la falta de técnica o ciencia lo que configura la culpa médica.

Elimina la filigrana digital ahora

5. LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

V. A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Me referiré a continuación a algunos de los documentos allegados como prueba por la parte demandante:

- Haciendo referencia al numeral 44 en el acápite de pruebas documentales de la demanda y en ordinal "*C. PRUEBAS PERICIALES SOLICITAS- PRUEBAS PERICIALES*
  Valoración Psicológica realizada a NOREIDY ACEVEDO CARDONA y JHON JENNYS PAPAMIJA BONILLA, por parte de la Dra. AIDEE SAAVEDRA…….."

  Solicito a su señoría No se tenido en cuenta como prueba pericial pues carece de idoneidad de quien lo suscribe y bajo ningún punto puede ser tenido en cuenta como DICTAMEN PERICIAL, pues se pretende introducir al proceso como una prueba documental y pericial, que no cumple con ninguno de los requisitos exigidos por la ley para ser tenido como tal. Ya que este no reúne los requisitos que dispone el Código General del Proceso.

  Ante la carencia de los preceptos legales que exige la ley para ser tenido como prueba pericial "la valoración psicológica realizada por la Dra. AIDEE SAAVEDRA" EL JUZGADO NO LO DEBERÁ TENER COMO PRUEBA NI COMO DICTAMEN PERICIAL.

  En el remoto evento que el Juzgado tenga como prueba el rendido por la sicóloga AIDE SAVEDRA, solicito, que de acuerdo con lo estipulado en el artículo 228 del Código General del Proceso se ORDENE la COMPARECENCIA de la sicóloga AIDE SAAVEDRA a la correspondiente AUDIENCIA, para interrogarla bajo juramento

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen; interrogatorio en que se podrán formular preguntas asertivas e insinuantes.

- Con relación a las pruebas testimoniales solicitadas con la demanda, ruego a su señoría No decretar como prueba testimonial solicitada por los demandantes a los demandados DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO y CLAUDIA JANETH GÓNZALEZ ARÉVALO, como quiera que los citados son parte del proceso y no fungen en calidad de testigos.

  En caso de ser permitidos o decretados los testimonios, ruego al despacho me permita contrainterrogar a los testigos que sean citados de conformidad con lo reglado en el Código General del Proceso.

VI. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DEMANDADO DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ

A. DOCUMENTALES APORTADAS

Por ser PERTINENTES y CONDUCENTES, y en aras de preservar los principios y garantías constitucionales, se le solicita a su Señoría decrete las siguientes pruebas:

pdfelement

- Historia clínica la cual reposa en el centro hospitalario SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP NIT. No. 800250119-1 en intervención ahora, CAFESALUD del periodo comprendido entre el 23 Diciembre de 2011 al 10 Abril de 2012 de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO. Es PERTINENTE Y CONDUCENTE porque se pretende probar que síntomas y signos clínicos presentaba la menor KIMBERLY PAPAMIJA, el procedimiento médico, diagnósticos, exámenes y resultados de la paciente. Así como ANAMNESIS de lo manifestado por los acompañantes de la niña y lo observado al examinar a la paciente por los médicos de turno advirtiendo que los demandantes no aportaron la historia clínica de este periodo.
- Hoja de vida de la Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ y copia de sus diplomas que la acreditan como Neurocirujano. (8 folios).

Elimina la filigrana digital ahora

Pertinencia: Prueba la idoneidad de mi poderdante para brindar tratamiento a la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.

- Copia de la historia clínica de hospitalización e incapacidad del Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ desde el día 16 de febrero de 2013 hasta el 24 de febrero de 2013. (4 folios).**Pertinencia:** Prueba que el doctor MEDINA no tuvo injerencia sobre el tratamiento médico los días que los demandantes alegan como inicio del daño.

- Dictamen parcial de parte suscrito por el médico especialista en NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA Doctor LUIS FERNANDO SANTACRUZ.
Pertinencia: Un experto en el tema debatido dando su visión de los hechos y autoridad en el área de neuropediatría.

B. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

- Solicito señor juez, se sirva citar al médico especialista en neurocirugía Dr. CARLOS ALBERTO HERNADEZ CABALLERO, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, avenida 3N #32AN-40 Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Fue el medico que realizó el retiro de la válvula de derivación a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO el día 27 de diciembre de 2011.

- Solicito señor juez, se sirva citar al médico especialista en cirugía pediátrica Dr. GILBERTO LOTERO DÍAZ, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, Cra. 79 No. 13b-110 Cali- Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Fue el medico que realizó varias intervenciones quirúrgicas a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

C.INTERROGATORIO DE PARTE

- Solicito señor juez, se sirva citar a todos los DEMANDANTES, para que rinda INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna, en la audiencia, en sobre cerrado o abierto.

- Solicito a su señoría como garantía al derecho de defensa y el debido proceso disponga INTERROGATORIO DE PARTE en virtud de lo establecido en artículo 60 del Código General del Proceso a los Demandados OSWALDO CORAL, JAMES ZAMBRANO, CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ quienes podrán ser ubicados en el lugar de notificaciones aportada en la demanda.

D.DECLARACION DE PARTE

En virtud el artículo 165 del Código General del Proceso, vigente al momento de contestar la demanda y aplicable en la etapa probatoria:

> *"Art.165* ***MEDIOS DE PRUEBA.*** *Son medios de prueba la* ***declaración de parte****, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.*
>
> *El juez practicará las pruebas no previstas en este código de acuerdo con las disposiciones que regulen medios semejantes o según su prudente juicio, preservando los principios y garantías constitucionales"* (Negrilla fuera de texto)

Ruego a su señoría hacer comparecer a su despacho al demandado Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, quien podrá ser ubicado en la notificación de la contestación de la demanda, para que en Declaración de parte en forma escrita o verbal le formularé y que versará sobre los hechos de la demanda y sus contestaciones.

E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

De conformidad con lo dispuesto de acuerdo con lo establecido en los artículos 226 y siguientes del Código General del proceso me permito aportar como PRUEBA PERICIAL DE PARTE, el DICTAMEN elaborado por el Dr. LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLOREZ médico especialista en NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, con sus respectivos anexos, que contienen su hoja de vida y diplomas que acreditan su idoneidad; resaltado su señoría que el Doctor SANTACRUZ es una autoridad en el área de Neuropediatría, como quiera que en la ciudad No EXISTE otro especialista en el área de neuropediatría y quien tenga sus conocimientos y experiencia. Tuvo en su poder para rendir el DICTAMEN PERICIAL, la Demanda interpuesta por

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

JHON JENNYS PAPAMIJA ACEVED y OTROS; contra DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ OTROS, con sus anexos, Historia clínica de la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO y el cuestionario elaborado por la suscrita.

Solicito de manera respetuosa, que previo traslado al demandante, por reunir los requisitos legales, sea tenido por el despacho, como DICTAMEN PERICIAL, emitido por profesional especializado; el que se aporta, elaborado por el Dr. LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLOREZ médico especialista en NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, de acuerdo con lo establecido en los artículos 226 y siguientes del Código General del proceso y por lo tanto se le dé el trámite procesal pertinente para que las partes involucradas en el proceso puedan controvertirlo; de considerarlo necesario, solicito se cite al Dr. LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLOREZ médico especialista en NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, para que rinda declaración respecto de su experticia, de acuerdo con lo dispuesto en la ley.

El Dr. LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLOREZ médico especialista en NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA puede ser localizado en la calle 5 No. 22 - 76 Cali-Valle del Cauca.

VII.ANEXOS

- Poder conferido a mi conferido del Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ que ya reposa en el expediente por efectos de notificación.
- Me permito aportar los documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales aportadas.

pdfelement

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículos 92 y siguientes, 396 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, artículo 1604, 2341 a 2360 del Código Civil. Artículos 60, 96, 165,198, 206, 220 y ss, 226, 227 del Código General del Proceso.

IX. NOTIFICACIONES

- El Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ en el relacionado en la demanda.
- La suscrita recibirá en la carrera 37 No. 5B2-55, Barrio San Fernando, en Cali-Valle del cauca. Teléfonos: 5240655.

Elimina la filigrana digital ahora

LINA MARCELA BORJA RIVERA
ABOGADA

X. AUTORIZACION DE DEPENDENCIA JUDICIAL

Adjunto constancia de estudio del dependiente judicial el señor **OSCAR FERNANDO CARVAJAL**, identificado cédula de ciudadanía No.16.536.485 de Cali, estudiante de derecho de la Universidad Libre de Cali. Respetuosamente ruego reconocer tal calidad.

Con atento respeto,

LINA MARCELA BORJA RIVERA
C.C. No 1.112.459.279
T.P. No. 262.921 del C.S. de la J.
Apoderada del Dr. **DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ**

pdfelement

Carrera 37 No. 5B2 – 55
Cali, Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 131. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora



CURRICULUM VITAE

INFORMACION PERSONAL

Nombre:	**Daniel Enrique**
Apellidos:	**Medina Jiménez**
Fecha Nacimiento:	Febrero 28 de 1970 Medellín
Cédula ciudadanía:	98.549.450
Profesión:	Medico y cirujano. Especialista en Neurocirugía.
Estado civil:	Casado
Residencia actual:	Calle 6 Oeste 10 Oeste 85 Apto. 202-5 Cali. Valle
Teléfono:	Celular: 3113678972
E-mail:	medineuro@gmail.com
Registro médico Nacional:	05047-94
Código Prestatario salud:	7683400261
NIT:	98549450-5
Consultorio médico:	Calle 19 Norte 5N 35 Consultorio 801 Centro Médico Cali Clínica Occidente Tel 6678080 Ext. 114 Cali Valle

pdfelement

ESTUDIOS REALIZADOS

Bachillerato:

Colegio San José
Medellín
1981-1986
Grado honorífico " Mejor Lasallista promoción 1986"

Estudios universitarios:

Universidad C.E.S. Medellín
Facultad de Medicina 1987-1992
Titulo otorgado: Medico y Cirujano
Promoción 1992

Elimina la filigrana digital ahora

Servicio social obligatorio:

Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
1993-1994
Médico rural y coordinador médico Hospital La Cruz. Puerto Berrio Antioquia.
Medico director Hospital Héctor Abad Gómez. Yondó, Antioquia.

Estudios de Posgrado:

Universidad de Antioquia
Hospital Universitario San Vicente de Paúl. 1994-1999
Especialización en Neurocirugía.
Jefes programa: Drs. Humberto Uribe Posada y Jorge Hernán Giraldo.

Clinical Observer EE.UU Abril-Julio 1999:

Instituto Neurológico Barrow. Hospital St. Joseph's Medical Center
Phoenix Arizona. USA
Neurocirugia Espinal.
Neurocirugia vascular y base de cráneo.
Directores del programa:
Drs. Robert Spetzler y Volker Sonntag.

Pasantia internacional Neurocirugía Alemania Noviembre 2014.

Hospital Universitario Offenbach
Hospital Kreiskrankenhaus Alzenau
Policlinico Universitario Munich

pdfelement

PUBLICACIONES.

Revistas.

1. Monitoreo fetal electrónico en pacientes con Diabetes Gestacional.
   Hospital general de Medellín, 1985-1990.
   Tesis de grado Facultad de medicina CES.
   Publicado revista CES Medicina No. 1 Vol. 7 1993
2. Melanocitoma meníngeo espinal.
   Publicado revista Neurociencias en Colombia. No. 1 Vol. 5 1997
3. Alteraciones estructurales del vaso espasmo en la hemorragia subaracnoidea espontanea.
   Publicado revista Neurociencias en Colombia No. 1 Vol. 5 1997
4. Cambios Vasculares del vaso espasmo cerebral.
   Tesis de grado Neurocirugía Universidad de Antioquia.
   Publicado revista Neurociencias en Colombia. No.1 Vol. 7 1999
5. Numerical analysis of focal cooling to abort seizure-like activity in the human Brain. American Institute of Aeronautics and Astronautics. Junio 2008 AIAA USA

Textos

1. Editor del texto "Neurocirugía", colección Cirugía.
   Universidad de Antioquia. Primera edición 2000
2. Autor de capitulo Texto "100 Urgencias Neurológicas".
   Universidad de Antioquia. Primera edición 2003.

Elimina la filigrana digital ahora

PRESENTACIONES ACADEMICAS

1. Manejo del trauma craneoencefálico severo sin UCI.
   Hospital San Vicente de Paul. Medellín. 1995-1996
   Panelista en el XVII Congreso Nal. de Neurocirugía. Manizales. 1996
2. Punción Lumbar. Cuando realizarla.
   Panelista II Curso Neurocirugía al día.
   Universidad de Antioquia, Medellín 1997.
3. Fracturas de Odontoides. Complicaciones de manejo.
   Panelista en el XVIII Congreso Nacional de Neurocirugía. Bucaramanga. 1998.
4. Congresos médicos ASOMETULUA.
   2001-2002-2004
5. Congreso médico de Actualización UCEVA.
   2002-2004-2009
6. Vaso espasmo por Hemorragia subaracnoidea.
   Jornadas de actualización medica. DIME Cali 2008.
7. Faculty Member VI Latin American Fórum LAF 2009 Sao Paulo Brasil Julio 2009.

ASISTENCIA A CURSOS Y ENTRENAMIENTOS.

pdfelement

1. XV Simposio Internacional de Neurocirugía.
   Santa Fe de Bogotá, Noviembre 1995
2. XVI Simposio Internacional Controversias en Neurocirugía.
   Cartagena de indias. Octubre 1997
3. Simposio Internacional "Avances en cirugía espinal y neurociencias"
   Taller de instrumentación espinal.
   Universidad de Wayne. Miami Beach. U.S.A Julio 1997
4. Simposio Internacional Neurocirugía del siglo XXI
   Instituto de Neurociencias Universidad Pontificia Javeriana.
   Santa Fe de Bogotá. Mayo 1998
5. Congresos Nacionales de Neurocirugía
   Asociación Colombiana de Neurocirugía
   1996-1998-2000-2004-2008
6. Congreso nacional Neurología
   Asociación Colombiana Neurología.
   1997-2003-2007
7. Congreso internacional de Medicina Clínica Reina Sofía.
   Colsánitas S.A Agosto 2002
8. Simposio Internacional Regeneración del SNC en trauma raquimedular
   Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá Marzo 2003
9. Summit Spinal Surgery.
   De Puy Spine. San Diego, California USA Noviembre 2003.
10. Curso Actualización patología de columna.
    Sociedad colombiana de Cirugía Ortopédica y traumatología.
    Capitulo de columna. Bogotá Marzo del 2004.

Elimina la filigrana digital ahora

11. Simposio Internacional de Neurocirugía.
    Controversias en cirugía neurovascular.
    Cartagena de Indias. Agosto 2004
12. Primer Simposio conjunto Enfermedad cerebro vascular.
    Asociación Colombiana Neurocirugía y Neuroradiología
    Santa fe de Bogotá. Septiembre 2005
13. XX Simposio internacional de Neurocirugía.
    Cartagena de Indias Diciembre 2005.
14. Charite Artificial Disc Training. Johnson y Johnson International Center
    Rayham Massachusetts USA, Noviembre 2006
15. Curso Internacional Actualización en Columna. ACN- CESME
    Sociedad colombiana de Cirugía Ortopédica y traumatología. Capítulo de columna, Asociación Colombiana neurocirugía. Barranquilla Febrero 2007.
16. Curso y entrenamiento avanzado Artroplastia total disco lumbar.
    Laboratorio Universidad de la Salle Johnson y Johnson.
    Bogotá Agosto 2007.
17. III Simposio Internacional de cirugía vascular y Endovascular cerebral.
    Asociación Colombiana de neurocirugía. Bogotá D.C Septiembre 2007.
18. Curso Abordajes vasculares cerebrales. Hospital militar central Bogotá.
    Asociación Colombiana de Neurocirugía. Bogotá D.C Septiembre 2007
19. XI Congreso de la sociedad Iberoamericana de Enfermedad
    Cerebro vascular. SIECV Cartagena, Septiembre 2008
20. V Spine Course, Live Surgery and cadáver lab. Depuy Spine-Universidad de Buenos Aires
    Facultad de Medicina, Argentina 2008.
21. III Simposio internacional de columna vertebral,
    Asociación Colombiana de Neurocirugía. Medellín Mayo 2009
22. Congress of Neurological Surgeons, CNS Annual meeting.
    New Orleans Louisiana USA Octubre 2009
23. Spinal Deformity Course and Cadaver lab. Medtronics Inc.
    Sunnyvale California USA Octubre 2009
24. XXII Simposio internacional.
    Asociación Colombiana Neurocirugía Cali. Noviembre 2009.
25. Spine Summit and Cadaver lab.. Medtronics Inc.
    Houston Texas USA Febrero 2010
26. AOSspine Virtual Course 2010 Abril 2010.
27. American Association of Neurological Surgeons AANS 78 Annual Meeting.
    Philadelphia Pennsylvania USA. Mayo 2010.
28. VII Latin American forum LAF 2010.
    Rio de Janeiro Brasil. Mayo 2010.
29. Team Course. Biomet.
    Jacksonville Florida USA Septiembre 2010
30. VIII Latin American Fórum LAF 2011.
    Ciudad de México DF. Abril 2011.
31. AOSpine Virtual Course 2011. Mayo 2011.
32. Primer Simposio Interdisciplinario Neurooncologia y Base de Cráneo.
    Asociación Colombiana de Neurocirugia. Cartagena Julio 2011.
33. Taller de Neuroendoscopia Hands On.
    Asociación Colombiana de Neurocirugia. Cartagena Julio 2011
34. Laboratory Training PediGuard for Spinal Surgery
    Orlando Florida USA Septiembre 2011.
35. American association of Neurological Surgeons AANS 80 Annual Meeting.
    Miami Beach FL. USA Abril 2012.
36. AO Spine Course . Avances en el manejo de patología traumática vertebral.
    Santiago de Cali. Mayo 2012
37. International Medtronic Meeting

Parlement

688
Elimina la filigrana digital ahora

Miami, Julio 2012
38. Simposio Internacional Neurocirugia. Asociacion Colombiana Neurocirugia
Cartagena, Marzo 2013
39. Spinal Training and Cadaver lab. Medtronics Inc.
Sunnyvale, California USA Septiembre 2013.
40. Congress of Neurological Surgeons, CNS Annual meeting.
San Francisco, California USA Octubre 2013
41. Entrenamiento Neuronavegacion Medtronics Inc.
Las Vegas, Nevada USA Marzo 2014.
42. Entrenamiento cirugía espinal. Médico especialista visitante.
Frankfurt, Munich Alemania. Noviembre 2014.
43. Global Spine Congress.
Buenos Aires Argentina, Mayo 2015
43. Entrenamiento cirugía de Columna Minimamente Invasiva.
Las Vegas Nevada. USA Junio 2015.
44. Simposio internacional de Cirugia de Columna Vertebral.
Bucaramanga, Octubre 2015.
45. Entrenamiento técnicas minimamente invasivas columna. Cadaver Lab
Orlando Florida Mayo 2016.

IDIOMAS

Ingles.
Lado International College. Georgetown Washington D.C. U.S.A Enero- Abril 1999

EXPERIENCIA LABORAL.

1. Neurocirujano Hospital San Vicente de Paúl
Medellín: Octubre 1999-Junio 2000
1. Neurocirujano Hospital General Medellín.
Medellín: Diciembre 1999-Junio 2000
2. Neurocirujano Clínica Medellín.
Medellín: Noviembre 1999-Junio 2000
3. Neurocirujano Hospital Pablo Tobón Uribe.
Medellín: Enero 2000-Febrero 2000
4. Neurocirujano Instituto de Seguros Sociales ISS.
Medellín: Diciembre 2000-Febrero 2000
5. Neurocirujano Clínica San Francisco Tuluá S.A
Tuluá – Valle. Junio 2000 Marzo 2011
6. Neurocirujano Hospital Tomás Uribe.
Tuluá – Valle. Julio 2000- Julio 2003
7. Neurocirujano Hospital San José.
Buga – Valle. Mayo 2001-2007
8. Neurocirujano Centro médico UMEVA.
Tuluá – Valle. Desde Septiembre 2000
9. Jefe departamento Subespecialidades quirúrgicas y servicio de Neurocirugía
Clínica San Francisco Tuluá – Valle. Marzo 2005-2011
10. Neurocirujano Clínica de Occidente
Cali. Valle. Desde Noviembre 2010.
11. Neurocirujano EPS SaludCoop Clínica Calinorte
Cali Valle. Desde Marzo 2011.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

12. Neurocirujano Clínica Nuestra Señora de los Remedios
    Cali Valle. Desde Mayo 2011.
13. Neurocirujano Comfandi. Clinica Amiga Cali.
    Cali Valle. Desde Noviembre 2011.
14. Neurocirujano Clinica Santiago de Cali.
    Cali Valle. Desde Marzo 2012.
15. Neurocirujano adscito Centro Médico IMBANACO
    Cali Valle. Desde Abril 2013.
16. Coordinador Seccion Cirugia de Columna y deformidades.
    Clinica Amiga y Tequendama COMFANDI 2016.

EXPERIENCIA DOCENTE UNIVERSITARIA

1. Docente ad-honorem Servicio Neurocirugía. Universidad de Antioquia. Medellín Octubre 1999-Junio 2000.
2. Docente Neuroanatomía, Neurofisiología, Neurología y Neurocirugía Facultad de Medicina UCEVA. Tuluá-Valle. Desde Julio 2000
3. Docente Neurocirugia Facultad de medicina Universidad Santiago de Cali. Sede Palmira. Hospital san José Buga Enero 2007-2009
4. Diplomado en Formación pedagógica. Universidad Santiago de Cali. 2008

EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA

1. Jefe Departamento de Subespecialidades quirúrgicas y servicio de Neurocirugía.
   Clínica San Francisco Tuluá.
   Marzo 2005 – Marzo 2011
2. Gerente COOMEST CTA. Tuluá Valle. Noviembre 2004 – 2006

ASOCIACIONES CIENTIFICAS

1. Miembro internacional American Association of Neurological Surgeons AANS USA desde 2009.
2. Miembro internacional Congress Neurological Surgeons CNS USA desde 2008.
3. Miembro del Grupo AO Spine Latin América desde 2008.
4. Miembro Colegio Médico Colombiano desde 2005.
5. Miembro de número Asociación Colombiana de Neurocirugía ACN desde 2004.
6. Miembro junta directiva Asociación de Médicos Especialistas de Tuluá ASOMETULUA 2001-2011.
7. SCARE FEPASDE

RECONOCIMIENTOS

1. Reconocimiento al Mérito Profesional Cámara de Comercio Tuluá Valle 2009.
2. Reconocimiento Institucional Docencia Facultad de Medicina. UCEVA Tulua 2005
3. Orden al Mérito Profesional Juan del Corral Categoria Oro Concejo de Medellín 2013.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

C E S

EN ATENCION A QUE

Daniel Enrique Medina Jiménez

C.C. 98.549.450 de Envigado-Ant.-

HA COMPLETADO TODOS LOS ESTUDIOS QUE LOS ESTATUTOS LEGALES EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

Medico y Cirujano

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN A LOS 11 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 1.992

782 21 de mayo de 1994

RECTOR DEL INSTITUTO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES

SECRETARIO GENERAL

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES

DECANO DE LA FACULTAD

MINISTERIO DE SALUD
Reconócese este título para todos los efectos legales
Bogotá 26 - VII - 94
Resolución No. 005047

MINISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

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

EN ATENCIÓN A QUE

Daniel Enrique Medina Jiménez

identificado con cédula de ciudadanía 98549450

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN

REPÚBLICA DE COLOMBIA, **EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 1999**

JAIME RESTREPO CUARTAS
RECTOR

LUIS FERNANDO MEJÍA VÉLEZ
SECRETARIO GENERAL

ALBERTO URIBE CORREA
DECANO

09055

Elimina la filigrana digital ahora

American Association of Neurological Surgeons

founded in 1931

as

The Harvey Cushing Society

elected

Daniel Enrique Medina Jimenez, MD

as an International Member of the Association

on

August 31, 2009



American Association of Neurological Surgeons

President: Troy M. Tippett, MD

Secretary: William T. Couldwell, MD, PhD

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Congress of Neurological Surgeons

CONGRESS OF NEUROLOGICAL SURGEONS
1951
ERUDITIO OBSERVANTIA SOCIETAS

Education and Innovation

Be it known that by virtue of authority vested in them,
the Executive Committee of the Congress of Neurological Surgeons
does hereby admit to membership

Daniel E. Medina, M.D.

In Testimony Whereof the Undersigned have affixed their signatures
this ninth day of June, 2008

President — Vice President — Secretary

Elimina la filigrana digital ahora

Asociación Colombiana de Neurocirugía

Certifica que el Doctor

Medina Jiménez Daniel Enrique

es especialista en neurocirugía
y cirugía de columna

Firmado a los 2 días del mes de mayo de 2007

Dr. Salvador Mattar Diaz
Presidente

Dr. Gustavo Orlando Alvarez Alvarez
Secretario

Elimina la filigrana digital ahora

Asociación Colombiana de Neurocirugía

CERTIFICA QUE EL DOCTOR

Medina Jiménez Daniel Enrique

ES MIEMBRO ACTIVO

Dr. Salvador Mattar Diaz
PRESIDENTE

Dr. Gustavo Orlando Alvarez Alvarez
SECRETARIO

adelement

Elimina la filigrana digital ahora

Elimina la filigrana digital ahora

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

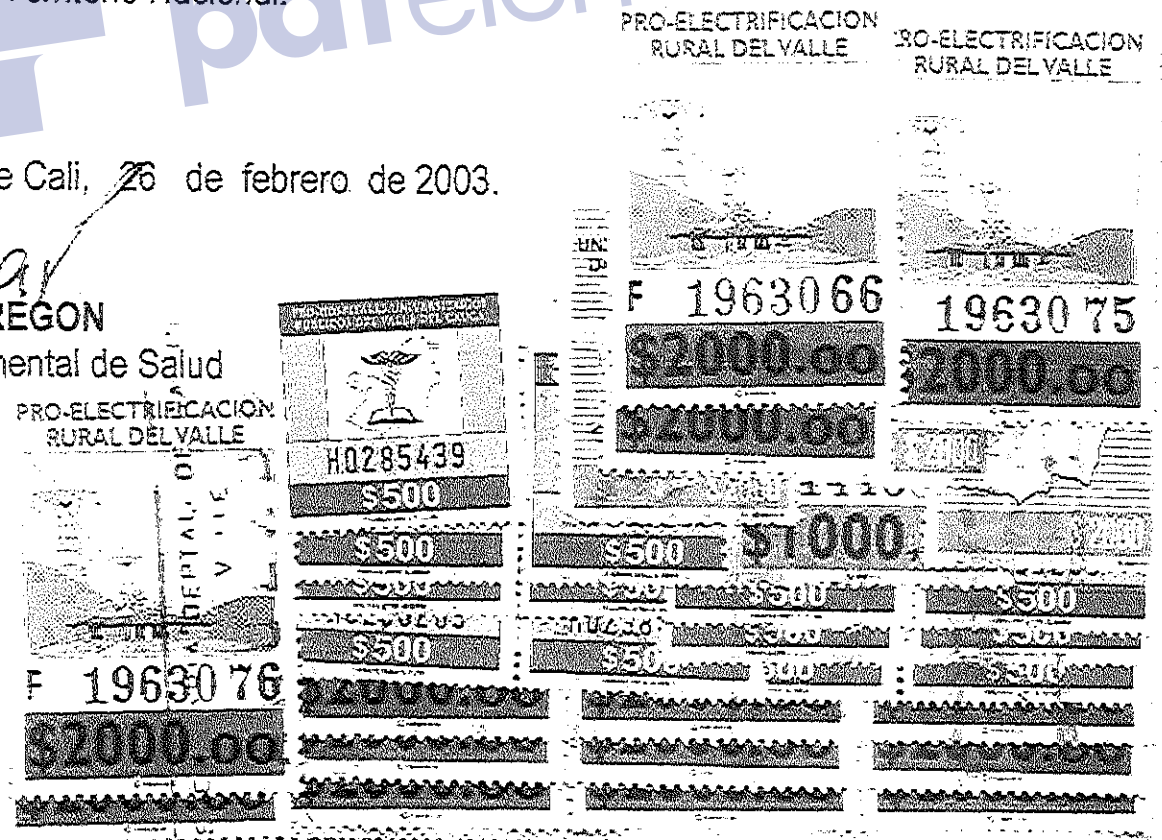
DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.98.549.450 expedida en Envigado-Antioquia, se encuentra inscrito(a) en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca. anotada en el libro de inscripciones no. 2, folio 124, del 26 de febrero de 2003, como Medico y Cirujano, según titulo otorgado por el Instituto de Ciencias de la Salud-CES, el 11 de diciembre de 1992.

Que DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, presento resolución No.005047 del 26 de julio de 1994, expedida por el Ministerio de Salud, que le autoriza para ejercer su profesión en todo el Territorio Nacional.

pdfelement

Dada en Santiago de Cali, 26 de febrero de 2003.

HERNAN SAA OBREGON
Secretario Departamental de Salud



Telefax 8810806 E-mail vilaep@cali.minsalud.gov.co
Santiago de Cali

Elimina la filigrana digital ahora

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
GOBERNACIÓN
Secretaría de Salud

530-013-014

CONSTANCIA

Que Daniel Enrique Medina Jiménez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 98.549.450 expedida en Envigado - Antioquia, fue autorizado para ejercer como Médico y Cirujano según título que le otorgó el Instituto de Ciencias de la Salud CES, el 11 de Diciembre de 1992, mediante Resolución No. 5047 del 26 de Julio de 1994 expedida por el Ministerio de Salud.

Que Daniel Enrique Medina Jiménez se encuentra inscrito en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 216 del 09 de Abril de 2014 como Especialista en Neurocirugía según título que le otorgó la Universidad de Antioquia de Medellín, el 10 de Septiembre de 1999.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el libro 4 de Diplomas, folio 185-2212, del 13 de Septiembre de 1999 por la Universidad.

Santiago de Cali, 09 de Abril de 2014.

DORA LILIA BECERRA
Profesional Especializada
Tarjeta No. 5341

Greicy Chavarro C

Valle del Cauca
Bien Hecho!

Elimina la filigrana digital ahora

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. (005047)

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

En Ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 0539 de octubre 13 de 1993 segun facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

C O N S I D E R A N D O :

Que DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ con C.C. No 98.045.430

de ENVIGADO--ANT ha solicitado el registro de su T I T U L O

De MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgo EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-CES

EL 11 DICIEMBRE DE 1992

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaria de Educacion de

ANTIOQUIA

Al Folio 782 del libro 36-P de 27 MAYO DE 1994

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN

EL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ

para ejercer la profesion de MEDICO Y CIRUJANO

en el territorio nacional

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE 26 JUL. 1994

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Direccion Recursos Humanos

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Registro No.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

11 5047/1994

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ

C.C. o C.E.

98549450

Institución de Educación

UNIV. CES MED.

Ciudad

MEDELLÍN

Código

83282/76

Fecha de Expedición

30/05/2014

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.
¡Cada día mejor!

PACIENTE: DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ	**IDENTIFICACION:** CC 98549450	**HC:** 98549450 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/2/1970	**EDAD:** 42 Años **SEXO:** M	**TIPO AFILIADO:** Cotizante
RESIDENCIA: AVENIDA10N. 10-106 B/JUANAMBU	VALLE-CALI	**TELEFONO:** 6670462--3113678972
FECHA INGRESO: 16/2/2013 - 14:00:04	**FECHA EGRESO:** 19/2/2013 - 13:37:17	**CAMA:** 409
DEPARTAMENTO: 020801 - HOSPITALIZACION	**SERVICIO:** HOSPITALIZACION	
CLIENTE: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A	**PLAN:** SURAMERICANA DE SEGUROS (2012)	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
DIRECCION:		
NOMBRE RESPONSABLE:	**IDENTIFICACION:**	**PARENTESCO:**
TELEFONO:	**DIRECCION:**	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2013-02-16	**14:26 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO (A) GENERAL -** **MOTIVO DE CONSULTA :** TENGO CUADRO GRIPAL **ENFERMEDAD ACTUAL :** PTE MEDICO NEUROCX QUE HACE 2 SEMANAS PRESENTO CUASDRO GRIPAL QUE CEDIO AL MANEJO MEDICO, HACE 2 DIAS REINICIA CON CUADRO DE MIALGIAS, DISNEA, TOS, HUMEDA, DOLOR TORAXICO FIEBRE, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA NIEGA OTRA SINTOAOMTLGOASI ///

ORIGEN DE LA ATENCION	
2013-02-16 02:25	**MON9008 - MON9008:** Enfermedad general

EXAMEN FISICO

PROFESIONAL:MONEDERO JUAN MANUEL		FECHA:2013-02-16
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
Respiratorio	ANORMAL	PTE EN REGULAR ESTADO GENERAL FEBRIL CON TOS, SE NOTA TAQUIPONEICO, FARINGE SIN EXUDADO, RSCSRS TAQUICARDICOS SIN SOPLOS ASCSPS VENTILADOS SIN RSA, CON RESPIRACION RUDA, ABD; BLANDO DEPRESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITAICION PERITONERAL, NO HAY DEFICIT NEUROLGICO,M RESTO DEL EXAMNE FISIOC NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES.

ANTECEDENTES		OP	DETALLE
PATOLOGICOS	**Alergias**	**NO**	**NIEGA**
QUIRURGICOS	**Quirurgicos**	**SI**	**APENDICECTOMIA 1999.**

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	OBSERVACION
J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO.
2013-02-16	**14:25 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** MEDICAMENTO FORMULADO: DIPIRONA 0.5 GM/ML, 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 SS: RX DE TORAX, HEMOGRAMA, PRUIEBA RAPIDA PARA H1N1 **15:00 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** REALIZO CTC PARA PRUEBA RAPIDA DE H1 N1 **17:26 CON5414 - CONTRERAS ZUNIGA EDUARDO - MEDICINA INTERNA** HOSPITALIZAR EN PISO A CASRGO DE MEDICINA INTERNA AISLAMIENTO RESPIRATORIO CABECERA A 30° O2 POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN DIETA COMUN LEV SSN A 80 CC/HORA DIPIRONA 2 GR BIV CADA 6 HORAS ENOXAPARINA 40 MG SC AL DIA TAMIFLU 75 MG VO CADA 12 HORAS OMEPRAZOL 20 MG VO EN AYUNO CONTROL SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS MEDICAMENTO FORMULADO: OMEPRAZOL 20 MGS, 1 CAPSULA (S) Cada 1 Dia(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 10 MEDICAMENTO FORMULADO: ENOXAPARINA SODICA 40MG/0.4ML, 1 AMPOLLA (S) Cada 1 Dia(s), VIA: SUBCUTANEA, DIAS DE TRATAMIENTO: 10 **17:50 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** MEDICAMENTO FORMULADO: METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG/2ML, 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 **18:54 MOS9434 - MOSTACILLA CRUZ DIOMAR FERNANDO - AUXILIAR DE ENFERMERIA** REVISADO **20:36 GAR8260 - GARCIA PERUCCINI CARMEN - MEDICO GENERAL** MEDICAMENTO REFORMULADO: METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG/2ML, 1.00 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s) , VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
	00:07 BIS8763 - BISBICUTH CORTES ESTHER JULIANA - ENFERMERA(O) GENERAL REVISADO **10:18 BON9463 - BONILLA GUTIERREZ DIEGO ALBERTO - GASTROENTEROLOGO** 1. SS: RX DE TORAX PA Y LAT, HEMOGRAMA, PCR. **11:00 GON8187 - GONZALEZ PRENTT LAURA CRISTINA - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

2013-02-17	**11:55 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** SE SOLICITA TACAR SUSPENDER RX DE TORAX **13:53 GON8187 - GONZALEZ PRENTT LAURA CRISTINA - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO **17:02 MEN9298 - MENESES MEDINA MINI YOANA - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO
2013-02-18	**01:29 GAR9296 - GARCIA ESCOBAR GELLY JOHANA - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO PLAN Y EVOLUCION **07:57 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** 1- TOMAR AHORA CK TOTAL, LDH 2- VAL POR INFECTOLOGIA 3- MEDICAMENTO FORMULADO: IPRATROPIO BROMURO 20 MCG, 2 INHALACION (ES) Cada 6 Hora(s), VIA: NASAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 10 4- MEDICAMENTO FORMULADO: AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO 100 MGS, 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 10 5- TERAPIA RESPIRATORIA **10:38 GAS9160 - GASPAR RIVERA STEPHANY - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO SE REPORTA TERAPIA RESPIRATORIA EN CONMUTADOR **11:05 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** 1- SUSPENDER DIPIRONA 2-* CURVA TERMICA SIN ANTIPIRETICO ESTRICTA 3- RESTO IGUAL **13:25 GAS9160 - GASPAR RIVERA STEPHANY - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO **16:26 GON8187 - GONZALEZ PRENTT LAURA CRISTINA - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO
2013-02-19	**00:03 PAL8630 - PALACIO RODRIGUEZ SEBASTIAN - ENFERMERA(O) GENERAL** REVISADO **08:55 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** 1- SALIDA - CITA CONTROL AMBULATORIA CON MEDICINA INTERNA EN 1 SEMANA, MANEJO MEDICO (OSELTAMIVIR 75MG/12H POR 3 DIAS MAS, VALACICLOVIR 2G/12H POR 1 DIA, OMEPRAZOL 20MG/DIA POR 1 SEMANA, BROMURO DE IPRATROPIO 2 INH/6H POR 1 MES), INCAPACIDAD MEDICA DESDE EL 16-02-2013 HASTA 23-02-2013, RECOMENDACIONES Y SIGOS DE ALARMA **10:48 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** CORRECION SE REALIZA INCAPACIDA DESDE EL 16-02-2013 HASTA EL 24-02-2013

FECHA	EVOLUCIONES
2013-02-16	**14:35 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** PTE MEDICO QUE VALORA PTES DE UCI SOBREINFECTADOS, CPON RIESGO DE ADQUIRIR INFLEANZA A H1 N1 , AHORA CON SINTOAS QUE PROGRESARON RAPIDAMENTE, TAUIPNEICO, AMERITA PRUEBA RAPIDA PARA H1N1, CON EL FIN DE DESCARTAR INFECCION POR ESTE AGENTE. **15:00 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** REALIZOP CTC PARA PRUEBA RAPIDA DE H1N1 **16:20 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** PTE CON HEMOGRAMA LEU: 7120 NEU: 79% HGB: 15.8 PLT: 236000 ... RX DE TORAX CON CONGESTON BRONQUIAL, PENDIENTE PREUEBA PARA H1N1, SE COMENT ALPTE CON CPONTROREAS, MED INTERNISTA, QUIEN REFIERE VALORARA CON RESULTADOS. **17:25 CON5414 - CONTRERAS ZUNIGA EDUARDO - MEDICINA INTERNA** INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA --- PACIENTE DE 42 AÑOS. PROCEDENTE DE CALI. OCUPACION: NEUROCIRUJANO. SIN ANTECEDENTES PERSONALES. HACE 24 HORAS INIC SECA, DISNEA PROGRESIVA, ASTENIA, ADINAMIA, FIEBRE Y CEFALEA. EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SE OBSERVA DISNEA LEVE. TA 127/87 MMHG. FC 22. T 38.3°. HIPOVENTILACION GENERALIZADA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PERO TAQUICARDICOS. DENTRO DE LOS ESTUDIOS UN HEMOGRAMA NORMAL. RADIOGRAFIA DE SIN CONSOLIDACION O DERRAME. PRUEBA RAPIDA PARA H1N1 POSITIVA. CONSIDERO EL PACIENTE ESTE PACIENTE DEBE HOSPITALIZARSE EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO PERMANENTE. INICIO MANEJO CON TAMIFLU. LE EXPLICO AL PACIENTE Y SU ESPOSA QUIENES ESTAN DE ACUERDO. **17:58 MON9008 - MONEDERO JUAN MANUEL - MEDICO GENERAL** PTE ME REFIERE NAUSEAS INICIO ANTIEMETICO, ADEMAS DILIGENCIA FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA IRA. **20:37 GAR8260 - GARCIA PERUCCINI CARMEN - MEDICO GENERAL** NOTA. MASCULINO 42 AÑOS. DX E HISTORIA CLINICA ANOTADA. SV TA 140/80 FR 20 FC 100. ESTABLE AFEBRIL PERO PERSISTE CON NAUSEAS Y VOMITO, POR LO QUE SE DECIDE ANTIEMETICO CON HORARIO, POR LO DEMAS SIN CAMBIOS. SE ESTARA ATENTO A NOVEDADES
2013-02-17	**07:46 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** **F. Resultado:** 2013/02/16 04:24 - H1N1 PRUEBA RAPIDA - ANORMAL POSITIVO **07:47 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** **F. Resultado:** 2013/02/16 04:00 - HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAC INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO+ - NORMAL LEUCOCITOS 7.12 NEUTROFILOS 79.7% HEMOGLOBINA 15.8G HEMATOCRITO 44.7% PL 236000 **10:18 BON9463 - BONILLA GUTIERREZ DIEGO ALBERTO - GASTROENTEROLOGO** MEDICINA INTERNA. DANIEL MEDINA. 42 AÑOS. DX: 1. INFECCION POR INFLUENZA H1N1. PACIENTE EN CAMA, REFIERE SENTIRSE MEJOR EN CUANTO DISNEA, NO FIEBRE HOY, PE CON ASTENIA, ADINAMIA, LEVES MIALGIAS GENERALIZADAS. NO NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS. FC: 96 FR: 20 TA: 113/69 T: 35.6 (AYER: 38.9°)SAT: 94% . CP: RUIDOS CAR RITMICOS, SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES CON MV AUDIBLE, DISMINUIDO EN BASES, CON CREPITOS BIBASALES. ABD: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MEGALIAS. E EDEMAS, PULSOS PALPABLES, LLENADO DISTAL MENSOR DE 2 SEG. NEURO: SIN DEFICIT APARENTE. NO LABS HOY. RX DE TORAX CON INFILTRADO INTERESTICIALES BILATERAL DERRAMES, CONSOLIDACIONES O MASAS. PLAN: PACIENTE CONDX ANOTADOS CONTINUA EN MANEJO SINTOMATICO Y CON TAMIFLU. CON EVOLUCION FAVORABLE EN EL MOME DEBE CONTINUAR VIGILANCIA CLINICA POR RIESGO DE DESCOMPENSACION RESPIRATORIA. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL. **10:34 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** DANIEL MEDINA.//// 42 AÑOS.//// DIAGNSOTICO: : 1. INFECCION POR INFLUENZA H1N1.========== SE ENCUENTRA PACIENTE EN CA COMPAÑIA DE FAMLIRA, PERSISTE CON EPISODIOS DE TOS SECA, REFIERE QUE SE SIENTE MEJOR CON RESPECTO AYER, PERSISTE CON DISNEA, AL EXAMEN FISICO: SIGNOS V FC: 96 PORMIN, FR: 20 PORMIN, TA: 113/69 T: 35.6, CUELLO MOVIL NO MASAS, TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR DISM EN BASES, ABDOMEN NO DOLOROSO, . EXTREMIDADES: NO EDEMAS,PERFUSION DISTAL CONSERVADA, SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SEN ========== PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE, CON MEJORIA DE SU DISNEA, EN REVISTA CON MEDICINA INTERNA DR. BONI CONSIDERA PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADO POR RIESGO DE DESCOMPENSACION RESPIRATORIA, Y SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA MAÑANA. **11:56 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** PACIENTE VLAORADO POR DRA. QUINTERO QUIEN REVISA PLACA DE TORAX DONDE SE EVIDENCIAN MULTIPLES INFILTRADO, POR LO CUAL CONSIDERA SE DEBE SOLICITAR TACAR **12:32 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** SE REVIZA TACAR CON DRA QUINTERO Y RADIOLOGIA DR. VARGAS, QUE INFORMA QUE PRESNTA ADENOPATIAS PARA TRAQUELAES MENORES DE 1 CM, PARENQQUIMA PUL NORMAL, Y SE EVIDENCIA UN VASO ACCESORIO. SE CONSIDERA CONTINUAR CON MANEJO INSTAURADO **15:12 ROM8981 - ROMO OBANDO ALBA LUCELY - MEDICO GENERAL** SE COMENTA ENFERMERA ENITH DE INFECTOLOGIA, LA CUAL RECOMIENDA POR PROTOCOLO QUE SE DEBE INICIAR PROFILAXIS A CONTACTOS, SE INTERROGA PACIENTE E INFORMA QUE CON CONTACTOS SON LA ESPOSA Y 2 HIJAS DE 10 Y 12 AÑOS, SE ORDENA UNA TABLETA DIA POR 5 DIAS A LAS MENORES Y UNA TABLETA CADA 12 HORAS A LA DEL PACIENTE POR SER SINTOMATICA RESPIRATORIA POR 5 DIAS.
	08:59 CAS9102 - CASTILLO CORREA ALBERTO - MEDICO GENERAL DANIEL MEDINA.//// 42 AÑOS.//// DIAGNSOTICO: : 1. INFECCION POR INFLUENZA H1N1 PACIENTE EN CAMA TRANQUILO REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE, SIN FIBRE, DIMINUCION DE MIALGIAS, ADEMAS ESPETORACION AMARILLENTA EN ESCASA CANTIDAD, ***** EXAMEN FISICO: TA: 120/80 mmHg, Fr: 18, Fc: 76 sO2: 97 % CONCIENTE ORIENTADO EN SUS TRES ESFERA,CUELLO MOVIL MUCOSAS HUMEDAS, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CA RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN CREPITOS NO RUIDOS AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR, NO MASAS, EXT: SIN EDEMAS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SNC SIN DEFICIT. ********** PACIENTE VALORADO EN RONDA MEDICA CON INTERNBISTA DE TURNO DR. ECHEVERRY, HEMODINAMICAMENTEE SIN SIGNOS DE SIRS NO SDR. AFEBRIL. CON TOS DE PREDOMINIO NOCTURNO POR LO CUAL SE AJUSTA MANEJO CON INHALADORES. SE INICIA ADEMAS AMANTADINA. SE S

pdfelement

	2013-02-18	ABDOMEN NEGATIVO, BUENA PERFUSION DISTAL, NO DEFICIT DEL SENSORIO. PACIENTE CON CUADRO RESPIRATORIO POSIBLE ORIGEN VIRAL CON PRUEBA RAPIDAD PAR NEGATIVO NO SE TOMO GEN EXPERT SE DEJO MANEJO CON OSELTAMIVIR, SE ADICIONA AMANTADINA, SE SOLICITA CK Y LDH Y CONCEPTO DE INFECTOLOGIA, SE DEJA CUIDADO SIN ANTIPIRETICO, SE DEJO ANTICOLOERGICO INHALADO, RESTO DE MANEJO MEDICO SIN CAMBIOS **12:19 ONA7515 - OÑATE GUTIERREZ JOSE MILLAN - INFECTOLOGIA** PACIENTE NEURO CX, INGRESA A CLINICA EL 16 DE FEB, CUADRO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DE MALESTAR GENERAL Y FIEBRE QUE DURO 3 DIAS Y DOS DIAS PREVIO AL I NUEVAMENTE FIEBRE, ADINAMIA, CEFALEA E INTENSO ESCALOFRIOS, AL INGRESO TEMPERATURA 38.3 CON TAQUICARDIA, REALIZARON ESTUDIOS, LEUCOCITOS 7120, NEUTR 79%, PLAQ 236000, RX DE TORAX SE OBSERVA UN INFILTRADO INTERSTICIAL, TAC DE TORAX SIN LECTURA OFICIAL NO TIENE INFILTRADOS, SE REALIZO PRUEBA RAPID INFLUENZA LA CUAL FUE REPORTADA POSITIVA PARA AH1N1, SIN EMBARGO, ESTO SE DEBE DE CONFIRMAR CON UNA PRUEBA MOLECULAR DEBIDO A QUE HPY LAS P MOLECULARES ES EL METODO Y PRUEBA DE ORO PARA DIAGNOSTICAR LA INFLUENZA, ESTO TIENE GRAN IMPORTANCIA PARA EL PACIENTE DEBIDO A SU PROFESION Y AL TIE CONTINUAR EL AISLAMIENTO DE VIA AEREA Y LA INCAPACIDAD.========== ACTUALMENTE SIN FIEBRE, CLINICAMENTE ESTABLE, SIN TAQUICARDIA, SIN TAQUIPNEA, BUENA EXPANSION TORACICA SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, SE DECIDE CONTINUAR CON OSELTAMIVIR 75MG CADA 12H POR 5 DIAS SE SUGIERE VACUNAR. REQUIERE INCAPACIDAD MEDICA DURANTE 7 DIAS **15:39 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** **F. Resultado:** 2013/02/18 12:21 - DESHIDROGENASA LACTICA [LDH] - NORMAL **F. Resultado:** 2013/02/18 12:21 - CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK - NORMAL **15:40 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** PACIENTE CON CK Y LDH NORMAL, YA SE INSTAURO MANEJO POR INFECTOLOGIA, SEGUN EVOLUCION MAÑANA SE DARA EGRESO **19:53 ESC8471 - ESCOBAR SANCHEZ JUAN DAVID - FISIOTERAPIA** TERAPIA RESPIRTATORIA Nº 1: PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD, CON DX: INFECCION POR INFLUENZA H1N1, A QUIEN ENCUENTRO EN CAMA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, ORIENTADO, REFIERE TOS SECA, NIEGA DISNEA, SIN SOPORTE DE O2, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATO2 99%, FC 77LXM, PATRON RESPIR COSTODIAFRAGMATICO RITMICO SIMETRICO, A LA AUSCULTACIÒN MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. PLAN 1. COSERVAR LA MOVILIDAD TORÁ REEXPANDIR EL TEJIDO PULMONAR, 3. ENTRENAR MÚSCULOS RESPIRATORIOS, 4. MATENER PERMEABLE LA VIA AREA, REALIZO POSICIONAMIENTO EN CAMA, MOVILIZAICONES CO AFE, BLOQUEOS COSTALES, TRANSICIÒN DE SUPINO A SEDENTE AL BORDE DE LA CAMA, DONDE SE TRABAJAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS DIRIGIDOS CON MMSS EN DIAGONA KABATH, PATRON DIAFRAGMATICO, EJERCICIOS DE REEXPANSIÒN PULMONAR, TOS DIRIGIDA QUE EFECTIVA PERO NO SE DEVIDENCIA MOVILIZACION DE SECRECIONES, EL PA TOLERA EL TRATAMIENTO, QUEDA ESTABLE, SEDENTE AL BORDE DE LA CAMA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.
	2013-02-19	**08:54 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** MEDICINA INTERNA: DANIEL MEDINA - 42 AÑOS.//// DX1. INFECCION POR INFLUENZA PACIENTE EN CAMA, SOLO, SE SIENTE MUCHO MEJOR DISMINUCION DE TOS CON ANTICOLINERGICO NO FIEBRE NO ESCALOFRIOS, APARICION DE LESION LABIAL EN COMISURA C DE HERPES, NO FIEBRE, NO DIARREA, NO OTROS SINTOMAS PACIENTE EN CAMA, SIN SOPORTE DE O2, CON T/A 118/70 FC 73 FR 18 AFEBRIL, NO IY, LESION EN COMISURA LABIAL DERECHA VESICULAR, NO ESCALOFRIOS, CAMPOS PULM VENTILADOS SIMETRICOS SIN AGREGADOS SIN ESTERTORES SIN SIBILANCIAS, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, ABDOMEN NEGATIVO, BUENA PERFUSION DISTAL, NO FOCALI DEL SENSORIO PACIENTE EN CAMA, SIN DISNEA, SIN SOPORTE DE O2, CON CURVA TERMICA PLANA SIN ANTIPIRETICO, ESTABLE, DISMINUCON DE SINTOMAS RESPIRATORIOS, CON LESION COMPATIBLE CON HERPES CONSIDERO CONTINUAR MANEJO MEDICO AMBULATORIO, SE DEJA ORDEN DE CITA CONTROL AMBULATORIA CON MEDICINA INTERNA EN 1 SEMANA, MEDICO (OSELTAMIVIR 75MG/12H POR 3 DIAS MAS, VALACICLOVIR 2G/12H POR 1 DIA, OMEPRAZOL 20MG/DIA POR 1 SEMANA, BROMURO DE IPRATROPIO 2 INH/6H POR INCAPACIDAD MEDICA DESDE EL 16-02-2013 HASTA 23-02-2013, RECOMENDACIONES Y SIGOS DE ALARMA **09:55 ECH7421 - ECHEVERRY GARCIA ALEX - MEDICINA INTERNA** CORRECION SE REALIZA INCAPACIDA DESDE EL 16-02-2013 HASTA EL 24-02-2013

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
J110	INFLUENZA CON NEUMONIA, VIRUS NO IDENTIFICADO



PROFESIONAL: ECHEVERRY GARCIA ALEX
CC - 94060936
ESPECIALIDAD - MEDICINA INTERNA

Imprimio: MEDINA JIMENEZ DANIEL ENRIQUE - MED8586

Fecha Impresión : 2016/7/27 - 17:49:10

Elimina la filigrana digital ahora
pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

EPS | sura

EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD / LICENCIA Nro. 0 - 15689268

Fecha	28/02/2013 17:25:11		**IPS Atiende**	51 - IPS SURA LA FLORA - CALI	
Afiliado	CC - 98549450 DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ		**IPS Afiliado**	51 - IPS SURA LA FLORA	
Diagnóstico	J100 - INFLUENZA CON NEUMONÍA, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO				
Origen	ENFERMEDAD GENERAL		**Clasificación**	INICIAL	
Fecha Inicio	SÁBADO 16 DE FEBRERO DE 2013	**Duración**	9 - NUEVE	**Fecha Fin**	DOMINGO 24 DE FEBRERO DE 2013
Tipo Generación	TRASCRIPCION		**Nro. Prescripción a Sustituir**		
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL					
Profesional Responsable	CC - 31995703 CARMEN ADRIANA MURILLO IZQUIERDO				
Registro Médico	763088 - MEDICO GENERAL				
Médico que Genera	NI - 890300513 CLINICA DE OCCIDENTE CALI SA		**Especialidad**	387 - MEDICINA INTERNA	

Verifique el correcto y completo diligenciamiento de este formato, este es indispensable para su tramitación. El pago de esta incapacidad está sujeto a verificación y aprobación de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. Señor empleador, recuerde radicar esta incapacidad a través de la página de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. www.epssura.com.co ó en nuestras oficinas Regionales.

EPS | SURA

01 MAR 2013

RECIBIDO

EPS | SURA

Document

Elimina la filigrana digital ahora

Clínica de Occidente S.A.
NIT. 890.300.513-3

Calle 18 Norte No. 5N-34 - Cali - Colombia
Sede Palmira: Calle 29 No. 20-50
Tel. (092) 271 7430

FÓRMULA MÉDICA

Conmutador:	660 3000
Cirugía:	661 2734
Urgencias:	668 0143
Dirección Médica:	668 0149

DÍA	MES	AÑO	NOMBRE DEL PACIENTE	Historia Clínica
19	02	13	Daniel Enrique Medina.	

CC 98549450.

Se da incapacidad medica desde el 16/Febrero hasta el 24/Febrero/13

Dx: Infección x Influenza H1N1

Carmen Adriana Murillo J.
Médica General
Univalle
Reg. MD. 76308886

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Señores
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Referencia: Radicación No. **2015- 00132-00**
Proceso: **VERBAL**
Demandante: **JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS**
Demandados: **SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTROS**

Asunto: DICTAMEN PERICIAL

Respetados Señores:

De acuerdo con la solicitud que me hiciera la abogada **LINA MARCELA BORJA RIVERA** en calidad de apoderada del Doctor DIANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, para rendir un DICTAMEN PERICIAL a presentarse dentro del proceso VERBAL que se tramita ante este despacho, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

a. Que soy Médico general del año 1998, de la Universidad Libre de Cali con reg. Md. T.P. 768430/98, Especialista en Neurocirugia del año 2006 de la Universidad del Valle, con reg. Md. 768164/13 y subespecialista en Neurocirugia Pediatrica de La Universidad Nacional Autonoma de Mexico, reg. Md. 768165/13.

b. No estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.

c. No he sido designado como perito en procesos judiciales.

d. No he realizado antes ningún dictamen pericial a la abogada LINA MARCELA BORJA RIVERA, al Dr. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, ni á ninguna de las partes involucradas en este asunto.

e. No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje

f. Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de Perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.

g. Anexo a este dictamen, los diplomas y certificaciones que me acreditan como médico general, especialista y sub especialista.

Elimina la filigrana digital ahora

h. Anexo a este dictamen literatura científica que sirvió como referencia para responder el cuestionario.

i. Tuve a mi disposición la demanda, la Historia clínica de la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, la demanda Instaurada y el cuestionario elaborado por la abogada LINA MARCELA BORJA RIVERA.

j. Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición y acudiré a la sala de audiencias que designe el JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido ante autoridad judicial, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran y contestar los cuestionarios de las partes.

k. Puedo ser localizado en mi lugar de trabajo en la dirección, carrera 83 A No. 5 A 100, consultorio 212 torre A, del Centro Medico Imbanaco, C.M.I., de la ciudad de Santiago de Cali.

pdfelement

Procedo de esta manera a dar respuesta, al cuestionario; por metodología transcribiré cada una de las preguntas realizadas por la abogada en el orden que se realizaron, dando respuesta enseguida de cada una de ellas:

CUESTIONARIO Y RESPUESTAS

1. ¿POR FAVOR INDIQUE QUE ES LA HIDROCEFALIA CONGÉNITA?

RESPUESTA:

Es una enfermedad congénita, del desarrollo cerebral, que se caracteriza por acumulo en la cantidad de liquido cefalorraquídeo L.C.R., por diversas causas, la mas frecuentes son las malformaciones cerebrales, que impiden el flujo normal del L.C.R.

Elimina la filigrana digital ahora

2. **¿CUÁL ES EL MÉTODO PARA DISMINUIR LA PRESIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL CEREBRO?**

RESPUESTA: *Depende de la edad, en los neonatos como en los lactantes menores, existen varias alternativas, una de ellas es la punción ventricular transfontanelar, pero una vez estas fontanelas se cierran como ocurre en lactantes mayores de 2 años se practica la ventriculostomia externa, estos procedimiento son de connotación diagnostica y terapéutica, esta ultima de manera temporal, cuando es externa, pues el tratamiento definitivo es la derivación interna del sistema ventricular ya sea bien por neurocirugía endoscopia a través de la tercera ventriculostomia endoscópica o la colocación de una derivación ventrículo-peritoneal, o colocación de válvula de Hakim al sistema peritoneal, pleural o atrial. Es de anotar que en los neonatos no esta indicada la neurocirugía endoscópica.*

3. **¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO ALTERNO EN CASO DE NO PODER COLOCAR UNA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL?**

RESPUESTA: *Derivación ventrículo pleural o atrial, pues en los neonatos no esta indicada la neurocirugía endoscópica. En virtud de la variabilidad de ventajas y desventajas entre los métodos y dependiendo de la experiencia del medico se puede optar por cualquiera, pues no hay ningún método de elección, cuando se habla de derivación definitiva y en términos de derivación temporal es igual, el criterio del neurocirujano, es el que prima.*

4. **¿CUANDO LA PACIENTE PRESENTA INFECCIONES RECURRENTES Y TAPONAMIENTO DE LA VÁLVULA ES ADECUADO RETIRAR EL CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL Y PASARLO A UNA DERIVACIÓN VENTRÍCULO-CARDIACA?**

RESPUESTA: *Una opción es retirarlo, aunque dependiendo del germen y la clasificación de infección relacionada al catéter, se puede optar por terapia antibiótica, con catéter IN SITU hasta que se confirme la ventriculitis, esta se realiza al tener un cultivo positivo (entre 48 a 72 horas), en L.C.R., con un germen que genero cambios en el cito químico compatibles con proceso bacteriano, es en estos momentos que se debe eliminar la derivación infectada. En respuesta a pasarlo a derivación ventrículo atrial, respondo, es una opción cuando se cumplen ciertas condiciones ya definidas como son 3 cultivos y 3 citoquimicos de LCR normales en ausencia de infección.*

Elimina la filigrana digital ahora

5. **¿ES LA PUNCIÓN DE LA FONTANELA UN PROCEDIMIENTO PELIGROSO?**

RESPUESTA: *No, al contrario en un neonato y lactante menor es un procedimiento seguro, pues por un lado no hay invasión al espacio ventricular, por catéteres externos que aumentan el riesgo de infección, ni complicaciones derivadas del sobre drenaje.*

6. **¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE REALIZAR LA PUNCIÓN DE FONTANELA?**

RESPUESTA: *Control de la presión intracraneal y documentar esterilidad del L.C.R. en aras de llevara a una derivación definitiva, cuando se cumplan criterios.*

pdfelement

7. **¿PORQUE SE PREFIERE REALIZAR PUNCIÓN EN FONTANELA Y NO LUMBAR?**

RESPUESTA: *En el caso de hidrocefalias congénitas las más frecuentes son las obstructivas y en estas, esta contraindicada la punción lumbar, por riesgo de herniación cerebral y adicionalmente el análisis de L.C.R. no correlaciona de manera directa con el del líquido ventricular.*

8. **¿ES NECESARIO APLICAR ANESTESIA PARA CADA PUNCIÓN DE LA FONTANELA?**

RESPUESTA: *No, de hecho esta contraindicado por el riesgo de infusión de anestésico interventricular, antes o durante la punción.*

9. **¿EL PROCEDIMIENTO DE EXTRAER EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO ES SEMEJANTE A SACAR SANGRE DE UNA VENA?**

RESPUESTA: *Exactamente es la analogía más aproximada, pues no requieren anestesia local y describen el mismo riesgo infeccioso, que es muy bajo y se toman*

Elimina la filigrana digital ahora

con el mismo fin, la solicitud de estudios paraclínicos complementario, en este caso de manera expedita en L.C.R.

10. ¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL?

RESPUESTA: *Derivación del flujo del L.C.R., evitar complicaciones como ocurren en la derivación ventrículo pleural como efusiones y derrames pleurales o como ocurre en la derivación ventrículo atrial, riesgo de endocarditis bacteriana, todos estos en el contexto de un paciente neonatal.*

11. ¿DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE KIMBERLY PAPAMIJA EL RESULTADO DE LA MUESTRA DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO DEL DÍA 21 DE FEBRERO DE 2013 INDICABA QUE LA PACIENTE PRESENTABA ALGUNA INFECCIÓN?

RESPUESTA: *No hay evidencia de infección en el estudio de citoquímico realizado el día 21 de febrero del 2013.*

pdfelement

12. ¿DE CONFORMIDAD CON LA EVOLUCIÓN DE 20 DE FEBRERO DE 2013 CONSIDERA ADECUADO SOLICITAR LA TOMA DE UN HEMOGRAMA Y PCR A LA PACIENTE KIMBERTLY PAPAMIJA?

RESPUESTA: *Esta indicado realizar estos estudios paraclínicos para evaluar la posibilidad de reacciones inflamatorias o infecciosas en la paciente según los síntomas y signos presentados.*

13. ¿SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE KIMBERLY PAPAMIJA EL EXAMEN DE HEMOGRAMA EVIDENCIABA QUE LA PACIENTE ESTABA CURSANDO POR UN CUADRO INFECCIOSO?

RESPUESTA: *El hemograma se encuentra dentro de límites normales, no sugería infección.*

Elimina la filigrana digital ahora

14. ¿SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA INDÍQUENOS SI EL EVENTO PRESENTADO POR LA PACIENTE KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO EL DÍA 20 DE FEBRERO 2013 A LAS 10.56 PM FUE UN EVENTO SÚBITO DE ACUERDO CON SU EVOLUCIÓN HASTA ESE MOMENTO?

RESPUESTA: *Según las notas clínicas el evento presentado a las 10.56 es de carácter súbito. Las notas previas no señalan signos o inminencia de un colapso. El evento descrito no lo explica una hipertensión endocraneana aguda.*

15. ¿SEGÚN LA NOTA OPERATORIA DEL DÍA 21 DE FEBRERO DE 2013 CUÁL ERA LA RAZÓN DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LA PACIENTE PAPAMIJA?

RESPUESTA: *Según lo reportado por el cirujano, encuentra coágulos que obstruyen la luz del sistema. Este uno de los riesgos inherentes a tener instalada una válvula al sistema atrial cardiaco. El coagulo se pudo haber formado de manera súbita, no era previsible este evento. No se descarta una falla inherente al sistema de derivación, recordar que este es un sistema mecánico de control electromagnético susceptible de fallas.*

pdfelement

16. EL DR. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ HASTA CUANDO VALORO LA PACIENTE KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO?

RESPUESTA: *De acuerdo a los hechos narrados en la demanda, su última valoración fue el domingo 8 de abril del 2012. 10 meses antes del evento de complicación descrito en la demanda.*

17. ¿DE CONFORMIDAD A LOS DATOS APORTADOS EL DR. DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ EN LAS VALORACIONES QUE REALIZÓ A LA DE PACIENTE KIMBERLY PAPAMIJA, SU CONDUCTA MÉDICA SE AJUSTÓ A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE LA LEX ARTIS APLICABLES A LA CONDICIÓN PATOLÓGICA DE LA PACIENTE?

RESPUESTA: *Todas las actuaciones se ajustan a los protocolos y guías contemplados en la lex artis para manejo de pacientes neonatales con infección por sistemas de derivación ventriculoperitoneal.*

Elimina la filigrana digital ahora

ANEXOS

- Anexo al presente dictamen, la literatura médica y científica que sirvió de fundamento para las respuestas.
- Anexo así mismo mi hoja de vida con sus respectivos anexos, que acreditan mi idoneidad.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en Cra. 83 C No 14 A 20, abrrio el Ingenio II, telefono fijo 3352493 y celular 3016889069.

Atentamente,

Luis Fdo. Santacruz F.
C.C. 94.361.050 R.M. 762430-98
NEUROCIRUJANO UNIVALLE - R.M. 768164-13
NEUROCIRUJANO PEDIATRA UNAM
R.M. 768165-13 RES. 7300 - 13

LUIS FERNADO SANTACRUZ FLOREZ

Especialista en NEUROCIRUGIA UNIVALLE, reg. Md. 768164/13

Sub especialista en NEUROCIRUGIA PEDIATRICA UNAM, reg. Md. 768165/13.

pdfelement

Neurosurgery:

July 2000 - Volume 47 - Issue 1 - pp 80-84

Clinical Studies

Neonatal Ventriculosubgaleal Shunts

Fulmer, Benjamin B. M.D.; Grabb, Paul A. M.D.; Oakes, W. Jerry M.D.; Mapstone, Timothy B. M.D.

Article Outline

Elimina la filigrana digital ahora

Author Information

Division of Neurosurgery, University of Alabama-Birmingham, Birmingham, Alabama

Received, October 11, 1999.

Accepted, March 2, 2000.

Abstract

OBJECTIVE: We report on 32 neonates treated with ventriculosubgaleal (VSG) shunts to determine VSG shunt survival and associated complications.

METHODS: Between 1993 and 1997, 37 VSG shunts were placed in 32 neonates when the cerebrospinal fluid (CSF) or the abdomen was considered unsuitable for ventriculoperitoneal shunt placement. In each child, a ventricular catheter was attached to 3 cm of a closed-end peritoneal tube via a right-angle connector, which drained into a surgically created subgaleal pocket.

RESULTS: The causes of hydrocephalus were as follows: intraventricular hemorrhage (IVH) in 20 neonates, meningitis/ventriculitis in 6, IVH and infection in 2, and other causes in 4. The mean postconception age at the time of VSG shunt insertion was 37.2 weeks (33.1 wk in the IVH group), and the mean weight was 2227 g (1724 g in the IVH group). The average preoperative head circumference was 33.6 cm. The average survival of these 37 VSG shunts (five children had two VSG shunts) was 35.1 days. The complications were as follows: one CSF leakage occurred when sutures were removed; one catheter fell into the ventricle and required removal, and one child died immediately after VSG shunt revision. There were no VSG shunt infections. All surviving children followed for a minimum of 4 months

Elimina la filigrana digital ahora

after insertion of a VSG shunt (n = 24) have required a ventriculoperitoneal shunt. Mean follow-up from the time of first VSG shunt insertion was 21.6 months. Four children died as a result of causes unrelated to the VSG shunt.

CONCLUSION: VSG shunts offer a simple, effective, and relatively safe means of temporizing hydrocephalus, and they avoid the need for external drainage or frequent CSF aspiration in these medically unstable infants until the CSF characteristics and abdomen are acceptable for ventriculoperitoneal shunting.

Although ventriculoperitoneal (VP) shunting is the preferred method of treatment of hydrocephalus in the majority of infants, some require temporary cerebrospinal fluid (CSF) diversion before various parameters (e.g., CSF characteristics, abdominal status, local or systemic infection) are suitable for permanent shunt placement. When time is required to clear blood products or postinfectious debris from the CSF before VP shunt placement, many temporizing measures of CSF diversion can be used. In addition, some children may have other medical conditions or may not have adequate peritoneal function secondary to concomitant disease that would delay VP shunt placement. Temporary control of hydrocephalus can be achieved with acetazolamide administration, externalized ventricular or lumbar drains, repeated lumbar punctures, direct ventricular taps, and ventricular reservoir taps. All of these methods can be effective, but they have drawbacks. Because ventriculosubgaleal (VSG) shunts provide a means of constant ventricular decompression without the risks and labor requirements of intermittent taps or externalized drains, they have been the treatment of choice for neonatal hydrocephalus not suitable for VP shunting at the Children's Hospital of Alabama for the last 4 years. We analyzed our experience with VSG shunts to determine their effectiveness, longevity, and associated complications.

Back to Top | Article Outline

PATIENTS AND METHODS

A retrospective review was performed in a consecutive series of 32 children undergoing 37 VSG shunt procedures from 1993 to 1997. VSG shunts were

Elimina la filigrana digital ahora

placed instead of VP shunts because of significant particulate debris within the CSF noted on preoperative ventricular taps, recent surgeries, or infections that were considered substantial enough to impair CSF absorption by the peritoneum or to increase the risk of VP shunt infection. All children had marked ventriculomegaly and full fontanelles, indicating clinical evidence of intracranial hypertension.

The operative procedure began with the placement of a small horseshoe-shaped flap at the standard coronal entry site. The lateral ventricle was cannulated with a ventricular catheter that was joined via a right-angle connector to 3 cm of shunt tubing, often with a closed end with long slits to provide one-way movement of fluid and debris. The right-angle connector was secured to the dura with a suture. In the anterolateral and posterolateral directions from the wound, a generous finger sweep was made in the subgaleal potential space to create a true space for CSF absorption. The forehead was excluded from the dissection for cosmetic reasons. The catheter was situated laterally to drain in the direction of the pocket. The wound was closed in two layers.

Data were gathered by chart review to tabulate the cause of hydrocephalus, postconception age, weight, preoperative head circumference, shunt survival, morbidity, mortality, eventual shunt requirements, and survival. Data from patients whose VSG shunts had not yet failed were included.

Back to Top | Article Outline

RESULTS

The causes of hydrocephalus and their clinical pictures were as follows: 20 children had intraventricular hemorrhage (IVH); 6 had meningitis/ventriculitis; 2 had both IVH and infection; 1 had a myelomeningocele and a colostomy and, therefore, the peritoneum was not yet ready for a distal catheter; 1 with congenital hydrocephalus was undergoing multiple abdominal operations; 1 with congenital hydrocephalus had an infected neck wound; and 1 was receiving extracorporeal membrane oxygenation, complicated by subsequent posterior fossa intracerebral hemorrhage. The average postconception age at the time of VSG shunt insertion was 37.2 weeks (33.1

Elimina la filigrana digital ahora

wk in the IVH group), and the average weight was 2227 g (1724 g in the IVH group); 13 children weighed less than 1500 g. The average preoperative head circumference in 30 of 32 children was 33.6 cm (measurements were not available for two patients).

Five of the 32 children had two VSG shunts, for a total of 37 VSG shunt procedures. The average survival of these 37 shunts was 35.1 days. When the VSG shunt stopped providing adequate decompression, it was always as a result of failed subgaleal CSF absorption and not because of catheter occlusion, as confirmed by an examination of the catheters at the time of removal. In cases of VSG shunt failure, either the previously soft, fluctuant subgaleal pocket became tense with fluid, or the subgaleal space became obliterated without the presence of subgaleal fluid. Cranial imaging confirmed ventricular enlargement with either scenario.

Complications were as follows: one wound leaked when sutures were removed, thus, the VSG shunt was taken out; one ventricular catheter fell into the ventricle and required removal; and one child had fatal multiple intracranial hemorrhages immediately after VSG shunt revision (this complication is described in detail below). There were no VSG shunt infections.

pdfelement

All surviving children followed for a minimum of 4 months (n = 24) after insertion of a VSG shunt have required a VP shunt. To date, the mean survival of these VP shunts is 10.1 months (median, 3.5 mo). Five of the 24 VP shunts (21%) have become infected.

The mean follow-up from the time of first VSG shunt insertion was 21.6 months (median, 18 mo). In four children, the VSG shunts have not yet failed (average shunt survival, 7.5 wk to date). Five children died, and only one of these deaths was related to the VSG shunt.

Back to Top | Article Outline

DISCUSSION

The VSG shunt is not a new procedure. The literature is limited, but VSG shunts have been described for a plethora of indications. von Mikulicz was

Elimina la filigrana digital ahora

probably the first to use the technique in 1893 (4). He first published a description of the use of a gold cannula in 1896 (30). Schramm (25) secured this type of shunt with catgut in 1899, and failure of this cannula secondary to obstruction was reported in 1900 (5). Ferreira (9) further delineates other early contributions. In 1903, Senn (26) used a rubber tube to drain CSF into the subcutaneous space to prevent overdrainage and infection associated with externalized catheters. Subsequently, he described a case of a patient with myelomeningocele-related hydrocephalus treated with this procedure. Horsley (14) reported success with VSG shunts in 1906. In 1908, Krause (16) described a VSG shunt with the use of a silver tube. Hoffman (13) noted that Sir Geoffrey Jefferson used VSG shunts. Further discussion and improvements were mentioned by several other authors during the next few decades (3, 6, 7, 10, 11, 15).

In the last 2 decades or so, there has been renewed but limited interest in VSG shunting. In 1977, Perret and Graf (20, 21) presented a series of 173 patients with subgaleal shunts placed for temporary decompression of the ventricles in those with tumors and for subdural fluid collections. There were no infections and one revision. Three years later, Drapkin et al. (8) evaluated postoperative computed tomographic scans obtained in five patients, and noted only a mild decrease in ventricular size in the presence of clear clinical improvement. In 1983, Savitz and Katz (24) detailed a series of 12 patients with closed head injury treated with VSG shunts. Three patients died, and the nine who survived underwent catheter removal 1 week postoperatively, with no complications or infections. In 1986, Saladino et al. (23) reviewed the VSG shunt technique, and Constantini et al. (2) reported a case of shunt disconnection, in which the child's subgaleal space acted as an adequate compensatory receptacle for CSF.

Many different approaches have been taken to achieve temporary ventricular decompression in premature infants with hydrocephalus (12). Repeated ventricular taps incur a new injury to the frontal lobe with each pass of a needle ("puncture porencephaly"). Each access exposes the child to the risk of infection. Repeated lumbar punctures are another option for these children. It is often difficult to remove sufficient quantities of CSF in these infants, and, again, the child is exposed to contamination each time. Spinal osteomyelitis has been associated with repeated lumbar punctures (1). The chances of infection and the long duration required for external

Elimina la filigrana digital ahora

ventricular drainage make it an unattractive option. Perhaps the most acceptable form of temporized drainage for these children is the indwelling ventricular catheter and reservoir, which are repeatedly tapped. McComb et al. [19] reported a series of 20 children with IVH who were treated with serial reservoir aspiration. Seven children survived (no deaths were reported to be related to shunting), and no ventriculitis/meningitis or skin breakdown was noted. However, wound breakdown with ventriculitis occurred in 2 of 12 premature neonates in one series [18] and in 2 of 72 in another [17]. Not only is infection a concern, but intermittent taps do not provide constant decompression of the ventricles. In addition, they are labor intensive, at times required twice daily. The protein- and electrolyte-laden CSF is lost from these fragile infants and must be compensated for and replaced.

In 1992, Sklar et al. [27] published one of the most useful data collections on VSG shunts to date. Of 62 premature infants with IVH and hydrocephalus, 80% had a decrease in ventricular size on follow-up scans, 10% became shunt-independent, and 10% had infection. There was one death. The timing of eventual VP shunting was not reported. In 1994, Steinbok and Cochrane [28] published a case study of a child with repeated VP shunt infections, which were temporized with a VSG shunt. After the CSF had cleared, the child was able to tolerate a VP shunt without consequence.

In 1995, Rahman et al. [22] published a series of 15 children with post-IVH hydrocephalus who underwent VSG shunting if they weighed less than 1500 g. Three children did not need eventual VP shunting, but the remainder underwent the conversion in 9.2 weeks. There were no infections of VSG or VP shunts. A year later, Van Calenbergh et al. [29] published a series of 63 children with posterior fossa tumors who had VSG shunts placed, 42 of which were temporary. There were no complications.

Considering the need for complication avoidance with other options, VSG shunts offer acceptable complication rates, with predictable ventricular decompression. Clarity of the CSF at the time of reoperation suggests that the debris was cleared adequately in the subgaleal pocket. Our single VSG shunt-related death was probably a result of intraoperative rapid decompression of a poorly myelinated neonatal brain under high pressure, resulting in numerous intracerebral hemorrhages. This rare complication has been associated with VP shunts and acute ventricular decompression in

Elimina la filigrana digital ahora

infants (11).

The infection rate in this series was high. A larger number of patients is needed to validate the significance of this finding.

Back to Top | Article Outline

CONCLUSION

VSG shunting is a simple, quick procedure to perform in an otherwise compromised infant in whom a VP shunt may not be appropriate. The VSG shunts are also appealing because they provide constant ventricular decompression and obviate the need for repeated aspiration of CSF pathways. VSG shunts have been used sporadically and inconsistently for a variety of indications for more than 100 years, and this series helps define a population for their use.

pdfelement

Back to Top | Article Outline

REFERENCES

1. Bergman I, Wald E, Meyer J, Painter M: Epidural abscess and vertebral osteomyelitis following serial lumbar punctures. Pediatrics 72:476–480, 1983.

Cited Here... | PubMed

2. Constantini S, Wald U, Katzenelson R, Shalit M: Ventriculosubgaleal shunt: An effective CSF drainage in shunt disconnection. Childs Nerv Syst 2:277–278, 1986.

Cited Here... | PubMed

3. Dardenne G: Le traitement par le drainage ventriculaire sous-cutane des fistules de liquide céphalo-rachidien postopératoires rebelles. Acta Neurol

Elimina la filigrana digital ahora

Psychiatr Belg 64:1202–1211, 1964.

Cited Here...

4. Davidoff L: Treatment of hydrocephalus. Arch Surg 18:1737–1762, 1929.

Cited Here... | CrossRef

5. Dehler A: Beitrag zur operativen behandlung des hydrocephalus chronicus ventriculorum. Centralbl Chir 27:192–195, 1900.

Cited Here...

6. Dereymaeker A: De l'utilité du drainage ventriculaire préopératoire dans les tumeurs de la fosse postérieure chez l'enfant. Acta Neurol Psychiatr Belg 48:68–78, 1948.

Cited Here...

7. Dogliotti A: Semplice procedimento per la derivazione sottocutanea del liquor ventriculare. Arch Ital Chir 51:749–752, 1938.

Cited Here...

8. Drapkin A, Levine M, Yang W: Ventriculo-subgaleal shunt: Evaluation by computed tomography. Acta Neurochir (Wien) 55:107–115, 1980.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

9. Ferreira NP: Subgaleal shunt for ventricular and subdural drainage. J Neurosurg 49:474–475, 1978 (letter).

Cited Here... | PubMed

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

10. Ferreira N, Correa J: Derivacao liquorica ventriculo-subcutanea na terapeutica cirurgica das fistulas liquoricas pos-operatorias rebeldes. Neurobiologica 35:97–104, 1972.

Cited Here...

11. Fischer R: Surgery of the congenital anomalies, in Walker A (ed): A History of Neurological Surgery. New York, Hafner Publishing, 1967, pp 339–341.

Cited Here...

12. Gurtner P, Bass T, Gudeman S, Penix J, Philput C, Schinco F: Surgical management of posthemorrhagic hydrocephalus in 22 low-birth-weight infants. Childs Nerv Syst 8:198–202, 1992.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

13. Hoffman H: Ventriculosubgaleal shunt in the management of recurrent ventriculoperitoneal shunt infection. Childs Nerv Syst 10:539, 1994.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

14. Horsley JS: Surgical treatment of congenital hydrocephalus: Report of a case of meningocele and hydrocephalus. Jour AMA 47:20–25, 1906.

Cited Here...

15. Koljubakin S: Die operative therapie der hirnwassersucht. Arch Klin Chir Berl 128:151–161, 1924.

Cited Here...

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

22. Rahman S, Teo C, Morris W, Lao D, Boop FA: Ventriculosubgaleal shunt: A treatment option for progressive posthemorrhagic hydrocephalus. Childs Nerv Syst 11:650–654, 1995.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

23. Saladino A, Gainsburg D, Zmora E, Ronen Y, Tiberin P: Ventriculosubcutaneous shunt for temporary treatment of neonatal post-IVH hydrocephalus: A technical note. Childs Nerv Syst 2:206–207, 1986.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

24. Savitz M, Katz S: Ventriculosubgaleal shunting for acute head trauma. Crit Care Med 11:290–292, 1983.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

25. Schramm H: Beitrag zur Behandlung des chronischen Hydrocephalus mittelst intracranieller Drainage. Klin Ther Wehnschr 6:97–102, 1899.

Cited Here...

26. Senn N: Subcutaneous drainage in the treatment of hydrocephalus internus. Alienist Neurol 24:317–324, 1903.

Cited Here...

27. Sklar F, Adegbite A, Shapiro K, Miller K: Ventriculosubgaleal shunts: Management of posthemorrhagic hydrocephalus in premature infants. Pediatr Neurosurg 18:263–265, 1992.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

16. Krause F: Subcutane dauerdrainage der hirnventrikel beim hydrocephalus. Verh Berl Med Ges 39:213–221, 1908.

Cited Here...

17. Levy ML, Masri LS, McComb JG: Outcome for preterm infants with germinal matrix hemorrhage and progressive hydrocephalus. Neurosurgery 41:1111–1118, 1997.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

18. Marlin AE: Protection of the cortical mantle in premature infants with posthemorrhagic hydrocephalus. Neurosurgery 7:464–468, 1980.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

19. McComb JG, Ramos AD, Platzker AC, Henderson DJ, Segall HD: Management of hydrocephalus secondary to intraventricular hemorrhage in the preterm infant with a subcutaneous ventricular catheter reservoir. Neurosurgery 13:295–300, 1983.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

20. Perret G, Graf C: Subgaleal shunt for temporary ventricle decompression and subdural drainage. J Neurosurg 47:590–595, 1977.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

21. Perret G, Graf C: Subgaleal shunt for ventricular and subdural drainage. J Neurosurg 49:474–475, 1978 (letter).

Cited Here... | PubMed

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

28. Steinbok P, Cochrane D: Ventriculosubgaleal shunt in the management of recurrent ventriculoperitoneal shunt infection. Childs Nerv Syst 10:536–539, 1994.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

29. Van Calenbergh F, Goffin J, Casaer P, Plets C: Use of a ventriculosubgaleal shunt in the management of hydrocephalus in children with posterior fossa tumors. Childs Nerv Syst 12:34–37, 1996.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

30. von Mikulicz J: Beitrage zur pathologie und therapie des hydrocephalus. Mitt Grenzgeb Med Chir 1:264–301, 1896.

Cited Here...

pdfelement

Back to Top | Article Outline

COMMENTS

As the understanding of the physiology of the very low-birth-weight infant improves, the outcome in terms of mortality and permanent disability has dramatically improved as well. The rate of severe intraventricular hemorrhage (IVH) has declined with improved management techniques. It has not disappeared completely, however; Grade 3 and, in particular, Grade 4 hemorrhages may lead to ventriculomegaly by creating an obstruction to cerebrospinal fluid (CSF) absorption. The management of ventriculomegaly in these children remains controversial. Shunts may not be appropriate, owing to the potential peritoneal complication of necrotizing enterocolitis and the viscosity of the CSF as a result of high protein concentration and particulate matter from the breakdown of the intraventricular blood. Many

Elimina la filigrana digital ahora

types of temporizing procedures have been advocated, including intermittent ventricular punctures or spinal taps, external ventricular drainage, and the use of the ventricular access device or tapping reservoir ([1, 2]).

The use of the ventriculosubgaleal (VSG) shunt described by Fulmer et al. has several advantages over other methods of treatment. The subgaleal space seems to be an excellent site for temporary absorption of CSF, and the possibility of infection, which is always so high in these children, is minimized. The fact that these shunts continue to function for approximately a month is impressive, in that the child has the ability to grow a great deal during that time. This is a promising technique.

I have had a limited experience with the VSG shunt, and I use a somewhat different technique. A 3-cm ventricular catheter is attached to a Salmon Rickham reservoir (Codman & Shurtleff, Inc., Raynham, MA) with the side port open. The rest of the procedure is the same as described by the authors. The idea is that, if and when the VSG shunt fails to allow absorption, the device can serve as a ventricular access device, with intermittent tapping until the infant is ready for a formal shunt. This is now my preferred method of treating progressive posthemorrhagic hydrocephalus when intervention cannot be avoided.

Harold L. Rekate

Phoenix, Arizona

1. Marlin AE: Protection of the cortical mantle in premature infants with posthemorrhagic hydrocephalus. Neurosurgery 7:464–468, 1980.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

2. McComb JG, Ramos AD, Platzker AC, Henderson DJ, Segall HD: Management of hydrocephalus secondary to intraventricular hemorrhage in the preterm infant with a subcutaneous ventricular catheter reservoir. Neurosurgery 13:295–300, 1983.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

Elimina la filigrana digital ahora

Fulmer et al. provide a nice review of the history and pertinent literature regarding VSG shunts. In addition, they share their substantial experience with this technique. Their patients are typically premature infants, usually with IVH. In eight infants, the VSG shunt was placed for temporary control of hydrocephalus after shunt infection. The principal advantage of VSG shunts, as opposed to placing a ventricular catheter and subcutaneous reservoir, is that there is continuous decompression of the ventricles without the need for intermittent tapping. As the authors indicate, one also avoids the loss of electrolytes in small, critically ill infants. Although ventricular catheter/reservoir placement is more commonly used in the initial treatment of IVH associated with prematurity, the authors demonstrate the usefulness of VSG shunts in this situation. This study also confirms the experience of others, as documented in the references of the article.

The authors report a 21% infection rate (five infants) for ventriculoperitoneal (VP) shunts placed subsequent to a VSG shunt. The VSG shunt was used in eight infants initially because of an infected shunt. It is not clear whether persistent infection in any of these eight patients contributed to the high rate of VP shunt infections subsequently. It is possible that, in patients with a shunt infection for which a VSG shunt is placed, the subgaleal fluid collection might be a source of persistent infection, owing to lack of antibiotic penetration of that space. In such a circumstance, it might be better to temporize with a ventricular catheter/reservoir. This would also allow serial sampling of CSF, which is representative of ventricular fluid, something that is not possible with VSG shunts.

pdfelement

Paul H. Chapman

Boston, Massachusetts

At perhaps more than infrequent intervals, articles that describe the use of VSG shunts are published, promoting at least temporary relief from some of the scourges of hydrocephalus and CSF shunting techniques. Common to all of these articles is either the nature of the disease that is productive of hydrocephalus or associated with its treatment, or the question of whether a given patient will ever require a permanent CSF shunting device. Thus, the subgaleal shunt provides at least temporary relief. A rather extensive list of previous publications on this topic has been provided by the authors.

Elimina la filigrana digital ahora

Fulmer et al. believe that their study "helps define a population for [VSG shunt] use." To that end, we learn that the patients had hydrocephalus caused by IVH, meningitis/ventriculitis, or spina bifida cystica, or as a result of a congenital obstruction. The average time of VSG shunt survival and a few complications of the VSG technique are also revealed. It is also noted that, within a minimum of 4 months, "all surviving children" required insertion of a traditional VP shunt.

One wonders about the distinguishing feature of this series compared with the earlier series presented by Sklar et al. (1). The latter group had a larger number of patients (70 VSG shunts were performed in 62 infants, of whom 55 survived); 39 subsequently required a traditional CSF shunt, whereas 6 infants did not, and 7 infants died. But all of the patients in the study presented by Sklar et al. apparently had IVH as the inciting cause for hydrocephalus, whereas, in this study, 12 patients had hydrocephalus as a result of other causes.

Robin P. Humphreys

Toronto, Ontario, Canada

1. Sklar F, Adegbite A, Shapiro K, Miller K: Ventriculosubgaleal shunts: Management of posthemorrhagic hydrocephalus in premature infants. Pediatr Neurosurg 18:263–265, 1992.

Cited Here... | PubMed | CrossRef

The authors report their experience with 32 neonates who underwent the placement of a VSG shunt as a temporizing measure to control progressive hydrocephalus. Twenty of the patients had hydrocephalus secondary to IVH as a premature neonate, including 13 who weighed less than 1500 g. Five of the 32 patients required a second procedure, secondary to failure of the first. The survival of the 37 VSG shunts was, on average, 35 days. All 24 survivors required a VP shunt, and 5 (21%) developed infection.

The complications of the VSG shunts included one neonate who developed CSF leakage at the incision site, one in whom the catheter fell into the ventricle, and one who died from multiple intracranial hemorrhages. The

Elimina la filigrana digital ahora

authors noted no infections for this procedure. They state that, when the VSG shunt failed, it was secondary to lack of CSF absorption from the subgaleal space and not as a result of catheter obstruction. Obviously, that would be the case when the subgaleal space became quite tense.

The authors contrasted their procedure with other methods, including the insertion of a ventricular catheter reservoir. One would agree that the pressure would build up between aspirations with the removal of CSF from a ventricular catheter reservoir. However, this does not seem to be a problem, as far as one can tell, especially when monitoring shows that the ventricular size is stable. There would also be back pressure from the subgaleal space, although it would be a more constant feature.

It is quite rare for me to have to remove CSF from the ventricular catheter reservoir more than once a day. Obviating the taps, however, would be an advantage. The amount of CSF removed is usually in the 10- to 12-ml per day range. This does not cause any problems with fluid or electrolyte imbalance, or excessive loss of protein. In fact, one could argue that it might help to more rapidly clear the debris within the ventricles compared with a subgaleal shunt. In the authors' series, all of the patients subsequently required a VP shunt. In the series of Levy et al. (1), 10% of the patients did not require a permanent CSF diverting shunt. One could argue that this difference is strictly attributable to chance and would not be borne out in a larger series of patients with subgaleal shunts, or that it may be related to the removal of debris with daily aspirations.

The authors also state that there were no infections and that not performing the taps eliminates this possible cause of infection. Of the 72 patients in the series presented by Levy et al. (1), there was one incident in which a calcium-containing solution was injected into the scalp adjacent to the ventricular catheter reservoir, which led to skin breakdown. This, obviously, was not a fault of the surgical technique or of tapping the reservoir. Another patient developed diffuse sepsis and positive CSF cultures. Whether the hardware infection was primary or secondary is unknown.

Seven of the premature infants with IVH weighed more than 1500 g. In most of these patients, I would have placed a VP shunt, rather than resorting to a temporizing procedure. Usually, the threat of necrotizing enterocolitis is not a

210
Elimina la filigrana digital ahora

factor once the infants reach this size.

The authors attached a ventricular catheter to a right-angle connector and then to a 3-cm length of tubing with distal slits. The use of a one-piece ventricular catheter reservoir seems to be simpler, and it would have eliminated the complication of having a ventricular catheter fall into the ventricle. One wonders whether it is necessary to have distal slits on the subgaleal portion of the shunt. An open-ended shunt might reduce obstruction if that, indeed, is a problem. Also, a reservoir that can be tapped could make it easier to confirm whether the shunt is obstructed.

J. Gordon McComb

Los Angeles, California

1. Levy ML, Masri LS, McComb JG: Outcome for preterm infants with germinal matrix hemorrhage and progressive hydrocephalus. Neurosurgery 41:1111–1118, 1997.

Cited Here... | View Full Text | PubMed | CrossRef

pdfelement

Cited By:

This article has been cited **16** time(s).

Childs Nervous System

Ventriculosubgaleal shunt in the treatment of posthemorrhagic and postinfectious hydrocephalus of premature infants

Nagy, A; Bognar, L; Pataki, I; Barta, Z; Novak, L

Childs Nervous System, 29(3): 413-418.

10.1007/s00381-012-1968-5

CrossRef

Elimina la filigrana digital ahora

Ventriculosubgaleal shunts in the management of infective hydrocephalus

Kariyattil, R; Mariswamappa, K; Panikar, D

Childs Nervous System, 24(9): 1033-1035.

10.1007/s00381-008-0628-2

CrossRef

Pediatric Neurosurgery

Life expectancy of ventriculosubgaleal shunt revisions

Tubbs, RS; Smyth, MD; Wellons, JC; Blount, JP; Grabb, PA; Oakes, WJ

Pediatric Neurosurgery, 38(5): 244-246.

10.1159/000069827

CrossRef

pdfelement

Pediatric Neurosurgery

Alternative uses for the subgaleal shunt in pediatric neurosurgery

Tubbs, RS; Smyth, MD; Wellons, JC; Blount, JP; Grabb, PA; Oakes, WJ

Pediatric Neurosurgery, 39(1): 22-24.

10.1159/000070875

CrossRef

British Journal of Neurosurgery

Urinary bladder calculi complicating ventriculo-vesical shunt

Elimina la filigrana digital ahora

Hameed, ASS; Yousaf, I; Choudhari, KA

British Journal of Neurosurgery, 19(5): 449-450.

10.1080/02688690500390458

CrossRef

Journal of the American College of Surgeons

What's new in neurological surgery

Leibrock, LG

Journal of the American College of Surgeons, 192(5): 614-623.

pdfelement

Clinical Pediatrics

Evaluation and management of shunt infections in children with hydrocephalus

Duhaime, AC

Clinical Pediatrics, 45(8): 705-713.

10.1177/0009922806292781

CrossRef

Journal of the American College of Surgeons

What's new in neurological surgery

Atkinson, JLD

Journal of the American College of Surgeons, 194(6): 782-787.

213
Elimina la filigrana digital ahora

PII S1072-7515(02)01190-0

CrossRef

Pediatric Clinics of North America

Hydrocephalus

Garton, HJL; Piatt, JH

Pediatric Clinics of North America, 51(2): 305-+.

10.1016/j.pcl.2003.12.002

CrossRef

Childs Nervous System

Complications of ventriculosubgaleal shunts in infants and children

Tubbs, RS; Banks, JT; Soleau, S; Smyth, MD; Wellons, JC; Blount, JP; Grabb, PA; Oakes, WJ

Childs Nervous System, 21(1): 48-51.

10.1007/s00381-004-0967-6

CrossRef

Pediatric Neurology

Intracranial pressure changes during intermittent CSF drainage

Bass, JK; Bass, WT; Green, GA; Gurtner, P; White, LE

Pediatric Neurology, 28(3): 173-177.

10.1016/S0887-8994(02)00510-6

CrossRef

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine

Ventricular access device versus ventriculosubgaleal shunt in post hemorrhagic hydrocephalus associated with prematurity

Lam, HP; Heilman, CB

Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 22(): 1097-1101.

10.3109/14767050903029576

CrossRef

Techniques in Neurosurgery

Shunting techniques: Ventriculosubgaleal shunting

Narayan, P; Mapstone, TB

Techniques in Neurosurgery, 7(3): 212-215.

Surgical Neurology

Hydrocephalus after intraventricular hemorrhage in preterm and low-birth weight infants: analysis of associated risk factors for ventriculoperitoneal shunting

Kazan, S; Gura, A; Ucar, T; Korkmaz, E; Ongun, H; Akyuz, M

Surgical Neurology, 64(): 77-81.

10.1016/j.surneu.2005.07.035

CrossRef

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Journal of Neurosurgery

Ventriculosubgaleal shunts at Columbus Children's Hospital: neurosurgical implant placement in the neonatal intensive care unit

Karas, CS; Baig, MN; Elton, SW

Journal of Neurosurgery, 107(3): 220-223.

10.3171/PED-07/09/220

CrossRef

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Neurocirugía

a

Luis Fernando Santacruz Flórez

Identificado con *C.C. 94361050*
En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la Institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los *23* días, del mes de *Junio* de *2006*

El Rector

El Decano

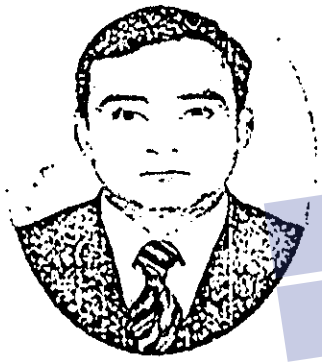
Registrado al folio 55-16 del Libro 3 de Diplomas, a los 23 días del mes de Junio de 2006

049818

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga a

Luis Fernando Santacruz Florez

el grado de

Especialista en Medicina

(Neurocirugía Pediátrica)

en atención a que demostró tener hechos los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen de grado que sustentó el día 12 de noviembre de 2010 según constancias archivadas en la misma Universidad.

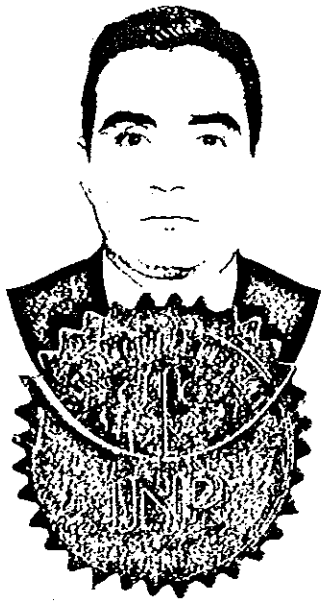
Por mi Raza hablará el Espíritu

Dado en la ciudad de México Distrito Federal el día 20 de enero de 2011.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría 28 del Circulo de Cali
El notario hace constar que esta documento es fiel copia del original que ha tenido a la vista
10 MAR 2011

Elimina la filigrana digital ahora

Instituto Nacional de Pediatría



Otorga el presente

Diploma

al Dr. Luis Fernando Santacruz Florez

por haber terminado satisfactoriamente el programa académico correspondiente al curso de subespecialización en:

Neurocirugía Pediátrica

Durante el período comprendido del 1° de marzo del 2009 al 28 de febrero del 2011

México. D.F. Febrero del 2011

Dr. José M. Reynés Manzur
Director de Enseñanza

Dr. Guillermo Solomon Santibañez
Director General

Dr. Fernando Rueda Franco
Profesor Titular del Curso

Digitalizado

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

21 SET. 2011

RESOLUCIÓN NÚMERO 7300

(- 2 SET. 2011)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y las Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.3926 del 12 de mayo de 2011

CONSIDERANDO:

Que LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLÓREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.94.361.050, presentó para su convalidacion el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, otorgado el 20 de enero de 2011, por la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2011ER44052-35980/11.

Que además presenta el título de MÉDICO Y CIRUJANO, otorgado por el 4 de octubre de 1997, por la UNIVERSIDAD LIBRE, Colombia.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que *"Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."*

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, la cual emitió concepto favorable el 27 de julio de 2011, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN MEDICINA NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, otorgado el 20 de enero de 2011 por la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO, a LUIS FERNANDO SANTACRUZ FLÓREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.361.050, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICINA NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los - 2 SET. 2011

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

ALEXANDRA HERNÁNDEZ MORENO

Document

210
Elimina la filigrana digital ahora

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCION No. 76-8164

21 NOV 2013

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de una especialización.

El Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución No. 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que a Luis Fernando Santacruz Flórez identificado con la cédula de ciudadanía No. 94361050 expedida en Vijes-Valle del Cauca, la Universidad Libre en Cali, le otorgo el titulo de Medico y Cirujano el 4 de octubre de 1997.

Que Luis Fernando Santacruz Flórez se encuentra autorizado para ejercer como Medico y Cirujano mediante Resolución No. 76-2430 del 14 de octubre de 1998 expedida por la Secretaria Departamental de Salud del Valle.

Que Luis Fernando Santacruz Flórez solicitó autorización a esta Secretaria para ejercer como Especialista en Neurocirugía según título que le otorgó la Universidad del Valle en Cali, el 23 de junio de 2006.

Que dicho titulo se encuentra registrado en la Universidad del Valle en el folio 55-26 del libro 2 de diplomas el 23 de junio de 2006. Acta de grado No. 810.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a Luis Fernando Santacruz Flórez para ejercer como Especialista en Neurocirugía en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO Esta resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

JMMateronM

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCION No. 76-8165

21 NOV 2013

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de una especialización.

El Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución No. 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que a Luis Fernando Santacruz Flórez identificado con la cédula de ciudadanía No. 94361050 expedida en Vijes-Valle del Cauca, la Universidad Libre en Cali, le otorgo el titulo de Medico y Cirujano el 4 de octubre de 1997.

Que Luis Fernando Santacruz Flórez se encuentra autorizado para ejercer como Medico y Cirujano mediante Resolución No. 76-2430 del 14 de octubre de 1998 expedida por la Secretaria Departamental de Salud del Valle.

Que Luis Fernando Santacruz Flórez solicitó autorización a esta Secretaria para ejercer como Especialista en Medicina Neurocirugía Pediátrica según título que le otorgó la Universidad Nacional Autónoma de México, el 20 de enero de 2011.

Que el dicho titulo fue convalidado y reconocido por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución No. 7300 del 2 de septiembre de 2011 como equivalente al titulo de Especialista en Medicina Neurocirugía Pediátrica.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO Autorizar a Luis Fernando Santacruz Flórez para ejercer como Especialista en Medicina Neurocirugía Pediátrica en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO Esta resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

JMMateronM

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Cali

Personería Jurídica No. 192 de Junio de 1946
Nit: 860.013.798 - 5

EL SUSCRITO JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

CERTIFICA:

Que OSCAR FERNANDO CARVAJAL VARGAS, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 16536485 de cali, con código estudiantil No. 113485 se encuentra cursando las siguientes asignaturas de tercer año de Derecho y Ciencias Políticas (Nocturno Cal. B) durante el año lectivo de 08/2015 a 06/2016

21027	PROCESAL CIVIL GENERAL
21031	LABORAL COLECTIVO
21106	ADMINISTRATIVO GRAL Y COLOMBIANO
21023	INVESTIGACION III ESCUELAS METODOLOGICAS Y TECNICAS DE RECOLE
21025	OBLIGACIONES
21029	PROCESAL PENAL
21107	COMERCIAL I
21110	HERMENEUTICA Y ARGUMENTACION JURIDICA
23399	INGLES II
21109	TUTELA PENAL DE LOS BIENES JURIDICOS

Cumple con una intensidad horario de lunes a viernes de 6:30 p.m. a 9:30 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12 m., para un total de 27 horas a la semana. El programa de Derecho es anualizado equivalente a dos semestres.

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado (a).

pdfelement

BENUR ANTONIO GONZALEZ GUZMAN
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

Cych.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

JUZGADO SEPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
E. S. D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Médica.
Proceso: de Responsabilidad Civil.
Radicación: 2015 - 00132.
Demandante: Jhon Jeinnys Papamija Bonilla y otros. .
Demandados: Oswaldo Coral Guerron y otros.

Asunto: CONTESTACIÓN DEMANDA
CON PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES.

JAIRO FRAGA ROSAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 80.222.227 de Bogotá D.C y portador de la tarjeta profesional No. 183.193 del C.S.J, obrando como apoderado del doctor **OSWALDO CORAL GUERRON** con la cédula de ciudadanía No. 12.973.569 en su calidad de demandado, dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito y dentro del término legal establecido me permito contestar la demanda y presentar excepciones, manifestado desde ya, que me opongo a las PRETENSIONES por carecer de fundamento legal y fáctico, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso y desde ahora en el presente memorial contestación.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones de los demandantes y las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer ésta de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso y por lo mismo, las rechazo de plano.

Contesto a continuación los hechos en el mismo orden en el que están relacionados en la demanda.

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO UNO: NO NOS CONSTA, En el sentido de que el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON no tuvo intervención en el nacimiento de la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.

AL HECHO DOS: NO NOS CONSTA, teniendo en cuenta que no es de la especialidad del Doctor OSWALDO CORAL GUERRON no tuvo intervención en el nacimiento de la menor, como tampoco nos consta que efectivamente los costos y honorarios los asumieron sus padres.

AL HECHO TRES: NO NOS CONSTA, El lugar de residencia de la señora NOREIDY ACEVEDO CARDONA y el señor JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA, tampoco nos consta su deseo de que su hija naciera en Colombia, como tampoco las dificultades que tuvieron al intentar afiliarse a EPS, en este país, no hacen parte de hechos que tengan que ver con la actividad medica desarrollada por el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

AL HECHO CUATRO: NO NOS CONSTA, debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho, puesto que es anterior a la actuación efectuada por mi poderdante.
No nos consta que el doctor Daniel Ronderos Dumit, le diagnosticara al feto VENTICULOMEGALIA BILATERAL MODERADA.

AL HECHO CINCO: NO ES UN HECHO. Es la descripción de una patología denominada HIDROCEFALIA que no tiene descrita la fuente literaria científica de donde fue extractada, motivo por el cual las inferencias que hace la parte demandante en cuanto a las actividades que pudo haber desempeñado la menor son una mera expectativa muy deducida cuando hay una enfermedad congénita ya hay un daño cerebral y su desarrollo psicomotor no va a ser normal.

AL HECHO SEIS: ES PARCIALMENTE CIERTO: LO CIERTO es que efectivamente la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, padece HIDROCEFALIA CONGENITA.

"La hidrocefalia puede ser a su vez congénita o adquirida. La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética" [1]

Y se debe tener como confesión la manifestación del hecho número 2 de la demanda en la cual manifiestan que desde que KIMBERLY, estaba en el vientre materno los padres ya tenían conocimiento de que venía con una patología diagnosticada mediante ecografía del 19 de agosto de 2011 realizada por el Doctor DANIEL RONDEROS DUMIT.

Lo que no es cierto es referente a la negligencia del personal médico y concretamente del Doctor OSWALDO CORAL GUERRON.

pdfelement

AL HECHO SIETE: NO NOS CONSTAN, Las actividades realizadas con anterioridad a la actividad medica desarrollada por el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON, como en el presente hecho que la parte demandante refiere al 16 de Diciembre de 2011, donde se describen la cirugía realizada por el Doctor FERNANDO SANCHEZ BARON.

Se trata de una paciente institucional, a cargo de su EPS, que es quien debe garantizar la disposición de la especialidad que requiriera al momento de consultar o presentar cualquier situación médica que requiriera de la atención de un especialista.

AL HECHO OCHO: NO NOS CONSTA, por ser hechos anteriores a la actividad médica desarrollada por el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON, sin embargo nos llama mucho la atención lo que dice el demandante:

El procedimiento había sido un éxito y que la menor bajo cuidados necesarios y controles oportunos PODIA TENER UNA VIDA NORMAL COMO MILES DE NIÑOS QUE PADECEN LA MISMA ANOMALIA.

[1] La Hidrocefalia Congénita. Consideraciones sobre las vías menores de producción y reabsorción del líquido cefalorraquídeo, extractado de web https://www.researchgate.net/profile/Agustin_Castaneyra-Perdomo/publication/233943127_La_Hidrocefalia_Congenita_Consideraciones_sobre_las_vias_menores_de_produccion_y_reabsorcion_del_liquido_cefalorraquideo/links/0912f507d31c5a86ee000000.pdf

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

El médico que opero a la niña les recomendó a los padres de Kimberly tener mucho cuidado ante la presencia de cualquier síntoma como fiebre vomito o somnolencia, PUES EXPLICO QUE ERAINDICATIVO CLARO DE TAPONAMIENTO O INFECCION EN LA VALVULA y se le recomendó asistir a urgencias de inmediato con la niña para que se le iniciara tratamiento con antibióticos o retirarle la valvula del cerebro y reemplazarla PARA EVITAR DAÑOS COLATERALES IRREVERSIBLES

De aquí se infiere que los padres de la menor tenían pleno conocimiento que la menor en un momento determinado podría tener complicaciones, que aunque la cirugía había sido exitosa eran conscientes de que la menor sufría una anomalía que necesitaba mucho cuidado y que los síntomas de vómito y de somnolencia en un momento determinado indicaba el taponamiento en la válvula que podría conllevar a DAÑOS COLATERALES IRREVERSIBLES como riesgo inherente.

AL HECHO NUEVE: NO NOS CONSTA, son hechos anteriores a la actividad medica desarrollada por el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON y más bien hacen parte de las gestiones administrativas desarrolladas por los padres de la menor.

AL HECHO DIEZ: NO NOS CONSTA. Referente al resultado de los trámites administrativos desarrollados en las EPS, sin embargo debe tenerse como confesión la manifestación que realiza la parte demandante al decir:

Siempre la han atendido por esta dolencia como se indica a continuación.

pdfelement

De aquí se desprende que las EPS y el personal médico no han descuidado en ningún momento la atención a la menor, motivo por el cual debe entenderse que los galenos siempre han actuado diligentemente.

AL HECHO ONCE: NO NOS CONSTAN. Los hechos desarrollados el 23 de Diciembre de 2011, y 25 de Diciembre de 2011 son actividades médicas desarrolladas con anterioridad a la intervención del Doctor OSWALDO CORAL GUERRON y hacen parte de la intervención del Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ.

AL HECHO DOCE: NO NOS CONSTAN. Debido a que son actividades medicas desarrolladas con anterioridad a la intervención del Doctor CORAL.
Sin embargo llama mucho la atención cuando la parte demandante pretende hacer ver como una negligencia que no se le haya practicado la cirugía cuando ellos mismos dicen que se le detecto SERRATIA MARCENES.

"La infección es un riesgo de todas las operaciones quirúrgicas, sobre todo cuando se implanta un cuerpo extraño como una derivación. Si se deja sin tratar, la infección puede hacer que se abra la herida o causar una infección sistémica con escalofríos y fiebre alta.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

La infección se puede controlar con una terapia antibiótica intensiva sin explantar la derivación" [2]

Estas determinaciones hacen parte del acto médico.

Al **HECHO TRECE: NO NOS CONSTA.** Referente a la angustia de los padres ni tampoco que hayan acudido donde el Doctor FERNANDO SANCHEZ BARON, como tampoco su determinación de disponibilidad para realizar la cirugía a la menor en caso de que la EPS autorizara, todos estos hechos hacen parte de circunstancias ajenas al conocimiento del doctor CORAL.

AL HECHO CATORCE: NO NOS CONSTA. son hechos del 27 de Diciembre de 2011 donde la parte demandante manifiesta que la EPS autoriza una cirugía y en este espacio de tiempo el Doctor CORAL todavía no conocía a la paciente.

AL HECHO QUINCE: NO NOS CONSTA. La decisión tomada por el Doctor LUIS FERNANDO MEJIA como medico infectologo, de ordenar el antibiótico VANCOMICINA para combatir la bacteria, y no concuerda lo que manifiesta la parte demandante cuando en otros hechos de la demanda manifiestan que el día 23 de Diciembre de 2011 ingresa por síntomas de vomito y fiebre y el día 26 de Diciembre reciben los resultados del liquido cefaloraquideo en la que se aprecia una infección.

Tampoco nos consta la decisión del Doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA en la que decide no instalar otra válvula hasta que la menor quede sin infección.

Es lógico que si no tenia una válvula hasta cesar la infección se debería drenar el líquido céfalo raquídeo mediante algún procedimiento para evitar el deceso de la menor.

Con respecto a las manifestaciones realizadas en orden cronológico del :

14 de Enero de 2012. NO NOS CONSTA. Las condiciones de espacio y lugar en que en ese instante fue atendida la menor.

9 de Febrero de 2012. NO NOS CONSTA. Las condiciones infecciosas ni la determinación que haya tomado el medico infectologo.

20 de Febrero de 2012. NO ES CIERTA. La apreciación referente a la actividad realizada por el Doctor OSWALDO CORAL con respecto a la manifestación de la parte demandante que manifiesta:

El Doctor OSWALDO CORAL, le realiza a Kimberly otra dolorosa punción en la cabeza para extraerle el exceso de líquido cefalorraquídeo.

Esta apreciación es falsa teniendo en cuenta que en la punción ventricular transfontanelar no se usa anestesia ya que es una punción única que genera el mínimo dolor similar a la aplicación de la anestesia, en ese orden de ideas no hay necesidad de usar anestesia,

[2] Beneficios y riesgos extractado de http://www.medtronic.es/su-salud/hidrocefalia/terapia/beneficios-riesgos/index.htm

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

porque sería una punción para el uso de la anestesia y otra necesaria para sacar el líquido céfalo raquídeo, además el riesgo de introducir anestesia al parénquima cerebral o al ventrículo ocasionando convulsiones, coma o muerte, hace que esté contraindicado poner anestesia.

21 de Febrero de 2012. NO NOS CONSTA. Porque hace parte de la actividad medica desarrollada por el doctor DANIEL ENRIQUE MEDINA en donde le coloca la válvula.

23 de Febrero de 2012. NO NOS CONSTA. Porque hacen parte de la decisión del médico tratante, sin embargo muestran la prudencia respecto a la administración de antibióticos.

6 de Marzo de 2012. NO NOS CONSTA que en esa fecha se le haya dado de alta a la paciente.

7 de Marzo de 2012. NO NOS CONSTA, que para aquella fecha se le hayan soltado la sutura, que se le haya infectado y se tome la decisión de dejar la válvula para drenar el líquido céfalo raquídeo para volver a las punciones toda esta actividad medica es desarrollada por otro galeno que es el médico tratante.

17 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA, no nos constan estos síntomas porque en esa fecha el Doctor Coral no era el medico tratante.

19 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA hace parte de la actividad del médico tratante Dr DANIEL MEDINA.

20 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA que el doctor DANIEL MEDINA haya recibido los exámenes en los cuales manifiestan infección y tampoco la determinación del médico tratante.

26 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA que para esta fecha se le haya realizado a la menor una nueva pensión, para remitir el líquido exámenes para verificar la infección.

27 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA que efectivamente se haya confirmado la infección esta noticia la recibió fue el Doctor DANIEL MEDINA que era el médico tratante para ese momento.

28 de Marzo de 2012 NO NOS CONSTA, que se haya realizado el retiro de la válvula en esta fecha como tampoco que se haya realizado un tratamiento antibiótico, sin embargo nos llama mucho la atención que la parte demandante hace referencia a 4 días donde la paciente no recibió atención pero no manifiesta la fecha.

1 de Abril de 2012 NO NOS CONSTA, que se haya realizado una nueva punción para extraer el líquido céfalo raquídeo en esta ocasión porque el Doctor Coral no fue el médico tratante, sin embargo cada vez que el demandante hace alusión a una punción para extraer este tipo de fluidos hace referencia a la diligencia de los galenos para evitar que la paciente tuviera complicaciones.

Recordemos que se trata de una paciente institucional, a cargo de su EPS, que es quien debe garantizar la disposición de la especialidad que requiriera al momento de consultar o presentar cualquier situación médica que requiriera de la atención de un especialista.

AL HECHO DIECISÉIS: NO ES CIERTO, no es un hecho es la apreciación subjetiva del demandante referente a la crueldad del hombre, y los beneficios económicos frente a la vida, que no tiene ningún soporte científico.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

Sin embargo la parte demandante se contradice cuando manifiesta que la fontanela de menor se abombaba por el exceso de líquido céfalo raquídeo, que no se debía dejar acumular tanto y también se queja en la forma que describe la punción para drenar el líquido céfalo raquídeo cuando era el procedimiento adecuado dadas las condiciones infecciosas de la menor.

AL HECHO DIECISIETE: NO NOS CONSTA, Que la paciente haya tenido síntomas de irritabilidad, somnolencia y que fue atendida por el Doctor JAIRO SANCHEZ, tampoco nos consta que el día 6 de Abril de 2012 el Doctor JAIRO SANCHEZ, se negara a realizar la punción y tampoco nos consta que la abuela de la menor haya solicitado la ayuda implorándole compasión para drenar el líquido Céfalo Raquídeo al Doctor MEDINA que según los demandantes se encontraba en Medellín, de la misma manera no se encuentra sentido de como el médico tratante en otra ciudad distante pudiese realizar dicha intervención.

Recordemos que se trata de una paciente institucional, a cargo de su EPS, que es quien debe garantizar la disposición de la especialidad que requiriera al momento de consultar o presentar cualquier situación médica que requiriera de la atención de un especialista.

AL HECHO DIECIOCHO: NO NOS CONSTA, Que la Doctora VILLALOBOS, haya intentado contactar a un neurocirujano por todos los medios, sin embargo es una actuación adecuada.

De la misma manera el medico OSWALDO CORAL, no recuerda lo que paso este día 7 de Abril de 2012, es posible que haya salido de la ciudad y que en el lugar donde estaba no exista señal, o que se le descargo el celular, en fin, las posibilidades son múltiples y era el tiempo de descanso del Doctor. Recordemos que se trata de una paciente institucional, a cargo de su EPS, que es quien debe garantizar la disposición de la especialidad que requiriera al momento de consultar o presentar cualquier situación médica que requiriera de la atención de un especialista.

pdfelement

AL HECHO DIECINUEVE: NO NOS CONSTA, la determinación que haya tomado el médico tratante, sin embargo se nota prudencia al acortar los días entre cada punción, después de los sucesos acontecidos en la semana Santa del año 2012.

AL HECHO VEINTE: NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL VEINTIUNO: NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO VEINTIDÓS: NO NOS CONSTA, referente a la queja presentada por los demandantes en la Clínica y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia Clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

AL HECHO VEINTITRÉS: ES PARCIALMENTE CIERTO, Lo cierto es que el Doctor OSWALDO CORAL realizo un procedimiento diferente teniendo en cuenta que los demandantes manifestaban su molestia referente a las punciones que se le realizaban semanalmente a la menor y opto por la ventriculostomia externa .

Aquí es importante aclarar que es ventriculostomia:

Ventriculostomia: (De ventrículo, y del griego stoma, boca). Abertura quirúrgica de un ventrículo cerebral (generalmente el III) en los espacios subaracnoideos de la base del cráneo (cisternas). Operación destinada a drenar una hidrocefalia y, si es necesario, hacer penetrar en las cisternas un medicamento inyectado por punción ventricular (estreptomicina en ciertas formas de meningitis tuberculosas).[3]

14 de Abril de 2007. Esta afirmación no es cierta porque en el año 2007 la menor KIMBERLY no había nacido.

27 de Abril de 2012. Esta afirmación no es cierta porque la paciente no se agrava, si no que ya su infección está controlada y debe retirarse la ventriculostomia externa, y reemplazarla por una derivación ventricular, que se escoge libre, es decir, sin válvula por haber sufrido una infección, para evitar nuevamente una obstrucción de la válvula.

Una vez controlada la infección se colocó derivación libre es decir sin válvula porque después de una infección las proteínas del Líquido Céfalo Raquídeo pueden tapar una válvula más fácilmente que la derivación sin válvula o libre.
Luego de controlada la infección se cambia el catéter libre por una derivación al corazón, con válvula y se toma esta decisión en razón a que con válvula, hay menos riesgo de que se presente hematoma.

pdfelement

AL HECHO VEINTICUATRO: NO ES CIERTO, la derivación libre funciono bien, hasta que tuvo una complicación por hiperdrenaje, por ello se determinó la derivación al corazón en razón a que con válvula, hay menos riesgo de que se presente hematoma y hay menos riesgo de infección que con la derivación al peritoneo, que como vemos, hasta esta fecha había presentado múltiples procesos infecciosos.

La cuestión es que ante las diferentes formas de evolucionar de la paciente había que tomar diferentes medidas que se adapten a las condiciones de la paciente, pero a estas alturas entre los meses de Abril y Junio del 2012, los médicos ya habían intentado todas las posibilidades propendiendo por mejorar la salud de la paciente.

Ante el hematoma por hiperdrenaje El doctor OSWALDO CORAL, vuelve a la técnica de la VALVULA DE HAKIN empleada, anteriormente para evitar hiperdrenaje y porque ya no había infección, en este orden de condiciones de la paciente en este espacio de tiempo la válvula impedía que drenara demasiado líquido y evitaba que el cerebro se separe de la duramadre evitando o aun controlando la formación de un hematoma.

1 de Junio de 2012 No nos consta que la niña haya tenido que ser llevada a urgencias en SALUCOOP NORTE, en donde manifiesta la parte demandante que los resultados para la fecha fue una bacteria llamada como neumonía Nosocomial, y que haya tenido que ser hospitalizada hasta el 5 de Junio de 2012, porque el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON

[3] Diccionario medico Interactivo.
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Ventriculostomia

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

no tuvo intervención en estos hechos y nos atenemos a lo que este consignado en la historia clínica.

9 de Junio de 2012 No nos consta que se le haya encarnado un punto de sutura y los síntomas que refiere la parte demandante porque el Doctor CORAL, no tuvo contacto con la paciente en esa ocasión y nos atenemos a lo consignado en la Historia Clínica.

22 de Junio de 2012 No nos consta nos atenemos a lo consignado en la Historia Clínica.

AL HECHO VEINTICINCO: NO NOS CONSTA, En el sentido de que el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON no tuvo conocimiento del hecho por no tener intervención en el mismo, en este orden de ideas nos atenemos a lo consignado en la historia clínica y lo que se pruebe dentro del presente proceso.
Sin embargo no es cierto que el catéter peritoneal de la válvula de HAKIN, lastimara el estómago ocasionándole las bridas ya que la silicona es muy blanda para ocasionar esto, lo que si ocurre es que por reacción alérgica en algunas personas produce una reacción a cuerpo extraño que incluso el catéter puede salir a la piel o incluso al recto, pero en este caso esto no sucedió.

La manifestación de la parte demandante deberá probarse dentro del proceso.

AL HECHO VEINTISÉIS: : NO NOS CONSTA la atención brindada a la paciente por otros profesionales de la salud.

NO ES CIERTO, que el doctor OSWALDO CORAL haya sido enterado vía telefónica como lo refiere la demandante.

Posteriormente, cuando el galeno tiene conocimiento de lo que presenta la paciente, se dirige donde la paciente y realiza la punción ventricular para ver si ya se podía colocar la derivación nueva y no es cierto que se haya castigado a la menor con una punción el 8 de Agosto de 2012, como lo he dicho a lo largo de esta contestación, lo que se logra con este procedimiento es salvar la vida de la paciente.

También es importante resaltar que durante todo el tratamiento donde no se usaba la válvula se ordenaba 1 punción semanal, es decir este es el tiempo indicado para realizar este procedimiento y hasta aquí solo habían transcurrido 4 días, su atención y procedimiento se realizó antes de una semana.

AL HECHO VEINTISIETE: ES CIERTO, cuando el Doctor CORAL nota que el cuadro clínico fue abdominal y debía esperarse descartar por parte de los cirujanos generales una infección o patología intestinal.

Debía esperar la confirmación de la infección de la cavidad peritoneal y de ser así no se puede dejar la válvula sino que hay que cambiarla por una derivación ventricular externa o ventriculostomia externa hasta que se controle la infección y eso precisamente fue lo que se realizó.
También es importante resaltar que la punción ventricular se necesitaba para saber si había una infección del líquido céfaloraquídeo, proceder a retirar la derivación definitiva y dejar la ventriculostomia hasta cuando se controle la infección. Luego se colocó una derivación ventrículo atrial, que como se explicó antes, era el procedimiento adecuado de

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

acuerdo a los antecedentes de la paciente que había sufrido múltiples obstrucciones de su derivación ventriculoperitoneal.

AL HECHO VEINTIOCHO: NO NOS CONSTA, En el sentido de que el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON no tuvo conocimiento del hecho por no tener intervención en el mismo, en este orden de ideas nos atenemos a lo consignado en la historia clínica y lo que se pruebe dentro del presente proceso.

AL HECHO VEINTINUEVE: ES PARCIALMENTE CIERTO, lo cierto es que después de haber realizado el procedimiento el Doctor OSWALDO CORAL, la paciente presento mejorías por un lapso de tiempo de 5 meses, muy superior en comparación con toda la evolución presentada por la paciente con anterioridad.

Sin embargo no nos consta que la paciente haya asistido a todas las terapias manifestadas en este punto.

AL HECHO TREINTA: NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y UNO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y DOS, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y TRES, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y CUATRO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y CINCO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y SEIS, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

AL HECHO TREINTA Y SIETE, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y OCHO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO TREINTA Y NUEVE, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA, NO NOS CONSTA, lo sucedido antes de que se diera aviso al Dr. CORAL, de la situación de la paciente, tampoco nos consta si llamaron al Dr. MEDINA. Recordemos que se trata de una paciente institucional, a cargo de la IPS, que es quien debe garantizar la disposición de la especialidad que requiriera al momento de consultar o presentar cualquier situación médica que requiriera de la atención de un especialista.

ES CIERTO, que el Doctor OSWALDO CORAL, acudió al llamado cuando se le avisó del deterioro neurológico, en el término de la distancia; antes no había sido llamado a atenderla, el galeno no era médico de urgencias.

Es importante aclarar, que el Dr. CORAL realiza la nota al finalizar la atención de la paciente, por lo que si realizó la nota a la una de la mañana, significa que el llego por lo menos media hora antes mientras realizaba la valoración, determinando que era necesario llevarla a cirugía, pues la clínica de la paciente determinaba que había sufrido una obstrucción súbita de la derivación ventrículo atrial.

AL HECHO CUARENTA Y UNO, NO ES CIERTO TAL Y COMO LO MANIFESTAN LOS DEMANDANTES; el estado de coma de la paciente para la cirugía, fue inducido con medicamentos, con la finalidad de realizar la cirugía, propendiendo por la protección neurológica.

ES CIERTO, Que el Doctor OSWALDO CORAL, intento por todos los medios que la paciente evolucionara satisfactoriamente por ese motivo retiro la válvula taponada y la cambio por una nueva en la misma madrugada del evento.

En la nota operatoria describe como hallazgos quirúrgica presencia de coagulo dentro de la válvula que ocasiono la obstrucción aunque es un hallazgo raro ocasionó un flujo retrogrado de la sangre del corazón a la válvula tapándolo de forma súbita.

Es importante resaltar que cada vez que la paciente no tenía tapada la válvula por infecciones, sino por la presentación de manera súbita de un hematoma que tapó el flujo.

El líquido Céfalo Raquídeo había que drenarlo necesariamente a través de punciones para evitar el deceso de la paciente y solo hasta el hecho cuarenta y uno la parte demandante

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

reconoce que este procedimiento le salvo la vida, cuando anteriormente manifestaba la punción como castigo.

EL Doctor Coral siempre actuó diligentemente, tanto que el día que lo llaman de la clínica se encontraba en su lugar de residencia y se dirige hacia el Centro medico a esas horas de la madrugada pese a que no estaba de turno.

El daño neurológico que tiene la paciente, fue causado por su patología de base, que requería el manejo con derivación ventrículo atrial, que se tapó por la formación de un hematoma, que ocurrió de manera súbita, de acuerdo con las condiciones que presentaba la paciente previamente y lo encontrado en la cirugía.

AL HECHO CUARENTA Y DOS, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y TRES, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y CUATRO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y CINCO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y SEIS. NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y SIETE, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y OCHO, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CUARENTA Y NUEVE, NO NOS CONSTA, Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho no haré referencia alguna al

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

respecto por lo que nos atenemos a lo que la parte demandante pruebe dentro del proceso y a lo consignado en su historia clínica.

AL HECHO CINCUENTA. NO ES UN HECHO.

A LAS PRETENCIONES Y A LAS CONDENAS:

Con fundamento en la contestación de ésta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa ni obligación pendiente nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al **Dr. OSWALDO CORAL GUERRON** ya que su actuar fue el adecuado, correcto y aceptado por la ciencia médica actual en su condición de MÉDICO NEUROCIRUJANO habiéndole prestado por su parte a la paciente la atención médica necesaria.

- Nos oponemos a que se declare civilmente responsable al **Dr. OSWALDO CORAL GUERRRON**, ya que nunca actuó con negligencia y mucho menos actúo con desconocimiento profesional, dispuso de todo su cuidado y pericia para brindar una adecuada atención al momento de realizar todas las intervenciones a la menor **KIMBERLY PAPAMIJA**, en ese sentido nos oponemos a las pretensiones por

  DAÑOS MATERIALES a continuación descritos:

  NOREIDY ACEVEDO CARDONA: QUINIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($500.000.000)

  JHON JEYNIS PAPAMIJA: QUINIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($500.000.000)

  Es importante resaltar que los daños materiales deben ser sustentados y probados y la parte demandante no aprueba siquiera prueba sumaria referente a un daño emergente y/o lucro cesante.

POR PERJUICIOS POR DAÑO A LA VIDA EN RELACION Y/O DAÑO PSICOLOGICO O PERJUICIOS INMATERIALES.

Nos oponemos Respecto a los perjuicios manifestados, dado que las pretensiones de la parte demandante son infundadas, improcedentes e injustificadas, además totalmente excesivas dando a lugar a que se genere de su parte un cobro de sumas dinerarias que no debe mi representado en consideración a los hechos ciertos y la diligencia pericia y cuidado de mi representado al desarrollar toda la actividad medica plasmada en la contestación de los hechos de la demanda los cuales fueron óptimos.

NOREIDY ACEVEDO CARDONA: 200 Salarios mínimos legales vigentes
JHON JEYNIS PAPAMIJA : 200 Salarios mínimos legales vigentes
KIMBERLY PAPAMIJA: 200 Salarios mínimos legales vigentes

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

Y presentamos oposición respecto a los perjuicios referentes al resto de demandados que no han sido manifestados en esta pretensión.

PERJUICIOS MORLES.

Teniendo en cuenta que no es responsabilidad de los galenos el resultado efectivo de unas condiciones de vida como las de cualquier niño hacia la menor KIMBERLY, en el sentido de que la menor venia con una enfermedad congénita y la actividad medica desarrollada por el Doctor OSWALDO CORAL por el contrario produjo que la menor continúe con vida presentamos oposición a los perjuicios morales solicitados por la parte demandante de la siguiente manera:

NOREIDY ACEVEDO CARDONA: 500 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES
JHON JEYNIS PAPAMIJA : 500 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES.
MERY CARDONA PÉREZ: 200 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES
JOSÉ HEBERTO ACEVEDO: 200 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES
JORGE ARMANDO ACEVEDO: 100 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES
ELVER ACEVEDO CARDONA: 100 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES.

Con respecto a la pretensión de Honorarios de abogados es importante resaltar que efectivamente el abogado es la persona que debe sustentar y probar las pretensiones.

pdfelement

OBJECION A LA ESTIMACIÓN DE LA CUANTÍA

Con base en lo dispuesto por el artículo 206 del C.G.P, vigente para la fecha de presentación de la demanda, OBJETO la estimación de los perjuicios cobrados, así:

DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE: Objeto la cuantía de los perjuicios solicitados, toda vez, que no se encuentra probada en debida forma las sumas que se demandan, dando un estimatorio sin fundamento legal.

Nos oponemos a la condena en costas que solicita la demandante.

Serán los demandantes quienes deberán ser condenados al pago de las costas y agencias en derecho por no configurarse los elementos de la responsabilidad civil en este proceso.

Solicitamos no se tenga en cuenta ningunas de las pretensiones hechas por los señores demandantes referente a perjuicios Morales teniendo en cuenta que es una ficción, una cifra injustificada. Basta informar que tampoco existe prueba de que efectivamente los galenos hayan actuado por fuera de los parámetros de responsabilidad.

En el presente caso la pretensión de daño moral carece de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas. Por lo anterior teniendo en cuenta que las sumas solicitadas por la parte demandante son inconsultas y desproporcionadas a tal pretensión. Al ser contrarias a los límites

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

jurisprudenciales pretenden un enriquecimiento sin justa causa y sin sustento jurídico o probatorio.

En últimas sin la declaratoria de daño a la salud o declaratoria que responda a las pretensiones del presente caso por inexistencia de nexo causal, y por el contrario la existencia de causales objetivas de exoneración de responsabilidad del médico que se presentan y desarrollan en el acápite de excepciones de la defensa.

Al JURAMENTO ESTIMATORIO – OBJECIÓN

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito **OBJETAR** el juramento estimatorio realizado por la parte actora, respecto de los perjuicios materiales solicitados.

En el *sub lite,* el accionante realizó el juramento estimatorio en estos términos:

> *"Juramento estimatorio. Lo valoro en cantidad igual o superior a $ 500.000.000."*

Me permito objetar la suma reclamada, advirtiendo que el juramento carece de soportes probatorios que justifiquen los elevados valores pretendidos por los demandantes desbordando los límites legales y jurisprudenciales. No cumple con los lineamientos mínimos que indica el artículo 206 del C.G.P al no realizar la discriminación de los conceptos reclamados.

pdfelement

No obstante lo anterior, es pertinente recordar a la parte actora, que el juramento estimatorio no se aplica a la cuantificación de daños extrapatrimoniales, por lo que se pone de presente otro yerro sobre el juramento estimatorio, lo cual denota falta de técnica procesal en el escrito de demanda.

A. Petición especial

De conformidad a los argumentos y razones expuestas dentro del presente escrito, solicito especialmente a su señoría declare fundada esta objeción frente a la determinación de perjuicios materiales, por lo que solicito se apliquen a favor de mi representado, las sanciones económicas establecidas en el inciso 4º del artículo 206 del C.G.P., que consagra:

> *"Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia."*

A LAS PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA:

A.- En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Ninguna de las pruebas arrimadas por la demandante acredita los hechos de la demanda. Por el contrario demuestran la diligencia, prudencia y

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

pericia en el actuar del **Dr. OSWALDO CORAL GUERRON** al momento de atender a la menor KIMBERLY PAPAMIJA.

MEDIOS DE PRUEBA.

A.- PRUEBA DOCUMENTAL:

1. Hoja de vida y anexos del médico OSWALDO CORAL GUERRON.
2. Hidrocefala Descripción. Literatura Científica
3. Hidrocefalia Congénita Dr Nicolas Nazar. Literatura Científica
4. Hipertensión Endocraneana por Hidrocefalia ABC NEUROQX. Literatura Científica
5. Neuroendoscopia Dr Juan Jiménez de la Universidad de Carabobo. Literatura Científica
6. Hidrocefalia definición del problema. Literatura Científica

B. DECLARACIÓN DE PARTE ART 165 C.G.P.

1. Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista en **NEUROCIRUJIA Dr. OSWALDO GUERRON CORAL** , para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones, quien puede ser citado en la dirección suministrada en la demanda.

C. INTERROGATORIO DE PARTE.

D. Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista **DANIEL ENRIQUE MEDINA** JIMENEZ, para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones, quien puede ser citado en la dirección suministrada en la demanda.

E. Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista **JAMES ZAMBRANO** , para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones, quien puede ser citado en la dirección suministrada en la demanda.

F. Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO**, para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones, quien puede ser citado en la dirección suministrada en la demanda.

parclement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

D. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL QUIENES POR TENER CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS Y ESTAR ALTAMENTE CALIFICADOS PODRÁN EMITIR CONCEPTOS A LAS LUCES 220 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, PRUEBA QUE SE LLEVARÁ A CABO CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

Sírvase citar a

Dr FERNARDO SANCHEZ BARON (NEUROCIRUJANO), mayor de edad y se puede localizar en la clínica de los Remedios en la avenida 2 norte numero 24-157.
Fue el medico particular que según los demandantes la atendió al inicio del proceso y quiso cambiarle la válvula Kimberly.

LUIS FERNANDO MEJIA (INFECTOLOGO), mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de la agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.
Medico que la reviso en una emergencia.

GUILLERMO ALBERTO SARMIENTO RAMIREZ (CIRUJANO) mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.
Médico que examino a la menor el 24 de Julio de 2012 y determina la presencia de infección intestinal.

DARIO ALBERTO BARONA LONDOÑO (CIRUJANO) mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.

GUILLERMO LOTERO DIAZ (CIRUJANO) mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.
Es el medico que revisa el TAC de abdomen ordenado por el doctor BARONA LONDOÑO y determina que no hay obstrucción de las vías digestivas y recomienda que se haga una laparoscopia con autorización de sus padres.

PATRICIA MERCEDES CASTELLO MESA (PEDIATRA) mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.

Medica de urgencias que el día 13 de Febrero de 2013 al revisar a KIMBERLY , y según la parte demandante se le solicito revisar la válvula.

CARLOS ALBERTO RAMIREZ (CIRUJANO) mayor de edad a quien se le puede localizar en la clínica de agencia SALUDOOP NORTE en la avenida 3 Norte numero 32 AN 40 de Cali.
Quien atiende a la menor el día de taponamiento de la válvula.

E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE DE ESPECILIDAD NEUROCIRUGIA.

pdfelement

246
Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

De conformidad con lo dispuesto de acuerdo con lo establecido en los artículos 226 y siguientes del Código General del proceso me permito aportar como PRUEBA PERICIAL DE PARTE, el DICTAMEN elaborado por el Doctor DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ, médico especialista en neurocirugia, con sus respectivos anexos, que contienen su hoja de vida y diplomas que acreditan su idoneidad, quien tuvo en su poder para rendir el DICTAMEN PERICIAL, la Demanda interpuesta por JHON JENYYS PAPAMIJA y OTROS, contra el Doctor OSWALDO CORAL Y OTROS, con sus anexos, Historia clínica de la paciente PAPAMIJA y el Cuestionario elaborado.

Solicito de manera respetuosa, que previo traslado al demandante, por reunir los requisitos legales, sea tenido por el despacho, como DICTAMEN PERICIAL, emitido por profesional especializado; el que se aporta, elaborado por el Dr. DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ médico especialista en NEUROCIRUGIA, de acuerdo con lo establecido en los artículos 226 y siguientes del Código General del proceso y por lo tanto se le dé el trámite procesal pertinente para que las partes involucradas en el proceso puedan controvertirlo; de considerarlo necesario, solicito se cite al Dr. DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ médico especialista en NEUROCIRUGIA para que rinda declaración respecto de su experticia, de acuerdo con lo dispuesto en la ley.

El Dr DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ médico especialista en NEUROCIRUGIA, puede ser localizado en la cra 3 oeste n: 7 – 52 apto 504 A, Correo electrónico diegorodriguez11@gmail.com, Teléfono 3122974219

CUESTIONARIO.

1. ¿Qué es Hidrocefalia?
2. ¿Qué es hidrocefalia descompensada?
3. ¿Qué es una derivación?
4. ¿Cuáles son los criterios clínicos y tomograficos de una hidrocefalia descompensada?
5. ¿Porque se puede tapar una válvula?
6. ¿Si un paciente tiene hidrocefalia descompensada y el paciente tiene una derivación cual es el paso terapéutico?
7. ¿En qué consiste la cirugía?
8. ¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?
9. ¿Qué es la hidrocefalia congénita?
10. ¿La hidrocefalia puede producir daño cerebral?
11. ¿Cuáles son los diferentes manejos para mantener la presión del LCR en límites normales en un paciente con hidrocefalia?
12. ¿Cuáles son las complicaciones al instalar una derivación ventriculo peritoneal o una válvula de Hakim?
13. ¿Por favor explique por qué se produjeron las bridas intestinales en la paciente con hidrocefalia?
14. ¿Por favor explique el procedimiento de la extracción de LCR por la fontanela y si es necesaria anestesia local cada vez que se realiza dicho procedimiento?
15. ¿Cuáles son los signos y síntomas para decidir extraer el LCR urgentemente por la fontanela?

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

EXCEPCIONES DE FONDO

Dando respuesta frente al concepto de violación nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las conclusiones en que fundamente la parte actora la violación pretendiendo edificarla sobre una RESPONSABILIDAD CIVIL por la atención médica prestada por el Doctor **OSWALDO CORAL GUERRON**, por cuanto la prueba aportada y la que se pretende hacer valer en ningún momento compromete por acción o por omisión la conducta profesional de este en lo que respecta.

INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Como punto de partida, vale la pena recordar que cuando hablamos de responsabilidad médica, la obligación de demostrar ésta se encuentra en cabeza del demandante[4], quien tiene la obligación de probar que el médico incurrió en una conducta culposa, y que además, ésta fue la causante del daño sobre el cual se exige la correspondiente reparación, carga que no resulta ajena a lo preceptuado por el Código de Procedimiento Civil en su artículo 177 y el Código General del Proceso en su artículo 167, disposiciones legales y procedimentales que son aplicables al proceso administrativo conforme lo establece el artículo 306 de la ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).

pdfelement

En este sentido el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON, no tuvo incidencia en la totalidad de la actividad medica desarrollada sobre la menor KIMBERLY PAPAMIJA, recordemos que cuando el llega en su ultima atención por llamado de la IPS, cuando no estaba de turno, sobre la media noche, el daño estaba causado, el daño neurológico ya era evidente y solo realizo lo posible para evitar que la paciente falleciera cambiándole la válvula taponada por un coagulo.

Así lo ha reiterado la jurisprudencia, quien ha venido señalando sin dubitación alguna que la carga probatoria en la responsabilidad médica recae sobre la parte demandante, sin que pueda presumirse la culpa de los médicos[5], y en especial cuando se trata del nexo

[4] Al respecto señala Tamayo Jaramillo, que *"a la víctima le corresponde probar que el daño por ella sufrido es el comportamiento ilícito del agente, es decir, que éste último, por sí mismo o por interpuesta persona, cosa o actividad, bajo su responsabilidad, causó el perjuicio... la responsabilidad médica supone, también, la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño... en efecto, la doctrina tradicional exige no solo la prueba de la culpa médica, sino que, al mismo tiempo, exige que se demuestre que esa culpa fue la causante del daño"*. ("Tratado de Responsabilidad Civil", tomo 1, segunda edición y sexta reimpresión, Legis, 2011, Bogotá, Pág. 253, 287 y 319).

[5] Al respecto señala el Consejo de Estado que *"en materia de responsabilidad médica corresponde a la parte demandante acreditar todos los elementos que la configuran, para lo cual resultan admisibles todos los medios probatorios legalmente aceptados, ... En consecuencia, como se viene exponiendo, para deducir la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos cuando medie una intervención médica, la víctima del daño que pretenda la reparación correrá con la carga de demostrar la falla*

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

causal, desde vieja data ha advertido que *"la responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, se requiere además que dicho daño sea imputable a la Administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo"*[6].

EXCEPCION POR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO.

La menor Kimberly Papamija, nació con Hidrocefalia el cual fue detectado en el 6 mes gestacional.
Los médicos trataron por todos los medios de que la paciente evolucionara satisfactoriamente, para eso se le realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas a las cuales no respondió.
Las intervenciones realizadas fueron:

- Colocación de válvula de hakin
- Ventriculostomia externa
- Ventriculostomia libre.
- Punciones para drenar el liquido cefaloraquideo.

pdfelement

Existió la necesidad de variar de un procedimiento a otro porque como constante la menor siempre tuvo infecciones que hacían necesaria la suspensión de válvulas que las tapaban los microorganismos de las infecciones, momentos en los cuales fue necesario drenar el líquido Céfalo Raquídeo con punciones, por así decirlo de manera manual.
Cuando la menor presentaba infecciones la prioridad además de drenar el líquido Céfalo raquídeo era combatir la infección a través de tratamientos muy fuertes de antibióticos, pero las infecciones fueron una constante.

Puede resultar frustrante para los galenos que el paciente evolucione tórpidamente, sin embargo el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder a favor de la salud del enfermo, sin que ello llegare a significar que deba asumir la responsabilidad por la ausencia de éxito en el tratamiento o la aparición de otra dolencia posterior que era desconocida para el médico tratante o la ocurrencia de algún tipo de complicación propia del procedimiento,

---

en la atención y que esa falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto médico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos podrá lograrse mediante cualquier medio probatorio...". (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 26 de marzo de 2008, Rad. 73001-23-31-000-1995-02349-01(15725), Cp. Ruth Stella Correa Palacio).

[6] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), Cp. Ruth Stella Correa Palacio.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

el cual desplegó toda su voluntad, experiencia y conocimientos médicos, clínicos y científicos en la atención brindada a la paciente.

RIESGO INHERENTE

De conformidad con el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 *"La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto..."*.

En gracia de discusión que sean ciertos los supuestos daños alegados por la parte actora, estos NO son producto de una falla médica, sino a RIESGOS INHERENTES a la misma intervención quirúrgica y a su patología de esta forma La **hidrocefalia congénita** se produce por malformaciones cerebrales durante la gestación, que impiden la circulación del líquido cefalorraquídeo.

Los sistemas de derivación no son mecanismos perfectos. Entre las complicaciones pueden figurar falla mecánica, infecciones, obstrucciones y la necesidad de prolongar o reemplazar el catéter. Por lo general, los sistemas de derivación requieren vigilancia y seguimiento médico regular. Cuando ocurren complicaciones, el sistema de derivación normalmente requiere algún tipo de ajuste o revisión cuando se logra diagnosticar la falla en la valvula. Algunas complicaciones pueden conducir a otros problemas tales como drenaje excesivo o drenaje insuficiente.
El drenaje excesivo ocurre cuando la derivación permite al líquido cerebroespinal drenar de los ventrículos con más rapidez que aquella a la que se produce. Este drenaje excesivo puede hacer que los ventrículos se colapsen, rompiendo vasos sanguíneos y ocasionando dolor de cabeza, hemorragia o ventrículos escindidos (el síndrome de ventrículos escindidos). Ocurre drenaje insuficiente cuando el líquido cerebroespinal no sale con suficiente rapidez y los síntomas de la hidrocefalia vuelven a aparecer produciendo graves daños neurológicos lo cual exonera de responsabilidad civil a mi poderdante, y por consiguiente no existe obligación indemnizatoria por los supuestos perjuicios materiales e inmateriales que dice haber sufrido la parte demandante.

pdfelement

AUSENCIA DE CULPA

La responsabilidad civil de los profesionales de la salud es de naturaleza subjetiva y como lo cita el Dr. Carlos Ignacio Jaramillo "La culpa sigue siendo el factor de atribución fundamental de la responsabilidad en materia de responsabilidad de los profesionales, siendo insustituible en este rol".[7]

En este orden de ideas el Doctor OSWALDO CORAL el día 21 de Febrero de 2013, cuando la paciente KIMBERLY PAPAMIJA sufrió el daño neurológico el doctor OSWALDO CORAL, estaba en su lugar de residencia porque no estaba de turno, recibe una llamada del centro

[7] Jaramillo J. , Carlos Ignacio, "LA CULPA Y LA CARGA DE LA PRUEBA EN EL CAMPO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA" Colección de Ensayos 11, Grupo Editorial Ibañez, Bogotá, 2010, Pág. 134.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

medico y pese a que no estaba de turno se dirige a atender la paciente, cuando llego el daño neurológico estaba causado por taponamiento de la válvula de Hakin.
Procede a retirar la válvula y a cambiarla por otra pero las consecuencias ya estaban establecidas.

Podemos definir la culpa como una forma de conducta irregular en la cual no media la intención de dañar, pero que viola preceptos de prudencia, pericia y diligencia al efectuar una acción determinada, pudiendo con tal descuido ocasionar un daño a otro o en términos de los hermanos Mazeaud "es un error de conducta que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas que el autor del daño".

LAS OBLIGACIONES DEL MÉDICO EN EL CASO EN CONCRETO SON DE MEDIO

Todo lo manifestado por los demandantes lo que prueba es que no se escatimo en esfuerzos para que la paciente resultara avante en su tratamiento.

Las infecciones siempre estuvieron presentes con respuesta inmunológica insuficiente para lo cual se aplicaron constantemente antibióticos.

Si se le coloca la válvula de HAKIN, se taponaba por los microorganismos, cuando se intentó la ventriculostomia externa apareció el sobre drenaje, cuando se punsaba manualmente para drenar el líquido céfalo raquídeo los demandantes manifestaban que es un tratamiento inhumano.
No existió tratamiento ante su patología que no se intentara como vemos en este caso se trata de una responsabilidad de tintes subjetivos, donde la obligaciones de mi prohijado son de medio – como la doctrina y jurisprudencia[8] han destacado en los contratos de prestación de servicios médicos -, es decir que el profesional de la salud debe emplear acciones y conductas tendientes al restablecimiento de la salud de quien atienden, sin tener que curar, sólo tratar y procurar lo mejor para su paciente, utilizando los medios, cuidados y conocimientos.[9]

[8] "*la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios.*" CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

[9] "Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte medico es capaz de ensañarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimiento del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser medico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad medica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las misma circunstancias" el arte medico científico;" PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogotá. Editorial Temis, 1955, Pág. 201.

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 126- 3123975637
CALI - COLOMBIA

En el caso bajo análisis es claro que todos lo tratamientos existentes en la actualidad se intentaron para la menor KIMBERLI PAPAMIJA, pero siempre aparecieron previsibles pero irresistibles.

LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho a favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante en la que obra en el proceso y yo la recibiré en mi oficina ubicada en la Carrera 37 No. 5B2 – 55 del Barrio San Fernando de la ciudad de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho.

ANEXOS

Los documentos citados como prueba, copia de Literatura Científica sobre el tema y poder a mi favor.

DEPENDENCIA JUDICIAL

Autorizo y solicito reconozca como dependientes judiciales a:

OSCAR CARVAJAL VARGAS, identificado con cédula de ciudadanía número 16.536.485 expedida en Cali, estudiante de la Universidad Libre VI año.

Acredito a los dependientes para realizar la revisión del expediente. Igualmente le autorizo para solicitar información, reclamar copias, notificaciones y traslados.
Del señor Juez,

Atentamente:

JAIRO FRAGA ROSAS
C.C. No 80.222.227 de Bogotá D.C
T.P. No. 183.193 del C.S. de la J.

Elimina la filigrana digital ahora

Oswaldo Ancízar Coral Guerrón, MD

Neurocirujano

Clínica Santillana
Carrera 46 No. 9C-85
Oficina 605
Cali, Colombia

Tel.: (+572) 390 6363
Beeper: (+572) 6602020 Cod 27814
E-mail: ocoralg@yahoo.com
Tel Red: (+572) 6641620/6652711

Información Personal

Estado civil: Casado.

Edad: 43 años.

Fecha y lugar de nacimiento: 25/12/1959. Aldana – Nariño-Colombia

Cédula de Ciudadanía: 12.973.569 Pasto.

Formación:

1993-1997 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
(Santafé de Bogotá)
Especialista en Neurocirugía

1990-1991 UNIVERSIDAD DEL VALLE (Cali)
Magíster en Epidemiología.

1980-1986 UNIVERSIDAD DEL CAUCA (Popayán)
Medico y Cirujano.

1974 -1980 INSTITUTO CHAMPAGNAT (Pasto).
Bachiller Académico

pdfelement

Cursos realizados

52nd Congress of Neurological Surgeons, Annual Meeting
21-26 September 2002
Philadelphia, Pennsylvania, USA

50th Congress of Neurological Surgeons, Annual Meeting
23-28 September 2000
San Antonio, Texas, USA

Elimina la filigrana digital ahora

Congreso Nacional de Neurocirugía
3-7 Agosto de 2000
Medellín, Colombia

Fellow Visitor. En Neurocirugía Vascular. Deparment of Neurological Surgery. Jackson Memorial Hospital. University of Miami. Miami Florida. Doctor Roberto Heros MD.. Mayo - Julio 1997

XV Simposio Internacional de Neurocirugía. Bogotá. Noviembre 11-12-13 de 1996

XVII Congreso Nacional Asociación Nacional de Neurocirugía. Manizales. Noviembre 1-2-3 de 1996.

Congreso Latinoamericano de Neurocirugía. Cartagena. Noviembre de 1994

Experiencia Laboral

Diciembre de 1997 – a la fecha
Neurocirujano.
Contratación Civil.
Seguro Social Clínica Rafael Uribe Uribe Cali

Junio de 1999- a la fecha
Neurocirujano
Médico Adscrito
E.P.S. Cruz Blanca

Junio del 2002- a la fecha
Neurocirujano
Contratación civil
Clínica Rey David

Abril –junio 2001
Neurocirujano asistencial de urgencias
Hospital Universitario del Valle, Evaristo García

Septiembre 2000-Abril 2001
Neurocirujano - Contratación civil
Clínica Nuestra Señora de Fátima Policía Nacional de Colombia.

Julio - Diciembre de 1995, Septiembre 1996, Septiembre 1997
Neurocirujano Urgencias Supernumerario.
Hospital San Juan de Dios (Santafé de Bogotá).

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Abril de 1991- Febrero de 1993.
Jefe Sección de Epidemiología.
Servicio Seccional de Salud de Nariño (Pasto).

Enero - Marzo de 1991
Jefe Sección Programas Médicos Generales.
Servicio Seccional de Salud de Nariño (Pasto).

Enero de 1989 - Diciembre de 1990
Jefe Red Departamental de Laboratorios.
Servicio Seccional de Salud de Nariño (Pasto).

Julio - Diciembre de 1988
Director Hospital Sagrado Corazón de Jesús (El Charco -Nariño).

Junio 1987 - Junio de 1988 AÑO SOCIAL OBLIGATORIO
Hospital Sagrado Corazón de Jesús (El Charco - Nariño)

Enero - Diciembre 1986 AÑO DE INTERNADO
Hospital Departamental de Nariño (Pasto)

pdfelement

Investigaciones en Neurocirugía

Beneficios y Riesgos de la Cirugía por Vía Anterior Comparada con Abordaje Posterior para Enfermedad Neoplásica e Infecciosa Crónica en la Columna Torácica y Lumbar.
Hospital San Juan de Dios. Santafé de Bogotá. 1990-1997.

Tumores Cerebrales en Niños.
Hospital de La Misericordia. Santafé de Bogotá. 1989-1996.

Hematoma Subdural Crónico.
Hospital San Juan de Dios. Santafé de Bogotá. 1989-1996.

Hemorragia Subaracnoidea Espontánea por Ruptura de Aneurismas Cerebrales.
Hospital San Juan de Dios. Santafé de Bogotá. 1980-1996

Técnica de Obenque vs. Otras Técnicas de Fijación Posterior en Trauma Raquimedular de la Columna Cervical.
Hospital San Juan de Dios. Santafé de Bogotá. 1990-1996.

Inestabilidad Espinal en el Trauma Raquimedular
Hospital San Juan de Dios. Santafé de Bogotá. 1989-1994.

Elimina la filigrana digital ahora

Referencias Personales

Dr. Jairo Sánchez MD – Neurocirujano
Jefe Servicio de Neurocirugía Clínica Rafael Uribe Uribe
Tel. Consultorio 6605242
Beeper 6602020 Cód. 5209

Dr. Antonio Montoya Casella MD - Neurocirujano
Beeper 6602020 Cod. 709

Dr. Juan de Dios Villegas MD. Mg. Administración
Gerente Clínica Rafael Uribe Uribe
Tel. 6674287

OSWALDO CORAL GUERRÓN MD.
C.C 12.973.569 Pasto

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

La Universidad del Cauca



en nombre de la

República de Colombia

y por autorizacion del

Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

Oswaldo Aníbar Coral Guerrón

cc 12'973.569 Pasto

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de

Médico y Cirujano

con todos los derechos privilegios y dignidades que lo facultan para el ejercicio profesional.

Popayán, 19 de Diciembre de 1986

El Rector de la Universidad

El Decano de la Facultad

Alberto Vallejo Durán.

La Secretaria General de la Universidad

Registrado en el folio Nº 366 del libro de Diplomas 50

Gobernación del Departamento del Cauca
Anotado al folio 804 del libro de Diplomas 74
Popayán, 19 de Agosto de 1.988

El Secretario de Educación Departamental

Dibujó: Hoey 23203

Elimina la filigrana digital ahora

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Oswaldo Arcisar Coral Guerrón

C.C. 12.973.569 de Pasto

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Neurocirugia

EN LA CIUDAD DE Stafé de Bta A 17 de Diciembre DE 1997

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

0006237

Elimina la filigrana digital ahora



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 3224/89

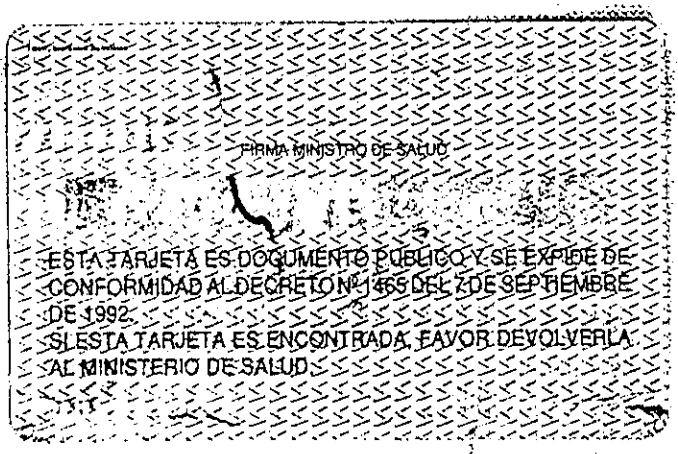
Firma Médico

Nombres y Apellidos
OSWALDO ARCIZAR ORAL ESPERON

C.C. Nº 12972569 De: PASTO
Ciudad

Universidad CAUCA

Código: 001901 Fecha de Expedición: 26 05



FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 2 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD

Elimina la filigrana digital ahora

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO N°. 30 del 19 de diciembre de 1986

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00p.m. del viernes diecinueve (19) de diciembre de mil novecientos ochenta y seis (1986) y en cumplimiento de la resolución No.3420 del 15 de septiembre de 1986 expedida por el Rector, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. Instalada la Ceremonia la Secretaria General lee la resolución, afirmando que el graduando cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A:

OSWALDO ANCIZAR CORAL GUERRON

C.C.No.12.973.569 de Pasto (N)

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médico y Cirujano.

Se registra en el Libro de Diplomas de Profesionales N°.50 Folio N°.458

La ceremonia finaliza a las 6:00p.m

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado. (fdo) HERNAN OTONIEL FERNANDEZ ORDOÑEZ, Rector; (fdo) ALBERTO VALLEJO DURAN, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; (fdo) MARIA TERESA OTOYA DE MUÑOZ, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del original y se expide en Popayán, a los diecinueve (19) días del mes de septiembre de dos mil tres (2003)

JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA
Secretario General

Marusol
A320906

Elimina la filigrana digital ahora

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 90

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 20 DE Noviembre DE 1997

ACTA No. 39 CONSIDERANDO QUE:

Oswaldo Arcisar Coral Guerrón

C.C. No. 12.973.569 de Pasto

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

Especialista en Neurocirugia

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 189 L. 1

INTER-AULAS-ACADEMICA-QUAERE-VERUM

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 17 DIAS DEL MES DE Dic. DE 1997

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Elimina la filigrana digital ahora

701

UNIVERSIDAD LIBRE

Per. Jur. 192 de 1946 de Mingobierno - Nit.860.013.798-5
Domicilio Principal: Calle 8 5-80 BOGOTÁ D. C.
Seccional Cali
Diagonal 37A 3-29
DEPENDENCIA: **Administración de Personal**

AP-290-2008

EL ADMINISTRADOR DE PERSONAL

HACE CONSTAR

Revisada la hoja de vida del doctor **OSWALDO ANCIZAR CORAL GUERRON,** identificado con cédula de ciudadanía No.12.973.569 de Pasto, se encontró que ha estado vinculado a la seccional en calidad de docente en la Facultad Ciencias de la Salud, mediante contrato a término fijo los cuales fueron debidamente liquidados a su terminación, durante los siguientes períodos:

FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN		Tipo de Contrato
Febrero	14 de 2005	a	Julio	08 de 2005	Hora Cátedra 5 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General
Agosto	01 de 2005	a	Diciembre	31 de 2005	Hora Cátedra 10 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General
Febrero	06 de 2006	a	Julio	13 de 2006	Hora Cátedra 5 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General
Julio	17 de 2006	a	Diciembre	24 de 2006	Hora Cátedra 5 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General
Enero	01 de 2007	a	Junio	30 de 2007	Hora Cátedra 5 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General
Julio	01 de 2007	a	Diciembre	31 de 2007	Hora Cátedra 5 horas semanales 10° semestre Cátedra de Cirugía General

Constancia que se expide en Santiago de Cali, al primer (01) día del mes de abril de dos mil ocho (2008), a solicitud del interesado.

OMAR BEDOYA ECAIZA
Administrador de Personal

Patty Z.G.

Elimina la filigrana digital ahora

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA
NUESTRA PASIÓN POR EXCELENCIA

XXII SIMPOSIO INTERNACIONAL

Certifica que:

OSWALDO CORAL GUERRON

Participó en calidad de

PARTICIPANTE

en el

XXII SIMPOSIO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA DE LA:

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA
NUESTRA PASIÓN POR EXCELENCIA

Realizado en la ciudad de Cali Colombia del 12 al 15 de noviembre de 2009

créditos 24 horas

Dr. Oscar Gerardo Aponte Puente
Presidente

Dr. Antonio Berrio Mendoza
Vicepresidente Nacional

Dr. Ernest Karl Senz Salazar
Presidente Zonal de Occidente

Telepatient

Elimina la marca de agua digital ahora

DIME
CLÍNICA
NEUROCARDIOVASCULAR

CERTIFICA QUE:

OSWALDO CORAL

Asistió como PARTICIPANTE al
I^er Congreso Internacional Mínimamente Invasivo

Realizado los días 13 - 14 y 15 de junio de 2013, en el Hotel Intercontinental
de la Ciudad de Cali - Colombia
con una intensidad de 18 horas académicas.

Dr. FERNANDO GÓMEZ VILLAFAÑE
Director Médico

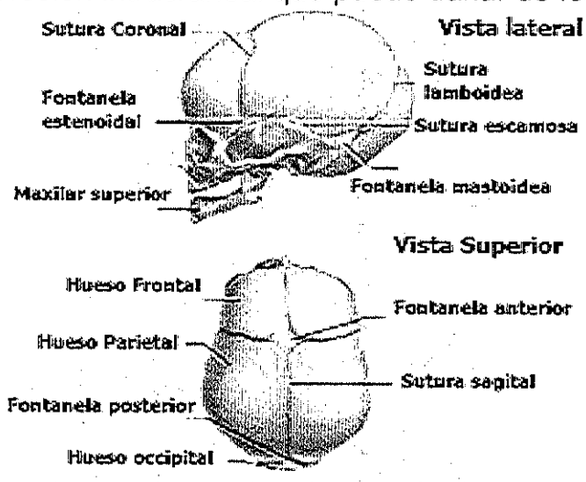
Dr. CARLOS PLATA MOSQUERA
Comité Organizador

Elimina la filigrana digital ahora

Hidrocefalia

Descripción

El término hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cefalorraquídeo - un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal-. El exceso de líquido provoca una dilatación de los ventrículos cerebrales y un aumento de la presión intracraneal que puede dañar de forma irreversible el cerebro.



Existen cuatro ventrículos cerebrales conectados entre sí. Normalmente, el líquido cefalorraquídeo fluye a través de los ventrículos, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.

El líquido cefalorraquídeo tiene tres funciones vitales importantes:

Mantener flotando el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador.

Servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos.

Fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro).

El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cefalorraquídeo es de suma importancia. En condiciones normales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Cuando este equilibrio está perturbado se produce su acumulación y por ende Hidrocefalia.

Elimina la filigrana digital ahora

Tipos de hidrocefalia

Según el momento de aparición se puede clasificar en:

Congénita La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por enfermedades durante el embarazo, por trastornos genéticos y lesiones durante el parto.

Adquirida La hidrocefalia adquirida se desarrolla en el momento del nacimiento o más tarde. Este tipo de hidrocefalia puede afectar a las personas de todas las edades y puede ser ocasionado por una lesión o una enfermedad.□Según el nivel donde se sitúe el bloqueo se clasifica en:

Comunicante El bloqueo se sitúa después de los ventrículos.

No comunicante u Obstructiva Cuando el bloqueo ocurre entre los conductos que comunican los ventrículos entre si. La más frecuente es la debida a la estrechez del "Acueducto de Silvio", un pequeño conducto entre el tercero y el cuarto ventrículo.

Hidrocefalia Ex Vacuo y la Hidrocefalia de presión normal

Otra forma de Hidrocefalia, es la conocida como Hidrocefalia con Presión Normal, se produce habitualmente en las personas de edad avanzada y puede ser reversible o no. Suele corresponder al 5% de las demencias.

Causas de la hidrocefalia

Las principales causas son las siguientes:

Estenosis u obstrucción del acueducto de Silvio: esta es la causa más común de hidrocefalia congénita y se debe a la obstrucción del acueducto de Silvio por infección, hemorragia o tumor.

Espina bífida: Este es un defecto que se presenta en el nacimiento que supone una apertura anormal de la columna vertebral con defectos en la médula espinal que van desde muy leves hasta muy severos. Aunque se desconoce la causa exacta de la enfermedad, se ha visto que el ácido fólico durante el embarazo ayuda a prevenir su aparición. Casi un 80% de los lactantes o bebés con espina bífida también presentan hidrocefalia.

Hemorragia intraventricular: Esto es una forma adquirida de hidrocefalia y muy frecuentemente que afecta a bebés prematuros. Como hemos mencionado previamente, la sangre puede bloquear los ventrículos o puede de alguna manera obstruir las vellosidades aracnoideas que es por donde se reabsorbe el líquido cefalorraquídeo.

Meningitis: Corresponde a una inflamación e infección de las membranas (meninges) que rodean y protegen al cerebro y la médula espinal. Puede ser causada por infecciones bacterianas o vírales, las

Elimina la filigrana digital ahora

cuales pueden producir cicatrización o fibrosis de las membranas que se encuentran a lo largo de las vías de drenaje del líquido cefalorraquídeo.

Traumatismo craneoencefálico

Tumores cerebrales

Quistes aracnoideos: Estos quistes son congénitos en su origen y pueden ocurrir en cualquier lugar a lo largo del cerebro. Están llenos de líquido cefalorraquídeo y están cubiertos de la membrana aracnoidea (una de las tres membranas meníngeas), las cuales pueden de alguna manera bloquear las vías de drenaje del líquido cefalorraquídeo, los ventrículos o el espacio subaracnoideo.

Síndrome de Dandy-Walker: En este síndrome, el cuarto ventrículo se encuentra agrandado de manera anormal ya que los pequeños orificios de drenaje del mismo están parcial o completamente cerrados. Además, el cerebelo falla en su desarrollo así como hay falta de o desarrollo normal de otras partes del cerebro como parte del síndrome. Muy comúnmente, este síndrome cursa con hidrocefalia.

Los datos sobre incidencia y prevalencia son difíciles de establecer ya que no hay un registro nacional o base de datos de las personas que tienen hidrocefalia y los trastornos estrechamente asociados a esta enfermedad; sin embargo, se cree que la hidrocefalia afecta a uno de cada 500 niños. En la actualidad, la mayoría de estos casos se diagnostican prenatalmente, en el momento del nacimiento o en los primeros años de la niñez. Los adelantos en la tecnología de imágenes diagnósticas permiten diagnósticos más exactos en las personas que tienen presentaciones atípicas, incluyendo a los adultos con condiciones tales como la hidrocefalia de presión normal.

pdfelement

Síntomas

Los síntomas de la hidrocefalia varían con la edad, la progresión de la enfermedad y las diferencias individuales en la tolerancia del líquido cefalorraquídeo. Por ejemplo, la capacidad de un niño de tolerar la presión del líquido cefalorraquídeo difiere de la de un adulto. El cráneo del niño antes de los cinco años todavía no está completamente suturado, lo que permite que se abombe a través de las fontanelas.

Infancia

En la infancia, el síntoma más evidente de la hidrocefalia es típicamente el rápido aumento de la circunferencia de la cabeza o un tamaño de la cabeza extraordinariamente grande.

Síntomas del bebé:

Agrandamiento de la cabeza (aumento del perímetro craneal)

Fontanelas (áreas blandas de la cabeza) abombadas con o sin

Elimina la filigrana digital ahora

aumento del tamaño de la cabeza
Suturas separadas
Vómitos
Disminución del crecimiento.

Síntomas en niños mayores:
Irritabilidad.
Espasticidad muscular
Función mental alterada
Retraso en el desarrollo
Movimientos lentos
Dificultad para la alimentación
Somnolencia
Incontinencia urinaria
Dolor de cabeza
Vómitos
Alteraciones visuales y estrabismo
Trastornos en la marcha

Diagnóstico y Pronóstico

La hidrocefalia se diagnostica mediante una exploración neurológica y pruebas diagnósticas radiológicas, como: Escáner cerebral (TAC), la resonancia nuclear magnética.
El pronóstico para los pacientes que se diagnostican tempranamente es mejor, ya que al descomprimir el cerebro muchos de los daños se revierten. El tratamiento de los pacientes con hidrocefalia salva y sostiene la vida del paciente. Si se deja sin tratar, la hidrocefalia progresiva, con raras excepciones, es mortal.

pdfelement

Tratamiento

Actualmente el tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia es muy gratificante, ya que con intervenciones relativamente sencillas, se pueden recuperar y prevenir deterioros intelectuales y déficit neurológicos importantes. Los avances en el diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia han permitido una reducción drástica de la mortalidad y una mejoría importante de la calidad de vida, así como, de la situación neurológica y mental de la mayoría de los pacientes.
Hasta el día de hoy, el mejor y más efectivo tratamiento para resolver la hidrocefalia es la cirugía, en la cual un pequeño tubo flexible llamado derivación ventrículo peritoneal (shunt) se coloca en el sistema del líquido cefalorraquídeo del niño. Este tubito redirige el flujo del líquido desde los ventrículos a cualquier otra región del cuerpo, de las cuales la mas comúnmente utilizada es la cavidad abdominal, o la aurícula cardiaca.

Elimina la filigrana digital ahora



El tubito en cuestión es flexible, muy delgado y está elaborado de un material plástico suave y moldeable (usualmente silastic) que es muy bien tolerado por nuestros tejidos con muy bajo riesgo de rechazo. Los sistemas de derivación ventrículo peritoneal vienen en diferentes modelos y hay múltiples marcas, pero todos tienen componentes similares que son: sistema de tubos (ya mencionados) así como un mecanismo que controla el flujo y/o la presión del líquido.
En la mayoría de los casos la colocación de un sistema de derivación es un procedimiento quirúrgico relativamente corto y usualmente sin complicaciones. Requiere de anestesia general y usualmente de dos a tres días de hospitalización, en los cuales el niño es vigilado por si aparece algún tipo de complicación inmediata.

Posterior a la colocación del sistema, el tamaño de los ventrículos cerebrales empieza a disminuir, en algunos niños la fontanela se hace blanda y hasta inclusive pudiera aparecer deprimida y las suturas del cráneo se pueden estrechar o posiblemente algunas veces cabalgar las unas sobre las otras. A pesar que todo el sistema se coloca debajo de la piel en todo su trayecto, a excepción de los lactantes, el sistema usualmente no es visible.

pdfelement

Neuroendoscopia, nueva técnica mínimamente invasiva

Esta es una nueva técnica pionera, desarrollada por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Carlos Haya, permite curar la hidrocefalia en niños sin necesidad de recurrir a válvulas.
El jefe de sección de Neurocirugía Pediátrica del complejo hospitalario, Bienvenido Ros, precisa que el avance, en el que vienen trabajando desde hace un lustro, sólo es posible aplicarlo en pacientes con hidrocefalia obstructiva o con componente obstructivo.
En la práctica, alrededor del 30 por ciento de los casos de hidrocefalia pueden curarse en estos momentos con la neuroendoscopia. Esta técnica,

Elimina la filigrana digital ahora

pero tienden a ser un poco más lentos en adquirir habilidades en la coordinación ojo-mano y en aprender a caminar.
Es importante enfatizar que cada niño es diferente y que la capacidad que tiene cada niño para desarrollar estas habilidades va a depender de muchos factores y a su vez es muy individual. Así mismo, el progreso del desarrollo del niño va a depender de la causa subyacente de la hidrocefalia.
Un hecho de vital importancia que todos los padres con niños con hidrocefalia deben saber, es que nunca deben comparar a su hijo o hija con otros niños.
Su aceptación y amor van a tener un gran impacto en como él o ella se perciban así mismos y al final determinarán si tendrán o no éxito en el mundo. Como padre, usted debe ayudar a darle la llave para el futuro. Su actitud positiva y soporte van a permitir que su hijo o hija tengan la mejor oportunidad de vivir una vida completa y feliz.

Recursos

Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia, antes llamada FEBHI

Asociación de padres e hijos de espina bífida de Alicante

Asociación Internacional de espina bífida

Federación Italiana

Asociación de espina bífida de Nuevo León México

Asociación de Turquía de Espina Bífida

Asociación de espina bífida del sur de Australia

Centro Nacional para información de niños y jóvenes con discapacidades. Washingtom. USA

Para apuntarte a Lista de discusión sobre Espina Bífida en español

Recordad también que podéis mandar vuestros mensajes a bifida@listbot.com y serán recibidos por todos los miembros de la lista

Federación Andaluza de Asociaciones de Espina Bífida

monuribe@supernet.com.co Fundación POR AMOR apoyo psicológico a personas afectadas de espina bífida (como a sus familiares y demás personas de su entorno) Psicóloga Mónica Uribe

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Hidrocefalia Congénita

Congénital Hydrocephalus

*Dr. Nicolás Nazar**

RESUMEN. Actualmente existe un reto diagnóstico y terapéutico en los niños con hidrocefalia congénita, para establecer la etiología precisa y dar un (tratamiento adecuado. Con el auxilio de los métodos de imagen por tomografía axial, resonancia magnética y la ultrasonografía, podemos detectar intrauterinamente o en el período de recién nacido en forma precoz una hidrocefalia, dándonos la oportunidad de ofrecer una terapéutica adecuada. Se analizaran conceptos históricos evolutivos que han llevado al enfoque actual de la hidrocefalia congénita.

Palabras Clave: Hidrocefalia congénita, tomografía, resonancia magnética, ultrasonografía, recién nacidos, vida intrauterina.

INTRODUCCION

Por definición Hidrocefalia Congénita "Neonatal o Perinatal" se desarrolla Intrauterinamente durante el embarazo, pero puede detectarse hasta el parto o e) período de recién nacido, aunque muchas veces las manifestaciones clínicas evolutivas se presentan en períodos posteriores haciendo difícil diferenciar entre una causa congénita y otra adquirida"[1], sin embargo el carácter congénito se define por alteraciones patológicas del tubo neural durante la tercera y cuarta semana de vida embrionaria[2] ". Lo que si es común es que se trata de un estado patológico de diferentes causas, donde hay un incremento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo (LCR.) ventricular, por una ruptura de equilibrio entre hi formación y absorción del mismo"[4"n1], que lleva a un aumento de la presión intracrancal con disminución concomitante de la sustancia cerebral, sin que esto deba asociarse siempre a macrocefalia[7].

Históricamente el hidrócefalo se reconoce como entidad patológica desde, Galeno e Hipócrates"", sin embargo fue hasta 1913 cuando se demostró que el LC.R. se absorbía por las vellosidades aracnoideas"", que se dio el primer paso para tratamiento quirúrgico del mismo.

Normalmente la producción del L.C.R. en niños es de 0.35 ml/min, o sea 500 cc/día que se renovan mas 6 menos cada ocho horas. En los hidrocefálicos sin embargo, la producción puede llegar a 0,30 ml/ min, sugiriendo la influencia de la presión intracraneana en su bajo valor[19]. En cuanto a la inciden-cia puede haber variaciones en muchos estudios do *03* - 0,87/1000 nacidos vivos"[111]. En los Estado Uni-dos se ha reportado para hidrocefalia sola 0.9 - 1.5/ 1000 nacidos vivos y, 0.4 - 1.4/1000 nacidos vivos para hidrocefalia asociada a espina bífida, para un total de 1.3 - 2.9/1000 nacidos vivos[1"1-'. Enrelación al sexo hay muy pocas variaciones, pero pareciera que los varones son más afectados por hidrocefalia sola, posiblemente debido a una asociación génetica ligada al cromosoma "X". La hidrocefalia con espina

Jefe de la Unidad de Neurología y Ncurocirugía Pediatrica del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, Honduras, C. A.

pdfelement

podría ser mas frecuentemente en el sexo femenino[U3].

No se ha demostrado variaciones por factores étnicos o ambientales, pero si hay mayor incidencia en sectores socioeconómicos bajos, y la idea de que era mas frecuente en multiparas y mujeres anosas, tampoco crumple una validez generalizada[113101]

CLASIFICACION:
- Se distingue dos grandes grupos: La hidrocefalia no comunicante y comunicante.

I) Hidrocefalia no comunicante: Hay una interferencia en la circulación normal de L.C.R. dentro del sistema ventricular desde uno o ambos agujeros de Monro, Acueducto de Silvio, IV ventrículo, Luschka y Magendie.

II) Hidrocefalia Comunicante: Hay bloqueo de la absorción de L.R.C. en las vellosidades aracnoideas.

ETIOLOGIA:
I) Hidrocefalia no comunicante
1) Lesiones Congénitas:

A) Obstruction o estenosis de A. de Silvio
   a) Gliosis
   b) Forkin
   c) Estenosis verdadera
   d) Septum

B) Atresia del foramen de Luschka y Magendie (Dandy Walker)

C) Masas:
   a) Quistes intracraneano Benignos
   b) M.A.V.
   c) Tumores

2) Lesiones Adquiridas
A) Estenosis de acueductos de Silvio (Gliosis)
B) Inflamaciones ventriculares y cicatrices
C) Masas:
   a) Tumores
   b) Masa no neoplastica

D) Craneo
   a) Platisbasia | b) Acondroplasia

ID Hidrocefalia Comunicante 1.- Lesiones Congénitas
   a) Malformaciones de Arnold Chiari
   b) Encefalocele
   c) Inflamacion de Leptomeninges
   d) Lisencefalia
   e) Ausencia congénita de vellocidades aracnoideas

2.- Lesiones Adquiridas
A) Inflamaciones de Leptomeninges:
   a) Infecciones
   b) Hemorragias
   c) Cuerpos extranos

B) Masas
   a) Tumores
   b) No neoplasticas

3.- Hipersecresión de LC.R.
   a) Papilomas de plexo coroideo

4.- Miscelanea
   a) Deficiencia vitamínica: complejo B
   b) Toxinas en período embrionario
   c) Drogas: Esteroides, vitamina A, AC. Valpróico y otros.
   d) Genéticas

5. Idiopaticas

DIAGNOSTICO

Las manifestaciones clínicas dependen de la edad de la instalación del desequilibrio entre producción y absorción del L.C.R.

El crecimiento anormal del tamaño cefálico ocurre invariablemente en la hidrocefalia congénita y en la de instauración durante la lactancia[13]. En los casos mas graves de desarrollo intrauterino hay un agrandamiento masivo del perímetro craneano que hace imposible el parto normal y en las menos agresivas, la cabeza puede ser de tamaño normal al nacimiento y posteriormente crece a ritmo exagerado[16].

En los recién nacidos puede haber solo irritabilidad psicomotora, hiporexia marcada con alteraciones en la succión, insuficiencia postnatal o presentar signos severos de paro cardiorespiratorio, coma o herniación transtentorial por hipertensión intracreana severa. Los signos de parinaud y mac-ewen aparecen en forma más posterior.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

El denominado "Pulgar Cortical" (Pulgar corto, flexionado sobre la palma con acortamiento de primer metacarpio) asociado a déficit mental, espasticidad de miembros inferiores, fascies asimétrica y tosca con rasgos de escafocefalia, puede presentarse en algunas hidrocefalias ligadas al cromosoma "X" [2]

Por otro lado el apoyo diagnóstico de la ultrasonografía durante el embarazo es sumamente útil, para detección precoz del estado hidrocefálico ya sea puro o asociado a otras malformaciones congénita. El uso de sensores extracreaneales o monitores fontanelares, dan información sobre la presión intracraneal y la perfusión cerebral[1691]. La tomografía axial y la resonancia magnética pueden delimitar completamente las estructuras de SNC y dan idea exacta de la magnitud y la etiológia del proceso. El Spect puede dar información sobre flujo sanguíneo cerebral y con la ventriculografía isotópica dibujar el edema cerebral asociado a hidrocefalia[65].

HIDROCEFALIA CONGENITA EN HONDURAS

Se hizo una revisión desde febrero 1980 a marzo 1995 de los casos de hidrocefalia tratados en la unidad de neurología y neurocirugía pediátrica del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, encontrando 464 casos de los cuales el 73.5% corresponde a hidrocefalia congénita.

La incidencia para hidrocefalia pura es de 0.288/1000 nacidos vivos y de hidrocefalia con espina bífida de 0.56/1000 nacidos vivos. El 54% corresponde al sexo masculino y el 46% al femenino. La edad materna corresponde a un 635 de mujeres entre 15 y 25 anos y laparidad más frecuente observada fue de 1 a 3 partos en un 54.1%. Prematuridad fue registrada en 1.8% de los casos. Etiológicamente la estenosis de acueducto fue la causa mas frecuente con 40.3% y luego bloqueo cortical con 30.7%.

Actualmente se desarrolla desde marzo 1993 el proyecto de "Bebe Canguro" en los prematuros con resultados positivos, que ha incluido 525 recién nacidos con menos de 2,000 gramos de peso de los cuales solo 14(2.66%) han desarrollado hidrocefalia.

REFERENCIAS

1.- Nazar Nicolás. Hidrocefalia: Patógenia y Fisiopatología. Rev. Med. Hond. 1988: 53; 203 - 213.

2.- Warkang O. Congénita: Malformations: Notes and coments: Chicago Year Book Med. Pub. 1971:189 -352.

3.- Menkz and Cols. Malformations CNS Textbook of Child Neurology. Fourth Edition, Lea. Febiger. 1990. 4:209-83.

4.- Pons T. and Cols. Lumbar Cisternography in Hydrocephalus Pediatrics 1983. 22: 670 - 73.

5.- Torac R. Historical Aspect of Normal and Abnormal Brain Fluid. Arch. Neurol. 1982. 39:197 - 201.

6.- Davis and Cols. Internal Hydrocephalus: and Ex perimental and Clinical Pathological Study. Am. J. Dis. Child. 194. 8: 465-82.

7.- Berti A. Memorias del V Congreso Anual de la Academia de Neurología Pediátrica. San José. Costa Rica 1993.

8.- Nielsen F. Treatment of Hydrocephalus by Direct Shunt From Ventricule to Vein. Surg. Forum. 1982: 2:399 - 403.

9.- Volpe J. Neurology of the Newborn. Sec. Ed. Phila. Saunders Co. 1987: 113 - 17.

10.- Berti A. Perinatal Hydrocephalus. Fifth Annual Child Neurology Post Graduate Course. K.B.K. 1984: 12 - 26.

11.-Nazar Nicolás. Mielomeningocele en Hospital Materno Infantil. Rev. Med. Hond. 1988: 57: 291 - 304.

12.- Matson D. Neurusurgery of Infancy and Childhodd. 2nd Edition Illinois Charles Thomas Publisher 1969. 12: 199-221.

13.-Brekowitz Ultrasound in the Diagnosis of Congenital Anomalies. Am. J. of Ginecol. 1979:134:331-45.

"Nada es tan poderoso en este mundo como una idea cuyo momento ha llegado"

Victor Hugo

Elimina la filigrana digital ahora

GUIA DE PRACTICA CLINICA

HIDROCEFALIA

I .NOMBRE Y CODIGO

Hidrocefalia
Codigo CIE-10: G 91.9

II. DEFINICION

Dilatación ventrícular ocasionada por acumulación de líquido cefalorraquídeo, con / sin aumento de la presión intracraneana.

Etiología:

A. En el neonato
Las hidrocefalias se deben a un defecto de la reabsorción del LCR o, con menor frecuencia, a una superproducción de LCR (como ocurre en presencia de algunos papilomas de los plexos coroideos; incluso en estos casos, la reabsorción probablemente también sea defectuosa en cierto grado, puesto que es probable que los individuos sanos toleren el ligero aumento de producción del LCR que provocan estos tumores).

Congénita
Las causas congénitas no malformativas son múltiples, entre ellas enumeramos las fetopatias, la toxoplasmosis congénita y la infección por citomegalovirus. Las hidrocefalias secundarias a lesiones destructivas isquémicas son raras.

Las hidrocefalias congénitas se revelan principalmente en el período neonatal y rara vez en la adolescencia; pueden ser de origen malformativo en su gran mayoría, infecciosa, vascular o criptogenética.

- Malformación de Chiari II o mielomeningocele
- Malformación de Chiari I: la hidrocefalia puede presentarse junto con obstrucción de los orificios de salida del cuarto ventrículoC. estenosis primaria del acueducto (por lo general, se observa en niños, raramente en adultos.)
- Gliosis secundaria del acueducto: a causa de una infección intrauterina o de una hemorragia de la matriz germinal.
- Malformación de Dandy-Walker (atresia de los agujeros de Luschka y Magendie): la incidencia de esta malformación entre los pacientes que padecen hidrocefalia es de 2,4%. Produce obstrucción a la salida del IV ventrículo.

Adquirida
A. infecciosa (es la causa más frecuente de hidrocefalia comunicante)

Todas las meningitis bacterianas pueden producirla, (sobre todo, la purulenta y la basal, incluida la tuberculosa que la puede cursar de forma crónica.)por adherencias aracnoideas y estenosis del acueducto de Silvio. Tambien se tiene a la cisticercosis

B. poshemorrágica (segunda causa más frecuente de hidrocefalia comunicante)
1. por HSA.
2. por hemorragia intraventricular: en muchos pacientes, se presenta una hidrocefalia transitoria.

Elimina la filigrana digital ahora

Entre 20% y 50% de los pacientes que padecieron una gran hemorragia intraventricular presentan después hidrocefalia permanente.

C. secundaria a lesiones ocupantes:

Los procesos expansivos (tumor, quiste, hematoma...) son la causa del 20% de las hidrocefalias de los niños, excepcionalmente se trata de un tumor del plexo coroide; la localización mas frecuente es la fosa posterior, la región pineal y mesencefálica por su cercanía al acueducto de Silvius y las lesiones del tercer ventrículo.

B. Etiología en el adulto

La hemorragia meníngea (HSAE): Es la causa mas frecuente, generalmente por la ruptura de un aneurisma intracraneano. Un tercio de las HSAE se complican con hidrocefalia aguda, y 10% producen hidrocefalia sintomática de forma crónica. Se explica la hidrocefalia, por aumento de la viscosidad del LCR por la sangre de la hemorragia, por adherencias en los sitios de absorción y por obstrucción en los casos de taponamiento agudo.

Meningitis: Menos frecuentes que las anteriores, las etiologías son: Bacteriana, tuberculosa, linfomatosa y carcinomatosa. El mecanismo es semejante a la HSAE. Una ependimitis, en el caso de las bacterianas, puede originar una estenosis del acueducto o de los forámenes intraventriculares.

Trauma de cráneo e intervenciones quirúrgicas: En particular en los ancianos, el mecanismo, conjuga las dos etiologías anteriores.

Tumores: Se explica por obstrucción de las vías de drenaje del LCR a nivel ventricular, y por aumento de la viscosidad del LCR en los casos de tumores de la medula espinal. Las etiologías son múltiples predominando los tumores intraventriculares, paraselares y de la región de la pineal y la fosa posterior.

Clasificación funcional

1. obstructiva (no comunicante)

Producida por un bloqueo proximal a las granulaciones aracnoidales (GA). En la TC o la RM, se observa dilatación de los ventrículos proximales al bloqueo (p. ej., obstrucción del acueducto de Silvio —> dilatación desproporcionada del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales en relación con el cuarto ventrículo, denominada "hidrocefalia triventricular")

2. no obstructiva (comunicante)

La circulación del LCR está bloqueada en las cisternas circunpedunculares, la reabsorción del LCR está entorpecida a nivel de las GA o hay hiperproducción de LCR. Hidrocefalia tetraventricular.

III. FACTORES DE RIESGO:

- Meningitis.
- TBC
- Neurocisticercosis.-

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

- Toxoplasmosis
- Meningitis viral y encefalitis.
- Hemorragia sub aracnoidea
- Trauma.
- Hemorragia Hemorragia intraventricular.
- Tumores cerebrales.
- Congénito.

IV. CUADRO CLÍNICO

Macrocefalia
Alteración de los movimientos visuales, paresia uni o bilateral del VI nervio craneano.
Hipertensión endocraneana: Irritabilidad, náuseas, vómitos, pérdida de peso.
Espasticidad crónica
Ceguera transitoria.
Letargia, aumento de la tonicidad muscular.
Trastornos del sensorio, la memoria y de la marcha.

V. DIAGNÓSTICO:

CLÍNICO:

Desproporción craneofacial por crecimiento craneal
Cuero cabelludo adelgazado, con venas distendidas
Fontanela anterior agrandada y tensa
Diastasis de las suturas craneales
Alteración de los movimientos visuales, paresia uni o bilateral del VI nervio craneano.
Espasticidad
Letargia,
Aumento de la tonicidad muscular.
Trastornos del sensorio, la memoria y de la marcha.
Dismetría leve a moderada.

RADIOLÓGICO:

Tomografía encefálica:
El tamaño del sistema ventricular es un requisito indispensable.
De los múltiples índices ventriculares usados el más utilizado es él INDICE DE EVANS I E: igual o superior a 0,30 debe considerarse patológico.

pdfelement

VI. EXAMENES AUXILIARES

De Patología Clinica: hematológicos, bioquimicos

De Imágenes:
TOMOGRAFÍA ENCEFÁLICA

- El tamaño del sistema ventricular es un requisito indispensable.
- De los múltiples índices ventriculares usados el más utilizado es él INDICE DE EVANS I E: igual o superior a 0,30 debe considerarse patológico.
  La presencia de dilatación ventricular, hipodensidad en polos occipitales y frontales periventriculares, borramiento de los surcos cerebrales, son indicativos tomográficos de hidrocefalia,

RESONANCIA MAGNETICA

Elimina la filigrana digital ahora

En Resonancia magnética encefálica en los cortes sagitales el abombamiento del cuerpo calloso es otro signo.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Es importante la valoración clinica de:

- Niveles de conciencia
- Patrón respiratorio
- Pupilas
- Reflejo óculo encefálico/óculo vestibular

EVALUACION INICIAL:

VIAS AEREAS
Garantizar adecuada y libre ventilación. Uso tubo de Mayo si es necesario.

SATURACION DE OXIGENO
Utilizar sistema de oximetría transcutánea o dosaje de sangre arterial, para todo paciente con Hipertensión endocraneana severa.

VIA ENDOVENOSA CENTRAL
Todo paciente con Hidrocefalia aguda que presenta hipertensión endocraneana severa, pasará a la UCI y se instalarán, una vía central, para medir PVC.
Tratamiento inmediato neuroquirúrgico.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
TAC CEREBRAL
A todos los pacientes con signos de hipertensión endocraneana severa a descartar hidrocefalia, se realizará TAC CEREBRAL con y sin contraste.

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO
Hemograma completo, Gases arteriales, electrolitos, perfil de coagulación.

RIESGO QUIRURGICO
Realizado por el médico internista o por el cardiólogo con EKG.

pdfelement

EVALUACION NEUROQUIRURGICA
Deterioro del nivel de conciencia
Signos de focalización (asimetría pupilar y hemiparesia)

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

TAC CEREBRAL
En casos de Hidrocefalia aguda, los hallazgos descrtos en evaluación radiológica,
Permite un Dx. rápido y temprano de hidrocefalia y de otras lesiones para el diagnóstico diferencial.

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA:

MONITORIZACION CEREBRAL DE LA PIC:

- Monitores de presión intracraneal
- Monitores de saturación venosa yugular

MONITORIZACION DE LA PIC POR HIDROCEFALIA NO TRIBUTARIA DE DERIVACIÓN VENTRICULAR INTERNA:

- Permite evaluar la presión dentro del cráneo a través de un sensor epidural o subdural, cateteres intraventriculares, transductor de fibra óptica.

Elimina la filigrana digital ahora

- Permite evaluar la efectividad del manejo terapéutico para la disminución de la PIC
- Esencial en el manejo del paciente que requiere sedación o relajación muscular durante la cirugía.

MANEJO DEL PACIENTE CON HIDROCEFALIA AGUDA

- Cabecera a 30 grados
- Hidratación endovenosa con soluciones isotónicas
- Euvolemia
- Analgésicos, sedación y relajación muscular
- Temperatura < 37.5 C
- Glucosa sérica 100 – 150 mg/dl
- Protectores gástricos
- Profilaxis de la Trombosis venosa profunda

MEDIDAS ESPECIFICAS PARA LOGRAR DICHOS PARÁMETROS

Tratamiento Médico:

- Uso de Manitol a dosis amplia 1 mg/kg peso por dosis cada 4 horas.
- Uso de furosemida 1 mg/kg/dia.
- Acetazolamida 250 mg vo cada ocho horas, si la tolerancia oral lo permite en casos de hidrocefalia leve (sin combinar con manitol)
- Control estricto de gases y electrolitos arteriales.

Tratamiento Quirúrgico:

- Se operan los casos de hidrocefalia aguda, con dilatación ventricular significativa, y trastorno del estado de conciencia, dependiendo de la etiología de la hidrocefalia.

Se optan los procedimientos quirurgicos siguientes:

- Derivación ventricular externa.
- Derivación ventricular interna (peritoneal, atrial, pleural, vesicular).
- Neuroendoscopía.

pdfelement

VIII. COMPLICACIONES

Precoces:

- Obstrucción del sistema de derivación.
- Infección de herida operatoria.
- Hemorragia intracerebral.
- Hemorragia intraventricular.
- Hematoma subdural agudo, subagudo, crónico.
- Hematoma epidural.
- Infección del sistema de derivación.
- Sobredrenaje.
- Ventriculitis

Tardías:

- Infección del sistema de derivación.
- Obstrucción del sistema de derivación
- Absceso intracerebral.
- Fistula de LCR.
- Quistes intraabdominales.

Elimina la filigrana digital ahora

- Dehiscencia de herida operatoria.
- Epilepsia.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Nivel 1 – 2
En cuanto a establecimientos de nivel 1-2 con capacidad resolutiva limitada, que no cuenten con tomógrafo o ecógrafo disponible las 24 horas del día, realizarán el soporte hemodinámico y será referido oportunamente a un establecimiento de mayor nivel de complejidad.
Nivel 3
El paciente evaluado con diagnóstico de hidrocefalia será resuelto el problema causante de acuerdo al algoritmo descrito al final.

CONTRARREFERENCIA
De establecimientos nivel 3 a establecimientos nivel 1-2; concluida la resolución de la causa de la hidrocefalia, se contrarrefiere para monitoreo y con reevaluaciones de acuerdo a evolución del caso.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

X. ALGORITMO PARA MANEJO DEL HIDROCEFALIA

HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR HIDRPCEFALIA

ABC NEUROQX

Exámenes de Laboratorio y Tomografía encefálica

HIDROCEFALIA LEVE-MODERADA

MANEJO MÉDICO (Manitol, furosemida, Acetazolamida)

Hospitalización y Tratamiento de la enfermedad de fondo

HIDROCEFALIA SEVERA

MANEJO MÉDICO (Manitol, furosemida, Acetazolamida)

SALA DE OPERACIONES (Derivación ventricular externa, interna, neuroendoscopía)

ALTA **CONTRARREFERENCIA**

pdfelement

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amacher A L, Wellington J. "Infantile Hydrocephalus: Long-Term Results of Surgical Therapy" en Childs Brain 11: 217-229, 1984.
- Hill A, Rozdilsky B. "Congenital Hydrocephalus Secondary to Intra-Uterine Germinal Matrix/ Intraventricular Hemorrhage" en Dev Med Child Neurol 26: 509-527, 1984. 20.Kudo H, Tamaki N, Kim S y cols. "Intraspinal Tumors Associated with Hydrocephalus" en Neurosurgery 21: 726-731, 1987.
- Schmidek H H, Auer L M, Kapp J P. "The Cerebral Venous System" en Neurosurgery 17: 663-678, 1985.
- Tuite G F, Evanson J, Chong W K y cols. "The Beaten Copper Cranium: A Correlation between Intracranial Pressure, Cranial Radiographs, and Computed 32. Tomographic Scans in Children with Craniosynostosis" en Neurosurgery 39: 691-699, 1996.
- Section of Pediatric Neurosurgery of the American Association of Neurological Surgeons (ed.) 33. Pediatric Neurosurgery. 1st ed., Grune and Stratton, New York, 1982.

Elimina la filigrana digital ahora

Hidrocefalia

¿Qué es la hidrocefalia?
El término hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cerebroespinal (LC) - un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cerebroespinal resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro.

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados por vías estrechas. Normalmente, el líquido cerebroespinal fluye a través de los ventrículos, sale a cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.

El líquido cerebroespinal tiene tres funciones vitales importantes: 1) mantener flotante el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador; 2) servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos; y 3) fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro). El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cerebroespinal es de vital importancia. En condiciones ideales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán la producción de líquido cerebroespinal o que inhibirán su flujo normal. Cuando se perturba este equilibrio, resulta la hidrocefalia.

¿Cuáles son los distintos tipos de hidrocefalia?
La hidrocefalia puede ser congénita o adquirida. La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética. La hidrocefalia adquirida se desarrolla en el momento del nacimiento o en un punto después. Este tipo de hidrocefalia puede afectar a las personas de todas las edades y puede ser ocasionado por una lesión o una enfermedad.

La hidrocefalia también puede ser comunicante o no comunicante. La hidrocefalia comunicante ocurre cuando el flujo del líquido cerebroespinal se ve bloqueado después de salir de los ventrículos. Esta forma se denomina comunicante porque el líquido cerebroespinal aún puede fluir entre los ventrículos, que permanecen abiertos. La hidrocefalia no comunicante - llamada también hidrocefalia "obstructiva" - ocurre cuando el flujo del líquido cerebroespinal se ve bloqueado a

Elimina la filigrana digital ahora

lo largo de una o más de las vías estrechas que conectan los ventrículos. Una de las causas más comunes de hidrocefalia es la "estenosis acuaductal". En este caso, la hidrocefalia resulta de una estrechez del acueducto de Silvio, un pequeño conducto entre el tercero y cuarto ventrículo en la mitad del cerebro.

Hay dos formas más de hidrocefalia que no encajan claramente en las categorías descritas más arriba y que afectan principalmente a los adultos: la hidrocefalia ex vacuo y la hidrocefalia de presión normal.

La hidrocefalia ex vacuo ocurre cuando hay daño en el cerebro ocasionado por un ataque cerebral (stroke) o una lesión traumática. En estos casos, puede haber una verdadera contracción (atrofia o emaciación) del tejido cerebral. La hidrocefalia de presión normal ocurre comúnmente en las personas ancianas y está caracterizada por muchos de los mismos síntomas asociados con otras condiciones que ocurren más a menudo en los ancianos, tales como pérdida de memoria, demencia, trastorno patológico al andar, incontinencia urinaria y una reducción general de la actividad normal del diario vivir.

¿Quién contrae la hidrocefalia?
Los datos sobre incidencia y prevalencia son difíciles de establecer ya que no hay un registro nacional o base de datos de las personas que tienen hidrocefalia y los trastornos estrechamente asociados a esta enfermedad; sin embargo, se cree que la hidrocefalia afecta a uno de cada 500 niños. En la actualidad, la mayoría de estos casos se diagnostican prenatalmente, en el momento del nacimiento o en los primeros años de la niñez. Los adelantos en la tecnología de imágenes diagnósticas permiten diagnósticos más exactos en las personas que tienen presentaciones atípicas, incluyendo a los adultos con condiciones tales como la hidrocefalia de presión normal.

pdfelement

¿Qué ocasiona la hidrocefalia?
Las causas de hidrocefalia no son todas bien comprendidas. La hidrocefalia puede resultar de herencia genética (estenosis acuaductal) o de trastornos de desarrollo tales como los asociados con defectos en el tubo neural, incluida la espina bífida y el encefalocele. Otras causas posibles son complicaciones del nacimiento prematuro, tales como una hemorragia intraventricular, enfermedades como la meningitis, tumores, lesión traumática a la cabeza o hemorragia subaracnoide que bloquea la salida de los ventrículos a las cisternas y elimina las propias cisternas.

¿Cuáles son los síntomas?
Los síntomas de la hidrocefalia varían con la edad, la progresión de la enfermedad y las diferencias individuales en la tolerancia del líquido cerebroespinal. Por ejemplo, la capacidad de un niño de tolerar la presión del líquido cerebroespinal difiere de la de un adulto. El cráneo del niño puede expandirse para alojar el aumento del líquido cerebroespinal debido a que las suturas (las juntas fibrosas que conectan los huesos del cráneo) no se han cerrado todavía.

Elimina la filigrana digital ahora

En la infancia, la indicación más evidente de la hidrocefalia es típicamente el rápido aumento de la circunferencia de la cabeza o un tamaño de la cabeza extraordinariamente grande. Otros síntomas pueden incluir vómitos, sueño, irritabilidad, desvío de los ojos hacia abajo (llamado también "puesta de sol") y convulsiones.

Niños mayores y adultos pueden experimentar síntomas diferentes debido a que su cráneo no puede expandirse para alojar el aumento del líquido cerebroespinal. En niños mayores o en adultos, los síntomas pueden incluir dolores de cabeza seguidos de vómito, náusea, papiledema (hinchazón del disco óptico que es parte del nervio óptico), visión borrosa, diplopia (visión doble), desvío hacia abajo de los ojos, problemas de equilibrio, coordinación deficiente, trastorno en el estilo de caminar, incontinencia urinaria, reducción o pérdida de desarrollo, letargo, somnolencia, irritabilidad, u otros cambios en la personalidad o el conocimiento, incluida la pérdida de la memoria.

Los síntomas descritos en esta sección están relacionados con las formas más típicas en las que se manifiesta la hidrocefalia progresiva; sin embargo, es importante recordar que los síntomas varían notablemente de una persona a otra.

¿Cómo se diagnostica la hidrocefalia?
La hidrocefalia se diagnostica mediante una evaluación neurológica clínica y mediante el uso de técnicas de imágenes craneales tales como la ultrasonografía, la tomografía computarizada (CT), las imágenes de resonancia magnética (MRI) o técnicas de vigilancia de la presión. Un médico selecciona la herramienta diagnóstica apropiada tomando como base la edad, la presentación clínica del paciente, y la presencia de otras anormalidades conocidas o sospechadas del cerebro o la médula espinal.

pdfelement

¿Cuál es el tratamiento actual?
La hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de derivación. Este sistema desvía el flujo del líquido cerebroespinal de un lugar dentro del sistema nervioso central a otra zona del cuerpo donde pueda ser absorbido como parte del proceso circulatorio.

Una derivación es un tubo silástico flexible pero robusto. Un sistema de derivación consiste en el tubo, un catéter y una válvula. Un extremo del catéter se coloca en el sistema nervioso central - las más de las veces dentro del ventrículo en el interior del cerebro, pero, también, puede ser colocado dentro de un quiste o de un lugar cercano a la médula espinal. El otro extremo del catéter se coloca normalmente dentro de la cavidad peritoneal (abdominal), pero también puede colocarse en otros lugares dentro del cuerpo, tales como en una cámara del corazón o en una cavidad en el pulmón donde el líquido cerebroespinal puede drenar y ser absorbido. Una válvula situada a lo largo del catéter mantiene el flujo en una dirección y regula la cantidad de flujo del líquido cerebroespinal.

Elimina la filigrana digital ahora

Un número limitado de pacientes pueden ser tratados con un procedimiento distinto llamado tercera ventriculostomía. Con este procedimiento, un neuroendoscopio - cámara pequeña diseñada para visualizar áreas quirúrgicas reducidas y de difícil acceso - permite a un médico ver la superficie ventricular utilizando la tecnología de fibra óptica. El neuroendoscopio se guía en posición de forma que pueda efectuarse un pequeño orificio en la base del tercer ventrículo, permitiendo al líquido cerebroespinal pasar la obstrucción y fluir hacia el lugar de reabsorción alrededor de la superficie del cerebro.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de un sistema de derivación?
Los sistemas de derivación no son mecanismos perfectos. Entre las complicaciones pueden figurar falla mecánica, infecciones, obstrucciones y la necesidad de prolongar o reemplazar el catéter. Por lo general, los sistemas de derivación requieren vigilancia y seguimiento médico regular. Cuando ocurren complicaciones, el sistema de derivación normalmente requiere algún tipo de ajuste o revisión. Algunas complicaciones pueden conducir a otros problemas tales como drenaje excesivo o drenaje insuficiente. El drenaje excesivo ocurre cuando la derivación permite al líquido cerebroespinal drenar de los ventrículos con más rapidez que aquella a la que se produce. Este drenaje excesivo puede hacer que los ventrículos se colapsen, rompiendo vasos sanguíneos y ocasionando dolor de cabeza, hemorragia (hematoma sutural) o ventrículos escindidos (el síndrome de ventrículos escindidos). Ocurre drenaje insuficiente cuando el líquido cerebroespinal no sale con suficiente rapidez y los síntomas de la hidrocefalia vuelven a aparecer (véase en este documento "¿Cuáles son los síntomas de la hidrocefalia"). Además de los síntomas comunes de la hidrocefalia, las infecciones de una derivación pueden producir también síntomas tales como fiebre de bajo grado, dolor en los músculos del cuello o los hombros y enrojecimiento o sensibilidad a lo largo del conducto de derivación. Cuando hay razón para sospechar que un sistema de derivación no está funcionando de forma apropiada (por ejemplo, si vuelven a aparecer los síntomas de la hidrocefalia), deberá buscarse atención médica inmediatamente.

Parlement

¿Cuál es el pronóstico de la hidrocefalia?
El pronóstico para los pacientes a los que se les ha diagnosticado hidrocefalia es difícil de vaticinar, aunque hay alguna correlación entre la causa específica de la hidrocefalia y el resultado de la condición.. El pronóstico se complica aún más con la presencia de trastornos asociados, la oportunidad de hacer un diagnóstico temprano y el éxito del tratamiento. No se ha comprendido bien el grado en el que la descompresión (el alivio de la presión o incremento del líquido cerebroespinal) después de una cirugía de derivación pueda reducir o invertir el daño del cerebro.

Las personas afectadas y sus familias deberían estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognoscitivo como físico. Sin embargo, muchos niños a los que se les ha diagnosticado el trastorno se benefician de terapias de rehabilitación e intervenciones educativas que les ayuda a llevar una vida normal con pocas limitaciones. El tratamiento mediante un equipo

Elimina la filigrana digital ahora

interdisciplinario de profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y expertos educativos es vital para un resultado positivo.

El tratamiento de los pacientes con hidrocefalia salva y sostiene la vida del paciente. Si se deja sin tratar, la hidrocefalia progresiva, con raras excepciones, es mortal.

¿Qué investigación se está realizando?
Dentro del gobierno federal, la principal institución de apoyo a la investigación sobre la hidrocefalia es el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS-National Institute of Neurological Disorders and Stroke). NINDS, parte de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), es responsable de apoyar y realizar investigación sobre el cerebro y el sistema nervioso central. NINDS realiza una serie de investigaciones en sus laboratorios en NIH y también apoya la investigación mediante aportaciones financieras a importantes instituciones médicas en todo el país.

Un estudio apoyado por NINDS examina el desarrollo cognoscitivo, los resultados académicos y el ajuste de comportamiento en los niños con hidrocefalia. Los investigadores esperan que este estudio arroje nueva luz sobre la influencia de la hidrocefalia en el desarrollo, así como la cuestión más general del efecto de lesiones tempranas en el cerebro.

Otro estudio apoyado por NINDS examina un sistema de válvulas de autoajuste y no obstructivo. La meta de este estudio consiste en crear un sistema de válvulas que pueda reducir el número de revisiones del sistema de derivación entre las personas que sufren hidrocefalia.

NINDS también lleva a cabo y apoya una amplia gama de estudios fundamentales que exploran los mecanismos complejos del desarrollo normal del cerebro. El conocimiento obtenido de estos estudios proporciona la base para comprender cómo puede fallar este proceso y, por tanto, ofrece la esperanza de nuevos medios para tratar y prevenir los trastornos cerebrales de desarrollo, tales como la hidrocefalia.

Parlement

BRAIN
P.O. Box 5801
Bethesda, MD 20824
(800) 352-9424
http://www.ninds.nih.gov

Organizaciones:
Guardians of Hydrocephalus Research Foundation
2640 East 28th Street
Brooklyn, NY 11235
GHRF2618@aol.com
Tel: 718-743-GHRF (4473)

Elimina la filigrana digital ahora

Fax: 718-743-1171

Hydrocephalus Association
870 Market Street
Suite 705
San Francisco, CA 94102
info@hydroassoc.org
http://www.hydroassoc.org
Tel: 415-732-7040 888-598-3789
Fax: 415-732-7044

National Hydrocephalus Foundation
12413 Centralia Road
Lakewood, CA 90715-1653
debbifields@nhfonline.org
http://nhfonline.org
Tel: 562-924-6666 888-857-3434

Preparado por: Office of Communications and Public Liaison
National Institute of Neurological Disorders and Stroke
National Institutes of Health
Bethesda, MD 20892

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

ISSN 0025-7680

ACTUALIZACIONES EN NEUROLOGIA INFANTIL

MEDICINA (Buenos Aires) 2007; 67 (6/1): 665-673

NEUROENDOSCOPIA

UTILIDAD EN EL MANEJO DE LA HIDROCEFALIA EN NIÑOS DE PAISES EN VIAS DE DESARROLLO

JUAN C. JIMENEZ-LEON, CRISTINA S. JIMENEZ, YALINE M. BETANCOURT

Departamento de Neurocirugía, Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela

Resumen: La Hidrocefalia Infantil es una carga enorme para todos los países, especialmente para los no desarrollados, donde la proporción es mayor si se compara a países con niveles sanitarios desarrollados. En Latinoamérica las causas de hidrocefalia más comunes están ligadas al mal control prenatal y a la sepsis neonatal, con meningitis y ventriculitis, produciendo hidrocefalia como consecuencia de daño en el sistema de drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Las técnicas neuroendoscópicas: Tercer la ventriculostomía y cauterización de los plexos coroides son una alternativa viable para el control de estos pacientes evitando la colocación de sistemas de derivación ventrículo peritoneales (DVP) y sus complicaciones en el manejo y seguimiento. La Tercer Ventriculostomía asociada a la cauterización de los plexos coroides (TV-CPC), es una técnica cada día más usada para el control de la hidrocefalia infantil, secuelar a estados post ventriculitis o a espina bífida (mielomeningoceles). Presentamos la anatomía ventricular normal, las anormalidades asociadas a estados post ventriculitis, y la ventriculoscopia vista en pacientes con Mielomeningocele. Describimos cómo funciona la TV y como evita la colocación de shunts en muchos niños hidrocefálicos. Presentamos nuestra experiencia inicial con 100 pacientes consecutivos en nuestra Institución en Valencia, Venezuela. La utilidad de la neuroendoscopia para el control de la hidrocefalia infantil va a permitir el menor uso de válvulas y por ende de sus complicaciones. Presentamos los datos clave en el uso de la técnica y su algoritmo en niños menores o mayores de un año con hidrocefalia post infecciosa o asociada a mielodisplasias. Insistimos en el uso de esta técnica como alternativa de la dependencia de las válvulas y sus complicaciones.

Palabras clave: hidrocefalia, ventriculitis, neuroendoscopia, ventriculoscopia, tercer ventriculostomia, mielomeningocele, mielodisplasia, derivación ventriculo peritoneal, válvulas

Abstract **Neuroendoscopy. Its usefulness in the hydrocephalus management of children in developing countries.** Hydrocephalus is a huge burden, specially in the poor countries with a big proportion of sick children with this condition, against the countries with good sanitarian conditions. In Latinamerica the most common etiological factors of hydrocephalus are associated with bad prenatal controls, neonatal sepsis and consequent meningitis and ventriculitis. The hydrocephalus is a consequence of the damage in the circulation of the cerebrospinal fluid (CSF). Neuroendoscopy specially third ventriculostomy, associated in some patients with choroid plexus cauterization, represents an alternative method to manage this condition avoiding shunts and its complications. Endoscopic third ventriculostomy (ETV) alone or with choroid plexus cauterization (CPC) is an emerging and very useful technique to manage hydrocephalus specially in children with: ventriculitis as a consequence of meningitis, myelomeningocele, obstructive hydrocephalus idiopathic or seconday to posterior fossa tumors. One hundred consecutive children (100) underwent ventriculoscopy preceding EVT as an initial treatment of hydrocephalus since January 2001 to July 2006, median age was 15.5 months with a range between 2-48 months, 55% are males of our Institution in Valencia, Venezuela. We describe the normal and pathological ventricular anatomy with emphasis in the endoscopic technique and its challenges. We present how the EVT works to prevent the shunt implantation. In the future, neuroendoscopy prevents the use of shunts to treat hydrocephalus in children, avoiding its complications and cost. Neuroendoscopy is a neurosurgical technique everyday most common to manage hydrocephalus and intraventricular lesions in the world. We report an algorythm to use in children younger than 1 year of age with postinfectious hydrocephalus (PIHC) or associated with myelomeningocele. We stress the use of EVT as an alternative because of its low cost to treat hydrocephalus avoiding the complications and dependency of shunts.

Key words: endoscopic third ventriculostomy, neuroendoscopy, hydrocephalus, ventriculitis, myelomeningocele

Dirección postal: Dr. Juan Carlos Jiménez-León, Centro Policlínico Valencia, Torre C, Cons. 112 Av. Carabobo. Urb. La Viña, Valencia 2002. Venezuela.
Fax: 58 241 823534 e-mail: neurojcj@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

La Hidrocefalia infantil presenta un reto visto de diferentes maneras en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. Desde la misma etiología encontramos que la sepsis neonatal y la meningitis-ventriculitis es la principal causa de hidrocefalia en los países pobres, la cual está asociada a precarios controles prenatales y deficiente atención obstétrica del parto; hemorragia de la matriz germinal, la prematuridad y las condiciones genéticamente determinadas son mayormente vistas como causa de hidrocefalia neonatal en los países desarrollados. Muchos niños hidrocefálicos tienen dificultad para ser atendidos por neurocirujanos debido a múltiples factores: distancia de los poblados a los centros especializados, falta de conocimiento de la enfermedad o su diagnóstico tardío en fases de macrocefalia. La manera usual de manejo de los neonatos y niños menores de un año con hidrocefalia es mayormente colocando un sistema de derivación ventrículo peritoneal del LCR. Un niño con una válvula constituye un problema serio en su manejo y seguimiento, las complicaciones relacionadas a infecciones, malfuncionamiento, migraciones, muchas veces están asociadas a las condiciones de mala nutrición de estos niños. La eventual posibilidad de controlar la hidrocefalia mediante ventriculoscopia, usando tercer ventriculostomía y eventual cauterización de los plexos coroideos puede representar una alternativa de tratamiento en nuestros países, liberando un importante grupo de niños de la dependencia de la derivación ventrículo peritoneal. Presentamos una experiencia piloto en nuestra ciudad, basándonos en series realizadas en países en vías de desarrollo como Uganda, en Africa, por el Dr. Benjamín Warf[1,2] y cuyos resultados llenan muchas expectativas de resolver este grave problema.

Anatomía ventriculoscópica normal

La orientación del sistema ventricular normal es indispensable a la hora de navegar dentro del mismo con el neuroendoscopio; usualmente utilizamos el puerto coronal derecho; realizamos una punción ventricular para la inserción del endoscopio y la dirección del mismo está relacionada con la posición del foramen de Monro el cual visualizamos medialmente, atravesamos el foramen, donde encontramos tres estructuras reconocibles: la vena tálamo estriada, el fornix y el plexo coroides. En dirección posterior encontramos el tercer ventrículo donde identificamos: en el piso del mismo a los cuerpos mamilares, la lamina terminallis pudiendo ver a través de la misma el latido del ápex de la arteria basilar. Rotando el endoscopio hacia atrás visualizaremos el ostium del acueducto de Silvio, la comisura posterior, el receso supra-pineal. En la parte central del piso del tercer ventrículo visualizamos el infundibulum sellar, y el quiasma óptico. El neuroendoscopio flexible permite maniobrar mejor en sentido antero posterior, aunque en agujeros de Monro grandes el endoscopio rígido puede rotarse o cambiar sus ópticas a 30° para visualizar los elementos posteriores (zona pineal).

El dominio de esta ruta para llegar hasta la delgada membrana de Liliequist (ML), que es la barrera entre el tercer ventrículo y las cisternas pre pontinas, constituyen la clave de éxito para la realización segura de la tercer ventriculostomía. Ocasionalmente existe una membrana ponto mesencefálica medial que puede ser vista inferiormente, lo que ocasionalmente ocasionaría que al penetrar la ML entremos a un espacio virtual entre el clivus y la hoja mesencefálica de la ML. Lo que nos da certeza es atravesar la membrana, a tal punto que vemos el flujo de LCR libre entre los dos espacios así como el latido de la arteria basilar. Podríamos observar la arteria basilar y sus ramas pre pontinas y la pared del seno cavernoso en la cisterna pre pontina (Figs. 1 y 2).

Consideraciones anatómicas en el hidrocéfalo post infeccioso

Una severa distorsión de la anatomía ventricular puede ser el resultado de una meningitis/ventriculitis con la consecuente hidrocefalia post infecciosa. Muchas veces esa distorsión entorpece la realización de una tercer ventriculostomía debido a las severas adhesiones de las estructuras ependimarias secundarias a la ventriculitis. Lo que ocasionalmente hace al procedimiento técnicamente imposible. En condiciones ideales, el LCR debe estar estéril y con nula celularidad. Los casos más difíciles corresponden a los niños que han permanecido con sistemas de drenaje ventricular externo donde se dificulta realmente la esterilización del LCR. Las características ventriculoscópicas más comunes en estos niños son: exudados inflamatorios amarillentos, manchas de hemosiderina en el epéndimo y engrosamiento de las membranas, especialmente del piso del tercer ventrículo. Podemos observar obstrucción del Silvio por pus, hemosiderina o engrosamiento ependimario post infeccioso. Una característica casi constante en estos casos es la tabicación ventricular, causante de la hidrocefalia multiseptada o multi compartamental. Estos casos requieren la fenestración de los septos para lograr un ventrículo único comunicable, ya que en estos casos no funciona la tercer ventriculostomía, y necesitamos un ventrículo libre para colocar una derivación ventrículo peritoneal (Fig. 3).

Consideraciones anatómicas en la hidrocefalia obstructiva (no infecciosa)

En estos casos incluimos la hidrocefalia obstructiva por lesiones ocupantes de espacio (LOE), tales como tumo-

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

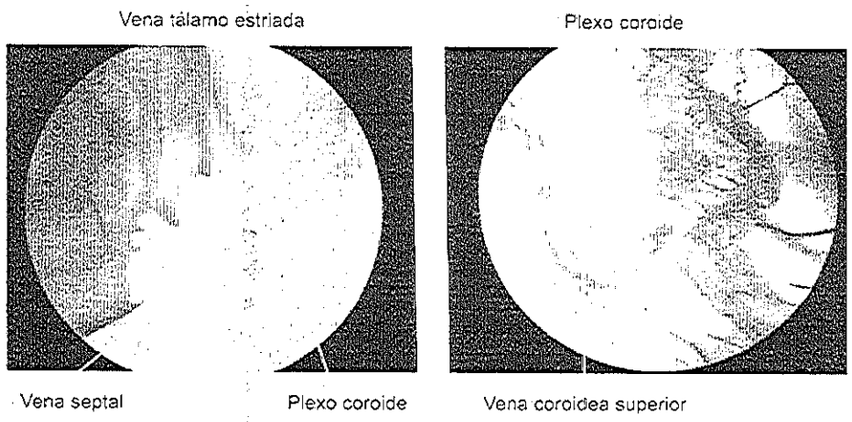


Fig. 1.– Anatomía neuroendoscópica normal; Vista del foramen de Monro mediante un neuroendoscopio rígido de 0°.

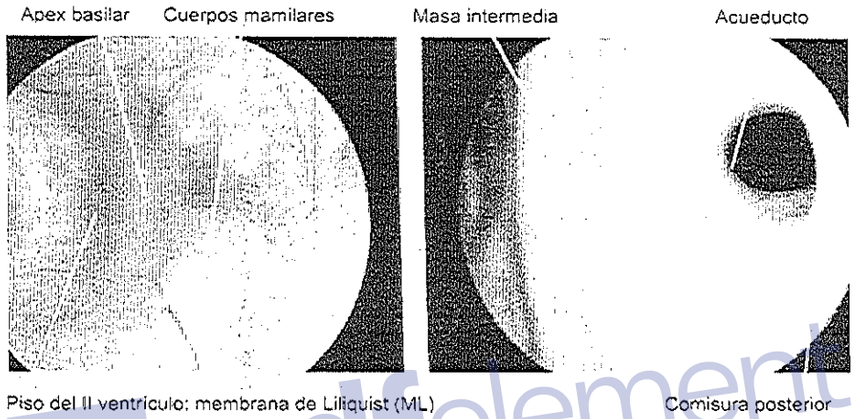


Fig. 2.– Anatomía neuroendoscópica normal; Vista del interior del III Ventrículo con neuroendoscopio rígido, observando el nivel de la TV en la ML.

pdfelement

res cerebrales de línea media (intraventriculares, de la región pineal, etc.) o los relacionados con obstrucción del acueducto de Silvio, igualmente los tumores infratentoriales que condicionan ocupación del IV ventrículo como los tumores neuroectodérmicos primitivos (TNP), especialmente los meduloblastomas. Casos relacionados a malformaciones como la agenesia del foramen de Monro o casos donde los tálamos están fusionados sobre el tercer ventrículo haciéndolo inaccesible. En todos estos casos, donde existe hidrocefalia mantenida por cierto tiempo, el piso del tercer ventrículo puede estar deprimido y estar muy relacionado al dorso selar y a la arteria basilar. Es posible, cuando hay una obstrucción del acueducto, realizar una acueductoplastia con todo el cuidado y monitoreo que esto representa al atravesar el acueducto a través del mesencéfalo y el puente hasta llegar al IV ventrículo. Esta sería la alternativa en los casos de malformación de Dandy-Walker o IV ventrículo aislado y en algunos casos de Chiari II.

Consideraciones anatómicas en la hidrocefalia asociada al mielomeningocele (MM)

La realización de una tercer ventriculostomía en un niño portador de hidrocefalia asociada a una disrafia espinal tipo mielomeningocele, nos enfrenta a varios retos ya que la anatomía ventricular es particularmente distinta, y como describe Warf[2] encontraremos: ausencia del septum pellucidum, columnas del fornix engrosadas y ocasionalmente fusionadas, plexos coroides engrosados con su glomus fuertemente pediculado y vascularizado, alargamiento de la masa intermedia, adhesiones interhipotalámicas que complican el abordaje del piso del III ventrículo,

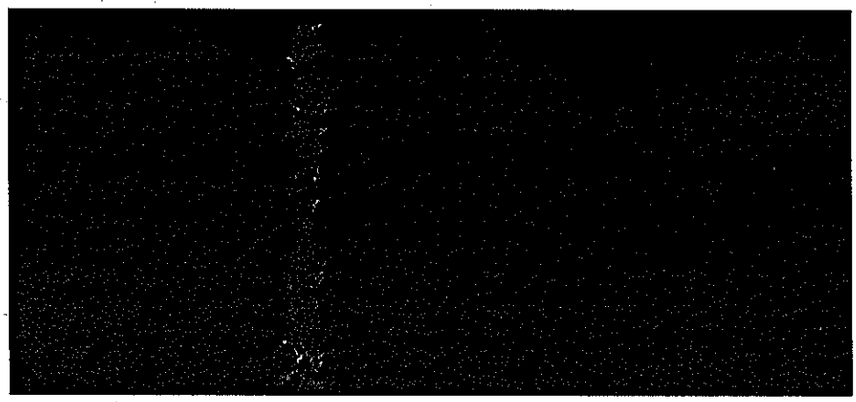


Fig. 3.– Anatomía del Hidrocéfalo Post Infeccioso: Depósitos inflamatorios que cubren los plexos coroides en el interior del III Ventrículo.

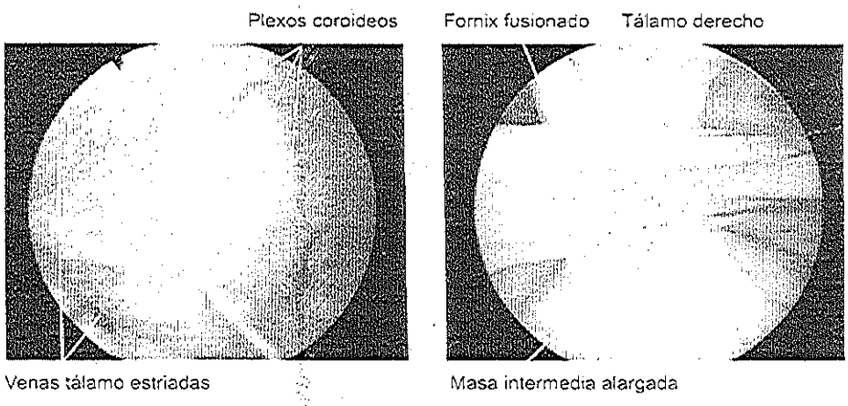


Fig. 4.– Anatomía del Hidrocéfalo asociado a mielomeningocele; asociado a Chiari II, con ausencia de Septum Pellucidum, estenosis de los Monro y alargamiento de la masa intermedia.

que es en estos casos grueso y poco traslúcido, frecuente asociación a estenosis acueductal.

Una vez realizada la TV en estos pacientes la anatomía intracisternal es bastante diferente encontrando: desplazamiento anterior de la arteria basilar y el tallo cerebral, desplazamiento inferior del ápex basilar, engrosamiento de la Membrana de Liliequist que amerita una fenestración más laboriosa después de ser perforada hacia la cisterna y ocasionalmente podemos ver tejido cerebeloso en el receso lateral de la cisterna pontina cerca de los cóndilos occipitales (Chiari) (Fig. 4).

Tercer ventriculostomía como tratamiento primario de la hidrocefalia

¿Cómo funciona la tercer ventriculostomía endoscópica (ventriculocisternotomía)? Esta permite una comunicación directa entre el 3er ventrículo y el espacio subaracnoideo que existe a través de las cisternas interpedunculares y pre-pontinas. Se realiza un desvío de la circulación del LCR que debería pasar a través del acueducto de Silvio, 4to ventrículo y sus salidas a través de los foramenes de Luschka y Magendie en las cisternas de la fosa posterior. Se realiza un cortocircuito del LCR omitiendo cualquier obstrucción de su flujo en esta vía. Se espera que la TV funcione si no hay obstrucción al flujo del LCR de las cisternas interpedunculares y pre-pontinas donde circula el LCR hacia las granulaciones aracnoideas de la convexidad craneal y hacia su drenaje natural a los senos venosos, especialmente el seno longitudinal superior. En los casos de existir un trastorno en la absorción del LCR a nivel de las vellosidades aracnoideas o de daño del drenaje venoso no funcionará la TV, ya que aun desviando el flujo del LCR de las estructuras bloqueadas, los mecanismos de absorción pudieron ser lesionados en algunos casos de meningitis y ventriculitis, o eventualmente por falta de desarrollo de los mecanismos de absorción. En estos casos no funciona la TV y la colocación de una DVP es mandatoria.

Elimina la filigrana digital ahora

Técnica operatoria de la tercer ventriculostomía

Este procedimiento es realizado bajo anestesia general con el niño en decúbito ventral, polo cefálico en línea media con abordaje a través de una trepanación coronal o pre coronal derecha sobre la línea medio pupilar. Se practica una incisión en herradura pequeña, suficiente para realizar un agujero de trépano de 14 mm donde pueda desplazarse el neuroendoscopio. Utilizamos un equipo con una cámara de tres chips Storz, una fuente de luz xenón Storz, y un endoscopio Caemert de Wolf, se conecta una irrigación con Ringer tibio durante el procedimiento. Un sistema de endocoagulación mono y bipolar, así como endotijeras y endoforceps flexibles forman parte de nuestro equipo. Un catéter de Fogarty N° 3 es usado como guía después de realizar la punción ventricular para dilatar el trayecto del endoscopio hasta el ventrículo lateral. Nosotros evitamos el uso de material descartable como el introductor pell off, que es de uso común en este procedimiento. Una vez abierta la duramadre y realizada la punción ventricular en línea medio pupilar, dilatamos el trayecto con el balón del Fogarty e inmediatamente introducimos el endoscopio con irrigación alta de modo que diseque el trayecto hasta el ventrículo; una vez adentro ubicamos el foramen de Monro, el cual es fácilmente reconocido por las características descritas anteriormente: la presencia del fornix, de la vena tálamo estriada y del plexo coroides a través de él. Ciertos datos técnicos descritos por Warf ayudan a realizar una vía estándar en el abordaje, una de ellas es colocar en el video lo anterior a la hora 9 y lo posterior a la hora 3. El control del neuroendoscopio es vital apoyándose en la cabeza del paciente y con la mano derecha y girándolo con el pulgar y el índice, el instrumental endoscopio lo introduce el primer ayudante y puede, en conjunto con el cirujano, posicionar los catéteres, endopinzas o coaguladores. Hay que estar pendientes del flujo de irrigación y drenaje; en nues-

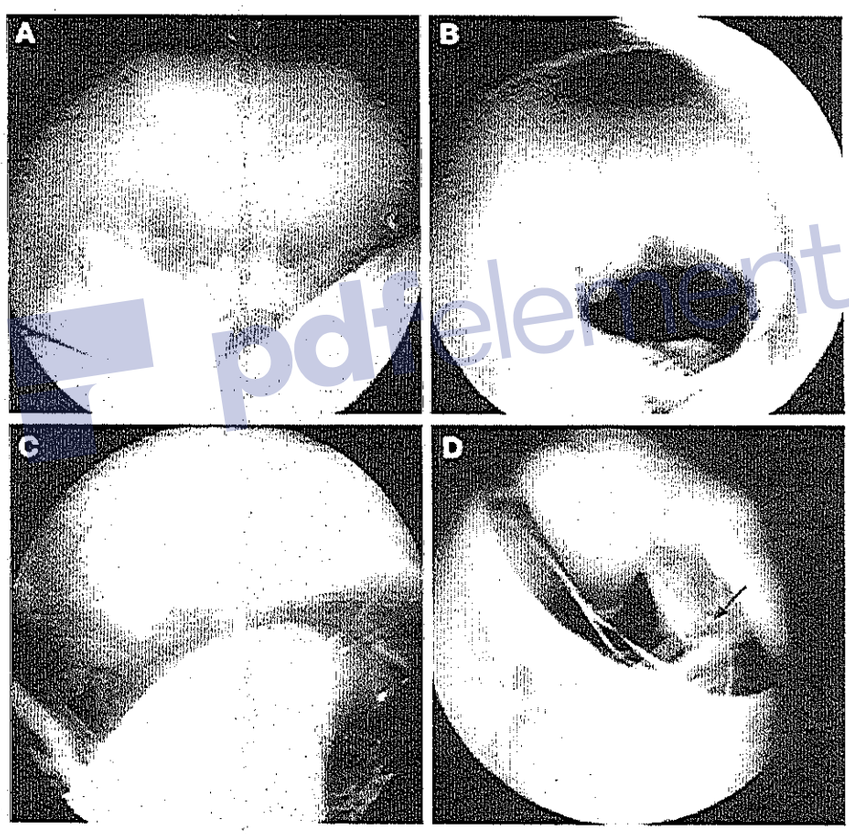


Fig. 5.– Tercer ventriculostomía; A) visualización del área premamilar y la membrana a ser perforada. B) revisión posterior de la zona acueductal, C) perforación de la membrana premamilar con un catéter de Fogarty, D) observamos la comunicación con la cisterna basilar desde el tercer ventrículo.

291
Elimina la filigrana digital ahora

tro equipo una vía fluye y otra drena, con un canal de trabajo central de 2.1 mm.

Una vez penetrado el Monro la anatomía del III ventrículo muestra al fondo los cuerpos mamilares y la membrana de Liliequist que pulsa por el latido de la basilar, es transparente pero renitente, y ella es el objeto a fenestrar para la TV. Podremos entrar con el endocauterio bajo y luego atravesar la superficie con el catéter de Fogarty 3, el cual es inflado lentamente hasta 1cc. Con esta ventana es suficiente para conectar el flujo del III ventrículo a las cisternas interpedunculares y prepontinas logrando el objeto de desviar el flujo del LCR al espacio cisternal (Fig. 5).

Metodología

Entre enero de 2001 y julio de 2006 hemos tratado mediante TV a 100 niños con hidrocefalia procedentes de los sectores marginales de Valencia, Venezuela, y su área de influencia. La edad de estos niños osciló entre 2 meses y 48 meses de edad, con un promedio de 15.5 meses de edad, el sexo predominante fue el masculino y la etiología de la hidrocefalia estuvo principalmente determinada por la secuela de una sepsis neonatal o ventriculitis en un 64%; un 15% fue asociado a mielomeningocele; 30% de los casos presentó hidrocefalia no infecciosa de tipo obstructivo asociada a estenosis acueductal, hemorragia de la matriz germinal (prematuridad) y lesiones tumorales. Todos los pacientes fueron seguidos con controles clínicos, medidas de los perímetros cefálicos y controles de tomografía axial computarizada (TAC) o de resonancia magnética (RM). El seguimiento fue de 6 meses a 60 meses del post operatorio.

Resultados

Los pacientes con hidrocefalia post infecciosa (HPI) tuvieron un comportamiento diferente si eran mayores o menores de un año; de hecho, el éxito de la TV fue de un 83% en los niños con HPI mayores de un año, a diferencia de los menores de un año donde sólo un 43% mejoró su condición requiriendo de una nueva TV o finalmente la colocación de una válvula. Los pacientes con hidrocefalia asociada a mielomeningocele tuvieron un control de su condición en un 72% mediante la TV. Los pacientes con hidrocefalia post hemorrágica (HPH) controlaron su hidrocefalia mediante TV en un 61% en los menores de un año, con mejores resultados en los mayores de un año con un 79% de éxito de la TV. En todos los casos donde la TV no pudo controlar la condición después de una segunda intervención se colocó una derivación ventrículo peritoneal. Sólo en un 20% de los casos de esta serie se intentó cauterización de los plexos coroides mediante electrocoagulación bipolar endoscópica, especialmente cuando hubo falla en el primer intento de la TV. El procedimiento fue realizado por el mismo equipo neuroquirúrgico en todos los casos.

Discusión

La Neuroendoscopia fue iniciada a comienzos del siglo XX con el objeto de manejar pacientes hidrocefálicos. En 1910 Víctor L´Espinasse, un urólogo de Chicago, practicó la primera exploración neuroendoscópica al introducir un cistoscopio dentro de los ventrículos laterales de un paciente hidrocefálico para cauterizar y remover los plexos coroides, y de este modo pensaba resolver la hidrocefalia[3]. Los primeros intentos fueron un fracaso ya que el colapso ventricular y la hemorragia asociada a la mala calidad óptica del endoscopio colaboraron al poco auge de la técnica. Walter Dandy[4], en 1918 practico lo que él bautizó como Ventriculoscopia, una técnica para el control de la hidrocefalia, fulgurando y removiendo los plexos coroides de niños hidrocefálicos. El mismo Dandy pronosticó que al mejorar la instrumentación y la calidad óptica esta técnica sería muy útil a futuro[4-6].

En 1923, Mixter[7] reporto la primer ventriculostomía del tercer ventrículo exitosa y su utilidad en el control de la hidrocefalia no comunicante. De allí en adelante otros autores publicaron sus experiencias de navegación endoscópica intraventricular, relacionada fundamentalmente al control de la hidrocefalia. La aparición de las derivaciones ventrículos peritoneales disminuyó el interés en la neuroendoscopia como técnica para control de la hidrocefalia. Fue a comienzos de la década del 70 cuando Harold Hopkins[8], un físico ingles, desarrolló los sistemas ópticos que utilizamos actualmente en todas las áreas de la endoscopia.

Gracias a los neuroendoscopios rígidos de Hopkins se reinicia la neuroendoscopia a inicios de los 80. En Bristol, Griffith[9, 10] reimpulsa la neuroendoscopia en la neurocirugía pediátrica y recoge una serie basada en ventriculostomías del III ventrículo y control de hidrocefalia compleja mediante ésta técnica. Desde 1995, prácticamente todos los servicios neuroquirúrgicos cuentan con el neuroendoscopio como un recurso más de diagnóstico y tratamiento; publicaciones acerca de sus ventajas y usos son cada día mas frecuentes en todas las revistas de la especialidad[11]. Los sistemas flexibles de fibra óptica desarrollados por Fukushima[12-14] en Japón permitieron la creación de neuroendoscopios flexibles de diámetros delgados de 1 a 2 milímetros que revolucionaron la exploración cerebral asociada a la microcirugía y la estereotaxia.

Mediante la perforación neuroendoscópica del suelo del tercer ventrículo en la zona premamilar, se comunica éste con las cisternas basales, logrando un pasaje adecuado del LCR desde el sistema ventricular al subarac-

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

noideo sin el uso del acueducto de Silvio o el IV ventrículo. Dandy realizó esta técnica como una cirugía abierta subfrontal con apertura de la lamina terminalis pero fue Mixter en 1923 quien realizó la primera tercer ventriculostomía endoscópica exitosa, usando un ureteroscopio flexible; desde luego, esta técnica no se popularizó por la mala calidad óptica de la época y la pobre iluminación, pero como presagió Dandy, al mejorar las condiciones técnicas se abrió una posibilidad de resolver las hidrocefalias obstructivas mediante esta comunicación. La técnica basa su eficacia en la existencia de un espacio subaracnoideo funcionante, por tanto los pacientes con estados post meningíticos o post hemorrágicos no son buenos candidatos para esta técnica, igualmente funciona mejor en los niños mayores y adultos donde existe una comprobada función reabsortoria de las vellosidades aracnoideas de la convexidad[15].

Los mecanismos de absorción del LCR están intactos en los pacientes con estenosis acueductal o en los portadores de tumores de la fosa posterior o región pineal, por tanto debemos tener soporte imagenológico de hidrocefalia obstructiva para plantear la tercer ventriculostomía como opción terapéutica. El fracaso de la técnica está marcado por una mala indicación, al no ser realizada en pacientes con capacidad de reabsorción comprobada; la permanencia en funcionamiento la garantiza el pulso continuo del LCR a través de los dos compartimientos, favorecido por el latido de la arteria basilar y sus ramas, vecinas al sitio de comunicación[16-18].

Jones y cols.[19] presentaron una primera serie de tercer ventriculostomías, donde incluyeron 24 pacientes con hidrocefalia, unos por mielomeningocele, otros por cuadros obstructivos y post infecciosos, obteniendo una tasa de éxito del 50%. En una segunda publicación de Jones[20] con 103 casos reportó un éxito del 61%, discriminando que pacientes previamente derivados evolucionaban mejor que los que no tenían válvula previa, igualmente presentó malos resultados en niños pequeños (menores de seis meses), confirmando un mayor éxito en los casos obstructivos puros por tumor o estenosis acueductal. En los casos de mielomeningocele no hay consenso en si la tercer ventriculostomia es suficiente para su control, aunque algunos autores reportan que es insuficiente y un número de casos va a requerir una derivación ventrículo peritoneal. El funcionamiento de la ventriculostomia se hace más patente en los niños mayores y pueden éstos independizarse de los shunts[21].

Las ventajas potenciales de la tercer ventriculostomía a nuestra opinión son: un menor daño al tejido nervioso y vasos debido a la visión directa del área, menor instrumentación que en la cirugía abierta o estereotáxica y confirmación del sitio de comunicación evitando el uso de contrastes para confirmar el drenaje. De igual modo, en esta técnica no es posible el sobrederenaje y puede resolver el problema de la hidrocefalia obstructiva sin necesidad de implantar sistema de derivación ventricular potencial fuente de complicaciones[21, 22].

Se han publicado una serie de complicaciones relacionadas al procedimiento, éstas pueden clasificarse en mayores o menores según su gravedad y están directamente relacionadas a la curva de aprendizaje que los neurocirujanos tenemos con esta técnica. Los casos iniciales tendrán más complicaciones que cuando el cirujano ha colectado una serie de casos con aprendizaje de los pasos necesarios para evitar inconvenientes. Es muy importante el reconocimiento de la anatomía ventricular, la orientación dentro del postal y la identificación de los elementos buscados, si esto no es posible se pueden producir verdaderos desastres durante el procedimiento[23-27].

Dentro de las complicaciones menores tenemos: sangrado escaso, que puede ser controlado con irrigación, atrapamiento aéreo que puede causar mareo, náuseas y cefaleas post operatorias, fiebre no infecciosa post operatoria, despertar tardío de la anestesia. Dentro de las complicaciones mayores encontramos: sangrado severo por ruptura de una vena septal o tálamo-estriada, que convierte la endoscopia en una craneotomía para el control de las estructuras lesionadas; trauma de la arteria basilar, aneurismas post traumáticos, penetración a estructuras parenquimatosas y hematomas subdurales[23]. Jones[24] ha descripto tercer ventriculostomías abortadas por sangrado que impide la fenestración premamilar, con bradicardia intraoperatoria. Esta complicación, también descrita por Handler[26], por exceso de irrigación produce hipertensión endocraneana y bradicardia refleja. En la serie de 173 neuroendoscopias consecutivas de Teo y cols se reportan 7% de complicaciones con diferentes grados de trauma hipotalámico, con diabetes insípida, hiperfagia, polidipsia, amenorrea; igualmente un 13% de complicaciones menores controladas. El uso de guías estereotácticas, así como de neuro navegación, aumentan la eficiencia de la técnica y disminuyen sus complicaciones. Jones[24] reportó solo un 5% de morbilidad, sin mortalidad, se obtienen al asociar la estereotaxia con la endoscopia en un mismo procedimiento. El desarrollo de un mejor conocimiento anatómico del sistema ventricular, la comprensión de su tridimensionalidad y las mejores técnicas imagenológicas y de realidad virtual nos permitirá muy pronto hacer de la neuroendoscopia una intervención rápida, sin riesgos y de alta eficiencia en el control de las entidades donde está formalmente indicada.

Nuestro marco referencial más importante en esta serie fueron los trabajos de Warf[1, 2] el uso de TV como tratamiento primario de la hidrocefalia en 300 pacientes consecutivos, donde él obtuvo éxito en el 81% de los pacientes con hidrocefalia postinfecciosa (HPI) mayores de un año y con el 91% de los pacientes con hidrocefalia no postinfecciosa (HNI) mayores de un año, los cuales fueron manejados solo con TV, sin shunts. No así en los pacientes menores de un año donde solo el 40% de los

Elimina la filigrana digital ahora

TABLA 1.– Resultados del tratamiento[1]

	<1º/Ac Abierto	>1º/Ac Abierto	<1º/Ac Cerrado	>1º/Ac Cerrado
HPI	TV (71%)	TV (81%)	TV (70%)	TV (83%)
HNPI	TV (40%)	TV (91%)	TV (78%)	TV (90%)
H + MM	TV (45%)	TV (74%)		

HPI: Hidrocefalia post infecciosa. HNPI: Hidrocefalia No Post Infecciosa (hemorrágica u obstructiva) H + MM: Hidrocefalia con Mielomeningocele. Ac: Acueducto abierto o cerrado. TV: Tercer Ventriculostomia.

pacientes con HNI y un 45% de los hidrocéfalos asociados a mielomeningocele tuvieron buenos resultados con la TV. Un grupo excepcional fue el de los menores de un año con HPI con estenosis acueductal, donde la TV fue exitosa en el 70% de los casos. Pero en general menos del 50% de las TV son exitosas en menores de un año con hidrocefalia, excepto las estenosis acueductales. Al final un importante grupo de menores de un año necesitó shunt ventrículo peritoneal.

Algoritmo del tratamiento de la hidrocefalia de acuerdo a la edad y tipo de niño (Warf)

(ver Tabla 1)

El grupo con peores resultados correspondió al de los hidrocefálicos no post infecciosos menores de un año de edad (<1ª), igualmente el grupo de hidrocefálicos post infecciosos que presentaban gran cantidad de adherencias y depósitos fibrinoides y de hemosiderina, constituyeron fracasos para la TV, en estos casos se plantea la colocación de un shunt para resolver la hidrocefalia. En ellos el endoscopio puede facilitar la fenestración de los septos para una mejor circulación del LCR a través del shunt. La cauterización de los plexos coroides la hemos usado con prudencia por el riesgo de sangrado durante el procedimiento endoscópico.

En los casos donde la TV aparenta no funcionar bien durante el primer mes se puede reintervenir para intentar una nueva TV o en su defecto estar preparado para la colocación de un shunt. Un dato técnico descrito por Warf en las reintervenciones está relacionado con el tamaño del estoma de la TV entre el III ventrículo y las cisternas; si encontramos dificultad en el flujo y éste es reestablecido puede haber hasta un 50% de éxito en el funcionamiento de la TV, de otro modo, si encontramos patencia en la comunicación entre el III ventrículo y las cisternas en la reintervención se indica la colocación de una válvula.

Conclusiones

La dependencia a la derivación ventrículo peritoneal puede ser evitada en algunos casos, esto es especialmente útil en los países en vías de desarrollo donde se encuentran la mayoría de los niños enfermos. Siempre teniendo en cuenta una lógica racional en el manejo de estos niños; sabemos que la hidrocefalia post ventriculitis es menos frecuente en los países desarrollados, pero esto no excluye que la hidrocefalia pueda ser susceptible de ser manejada de entrada mediante TV aun sea su origen post hemorrágico (no obstructivo) u obstructivo. De hecho, la hidrocefalia asociada a mielomeningoceles responde de igual forma en cualquier país del mundo con un éxito mayor en los niños mayores de un año de edad. Nosotros obtuvimos buenos resultados con la TV en los pacientes con hidrocefalia obstructiva, el éxito de la TV fue de un 83% en los niños con HPI mayores de un año, a diferencia de los menores de un año donde solo un 43% la TV fue exitosa; en estos casos usamos shunts para su tratamiento. Los pacientes con hidrocefalia asociada a mielomeningocele tuvieron un control de su condición en un 72% mediante la TV. Los pacientes con hidrocefalia post hemorrágica (HPH) controlaron su hidrocefalia mediante TV en un 61% en los menores de un año, con mejores resultados en los mayores de un año con un 79% de éxito de la TV. Se necesitan más estudios y seguimientos de estos pacientes para proponer firmemente la TV como una primera opción en el control de la hidrocefalia, evitando la dependencia de los niños a sistemas de derivación del LCR.

Conflicto de interés: ninguno

Bibliografía

1. Warf, BC. Hydrocephalus in Uganda: Predominance of infectious origin and primary management with endoscopica third ventriculostomy 2005; *J Neurosurg* (Pediatrics 1) 102: 1-15.
2. Warf, BC. Comparison of One –Year outcome of Chaabra and Codman Hakim Micro Precision shunt systems in Uganda: a prospective study in 195 children. *J Neurosurg* (Pediatrics 1) 2005; 102: 358-62.
3. L´Espinasse V, in: Davis L: Neurological Surgery. 2nd Ed. *Philadelphia* Lea & Febiger, 1939; p 438-47.
4. Dandy WE. Extirpation of the choroids plexus of the lateral ventricles in communicating hydrocephalus. *Ann Surg* 1918; 68: 569-79.
5. Dandy WE. An operative procedure for hydrocephalus. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1922; 33: 189-90.

Elimina la filigrana digital ahora

6. Dandy WE. Cerebral ventriculoscopy. *Johns Hopkins Hosp Bull* 1922; 33: 189-90.
7. Mixter WJ. Ventriculoscopy and puncture of the floor of the third ventricle. Preliminary report of a case. *Boston Med Surg J* 1923, 188: 277-78.
8. Griffith HB. Technique of fontanels and presutural ventriculoscopy and endoscopic ventricular surgery in infants. *Childs Brain* 1975; 1: 359-63.
9. Griffith HB. Endoneurosurgery: Endoscopic Intracranial Surgery. In: Symon L. et al. (eds) Advances and Technical Standards in Neurosurgery, Berlin Springer 1987 pp 2-24.
10. Abtin K, Brockmeyer D, Petronio J, Walker M. Intracranial neuroendoscopy. In: Choux M, (Ed.) Pediatric Neurosurgery. Boston Churchill-Livingstone: 2000.Chap 41, pp 777-93.
11. Ferrer E. Neuroendoscopia. In: Villarejo F, Martínez-Lage J (Ed). Neurocirugía Pediátrica. Madrid Edit. Ergon 2001. pp. 498-512.
12. Fukushima T, Ishijima B, Hirakawa K, Nakamura N, Sano K. Ventriculofiberscope: a new technique for endoscopic diagnosis and operation. Technical note. *J Neurosurg* 1973; 38: 251-6.
13. Fukushima T, Scharmm J. Klinischer Versuch der Ednsokopie des Spinalkanals: Kurzmitteilung. *Neurochirurgia* 1975; 18: 199-203.
14. Fukushima T. Endoscopic biopsy of intraventricular tumors with the use of Ventriculofiberscope. *Neurosurgery* 1978; 2: 110-3.
15. Oka K, Ohta T, Kibe M, Tomonaga M. A new neurosurgical ventriculoscope – technical note. *Neurol Med Chir* (Tokyo) 1990; 30: 77-9.
16. Apuzzo ML, Chandrasoma PT, Zelman V, Giannotta SL, Weiss MH. Computed tomography guidance stereotaxis in the management of lesions of the third ventricular region. *Neurosurgery* 1984; 15: 502-8.
17. Apuzzo MLJ, Heifetz MD, Weiss MH, Kurze T. Neurosurgical endoscopy using a side viewing telescope. *Technical note* 1977; 46: 398-400.
18. Ferrer E, Santamarta D, García-Fructuoso G, Caral L, Rumia J. Neuroendoscopic management of pineal region tumours. *Acta Neurochir* (Wien) 1997; 139: 12-20.
19. Jones RFC, Stening WA, Brydon M. Endoscopic third ventriculostomy. *Neurosurgery* 1990; 26: 86-92.
20. Jones RF, Kwok BC, Stening WA, Vonau M. Neuroendoscopic third ventriculostomy. A practical alternative to extracranial shunts in non communicating hydrocephalus. *Acta Neurochir Suppl* (Wien) 1994; 61: 79-83.
21. Jiménez JC. Neuroendoscopia: utilidad diagnóstica y terapéutica. *Rev Neurol* 1997; 25: 941-5.
22. Jiménez JC, Salazar P, Finocchio J, Betancourt Y. Complex Multiloculated Hydrocephalus. 50th Congress of Neurological Surgeons. San Antonio, TX. 2000. P 28.
23. Teo C, Rahman S, Boop FA, Cherny B. Complications of endoscopic neurosurgery. *Childs Nerv Sys* 1996; 12: 248-53.
24. Jones RF, Kwok BC, Stening WA, Vonau M. The current status of endoscopic third ventriculostomy in the management of non communicating hydrocephalus. *Minim Invasive Neurosurg* 1994; 37: 28-36.
25. McLaughlin M, Wahling J, Kaufmann A, Albright A. Traumatic basilar aneurysm after endoscopic third ventriculostomy: case report. *Neurosurgery* 1997; 41: 1400-4.
26. Handler MH, Abbott R, Lee M. A near-fatal complication of endoscopic third ventriculostomy: case report. *Neurosurgery* 1994; 35: 525-8.
27. Mohanty A, Anandh B, Reddy MS, Sastry KV. Contralateral massive acute subdural collection after endoscopic third ventriculostomy – a case report. *Minim Invasive Neurosurg* 1997; 40: 59-61.

pdfelement

No man is an island, entire of itself; every man is a piece of the continent, a part of the main... Any man's death diminishes me, because I am involved in Mankind; and therefore never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee.

Ningún hombre es una isla, completa en sí; cada hombre es una parcela del continente, una parte del conjunto... La muerte de cada hombre me disminuye, porque estoy involucrado en la Humanidad; y en consecuencia nunca preguntés por quien doblan las campanas; doblan por ti.

John Donne (1572-1631)

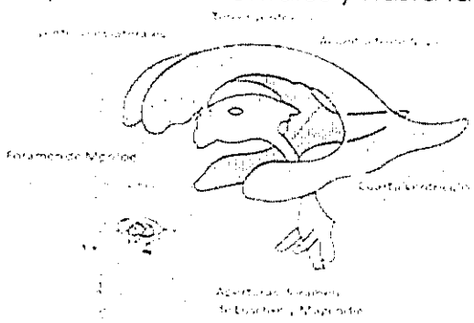
Elimina la filigrana digital ahora

Hidrocefalia

19 agosto, 2013 10:03 pm

Definición del problema

El término Hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza.
Como indica su nombre, es una condición cuya principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cerebroespinal o líquido cefalorraquídeo (LCR) – un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal.
En las personas afectadas con este problema, el LCR se acumula en los "ventrículos cerebrales" o cavidades del cerebro lo que puede causar un aumento de la presión intracraneal y un agrandamiento progresivo de la cabeza, convulsiones, problemas mentales y hasta la muerte.



La Hidrocefalia es una enfermedad para toda la vida y como tal, las complicaciones siempre pueden ocurrir, por lo cual es importante que los padres comprendan perfectamente la enfermedad, su desarrollo, consecuencias, tratamiento y complicaciones.

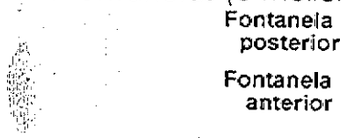
¿Qué es el cerebro y qué partes lo componen?

Para entender este padecimiento es importante saber algunos conceptos básicos de la anatomía del cerebro, de su funcionamiento y de su importante relación con otras estructuras vecinas. Para comenzar diremos que el sistema nervioso central está compuesto por el cerebro y la médula espinal.

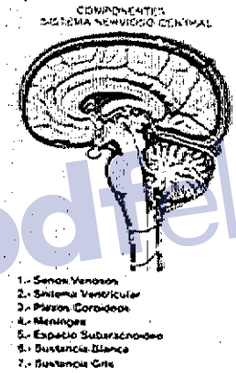


Elimina la filigrana digital ahora

Estas estructuras vitales están rodeadas y protegidas por huesos que son: el hueso del cráneo y los de la columna vertebral. Todos los huesos del cráneo juntos rodean al cerebro, cerebelo y parte del tallo cerebral y los huesos de la columna vertebral (vértebras) le dan protección a toda la médula espinal a lo largo de su recorrido. En los bebés, el cráneo está compuesto de huesos separados que se unen en lugares llamados suturas y hasta aproximadamente los 18 meses de edad, existen varias ventanitas de áreas blandas del cráneo llamadas fontanelas (o molleras).



Los mayores componentes del sistema nervioso central son: el cerebro propiamente, el cerebelo y el tallo cerebral.
Entre el cráneo y el cerebro hay tres membranas protectoras (**meninges**) que rodean completamente tanto al cerebro como a la médula espinal. El líquido cefalorraquídeo (LCR) fluye en el espacio entre estas membranas, llamado **"espacio subaracnoideo".** Este líquido está en constante circulación y cumple varias importantes funciones:

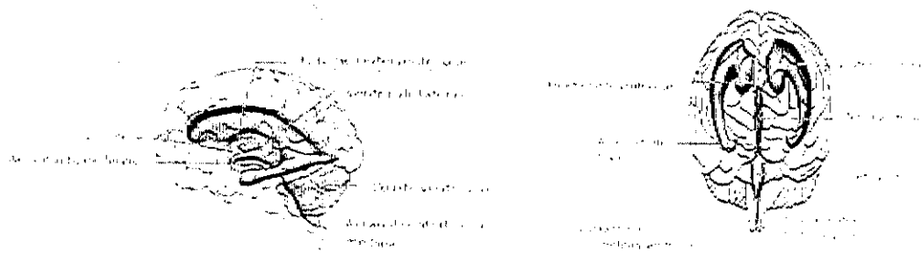


pdfelement

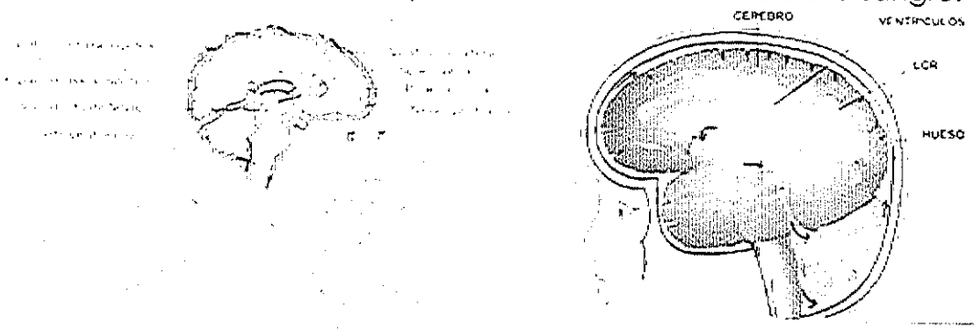
1) mantener flotante el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador; 2) servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos; y 3) fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro).

¿Dónde se produce el líquido cefalorraquídeo? El líquido cefalorraquídeo se produce dentro de unas cavidades cerebrales llamadas **ventrículos**, que pueden imaginarse como grandes cisternas llenas con líquido y tenemos cuatro de ellas: 2 ventrículos laterales, 1 tercer ventrículo y 1 cuarto ventrículo. Todos los ventrículos se interconectan por pequeñas tuberías.

Elimina la filigrana digital ahora



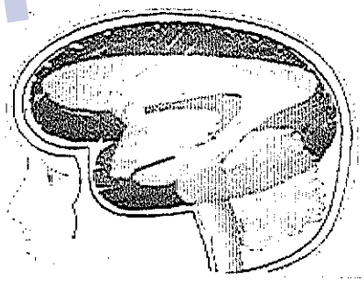
El LCR circula, pasando de los ventrículos hacia las cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y de ahí es "eliminado" hacia la sangre.



El sistema ventricular es la mayor vía de drenaje y circulación del líquido cefalorraquídeo y actúa con los ventrículos como un sistema de cañerías para drenarlo desde el cerebro y para que esté en circulación permanentemente.

Nuestro cuerpo produce aproximadamente medio litro de líquido cefalorraquídeo diariamente, el cual es continuo y simultáneamente elaborado y absorbido. El equilibrio entre la producción y la absorción de este líquido, es de vital importancia. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán tanto la producción de LCR como su flujo normal.

parcelmort



Cuando se perturba este equilibrio, hay una acumulación de LCR y esto produce la hidrocefalia. En los bebés y los lactantes, la cabeza se agranda pero en los niños y en los adultos, el tamaño de la cabeza no puede aumentar ya que los huesos que forman el cráneo, ya están completamente unidos entre sí.

Clasificación

Elimina la filigrana digital ahora

Se dice que hay Hidrocefalia cuando el balance del LCR está alterado porque:

1. La cantidad de LCR que se produce es mucha.
2. Hay una obstrucción en la circulación del LCR
3. No se "elimina" todo el líquido que se produce.

De acuerdo con esto, la Hidrocefalia puede ser:

1. **Congénita o adquirida.**

- **La Hidrocefalia congénita** está presente al nacer y resulta de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales. Aunque puede no ser reconocida y diagnosticada de inmediato, la Hidrocefalia congénita actualmente es posible diagnosticarla en el embarazo durante los ultrasonidos de rutina. La Hidrocefalia que se diagnostica en la edad adulta puede haber existido desde el nacimiento y puede considerarse congénita y se dice entonces que es una "Hidrocefalia compensada".
- **La Hidrocefalia adquirida** se desarrolla después del nacimiento. Este tipo de hidrocefalia secundaria puede afectar a las personas de todas las edades y puede ser ocasionado por un trauma en la cabeza, un tumor cerebral, un quiste, hemorragia (sangrado) intraventricular o en cualquier parte del cerebro, o por secuelas de alguna enfermedad infecciosa del sistema nervioso central.

2. **La Hidrocefalia también puede ser comunicante o no comunicante.**

- **La Hidrocefalia comunicante, externa o no obstructiva,** ocurre cuando el flujo del líquido cerebroespinal no puede reabsorberse aún cuando no haya un bloqueo entre los ventrículos cerebrales y el espacio subaracnoideo. El LCR se ve bloqueado después de salir de los ventrículos. Esta forma se denomina comunicante porque el líquido cerebroespinal aún puede fluir entre los ventrículos, que permanecen abiertos pero el paso del LCR está bloqueado en el espacio subaracnoideo. Se impide su regreso a la circulación venosa y se acumula en ese espacio causando una presión externa del cerebro que puede causar daño cerebral y muerte de los tejidos nerviosos.
- **La Hidrocefalia no comunicante o Hidrocefalia interna–** llamada también hidrocefalia "obstructiva" – ocurre cuando el flujo del líquido cerebroespinal se ve bloqueado a lo largo de una o más de las vías estrechas que conectan los ventrículos. Se encuentra bloqueada la salida normal del LCR pero la producción continúa con lo que la presión se incrementa dentro del cerebro dañando el tejido nervioso y agrandando los ventrículos cerebrales. La compresión del tejido cerebral generalmente resulta en daño irreversible.

Causas

Las causas más comunes de Hidrocefalia congénita o adquiridas son las siguientes:

Elimina la filigrana digital ahora

Congénita	Adquirida
Estenosis (estrechamiento) del acueducto de Silvio	Hemorragia intraventricular
Defectos del tubo neural	Meningitis
Quistes aracnoideos	Trauma en la cabeza
Síndrome de Dandy Walker	Tumor cerebral
Malformación de Chiari	

Estenosis del acueducto de Silvio: ésta es la forma más común de Hidrocefalia congénita. Cuando el largo y estrecho paso entre el tercero y el cuarto ventrículo (el acueducto de Silvio) se estrecha más o se bloquea quizás por una infección, hemorragia o por un tumor, el LCR se acumula a partir de la obstrucción y causa Hidrocefalia.

Defectos del tubo neural: Otra causa común son los defectos del tubo neural. La Espina Bífida o el Meningocele son un defecto abierto en el cual la médula espinal está expuesta y drenando LCR. Este tipo de defecto del tubo neural generalmente causa la Malformación de Chiari Tipo II que hace que parte del cerebelo y el cuarto ventrículo se empujen hacia abajo a través de la abertura en la base del cerebro bloqueando la circulación del LCR fuera del cuarto ventrículo provocando Hidrocefalia.

Quistes aracnoideos: Estos quistes se pueden presentar en cualquier parte del cerebro. En los niños generalmente están localizados en la parte posterior del cerebro (fosa posterior) y en el área del tercer ventrículo. Estos quistes están llenos de LCR y cubiertos de membrana aracnoides (una de las tres membranas meníngeas). Algunos de estos quistes están aislados mientras que otros están conectados con los ventrículos cerebrales o con el espacio subaracnoideo. Los quistes pueden bloquear el camino del LCR causando así la Hidrocefalia.

Síndrome de Dandy Walker: en este síndrome el cuarto ventrículo se agranda porque sus salidas están parcial o totalmente bloqueadas y parte del cerebelo no se ha desarrollado. En estos casos también se desarrolla Hidrocefalia cuando los quistes aumentan de tamaño y generan presión en los tejidos. El síndrome de Dandy Walker puede asociarse también con desarrollo anormal en otras partes del cerebro y algunas veces lleva a estenosis (estrechamiento) del acueducto de Silvio. En algunas ocasiones, para tratar la Hidrocefalia es necesario colocar dos válvulas en el cerebro del bebé una en el ventrículo lateral y otra en el cuarto ventrículo.

Malformación de Chiari: Existen dos tipos de esta malformación y ambos ocurren en la base del cerebro en el sitio de unión del cerebro con la médula espinal.

Hemorragia intraventricular: La hemorragia intraventricular afecta principalmente a los bebés prematuros que son más vulnerables de desarrollar Hidrocefalia porque sus vasos sanguíneos son muy frágiles y

Elimina la filigrana digital ahora

pueden romperse fácilmente si sufren una variación muy grande en la presión sanguínea o si adquieren alguna otra enfermedad. Debido a que el área que está debajo de los ventrículos del cerebro contiene gran cantidad de sangre, hay un riesgo de que se presente una hemorragia, lo que podría generar un bloqueo o desarrollar un coágulo, si hay un bloqueo, ya sea temporal o definitivamente, el niño desarrollará Hidrocefalia.

Meningitis: es la inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Puede ser causada por bacterias o –menos frecuente- por virus. La meningitis puede dejar cicatrices en las membranas que recubren el paso del LCR. Esta obstrucción puede ser la causa de la Hidrocefalia. La meningitis puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en niños. Hoy en día los casos de esta enfermedad se han reducido considerablemente, gracias a la vacuna HIB (Haemophilus influenzae tipo B).

Trauma en la cabeza: Un golpe en la cabeza puede dañar los tejidos del cerebro o los vasos sanguíneos. La sangre que escapa de los vasos rotos puede invadir el paso del LCR y causar inflamación. Los lugares de absorción del LCR pueden ser bloquedos también por cicatrices de las meninges o por células de la sangre. Se restringe el flujo del LCR y se desarrolla la Hidrocefalia.

Tumores de la cabeza: En los niños se presentan más frecuentemente en la parte posterior del cerebro (fosa posterior). Conforme el tumor crece, puede llenar o comprimir el cuarto ventrículo bloqueando el flujo del LCR, causando Hidrocefalia. Un tumor en algún otro lugar del cerebro puede también bloquear o comprimir el sistema ventricular.

Cuando se desconoce totalmente la causa de la Hidrocefalia, se dice que es: Hidrocefalia Idiopática.

¿Incidencia?

Los datos sobre incidencia y prevalencia son difíciles de establecer ya que no hay un registro nacional o base de datos de las personas que tienen Hidrocefalia y los trastornos estrechamente asociados a esta enfermedad; sin embargo, se cree que la hidrocefalia afecta a uno de cada 500 niños.

¿Qué le pasa al bebé?

Los síntomas de la Hidrocefalia varían con la edad, el progreso de la enfermedad y las diferencias individuales de tolerancia al problema. Por ejemplo, la habilidad de un bebé para compensar el aumento de la presión y el agrandamiento de los ventrículos cerebrales, es diferente a la del adulto. El cerebro del bebé puede agrandarse para acomodar la acumulación del LCR porque las suturas (las uniones fibrosas que conectan a todos los huesos que conforman el cerebro) todavía no se han cerrado.

En los bebés, el signo más obvio de la Hidrocefalia es el rápido crecimiento de la circunferencia de la cabeza o una cabeza demasiado grande y las fontanelas se verán abombadas aún cuando el bebé este en posición vertical (el abombamiento de las fontanelas (mollera) suele ser síntoma de hipertensión intracraneal. Otros síntomas pueden incluir, adormecimiento,

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

vómitos frecuentes, irritabilidad y desvío de los ojos hacia abajo y, a veces, convulsiones.



Lactante con hidrocefalia avanzada. Nótese la inflamación de las venas de la cabeza por la elevación de la presión arterial dentro del cráneo. Así mismo, el "signo del sol poniente" en los ojos.

La forma de la cara se ve desproporcionada, siendo más delgada en la parte del mentón en proporción con el resto del rostro.Los niños más grandes (y los adultos), cuyas fontanelas y suturas ya se han cerrado, van a mostrar otro tipo de manifestaciones, ya no de crecimiento de la cabeza sino de aumento de la presión intracraneal causado por el agrandamiento de sus ventrículos. Si no se interviene a tiempo para drenarlo, la presión obtenida puede provocar un daño cerebral irreversible.

Los síntomas muy comúnmente incluyen:

- Dolor de cabeza severo, seguido de vómitos en proyectil
- Náusea
- Visión borrosa
- Baja coordinación
- Somnolencia
- El llanto puede tener un tono alto (agudo)
- Signo del sol naciente (desviación de los ojos hacia abajo).
- Irritabilidad y cambios en la personalidad
- Algunos tienen convulsiones (temblores en todo el cuerpo)

Diagnóstico

Cuando la Hidrocefalia se desarrolla desde el embarazo, es posible diagnosticarla al realizar un ultrasonido de cuarta dimensión que permita visualizar el tamaño de los ventrículos cerebrales. Esto puede lograrse hasta la semana 18 ó 20 ya que antes de esto, la dilatación de los ventrículos

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

laterales del cerebro es normal. En muchos casos, la hidrocefalia no se desarrolla hasta el tercer trimestre del embarazo y, por consiguiente, es posible que no se detecte en ecografías realizadas anteriormente a esta fecha.

En todo caso, cuando ya es diagnosticado prenatalmente, es conveniente además del ultrasonido de alta resolución hacer un estudio de resonancia magnética fetal y una amniocéntesis (extracción de líquido amniótico mediante una punción, para realizar estudios de laboratorio y medir algunas sustancias químicas que son marcadores de defectos al nacimiento) para la determinación de alfa- fetoproteínas, además de estudios virales, para descartar otros problemas mentales o anomalías cromosómicas.

En los casos en los que no se hayan confirmado las graves alteraciones mencionadas y si el crecimiento de los ventrículos (ventriculomegalia) es moderado y estable, el médico vigilará cercanamente la evolución del embarazo tomando en cuenta la necesidad de tratamientos urgentes en cuanto nazca el bebé. Si la Hidrocefalia se incrementa, se debe valorar la inducción del parto por cesárea, más o menos a los 7 meses, cuando la maduración de los pulmones del bebé, le permitan vivir y en ese momento se deberá aplicar la válvula o *derivación ventricular.*

Cuando la Hidrocefalia no se detectó durante el embarazo, se hace al nacimiento o poco después, dependiendo de la causa. El médico especialista –neurólogo pediatra- hará una revisión física completa del bebé y una evaluación neurológica teniendo en cuenta los antecedentes prenatales y de nacimiento completos del bebé y preguntará a los padres si existen en la familia antecedentes de Hidrocefalia u otros trastornos médicos.

Pedirá también que se le realicen al bebé algunos estudios de imagen y de laboratorio que le ayudarán en el diagnóstico.

En el bebé se puede realizar una ecografía efectuada a través de la fontanela. En los niños mayores se puede utilizar la tomografía computarizada (TC), o las imágenes de resonancia magnética (RNM) que permiten identificar la acumulación del LCR en los ventrículos.

El médico elige el estudio que se vaya a realizar teniendo en cuenta la edad, el estado de salud del bebé o infante y la presencia de otras anormalidades conocidas -o que se sospechan- del cerebro o la médula espinal.

Consecuencias de la Hidrocefalia

Debido a que la Hidrocefalia puede dañar el cerebro, el pensamiento y el comportamiento pueden ser afectados. Los efectos a largo plazo dependen de la causa de la Hidrocefalia. Los problemas de aprendizaje incluyendo la pérdida de la memoria a corto plazo es muy común, sin embargo, la severidad del daño puede variar mucho entre cada individuo y algunos pueden tener una inteligencia normal.

Otros sin embargo, pueden tener dificultades en la visión o problemas con el control de los movimientos como sentarse, gatear, caminar y

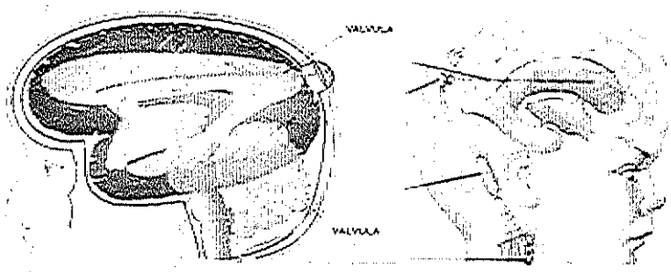
Elimina la filigrana digital ahora

coordinación motora. El niño puede tener inteligencia un poco disminuida o normal pero con problemas para procesar cierto tipo de información, por ejemplo, al leer o hacer matemáticas.
Muchos niños con Hidrocefalia desarrollan inteligencia normal, desarrollo físico y coordinación normales pero tienden a ser un poco más lentos en adquirir habilidades en la coordinación ojo-mano y en aprender a caminar.
Otros problemas menos comunes que se pueden presentar son convulsiones tipo epilepsia y sensibilidad exagerada a los sonidos o a las luces brillantes.
ASOCIADAS: Puede acompañarse de otras malformaciones del sistema nervioso como: Mielomeningocele, Espina Bífida, Encefalocele y Meningocele. Pero también en el resto del cuerpo como en la cara, extremidades, columna vertebral y otros órganos internos.
Tratamiento
No existe una cura para la Hidrocefalia, pero sí puede ser tratada. El tratamiento específico para la Hidrocefalia será determinado por el médico de tu bebé basándose en lo siguiente:

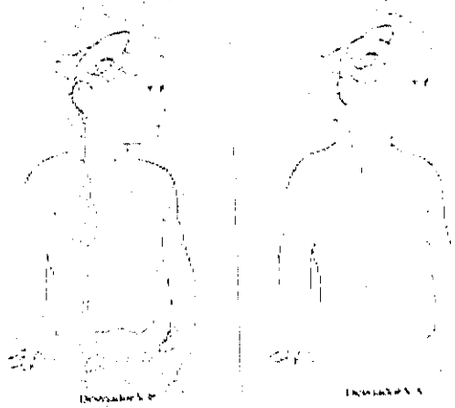
- la edad gestacional del bebé, su estado general de salud y los antecedentes médicos
- la gravedad del trastorno
- el tipo o la causa del trastorno
- la tolerancia del bebé a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- las expectativas para la evolución del trastorno

El objetivo del tratamiento es reducir la presión en la cabeza del bebé y drenar correctamente el líquido cefalorraquídeo (LCR).
Medicamentos o procedimientos: En algunas ocasiones, pueden utilizarse medicamentos o procedimientos para extraer el LCR adicional.
Válvula o derivación: La Hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de una "válvula" o "derivación" entre las cavidades de los ventrículos cerebrales. Este sistema no ha cambiado mucho desde que se desarrolló en 1960. La válvula debe de implantarse dentro del cerebro del niño -un procedimiento delicado que en sí mismo puede causar daño cerebral por lo que debe hacerlo un cirujano neurólogo pediatra- y su objetivo es desviar el flujo del líquido cerebroespinal de un lugar dentro del sistema nervioso central a otra zona del cuerpo donde pueda ser absorbido como parte del proceso circulatorio reduciendo así la presión dentro del cerebro.
Una derivación (o válvula) es un tubo silástico (material especial) flexible pero robusto. Un sistema de derivación consta de tres partes: el tubo, un catéter y una válvula. Un extremo del catéter se coloca en el sistema nervioso central – las más de las veces dentro del ventrículo en el interior del cerebro, pero, también, puede ser colocado dentro de un quiste o de un lugar cercano a la médula espinal.

Elimina la filigrana digital ahora



El otro extremo del catéter se coloca normalmente dentro de la cavidad peritoneal (abdominal), pero también puede colocarse en otros lugares dentro del cuerpo, tales como en una cámara del corazón o en una cavidad en el pulmón donde el LCR puede drenar y ser absorbido. Una válvula situada a lo largo del catéter mantiene el flujo en una dirección y regula la cantidad de flujo del líquido cerebroespinal.



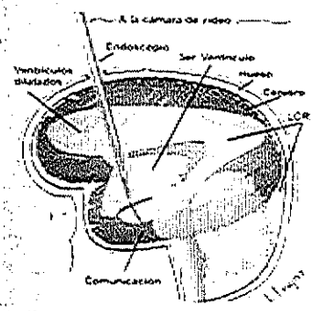
Válvula peritoneal Válvula atrial

Las válvulas regulan la presión a que se drena el LCR y las hay varios tipos, de baja, mediana y alta presión, así como otras de presión regulable.

En la actualidad, un número limitado de personas afectadas con este problema pueden ser tratados con un procedimiento distinto. En algunos casos de Hidrocefalia llamada "no comunicante" (porque no hay comunicación desde los ventrículos hacia los espacios en que se absorbe), se puede hacer un Tercer Ventrículo: Cisternostomía. Esta operación consiste en pasar un endoscopio (instrumento que se conecta a una cámara de vídeo y permite visualizar el interior del cerebro), que permite el paso de instrumentos con los que se abre una comunicación que permite el paso del LCR desde los ventrículos a los sitios en donde se absorbe (espacio subarcnoideo).

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora



Si este procedimiento es indicado y resulta efectivo, el paciente podrá vivir sin válvula.

El tratamiento de los pacientes con Hidrocefalia salva y sostiene la vida de la persona afectada. Si se deja sin tratar, la Hidrocefalia progresiva, con raras excepciones, es mortal. El tratamiento agrupa a varios especialistas como el neonatólogo, neuropediatra, psicólogo, el especialista en rehabilitación y el neurocirujano, cada uno con visiones distintas pero necesariamente complementarias que trabajan en equipo.

¿Qué cuidados se deben tener con un niño con válvula?

- No tocar la válvula salvo por indicación médica.
- No acostar al niño sobre la válvula, ya que la presión sobre la misma puede maltratar la piel. Cuando el niño se movilice solo y pueda reaccionar al dolor, el mismo se acostará de la mejor manera que le acomode.
- Vigilar la aparición de coloración roja o supuración de la piel sobre alguna parte de la válvula.
- Vigilar que ninguna parte de la válvula quede expuesta a infecciones a través de heridas sobre la piel o granos.
- Continuar el control de niño sano.
- Vigilar que la mollera del niño se mantenga a nivel.
- Vigilar que no aparezcan síntomas que sugieran que la válvula funciona mal.

La clave para controlar la Hidrocefalia es la prevención, la detección temprana y el tratamiento de las infecciones. Un bebé con Hidrocefalia requiere exámenes médicos frecuentes para asegurarse del correcto funcionamiento de la derivación. El equipo médico trabajará exhaustivamente junto a la familia, le proporcionará toda la información necesaria y los guiará en el crecimiento y desarrollo de su bebé.

Con este tratamiento muchos bebés sobreviven y a los cinco años pueden ser normales, no obstante, otros fallecen por infecciones interrecurrentes y obstrucción frecuente de la válvula.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de un sistema de derivación?

La colocación de la válvula generalmente tiene éxito, pero es muy raro que la válvula dure toda la vida sin tener complicaciones. Uno de los aspectos críticos del manejo de la válvula es estar bien informado y vigilante ante las posibles complicaciones que pueden llegar a ser muy graves. La mayoría de estos problemas ocurren semanas o incluso años después de su instalación

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

y esa es una de las razones por las que puede haber descuidos. Cuando las cosas van bien, las personas tienden a olvidarse de la Hidrocefalia y su tratamiento.

Es importante que los padres estén siempre alertas e informados. Si saben cuáles son los síntomas estarán más tranquilos. Algunos de estos pueden confundirse fácilmente con los síntomas de las enfermedades infantiles, si tienen duda, siempre deben acudir al médico especialista para que haga una revisión neurológica del niño.

Los sistemas de derivación no son mecanismos perfectos. Entre las complicaciones pueden figurar:

- **Falla mecánica:** generalmente hay un bloqueo total o parcial de la válvula. El LCR se regresa desde este punto de obstrucción y, si no se corrige, regresarán todos los síntomas de Hidrocefalia.
  - **Obstrucción de la válvula:** esto puede ocurrir en cualquier parte de la válvula, el catéter ventricular (el que está dentro del cerebro), se obstruye con el tejido del plexo coroideo o de los ventrículos. En los adultos generalmente se obstruye el catéter distal (el que lleva el LCR a otra parte del cuerpo). Los catéteres o la válvula se pueden obstruir con células sanguíneas o con bacteria.
  - **Se desconecta alguna de sus partes, se rompe** (generalmente el catéter distal): las válvulas son muy durables, pero los componentes pueden desconectarse o fracturarse como resultado del uso o por el crecimiento del niño.
  - **Alguno de los catéteres se sale de su sitio de colocación**
  - **La válvula saca más o menos cantidad de LCR de lo esperado:**
- **El drenaje excesivo** ocurre cuando la derivación permite al LCR drenar de los ventrículos con más rapidez que aquella a la que se produce. Este drenaje excesivo puede hacer que los ventrículos se colapsen, rompiendo vasos sanguíneos y ocasionando dolor de cabeza y hemorragia.
- **Ocurre drenaje insuficiente** cuando el LCR no sale con suficiente rapidez y los síntomas de la Hidrocefalia vuelven a aparecer.
- **Infecciones:** Además de los síntomas comunes de la Hidrocefalia, las infecciones de una derivación, pueden producir también síntomas tales como fiebre ligera, dolor en los músculos del cuello o los hombros y enrojecimiento o sensibilidad a lo largo del conducto de derivación. Este problema debe ser tratado inmediatamente para evitar enfermedades graves que pondrían en riesgo la vida o causarían daño cerebral.
- **Convulsiones:** son un problema común en la Hidrocefalia, sin embargo, no hay ninguna relación entre el número de revisiones de la válvula y el riesgo de presentar convulsiones.
- **Complicaciones abdominales:** el peritoneo (en el abdomen) es el lugar más común para colocar el catéter distal, sin embargo también ahí puede haber complicaciones serias cuando se pierde el catéter, se perfora el intestino o se forman hernias que requieren atención especial.

Parlement

Elimina la filigrana digital ahora

Por lo general, los sistemas de derivación requieren vigilancia y seguimiento médico regular. Cuando ocurren complicaciones, el sistema de derivación normalmente requiere algún tipo de ajuste o revisión.
Cuando hay razón para sospechar que un sistema de derivación no está funcionando de forma apropiada (por ejemplo, si vuelven a aparecer los síntomas de la hidrocefalia), **deberás llamar a tu médico de inmediato.**
¿Cuáles son los síntomas si la válvula funciona mal?
Alguno o varios de los siguientes:

- Dolor de cabeza persistente
- Vómito
- Visión doble
- Irritabilidad
- Decaimiento
- Convulsiones
- La mollera se abulta, si aún la tiene abierta.

Prevención
El diagnóstico y tratamiento precoz puede evitar las complicaciones de largo plazo.

Complicaciones
ASOCIADAS: Puede acompañarse de otras malformaciones del sistema nervioso como: Mielomeningocele, Espina Bífida, Encefalocele y Meningocele. Pero también en el resto del cuerpo como en la cara, extremidades, columna vertebral y otros órganos internos.
Pronóstico
El pronóstico para los infantes a los que se les ha diagnosticado Hidrocefalia es difícil de predecir y depende más bien de la causa y de la oportunidad del tratamiento. El pronóstico se complica aún más cuando existe la presencia de otros trastornos asociados.
No se ha comprendido bien el grado en el que la descompresión (el alivio de la presión o incremento del líquido cerebroespinal) después de una cirugía de derivación pueda reducir o invertir el daño del cerebro.
Las personas afectadas y sus familias deberían estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognoscitivo como físico. Sin embargo, muchos niños a los que se les ha diagnosticado el trastorno se benefician de terapias de rehabilitación e intervenciones educativas que les ayuda a llevar una vida normal con pocas limitaciones.
El tratamiento de los pacientes con Hidrocefalia salva y sostiene la vida del paciente. Si se deja sin tratar, la hidrocefalia progresiva, con raras excepciones, es mortal. Entre más temprano el tratamiento mejor el pronóstico. Es muy importante si un padre ve algún cambio en su hijo llevarlo de inmediato con su pediatra.
Probabilidad de que se repita

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Es posible que el médico del bebé le recomiende consultar a un médico especialista en genética para discutir acerca de los riesgos de recurrencia en embarazos futuros y de los análisis prenatales que se podrían realizar para la detección de la Hidrocefalia.
Para los casos que se presentan esporádicos (o sea sin algun otro tipo de malformación congénita), tienen un porcentaje del 5%; para los que intervienen las formas genéticas, el riesgo dependería del tipo de herencia que se presente como en el caso de la Hidrocefalia ligada al X donde 50% de los varones pueden heredarla y 50% de las mujeres serán portadoras (pero sanas) del defecto. Es recomendable que todos los bebés con Hidrocefalia acudan al **Consejo Genético** y se estudie si corresponden a una forma esporádica o no.
Usa nuestra sección de "directorio de Genetistas" para localizar a un profesional especializado en genética en tu área.
Preguntas frecuentes
¿Puede un niño con Hidrocefalia y válvula hacer una vida normal? : Un niño con hidrocefalia compensada por el uso de una válvula podrá tener un desarrollo normal, sin embargo debe tenerse en cuenta que la causa de la hidrocefalia puede haber dejado secuelas a nivel cerebral que dificulten su desarrollo.
Si no existe ninguna otra enfermedad asociada, el niño podrá, dentro de su condición, asistir a la escuela, practicar deportes o actividades artísticas igual que otros niños de su edad y no deberá marginarse por ninguna razón.
¿Qué pasa si el niño se golpea en la cabeza?: Como ya lo dijimos, el llevar una válvula no debe impedir que el niño haga una vida lo más normal posible. Las válvulas no se rompen en los golpes leves en la cabeza. Sin embargo, cuando un niño que lleva una válvula se golpea fuertemente en la cabeza, debe ser vigilado especialmente (por el pediatra o en el hospital), ya que puede presentar hematomas (derrames de sangre) intracraneales con más facilidad que otros niños.
¿Cuántas veces debe cambiarse la válvula?: Más o menos 6 de cada 10 niños, en algún momento de su vida deberán ser sometidos a una revisión o cambio de válvula.
Mientras la válvula funcione bien no es necesario cambiarla. En algunas ocasiones por el crecimiento del niño (entre los 10 y los 14 años), puede que el catéter distal se rompa, se salga de su sitio o se desprenda de la válvula, en estos casos el niño presentará datos de mal funcionamiento valvular y los padres se darán cuenta. Esto va a depender de la longitud del tubo que va dentro del vientre y de la altura que alcance el niño. Igualmente será necesario el cambio de válvula cuando ha sido afectada por alguna infección.
¿La válvula es para siempre?: En términos generales, la válvula es para siempre. Como el niño con espina bífida con hidrocefalia, su trastorno se

parlopiemont

Elimina la filigrana digital ahora

debe a la obstrucción del LCR y por lo tanto, él va a necesitar siempre la válvula.

¿Hay posibilidad de que mi niño deje de necesitar la válvula?: Esto sucede en algunas ocasiones, generalmente porque la obstrucción al paso del LCR desaparece. Sin embargo puede que esto pase desapercibido sin que signifique ningún problema para el niño y tampoco es necesario intervenirlo sólo para retirar la válvula ya que ésta no producirá ningún problema al permanecer en su sitio.

¿Qué información sobre la válvula deben tener presente los padres?

- El día en que se le colocó.
- El tipo de válvula.
- La presión de apertura de la válvula.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

SEÑOR:
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO.
E. S. D.

ASUNTO: DICTAMEN PERICIAL

Proceso: **VERBAL**
Demandante: **JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS.**
Demandados: **OSWALDO CORAL GUERRON Y OTROS.**
Radicación: **2015 -00132**

Respetados Señores:

De acuerdo con la solicitud que me hiciera el abogado **JAIRO FRAGA ROSAS** en calidad de apoderado del doctor OSWALDO CORAL GUERRON, para rendir un DICTAMEN PERICIAL a presentarse dentro del proceso VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA que se tramita ante este despacho, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

a. Que soy Médico general (del año 2004– Universidad del Cauca), Especialista en neurocirugía (Del año 2012 – Universidad del Valle),

b. No estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.

c. No he sido designado como perito en procesos judiciales.

d. No he realizado antes ningún dictamen pericial a la abogado JAIRO FRAGA ROSAS, ni al doctor OSWALDO CORAL GUERRON, ni a ninguna de las partes involucradas en este asunto.

e. No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.

f. Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de Perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.

g. Anexo a este dictamen, los diplomas y certificaciones que me acreditan como médico Neurocirujano.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

h. Anexo a este dictamen literatura científica que sirvió como referencia para responder el cuestionario.

i. Tuve a mi disposición la demanda, la Historia clínica del paciente **Kimberly Papamija**, la demanda Instaurada y el cuestionario elaborado por el abogado JAIRO FRAGA ROSAS.

Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición y acudiré a la sala de audiencias que Designe el **JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO** para ratificar el contenido del Dictamen Pericial rendido ante autoridad judicial, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran y contestar los cuestionarios de las partes.

k. Puedo ser localizado en mi lugar de trabajo en la dirección clinica de los remedios dirección Avenida 2 norte N. 24-157 gerencia medica
Teléfono: 6081000 ext 201

Procedo de esta manera a dar respuesta, al cuestionario; por metodología transcribiré cada una de las preguntas realizadas por la abogada en el orden que se realizaron, dando respuesta enseguida de cada una de ellas:

CUESTIONARIO Y RESPUESTAS

pdfelement

1. Que es Hidrocefalia?

RESPUESTA:

Es una acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos del cerebro con un incremento de la presión intracraneal como resultado de ella.

Esta condición no es una enfermedad pero resulta de varias condiciones que afectan el feto, los infantes o los niños. No es un fenómeno "del todo o nada". Puede ser manejado con observación o en ocasiones puede resolver sin tratamiento.

Elimina la filigrana digital ahora

2. Que es hidrocefalia descompensada?

RESPUESTA:

Es cuando se desarrollan síntomas que sugieren hipertensión endocraneana como lo son dolor de cabeza, vomito, ataxia o síntomas visuales, y en el examen físico se puede evidenciar papiledema (daño del nervio óptico)

3. Que es una derivación?

RESPUESTA:

Es una técnica quirúrgica que se realiza como tratamiento de las hidrocefalias descompensadas. Consiste en colocar un catéter desde uno de los ventrículos laterales del cerebro hasta diferentes partes del cuerpo, siendo el peritoneo el mas usado .

4. Cuales son los criterios clínicos y tomograficos de una hidrocefalia descompensada?

RESPUESTA:

Los criterios clínicos de una hidrocefalia descompensada son dolor de cabeza, nauseas,vomito, ataxia, letargo, síntomas visuales (diplopía), y en el examen físico se puede evidenciar papiledema (poco freceunte antes de los 2 años de edad). En lactantes se observa apnea, bradicardia e irritabilidad

pdfelement

En niños donde la fontanela aún no se ha cerrado otro criterio de hidrocefalia descompensada es el crecimiento anormal de la cabeza por fuera de los percentiles adecuados para la edad, además de fontanela tensa y protuberante e ingurgitación de las venas del cuero cabelludo.

Los criterios radiológicos son: el tamaño de las astas o cuernos temporales son mayores de 2 mm de ancho y que la cisura silviana, interhemisferica y los surcos cerebrales no sean visibles, o

Que ambos cuernos temporales sean mayores de 2 mm y el proporción entre las astas frontales (AF) y el diámetro interno (DI) sea mayor de 0.5 . (AF/DI mayor 0.5)

Otras características que sugieren hidrocefalia son: abalonamiento de los cuerno frontales y de los ventrículos laterales (ventrículos de Mickey mouse) y del tercer ventrículo;

Elimina la filigrana digital ahora

hipodensidad periventricular en la tomografías lo cual es indicativo de absorción transependimaria o migración de LCR;

cociente AF/DI: menor de 40% normal, entre 40 y 50% valor limite, mayor de 50% indica hidrocefalia.

Relacion de evan: proporción entre las astas frontales y el diámetro biparietal máximo (de tabla externa a tabla externa) mayor de 30%

5. Porque se puede tapar una válvula?

   RESPUESTA:

Infecciones, hemorragias, oclusiones que provoca el epliplon o desechos atrapados de fibrina , por la formación de un quiste (o seudoquiste) peritoneal, adherencias peritoneales graves,

6. Si un paciente tiene hidrocefalia descompensada y el paciente tiene una derivación cual es el paso terapéutico?

   RESPUESTA:

Verificar que el catéter de derivación sea funcional y si no lo es se debe de llevar a cirugía de inmediato para determinar donde esta el problema y corregir o cambiar la válvula de derivación ventrículo peritoneal.

7. En que consiste la cirugía?

   RESPUESTA:

pdfelement

Se realiza una incisión en cuero cabelludo en el punto de kocher (a 11 cm del nasion y 3 cm de la línea media) , se llega al hueso frontal y se realiza apertura de este, apertura de la duramadre y se realiza la venticulostomia (colocación del cateter en el venticulo), se tuneliza el catéter desde el cráneo hasta el abdomen, en el abdomen se realiza una incisión a nivel de la piel, se busca la fascia superficial de los músculos rectos a la cual se le realiza una incisión, se abre la fascia profunda y el peritoneo donde se pasal la parte distal del catéter

Elimina la filigrana digital ahora

8. Cuales son los riesgos de la cirugía?

RESPUESTA:

Infección, sangrado intacerebral, lesiones neurológicas temporales y/o permanentes, disfunción de la valvula, mal posición del sistema, estado vegetativo, muerte, volver a operar al paciente por cualquiera de estas complicaciones Infección, sangrado intracerebral, lesiones neurológicas, disfunción de la valvula, mal posición del sistema, estado vegetativo.

9. Que es la hidrocefalia congenita?

RESPUESTA: Es la hidrocefalia que se presenta secundaria a las diferentes malformaciones o transtornos durante el embarazo

10. La hidrocefalia puede producir daño cerebral?

RESPUESTA: no toda hidrocefalia produce daño cerebral, Cuando la hidrocefalia esta descompensada podría generar hipertensión endocraneana, pero hay hidrocefalias conocidas como compensadas en donde no hay progresión del deterioro neurológico y por tanto no hay secuelas deletéreas , no requieren tratamiento quirúrgico y se manejan medicamente sin derivación , a la espera de que no se produzcan síntomas de descompensación

11. Cuales son los diferentes manejos para mantener la presión del LCR en limites normales en un paciente con hidrocefalia?

pdfelement

RESPUESTA: la puncion ventricular puede utilizarse como manejo para descomprimir temporalmente el sistema ventricular en pacietne que tiene fontanela permeable.
La ventriculostomia externa podría ser otra medida en caso de infección mientras se le da tratamiento al germen causal . una vez que el cultivo del liquido cefalorraquídeo es apto para la derivación el manejo definitivo es con la cirugía de derivaciónventiculoperitonela o ventriculoatrial (esta se utiliza cuando se containdica la cavidad peritoneal por algún motivo (pseudoquiste, peritonitis, bridas, presencia de gastrostomia)

Elimina la filigrana digital ahora

12. Cuales son las complicaciones al instalar una derivación ventriculo peritoneal o una valvula de Hakim?

RESPUESTA: obstrucción de la valvula, desconexión, infección, erosion de la piel en pacientes debilitados o con piel adelgazada, alergia a la silicona, convulsiones, metástasis extraneurales de algunos tipos de tumores, peritonitis, obstrucción intestinal, perforación de viscera hueca, volvulus, sobredrenaje
La ventriculoatrial puede presentar mayor riesgo de infección, flujo retrogrado de la sangre hacia la valvula, embolos y complicaciones vascualares como perforación, tromboflebitis, microembolismo pulmonar

13. Por favor explique por qué se produjeron las bridas intestinales en la paciente con hidrocefalia? 6.Por favor explique el procedimiento de la extracción de LCR por la fontanela y si es necesaria anestesia local cada vez que se realiza dicho procedimiento?

RESPUESTA: pueden presentarse en infecciones o reacciones alérgicas a cuerpo extraño como el talco de los guantes quirúrgicos
El procedimiento de extracción de LCR por la fontanela llamada puncion ventricular se realiza para evaluar neuroinfeccion, para medir la presión intracraneana, como medida temporal para determinar la funcionalidad de una valvula ocluida distalmente , para extracción periódica de liquido acumulado
No se usa anestesia local por el riesgo de introducirla hacia el sistema nervioso central con todos los riesgos que esto implica como coma y muerte

pdfelement

14. Cuáles son los signos y síntomas para decidir extraer el LCR urgentemente por la fontanela?

RESPUESTA: pacientes con hidrocefalia descompensada que no puedan llevarse a cirugía de inmediato
Para evaluar neuroinfeccion, para medir la presión intracraneana, como medida temporal para determinar la funcionalidad de una valvula ocluida distalmente , para extracción periódica de liquido acumulado
No se usa anestesia local por el riesgo de introducirla hacia el sistema nervioso central con todos los riesgos que esto implica como coma y muerte

Elimina la filigrana digital ahora

ANEXOS

- Anexo al presente dictamen, la literatura médica y científica que sirvió de fundamento para las respuestas.

- Anexo así mismo mi hoja de vida con sus respectivos anexos, que acreditan mi idoneidad.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en mi casa cra 3 oeste n: 7 – 52 apto 504 A
Correo electrónico diegorodriguez11@gmail.com
Teléfono 3122974219

Bibliografía

Youmans neurological surgery ; H, Richard Winn MD, pag 3387-3425

Handbook of neurosurgery; Mark S Greenberg , pag 399-435

Pediatric Neurosurgery Vademecum; David Frimm, Nalin Gupta, pag 117-129

Atentamente,

Diego Fdo.Rodriguez S.
Neurocirujano -Univalle
RM.526112/04

Diego Fernando Rodriguez S

Especialista en NEUROCIRUGIA.

cc. 94534523 de Cali

RM: 526112-04

pdfelement

La Universidad del Cauca

en nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

Diego Fernando Rodríguez Gil

C.C. Nº 94534.525 de Cali (V)

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios, le otorga el título de

Médico y Cirujano

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo facultan para el ejercicio profesional

Popayán, 23 de Abril de 2004

Registrado en el Libro de Diplomas Nº 068 Folio 159 Diploma Nº 159-04

Resolución Nº 175-20-04-04- Acta Nº 06-04

El Rector
de la Universidad

María del Pilar Rodríguez
El Decano
de la Facultad

El Secretario Gral.
de la Universidad.

Elimina la filigrana digital ahora
pdfelement

Q16
Elimina la filigrana digital ahora

Universidad
del Cauca

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO No. 06 del 23 de abril de 2004.

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00p.m. del viernes veintitrés (23) de abril de dos mil cuatro (2004) y en cumplimiento de la Resolución No. R-175 del 20 de abril de 2004 expedida por el Rector del Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo "Francisco José de Caldas", para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. El Secretario General, una vez instalada la Ceremonia, lee la resolución afirmando que el graduando cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A:

DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ SILVA
C.C.No.94.534.523 de Cali

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médico Cirujano.

Se registra en el Libro No.068; Folio No.159; Diploma No.159-04

La ceremonia finaliza a las 6:00p.m..

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado, firmada y sellada. IGNACIO NAUNDORF SANZ, Rector Delegatario; MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud; JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA, Secretario General.

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 22 DEL CIRCULO DE CALI (V)
AUTENTICACIÓN DE COPIA DE ORIGINAL
El Suscrito Notario Certifica:
Que la presente fotocopia coincide con el original tenido a la vista
Cali (V), 22 FEB 2013
Humberto Bueno Cardona
Notario 22 del Circulo de Cali
DERECHOS CERRADO

Mauren Eugenia Bocanegra Velasco
Notaria 22 del Circulo de Cali (E)

Es fiel copia tomada del original y se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a veintitrés (23) de abril de dos mil cuatro (2004).

JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA
Secretario General

Esperanza G.

pdfelement

819
Elimina la filigrana digital ahora

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 878

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 890 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 14 de Septiembre de 2012, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
RG 12035617048760011110O SNIES

a:

DIEGO FERNANDO RODRÍGUEZ SILVA
Identificado con C.C. 94534523

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 890 y anotado en el libro 2 Folio 802 Registro 29 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón - Rector
(Fdo) Luis Alberto Herrera Ramírez - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 14 de Septiembre de 2012

ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Neurocirugía

a

Diego Fernando Rodríguez Silva

Identificado con C.C. 94534523

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con sello de la Institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca, a los 14 días, del mes de Septiembre de 2012

El Rector

El Decano

Registrado al folio 302-19 del Libro 3 de Graduados, a los 14 días del mes de Septiembre de 2012

073745

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 22 DEL CIRCULO DE CALI
AUTENTICACIÓN DE COPIA DE ORIGINAL
El Suscrito Notario Certifica:
Que la presente fotocopia coincide con el original tenido a la vista
22 FEB 2013
Humberto Bueno Cardona
Notario 22 del Circulo de Cali

Lauren Eugenia Bocanegra Delgado
Notaria 22 del Circulo de Cali (E)

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.
52 6112 / 2004

Firma Médico

Nombres y Apellidos
DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ S.

C.C. o C.E.
C 94534523

De
CALI

Universidad
CAUCA

Ciudad
POPAYAN

Código 46829/76

Fecha de Expedición 30/05/06

pdfelement

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 107- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Elimina la filigrana digital ahora

SEÑOR:
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

PROCESO:	**ORDINARIO**
DEMANDANTE:	**JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS**
DEMANDADOS:	**JAMES ARTURO ZAMBRANO, OTROS**
RADICACION:	**2015- 00132-00**

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN CONTRA EL AUTO SIN NUMERO, del 17 de ABRIL de 2015, notificado en estados el 21 de ABRIL de 2015.

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 94537402 de Cali y portador de la tarjeta profesional No. 156.303 del C. S. de la J., actuando como apoderado judicial del Dr. **JAMES ARTURO ZAMBRANO**, en su condición de demandado dentro del proceso de la referencia, de condiciones civiles conocidas por el despacho, por medio del presente escrito, con todo respeto y dentro del término legal establecido, me permito presentar RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO APELACION CONTRA EL **CONTRA EL AUTO SIN NUMERO, del 17 de ABRIL de 2015, notificado en estados el 21 de ABRIL de 2015.**, por medio del cual se dispone ADMITIR LA DEMANDA propuesta en contra de mi poderdante, fundamento el recurso teniendo en cuenta los siguientes:

pdfelement

I. ANTECEDENTES

1. Mi poderdante nunca fue citado a conciliación prejudicial, requisito de procedibilidad, que impone la ley 640 de 2001 en sus artículos 35 y 38, declarado exequible a través de la sentencia **C-1195/01.**
2. Dentro del expediente hay constancia que algunos de los demandantes (no todos) JHON JENYIS PAPAMIJA BONILLA y NODEIDY ACEVEDO CARDONA, convocaron y asistieron a audiencia de conciliación prejudicial, siendo convocados únicamente SALUCOOP EPS EN INTERVENCIÓN y LA AGENCIA SALUCOOP CALI-NORTE." (Folios 271 al 274 cuaderno principal)
3. En ninguno de los soportes que se anexan por la parte demandante aparece constancia de citación o certificación que informen que la conciliación prejudicial contó con la participación de mi poderdante o que se le citó, por lo que frente a él no se ha agotado el requisito de procedibilidad de la Conciliación Prejudicial Obligatoria.
4. Ninguno de los otros demandantes: MARY CARDONA PÉREZ, JOSÉ HEBERTO ACEVEDO, ELBER ACEVEDO CARDONA y JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA; acreditaron que hubieran agotado el requisito de procedibilidad de la Conciliación Prejudicial Obligatoria.
5. Con la presentación de la demanda, los demandantes solicitaron la inscripción de la Demanda" en los certificados de Cámara de comercio de SALUDCOOP NORTE Nit. 900067659-6 AGENCIA SALUDCOOP NORTE, registrado en la Cámara de Comercio de Cali y SALUDCOOP EPS Organismo cooperativo SALUDCOOP Nit. 800250119-1 registrado en la Cámara de Comercio de Bogotá. Sin embargo no

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 107- 3212681293
CALI - COLOMBIA

solicitaron ninguna medida cautelar previa contra ninguno de los otros demandados.

6. El Juzgado, con posterioridad, mediante Auto del 30 de abril de 2015 notificado en Estados el 5 de mayo de 2015 negó las medidas cautelares contra las demandadas SALUDCCOP EPS y SALUDCOOP NORTE.

II. MOTIVOS DE DISCREPANCIA FRENTE AL AUTO RECURRIDO.

1. LITISCONSORCIO FACULTATIVO

Dentro del proceso que nos ocupa, a pesar de que son 6 los demandados, no existe unidad en la parte demandada, es decir, cada uno de los demandados tiene una relación distinta frente a los hechos que motivan el proceso y las responsabilidades que reputan los demandantes para solicitar una eventual condena; lo anterior quiere decir que se trata de un **Litisconsorcio Facultativo**. A este litisconsorcio Facultativo lo forma la voluntad exclusiva del demandante quien es el encargado de convocar a las demás personas que deben ingresar al litisconsorcio.

El artículo 60 del Código General del Proceso define y regula la figura del litisconsorcio facultativo así:

> ***ARTÍCULO 60. LITISCONSORTES FACULTATIVOS.*** *Salvo disposición en contrario,* ***los litisconsortes facultativos serán considerados en sus relaciones con la contraparte, como litigantes separados. Los actos de cada uno de ellos no redundarán en provecho ni en perjuicio de los otros****, sin que por ello se afecte la unidad del proceso.*

La Corte Suprema De Justicia, en la Sentencia del 14 de Junio de 1971 señala que *"la pluralidad de partes, corresponde también una pluralidad de relaciones sustanciales controvertidas, es posible entonces que en ciertos momentos las causas reunidas se separen y cada uno vuelva a ser objeto de proceso separado; y aunque el juicio continua siendo único hasta el fin, nada impide que las distintas causas se le den decisión diferente"*

El litisconsorcio facultativo se diferencia del necesario, en que la decisión que tome el juez, no afecta a todos por igual si no que los afecta a cada uno en particular.

De acuerdo con lo anterior, en el proceso que nos ocupa, cada uno de los demandados tiene una relación individual y diferente con el proceso y con los demandantes; el resultado del proceso puede ser condenatorio para unos y absolutorio para otros, lo que quiere decir que ninguno de los demandados depende de lo que se repute en contra de los otros, sino de sí mismo, luego, si es así, la medida cautelar deprecada en la demanda, en contra de los bienes de dos de los demandados que no es el Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO, no tiene el efecto de generar excepción en el deber que tiene el demandante de agotar la conciliación con JAMES ARTURO ZAMBRANO como requisito de procedibilidad para poder demandarlo.

El demandante no solicitó ninguna medida cautelar sobre los bienes de mi prohijado; lo anterior genera que como consecuencia, debió su señoría rechazar de plano la demanda

contra mi prohijado, por la falta del requisito de procedibilidad contemplado en la ley 640 de 2001.

2. CONCILIACION PREJUDICIAL COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD

La Conciliación Prejudicial busca entre otras cosas:

> *(i) garantizar el acceso a la justicia; (ii) promover la participación de los individuos en la solución de sus disputas; (iii) estimular la convivencia pacífica; (iv) facilitar la solución de los conflictos sin dilaciones injustificadas y, finalmente, (v) descongestionar los despachos judiciales.*[1]

No es un capricho del legislador y adicionalmente la doctrina concluye que:

> *"**Si se presenta una demanda en asunto que es obligatorio haber intentado previamente la conciliación, sin que esta se haya surtido, el juez deberá rechazarla de plano**. Esto significa que a las causales de rechazo de la demanda que antes eran la falta de jurisdicción o de competencia y la caducidad de la acción, ha de agregarse la de no haber agotado previamente la conciliación extrajudicial en derecho.*
>
> *"**Si el juez, por olvido o por cualquiera otra causa similar, admite la demanda, en nuestro criterio el demandado bien puede interponer recurso de reposición contra el auto admisorio para que se revoque, o proponer esa omisión como motivo de excepción previa, bien por la causal 7ª del artículo 97, inepta demanda por falta del requisito formal de la conciliación extrajudicial en derecho, o por falta del numeral 1, falta de jurisdicción, dado que en aquellos asuntos que la ley exige la realización de la audiencia preliminar como requisito de procedibilidad de la demanda, estos solo son juzgables cuando se surte este trámite. Por esa misma razón, también es procedente promover dentro del término para contestar la demanda, una petición de nulidad por falta de jurisdicción, inclusive en cualquier momento del proceso, porque este vicio tiene la connotación de ser insaneable"*[2].

III. EN CONCLUSIÓN.

En el caso que nos ocupa era obligatorio, para el demandante, agotar la conciliación prejudicial con el demandado JAMES ZAMBRANO para acudir ante la jurisdicción civil, toda vez, que la solicitud de inscripción de la demanda en los bienes de SALUDCCOP NORTE Y SALUDCOOP EPS, no afecta en nada a mi prohijado, quien no hace parte de dichas empresas y por lo tanto no hay ninguna razón para evitar que JAMES ZAMBRANO conociera las intenciones de demandar que tenían los accionantes pues, no requería proteger ningún bien ante posibles medidas cautelares, ya que como se ha dicho a lo largo de este escrito, no se solicitaron ni decretaron medidas cautelares sobre ningún bien de mi defendido.

---

[1] Corte Constitucional Sentencia C-598 de 2011
[2] Bejarano Guzmán Ramiro, Procesos Declarativos. Quinta Edición, Temis, pag. 11.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 107- 3212681293
CALI - COLOMBIA

IV. PETICIÓN

Por los motivos expuestos, solicito de manera respetuosa, revocar **SIN NUMERO, del 17 de ABRIL de 2015, notificado en estados el 21 de ABRIL de 2015.** y en su lugar se RESUELVA rechazar de plano la demanda por falta de requisito de procedibilidad contemplado en la Ley 640 de 2001, respecto del demandado **JAMES ARTURO ZAMBRANO**, que en cualquier caso se desvincule a mi prohijado del proceso, como consecuencia del no agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación prejudicial.

SUBSIDIARIA: De no revocar el Auto recurrido, solicito de manera cordial, se de trámite al recurso de apelación que se sustenta en los mismos términos que el presente.

PRUEBAS Y ANEXOS

Me permito su señoría anexar a este recurso, Autos, del JUZGADO 9 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI y del JUZGADO 4 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN, donde se resolvieron situaciones similares a la que nos ocupa

Del señor Juez.

Atentamente,

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
C.C. No. 94.537.402 de Cali
T.P. No. 156.303 del C.S. de la J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO
Santiago de Cali, tres de julio de dos mil catorce

1ª. Instancia – Ordinario (2012-00078)

Revisada nuevamente la demanda y sus anexos, lo mismo que la actuación surtida hasta ahora dentro del presente asunto, se observa que el juzgado cometió una equivocación cuando profirió el auto admisorio, pues no tuvo en cuenta que aquí son cuatro los demandados y el requisito de procedibilidad sólo se surtió con el Hospital Raúl Orejuela Bueno y el Hospital San Vicente de Paúl, faltando la convocatoria de Erika Polanco Muñoz y Juan Carlos Vinasco.

De acuerdo a lo regulado en la Ley 640 de 2001 la falta del requisito de procedibilidad dará lugar al rechazo de la demanda, cosa que debió hacer en su momento el juzgado y que no hizo, pues, se itera, ese requisito no se cumplió respecto a los demandados Polanco Muñoz y Vinasco.

Entonces, como un error no ata al juez para continuar en él, y como además no tiene permitido obviar los requisitos que perentoriamente exige nuestra legislación para la admisión de la demanda, es por lo mismo que, a fin de subsanar la anomalía apuntada, se apartará de lo decidido en el auto admisorio y en su lugar dispondrá el rechazo de la demanda por falta del requisito de procedibilidad contemplado en la Ley 640 de 2001.

De otro lado tenemos que a folio 104 de este cuaderno obra una notificación surtida con el señor John Jairo Vinasco Guerrero y revisada la demanda, vemos que dicho señor no fue demandado dentro de este asunto, por lo tanto mal se hizo al surtirse la mentada notificación y como el señor John Jairo Vinasco Guerrero constituyó apoderado judicial, quien contestó la demanda a nombre suyo, formulando excepciones de fondo y además presentó solicitud de nulidad, lógicamente todo esto último no podrá ser atendido en virtud a que el señor Vinasco G. no es parte dentro de este asunto, ni ha sido reconocido como tercero interesado.

En consecuencia el juzgado RESUELVE:

1º.- APARTARSE de lo decidido en el auto admisorio de la demanda.

2º.- RECHAZAR de plano la presente demanda por falta del requisito de procedibilidad contemplado en la Ley 640 de 2001 respecto a los demandados Erika Polanco Muñoz y Juan Carlos Vinasco.

3º.- ABSTENERSE de tramitar el escrito mediante el cual, por parte del señor John Jairo Vinasco Guerrero, se contesta la demanda y se proponen excepciones de fondo, así como también, de tramitar el escrito con el que se solicita una nulidad.

NOTIFIQUESE

JUAN CARLOS SANDOVAL CASTELLANOS
-Juez-

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO DE CIRCUITO
E CRETANIA
En Fecha No 91 Anexo al acta
que antecede 0 5 AGO 2014
Cali.
Secretario.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

386

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Medellín, trece (13) de mayo de dos mil dieciséis

Radicado 2014-01400-00

Punto a tratar

Procede el Despacho a resolver el *recurso de reposición* interpuesto por la apoderada de la parte codemandada Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE-, contra el proveído del 19 de marzo de 2015 (fls. 95,96).

Argumenta la recurrente que la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – Scare – no fue citada por la parte actora a audiencia de conciliación pre judicial como requisito de procedibilidad, que el juzgado admitió la demanda sin verificar la ausencia de su representada en este acto. Considera que se debió rechazar la demanda por falta de éste requisito.

Del Traslado

De la reposición se dio traslado en los términos del artículo 349 del Código de Procedimiento Civil, expresando el procurador de la parte demandante que con escrito de reforma a la demanda, aportó copia del acta de no acuerdo conciliatorio celebrado el 04 de mayo de 2015 con la codemandada Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE-. (fl. 321,322 continuación cdno ppal).

CONSIDERACIONES

La Ley 640 de 2001 estableció como requisito de procedibilidad, para acudir a la jurisdicción, intentar la conciliación extrajudicial en derecho, en aquellos asuntos que sean susceptibles de conciliar, específicamente, en los procesos declarativos, y para ello es necesaria la observancia de dos presupuestos; el primero consiste en allegar el acta donde conste la realización de la audiencia y el resultado de la misma, es decir: acuerdo parcial, no acuerdo o no comparecencia; el segundo consiste en que en el acta se establezcan los hechos generadores del conflicto, los cuales deben coincidir con los que se someten al trámite judicial.

Al no cumplirse las anteriores exigencias, significa que no se demostró el cumplimiento del requisito de procedibilidad, y que en consecuencia el juez deberá aplicar la única conducta admisible, establecida en el artículo 36 de la ley 640 de 2001, consistente en el rechazo de plano de la demanda.

En el caso objeto de estudio, la parte demandante, si bien allegó prueba del cumplimiento del requisito de procedibilidad, respecto a la codemandada Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE-, lo hizo, mediante una reforma a la demanda, una vez ésta codemandada habiéndose notificado de la demanda, descorrió el traslado e interpuso el recurso que ahora se resuelve.

Es de anotar que la expresión *"requisito de procedibilidad"*, consiste en que cuando una persona quiera interponer una demanda ante la jurisdicción civil, administrativa o de familia, primero debe intentar conciliar con la otra parte ante un conciliador debidamente facultado. Es decir, la conciliación es requisito para poder acceder a la justicia formal del Estado.

El artículo 38 de la Ley 640 de 2001 establece que si el conflicto en materia civil es conciliable, la conciliación extrajudicial en derecho deberá intentarse antes de acudir a la jurisdicción civil en los procesos declarativos, con excepción de los de expropiación y los divisorios.

Elimina la filigrana digital ahora

El artículo 89 del Código de Procedimiento Civil, define qué puede abarcar y qué no puede incluir la reforma de la demanda, cuál procedimiento deberá seguirse, y cómo debe integrarse el nuevo libelo con el anterior. Expresa que el demandante puede replantear la demanda inicial, por una vez i) a fin de alterar las partes en el proceso, ii) modificar las pretensiones o los hechos en que se fundan, o ii) pedir nuevas pruebas, pero no establece que se puedan subsanar defectos como el aquí echado de menos por la falta de haber agotado requisito de procedibilidad con la codemandada SCARE.

1. *Caso Concreto*

En el caso presente, el examen del expediente evidencia con toda claridad la falta de requisito de procedibilidad respecto a la recurrente, situación que determina que el aqui demandante se encontraba obligado a agotar el requisito de procedibilidad de la conciliación prejudicial, respecto a todos los demandados, cuestión que en este caso no se presentó razón por la cual habrá de accederse a lo peticionado por el recurrente.

Ahora bien, respecto al recurso de reposición interpuesto por la parte codemandada: David Majana Navarro, frente al auto de 15 de julio de 2015 (fl. 299), el juzgado procede a reconocer personería a los abogados Nelson Álzate Gómez como principal y Alejandra María Martínez Chaux como suplente, según lo allí solicitado. (fl. 300)

Por lo anteriormente expuesto, *el* Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Oralidad de Medellín,

RESUELVE

PRIMERO: REFORMAR el auto admisorio de la demanda (fls. 95, 96), en lo que hace relación a desvincular de la presente actuación a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación – SCARE-.

SEGUNDO: REFORMAR, al auto de 15 de julio de 2015 (fl. 299), procediendo a reconocer personería a los abogados Nelson Álzate Gómez como principal y Alejandra María Martínez Chaux como suplente.

TERCERO: CONTINUAR el trámite del presente proceso frente a Grupo Médico Especializado Medellín S.A.S., el MD. David Majana Navarro, y la señora Danielly Valdés Vásquez.

Notifíquese

El Juez

LUIS GUILLERMO SALAS VARGAS

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Medellín, 07 de 27 de 7/2016 en la fecha se notifica el auto precedente por ESTADOS N°_____ fijados a las 8:00a.m.
Secretario(a)

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

SEÑOR:
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

PROCESO:	**ORDINARIO**
DEMANDANTE:	**JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS**
DEMANDADOS:	**JAMES ARTURO ZAMBRANO, OTROS**
RADICACION:	**2015- 00132-00**

JUZ 7 CIVIL DEL CTO
SEP 22 '16 PM 3:47

REFERENCIA: **CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.537.402, portador de la Tarjeta Profesional No. 156.303 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial del médico especialista en pediatría Dr. **JAMES ARTURO ZAMBRANO**, en su condición de demandado dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito dar contestación a la demanda dentro del término legal, con base en los argumentos que a continuación expondré.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones de la demandante y las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer éstas de fundamento fáctico, legal y jurídico, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso; por lo mismo las rechazo de plano.

pdfelement

I. A LAS PRETENSIONES

Con fundamento en la contestación de esta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa, ni nexo causal, ni culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, nos oponemos a todas y a cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al **Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO** ya que su conducta médica fue adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual y de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo con su obligación de medios, actúo bajo los parámetros de la Lex Artis. Lo ocurrido a la paciente, no tiene relación alguna de causalidad con las conductas del médico que represento.

Consecuentemente nos oponemos a que se condene a mi representado a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el daño que alega la parte actora, no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del Facultativo que represento; pues como se manifestó al inicio se probara con la presente contestación y a lo largo del proceso que la conducta profesional brindada por el **Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO** fue adecuada, prudente, perita, acorde con los protocolos y la lex artis; lo que quiere decir que actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados. Además de no existir nexo causal entre los perjuicios que reclaman los demandantes y la actividad del galeno que represento.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Se itera que todos los perjuicios solicitados deben ser probados y adicionalmente, debe acreditarse que el presunto daño tiene nexo causal con la conducta desplegada por mi mandante.

II. EN CUANTO A LA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS

Me opongo a que se condene a mi representado a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el daño que alega la parte actora, nop tiene su génesis en el actuar del Dr. ZAMBRANO, hay ausencia absoluta de nexo causal y además no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del Facultativo que represento; pues como se manifestó al inicio se probara con la presente contestación y a lo largo del proceso que la conducta profesional brindada por el **Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO** fue adecuada, prudente, perita, acorde con los protocolos y la lex artis, de acuerdo con su especialidad y los momentos en que atendió a la paciente; lo que quiere decir que actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados. No existe nexo causal entre los perjuicios que reclaman los demandantes y la actividad del galeno que represento.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor del señor **JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA,** me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $500.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones deberá acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA** por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA** por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor de la señora **NOREIDY ACEVEDO CARDONA,** me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $500.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones deberá

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

Me opongo a la condena solicitada a favor de la señora **NOREIDY ACEVEDO CARDONA** por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor de la señora **NOREIDY ACEVEDO CARDONA** por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor de la señora **MERY CARDONA PEREZ,** me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $50.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones deberá acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

pdfelement

Me opongo a la condena solicitada a favor de la señora **MERY CARDONA PEREZ** por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor de la señora **MERY CARDONA PEREZ** por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor del señor **JOSE HEBERTO ACEVEDO**, me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $50.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones deberá

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JOSE HEBERTO ACEVEDO**, por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JOSE HEBERTO ACEVEDO**, por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor del señor **ELBER ACEVEDO CARDONA**, me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $50.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones deberá acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

pdfelement

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **ELBER ACEVEDO CARDONA**, por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **ELBER ACEVEDO CARDONA**, por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor del señor **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA**, me opongo a la pretensión del mencionado demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES"**, los cuales tasa en $50.000.000, sin siquiera decir de donde sale esa suma; en cualquier caso, el monto de las pretensiones

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

deberá acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA**, por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"**. Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor del señor **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA**, por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a todas y cada una de las condenas solicitadas a favor de la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO,** me opongo a la pretensión de la mencionada demandante, por concepto de **"PERJUICIOS MATERIALES EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE"**, los cuales no tasa. La primera característica del perjuicio es que debe ser cierto no una especulación del actor, el lucro cesante no se debe calcular en el caso que nos ocupa, este es INCIERTO; pues el demandante hace varias especulaciones para tasar este ítem. Especula que la menor fallecida iba a llegar a la mayoría de edad, especula que iba a recibir remuneración de un salario mínimo a partir de la mayoría de edad; sin embargo, de la misma manera podríamos nosotros especular que es posible que no llegara a la mayoría de edad, y que por sus patologías de base no pudiera ser productiva.

Para citar un ejemplo, en sentencia del H. Consejo de Estado del dieciocho (18) de marzo de dos mil diez (2010) Sección Tercera, Sala de lo Contencioso Administrativo; Consejero ponente Enrique Gil Botero, Radicación número: 52001-23-31-000-1997-08983-01(17492) se consideró:

> *"La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto[1], es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:*
>
> *"Ha sido criterio de la Corporación[2], que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan*

[1] Ver Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 7 de febrero de 2000, expediente: 11649, actor: Jesús Antonio Arce Jiménez.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo."

"En este sentido, la doctrina nacional igualmente ha esbozado su criterio según el cual, el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización, y que eventualidad y certeza se convierten en términos opuestos desde un punto de vista lógico, pues el perjuicio es calificado de eventual - sin dar derecho a indemnización -, o de cierto – con lo cual surge entonces la posibilidad de derecho a indemnización -, pero jamás puede recibir las dos calificaciones[3]"[4].

*"Así el daño sea futuro debe quedar establecida la certeza de su ocurrencia, no puede depender de la realización de otros acontecimientos[5]. Cuando de la muerte de un niño se trata, la Corporación ha negado, tradicionalmente, la indemnización de un daño futuro, consistente en el reconocimiento de lucro cesante por unos hipotéticos ingresos del menor, por tener carácter de eventual[6]. **En efecto, en estos casos el daño futuro está sometido a una doble incertidumbre, por una parte que el menor llegara a obtener algún ingreso y, que de cumplirse la primera condición, este se destinaría al sostenimiento de sus padres y hermanos, y no, por***

---

[2] Ver Sentencias de 17 de febrero de 1994. Exp. 6783 y de 9 de mayo de 1995, expediente 8581.
[3] Puede consultarse en este sentido la obre "El Daño"de Juan Carlos Henao, Uniextemado, 1998.
[4] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 15 de junio de 2000, expediente: 11614, actor: Andrés Cuervo Casabianca y otra.
[5] "En cambio, daño eventual es aquel cuya existencia dependerá de la realización de otros acontecimientos extraños al hecho ilícito en cuestión, que concurren con éste a la formación del perjuicio. A diferencia del daño eventual, tanto el daño actual como el futuro deben ser ciertos, entendiéndose por ello la existencia de los mismos debe constar de manera indubitable mediante la comprobación de la vulneración de un derecho subjetivo del demandado y no depender esta vulneración de otros acontecimientos que puedan o no producirse con posterioridad.
"Si el juez indemniza las consecuencias futuras de un daño es porque se halla capacitado para apreciar, partiendo de la existencia cierta de un agravio, en forma más o menos exacta, las repercusiones que el hecho ocasionará más adelante, cálculo que, en cambio, no puede en manera alguna efectuar, a menos de entrar en el terreno movedizo e incierto de las conjeturas, cuando la existencia del agravio depende de la producción de una serie de hechos contingentes y extraños al hecho ilícito en cuestión.
"De lo expuesto se infiere que el momento que debe tenerse en cuenta para apreciar si el ciclo de consecuencias se ha cerrado, es el de la sentencia y que, por tanto, será daño futuro el que se configure por las consecuencias posteriores al fallo que razonablemente deben ocurrir, y que el juez deberá estimar por ser cierto el daño.
"Cuando se habla de daño cierto, entonces, no se alude a una clase especial de daño, sino que se quiere expresar que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, condición sobre la que no se hace necesario hacer mayor hincapié, puesto que todo hecho, para ser tenido en cuenta y surtir consecuencias debe estar comprobado.
"Afirmar que el daño debe ser cierto, es lo mismo, en realidad, que expresar que el daño debe existir para que se origine el derecho a que se origine un resarcimiento, lo que por no merece siquiera afirmarse."Roberto H. Brebbia, "Daños Patrimoniales y daños morales", en José N. Duque Gómez, *Del Daño*, Editora Jurídica de Colombia, s.l., 2001. págs. 53 y 54.
[6] Ver, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 20 de agosto de 1997, expediente: 10427, actor: Humberto Cobo Delgado. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 12 de febrero de 1992, expediente: 6182, actor: Alfonso Dorado y otros. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 11 de septiembre de 1997, expediente: 11764, actores: Olimpo Arias Cedeño y otros.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

ejemplo, que se dedique al sostenimiento propio o a la formación de un nuevo hogar[7][8].

En todo caso el monto de las pretensiones deberá acreditarlo el demandante so pena de las consecuencias del artículo 226 del Código General del Proceso.

Me opongo a la condena solicitada a favor de la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO** por concepto de **"DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y/O DAÑO FISIOLÓGICO O PERJUICIOS INMATERIALES"** Lo primero que debo decir, es que no es lo mismo el daño a la vida de relación que el perjuicio fisiológico, la aplicación del uno excluye la del otro, por otra parte, de acuerdo con nuestra jurisprudencia este tipo de daño, solo se indemniza al afectado directo, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Me opongo a la condena solicitada a favor de la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO** por concepto de **"PERJUICIOS MORALES"** este tipo de daño no se presume, por lo que tanto la existencia de este daño, como la cuantía, deberá probarla el demandante; adicionalmente como lo he venido sosteniendo, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre la actividad de mi prohijado y el daño que se alega.

Cuando pretende endilgarse una responsabilidad a un profesional de la salud con base en el acto médico desarrollado por él, es indispensable que la parte que alega el daño demuestre que el profesional tuvo la culpa del perjuicio y el nexo causal entre el acto médico y el daño para generarse la obligación de resarcir.

La culpa del médico no se presume, con otros dos argumentos, a saber, el de que la obligación que este profesional adquiere es de medios y no de resultado y que la actividad que él realiza es aleatoria[9], por lo que es carga de la demandante probar y acreditar la culpa, que es uno de los elementos de la responsabilidad civil. Por otro lado e igual de importante es acreditar por parte del demandante el nexo causal entre la actividad que reputa culposa y el daño que le atribuye, si no hay nexo causal no habrá condena; en el caso que nos ocupa no hay nexo causal entre la actividad de mi representado y los supuestos daños padecidos por los demandantes.

Me opongo a cualquier tipo de solicitud de condena que hagan los demandantes bien sea por perjuicios materiales o inmateriales, en este caso no se acreditan estos, los cuales deben ser personales y derivados de la actividad médica; contrario a ello, la situación

---

[7] Ver Javier Tamayo Jaramillo, De la responsabilidad civil, Tomo IV, De los perjuicios y su indemnización, Temis, Bogotá, 1999, págs. 54 y 55.
[8] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de diez de agosto de 2001, expediente: 12.555, actores: Marco Aníbal López y otros.
[9] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION CIVIL, Magistrado Ponente: Dr.JORGE SANTOS BALLESTEROS. Bogotá, D.C., cuatro (4) de abril de dos mil uno (2001). Ref.: Expediente No. 6436

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

presentada por la paciente, ocurrió como manifestación propia de su enfermedad (malformación arteriovenosa) que a pesar de ser tratada de manera adecuada, ocasionó la hemorragia que produjo el accidente cerebrovascular de la paciente, el cual generó lo que demandan como daños.

Por lo anterior solicito condenar en costas y agencias a la parte demandante.

III. OBJECION A LA ESTIMACIÓN DE LA CUANTÍA

Con base en lo dispuesto pòr el artículo 206 de la ley 1564 de 2012 Código General del Proceso, vigente para la fecha de presentación de la demanda de acuerdo con el contenido del artículo 627 de la ley 1564 de 2012 Código General del Proceso, OBJETO la estimación de los perjuicios cobrados, toda vez que los demandantes no aportan ningún elemento probatorio que acredite la existencia de los daños que aducen por concepto de **PERJUICIOS MATERIALES - DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE**; parte de especulaciones sin ningún tipo de soporte probatorio. El primero se debe acreditar a través de soportes contables y en todo caso, todos los gastos de salud de la paciente, corren por cuenta de su EPS, nunca del médico; por otra parte, en cuanto al lucro cesante, como dije antes, DEBE SER CIERTOS, no partir de meras especulaciones, el demandante hace varias especulaciones para tasar este ítem. Especula que la menor fallecida iba a llegar a la mayoría de edad, especula que iba a recibir remuneración de un salario mínimo a partir de la mayoría de edad; sin embargo, de la misma manera podríamos nosotros especular que es posible que no llegara a la mayoría de edad, y que por sus patologías de base no pudiera ser productiva.

Para citar un ejemplo, en sentencia del H. Consejo de Estado del dieciocho (18) de marzo de dos mil diez (2010) Sección Tercera, Sala de lo Contencioso Administrativo; Consejero ponente Enrique Gil Botero, Radicación número: 52001-23-31-000-1997-08983-01(17492) se consideró:

> *"La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto[10], es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:*
>
> *"Ha sido criterio de la Corporación[11], que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo."*

[10] Ver Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 7 de febrero de 2000, expediente: 11649, actor: Jesús Antonio Arce Jiménez.
[11] Ver Sentencias de 17 de febrero de 1994. Exp. 6783 y de 9 de mayo de 1995, expediente 8581.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

"En este sentido, la doctrina nacional igualmente ha esbozado su criterio según el cual, el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización, y que eventualidad y certeza se convierten en términos opuestos desde un punto de vista lógico, pues el perjuicio es calificado de eventual - sin dar derecho a indemnización -, o de cierto – con lo cual surge entonces la posibilidad de derecho a indemnización -, pero jamás puede recibir las dos calificaciones[12]"[13].

*"Así el daño sea futuro debe quedar establecida la certeza de su ocurrencia, no puede depender de la realización de otros acontecimientos[14]. Cuando de la muerte de un niño se trata, la Corporación ha negado, tradicionalmente, la indemnización de un daño futuro, consistente en el reconocimiento de lucro cesante por unos hipotéticos ingresos del menor, por tener carácter de eventual[15]. **En efecto, en estos casos el daño futuro está sometido a una doble incertidumbre, por una parte que el menor llegara a obtener algún ingreso y, que de cumplirse la primera condición, este se destinaría al sostenimiento de sus padres y hermanos, y no, por ejemplo, que se dedique al sostenimiento propio o a la formación de un nuevo hogar[16]"[17].***

[12] Puede consultarse en este sentido la obre "El Daño"de Juan Carlos Henao, Uniexternado, 1998.
[13] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 15 de junio de 2000, expediente: 11614, actor: Andrés Cuervo Casabianca y otra.
[14] "En cambio, daño eventual es aquel cuya existencia dependerá de la realización de otros acontecimientos extraños al hecho ilícito en cuestión, que concurren con éste a la formación del perjuicio. A diferencia del daño eventual, tanto el daño actual como el futuro deben ser ciertos, entendiéndose por ello la existencia de los mismos debe constar de manera indubitable mediante la comprobación de la vulneración de un derecho subjetivo del demandado y no depender esta vulneración de otros acontecimientos que puedan o no producirse con posterioridad.
"Si el juez indemniza las consecuencias futuras de un daño es porque se halla capacitado para apreciar, partiendo de la existencia cierta de un agravio, en forma más o menos exacta, las repercusiones que el hecho ocasionará más adelante, cálculo que, en cambio, no puede en manera alguna efectuar, a menos de entrar en el terreno movedizo e incierto de las conjeturas, cuando la existencia del agravio depende de la producción de una serie de hechos contingentes y extraños al hecho ilícito en cuestión.
"De lo expuesto se infiere que el momento que debe tenerse en cuenta para apreciar si el ciclo de consecuencias se ha cerrado, es el de la sentencia y que, por tanto, será daño futuro el que se configure por las consecuencias posteriores al fallo que razonablemente deben ocurrir, y que el juez deberá estimar por ser cierto el daño.
"Cuando se habla de daño cierto, entonces, no se alude a una clase especial de daño, sino que se quiere expresar que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, condición sobre la que no se hace necesario hacer mayor hincapié, puesto que todo hecho, para ser tenido en cuenta y surtir consecuencias debe estar comprobado.
"Afirmar que el daño debe ser cierto, es lo mismo, en realidad, que expresar que el daño debe existir para que se origine el derecho a que se origine un resarcimiento, lo que por no merece siquiera afirmarse."Roberto H. Brebbia, "Daños Patrimoniales y daños morales", en José N. Duque Gómez, *Del Daño*, Editora Jurídica de Colombia, s.l., 2001. págs. 53 y 54.
[15] Ver, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 20 de agosto de 1997, expediente: 10427, actor: Humberto Cobo Delgado. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 12 de febrero de 1992, expediente: 6182, actor: Alfonso Dorado y otros. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de 11 de septiembre de 1997, expediente: 11764, actores: Olimpo Arias Cedeño y otros.
[16] Ver Javier Tamayo Jaramillo, De la responsabilidad civil, Tomo IV, De los perjuicios y su indemnización, Temis, Bogotá, 1999, págs. 54 y 55.
[17] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, sentencia de diez de agosto de 2001, expediente: 12.555, actores: Marco Aníbal López y otros.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

En consonancia con lo anterior, solicito de manera respetuosa se apliquen las sanciones que dispone la ley.

A continuación procedo a contestar los hechos de la demanda en el mismo orden que se plantearon.

IV. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, no están relacionadas con la actividad del facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

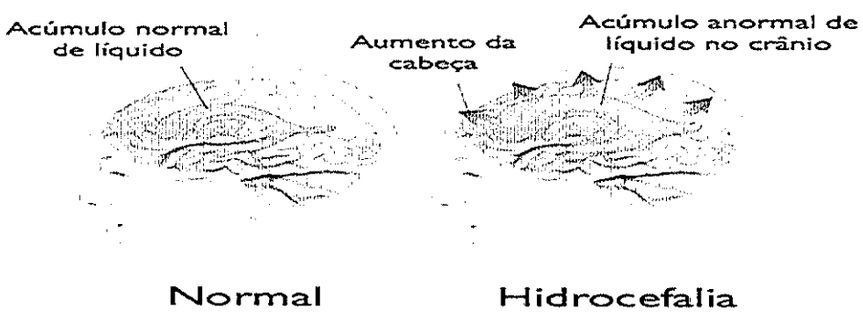
AL HECHO 2.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 3.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 4.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

pdfelement

AL HECHO 5.- NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de ala abogada sin sustento científico, no obstante el pronóstico para los pacientes a los que se les ha diagnosticado hidrocefalia es difícil de vatiċinar, aunque hay alguna correlación entre la causa específica de la hidrocefalia y el resultàdo de la condición. Las personas afectadas y sus familias deben estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognoscitivo como físico de quien la padece. Resulta relevante subrayar que una infección en el sistema nervioso central siempre tiene repercusiones negativas y más en un cerebro inmaduro.



Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

AL HECHO 6.- Contiene dos afirmaciones, **UNA CIERTA, y es que la menor KIMBERLY PAPAMIJA** Padece hidrocefalia congénita.

La otra afirmación es FALSA, pues no es cierto que el Dr. ZAMBRANO hubiera actuado con negligencia y fallas en la prestación del servicio médico, ni que esta sea la causa del padecimiento de la paciente; esto debe probarlo la demandante; más adelante, cuando la demandante hace referencia a las actuaciones puntuales de mi prohijado, me detendré a controvertir lo afirmado; pues en todo caso hay una ausencia absoluta de nexo causal, entre la actividad del Dr. ZAMBRANO y el daño que reclaman los demandantes, mi poderdante actuó con la debida diligencia, prudencia y pericia, de acuerdo con las condiciones de salud que presentaba la paciente al momento de su atención.

AL HECHO 7.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento.

No obstante lo anterior, se hace necesario aclarar que la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no fue llevada inicialmente a SALUCOOP sino a una institución particular cuando contaba con 15 días de nacida, esto ocurrió el 16 de Diciembre de 2011 fecha en la cual los padres de la menor contrataron los servicios de un neurocirujano particular en la clínica de los Remedios lugar donde le realizaron una cirugía para colocarle una derivación ventrículo peritoneal. En consecuencia, cuando la niña KIMBERLY fue llevada a la Clínica SALUDCOOP ya presentaba complicación infecciosa derivada del procedimiento quirúrgico antes mencionado. La cual vale señalar que es un riego inherente a esta clase de tratamientos, por tratarse de un cuerpo extraño implantado en el organismo de la menor.

La colocación de una válvula ventrículo peritoneal, de acuerdo al indicador de tasa de infecciones en este tipo de cirugías es de las más altas en neuropediatría y las comorbilidades médicas asociadas a esta complicación son importantes.

AL HECHO 8.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 9.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en ellas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 10.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en ellas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

pdfelement

241
Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

AL HECHO 11.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 12.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 13.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 14.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 15.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 16.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

pdfelement

AL HECHO 17.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 18.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 19.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 20.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 21.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

AL HECHO 22.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 23.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 24.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 25.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 26.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 27.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

pdfelement

AL HECHO 28.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 29.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 30.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 31.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 32.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

AL HECHO 33.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 34.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 35.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 36.- Contiene este hecho, atenciones realizadas a la paciente en varios días, en algunas atenciones participó mi poderdante y en otras no, por lo que me referiré a cada una de las mencionadas por el demandante así:

Lo primero que vale la pena aclarar, es que el Dr Zambrano valoró a la paciente previo a la fecha aquí señalada, el 31 de enero de 2013, me permito copiar la evolución realizada por el galeno en esa fecha:

Fecha Evolución 2013/01/31 09:44
Subjetivo : KIMBERLY DX IVU. ANT HIDROCEFALIA CON DVP. ANT VENTRICULITIS EN 4 OCASIONES. ANTECEDENTE DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. SE INICIA CEFUROXIMA ACETIL POR DIFICIL ACCESO VENOSO.NO HA PRESENTADO FIEBRE DESDSE ELINCIO DE SU CUADRO CLINICO. EN LA NCOHE 11 PM NUEVO EPSIDIO DE VOMITO POSTPRANDIAL Y CON REPETIDOS EPISODIOS DE EMESIS EN LA MADRUGADA. ASOCIADO IRRITABILIDAD. NO DISTENSION ABDOMONAL. NO DETERIORO NEUROLOGICO.
PTE RESULTADO DE UROCULTIVO
Objetivo : AL E.FISICO SV TA 88/49 , FC 120XMIN ,FR 30XMIN ,T 37.5ºC , SAT97%
CABEZA NACROCRANEO CON FOINATANELA NORMOTENSA , OJOS PUPILAS ISOCORICAS CON ESTRABISMO CONVERGENTE. CVS RSCSRS, NO SOPLOS. LLENADOCAPILAR 2 SEG , PERFUSION CONSERVADA. T/PNO SDR, NO ESTERTORES. NO RSA. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE. NO MASAS, NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN DEFICIT NEUROLOGICO. SIN SIGNOS MENINGEOS
Analisis : PACIENTE PARCIAL DER ORINA SUGETIVA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS
TIENE ANTECEDENTE DE VETRICULITIS Y DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION,ANTECEDENTE DE OBSTRUCION INTESTINAL POR BRIDAS
SE CONSIDERA POR VOMITO PERSISTENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA PEDIATRICA Y CIRUGIA PEDIATRICA CON FIN DE DESCARTAR DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION O DISFUNCION VALVULAR Y DECARTAR PATOLOGIA DE TIPO GASTROINTESTINAL.
POR AHORA SE CONTINUA CON CEFUROXIMA ACETIL ORAL MIENTRAS SELOGRA OBTENER UN ACCESO VENOSO PARA CONTINUAR CEFTRIAXONA.
VALORACION POR INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Ubicación al momento de la Evolución: Habitacion 460-Cama A

Diagnosticos
Nombre Diagnostico: Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado CIE10: N390
Observaciones Diagnostico: CATETER DE DERIVACION POR HIDROCEFALIA CONGENITA ,ANTECEDENTE DE VENTRICULITIS

Especialista : James Sambrano Narvaez Especialidad : Médico

De acuerdo con lo anterior, realizó una revisión completa de la paciente y solicitó paraclínicos he interconsultas que consideró necesarias para esa fecha.

Volvió a ver a la paciente el 4 de febrero de 2013; consignando la siguiente nota en la historia clínica:

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Fecha Evolución 2013/02/04 11:49

Subjetivo : KIMBERLY CON ANTECEDENTE DE HIDROCEFALIA CON DVP. HA PRESENTADO VENTRICULITIS EN 3 OCASIONES REQUIRIENDO MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO LA ULTIMA FUE HACE 5 MESES, DONDE PRESENTO CUADRO DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. INGRESA EL DIA 23/01/13 POR CUADROCLINICO DE 2 DIAS DEMALESTAR GENERAL, HIPOREXIA, VOMITO 3 VECES EN ELDIA SIN DIARREA NI FIEBRE POR LO CUAL ASISTE A URGENCIAS DONDE TOMAN CH CON LEUC 12600 NEUT 59 LINF 33 HB 14 HCTO 41,8 PLAQ 321000 PCR 0,33 P DE O CON LEUC 1-2 XC BACT +++ MOCO ++ NITRITOS POSITIVOS GRAM CON BACILO GRAM NEGATIVO 10XC SE CONSIDERA IVU Y SE HOSPITALIZA, SE VALORAPOR NEUROCIRUGIA DR. CORAL CONSIDERAPOR NATECDENTE CLINICO TOMAR TAC CEREBRAL DE CONTROL QUE MUESTRA HIDROCEFALIA COMPENSADA, SIN EDEMA TRANSEPENDIMARIO, NO DESVIACION DELALINEAMEDIA, TAC SIN CAMBIOS EN REALACION CON TAC CEREBRALPREVIO,SE VALORA POR CIRUGIA PEDIUATRICAORDENA SERIE DE ABDOMEN LA CUAL EVIDENCIA ADECUADA DISTRIBUCION DE GAS INTESTINAL, SIN EVIDENCIA DE OBSTRUCCION. UROCULTIVO POSITIVO PARA PROTEUS MIRABILIS MULTISENSIBLE EN MANEJO CON CEFTRIAXONA. SETOMA ECOGRAFIA RENAL UY DE VIAS URINARIAS NORMAL ANT PAT HIDROCEFALIA SE REALIZO DVP A LOS 15 DIAS. HA PRESENTADO 3 EPISODIOS DE VENTRICULITIS ULTIMA HACE 5 MESES. PRESENTO OBSTRUCCION POR BRIDAS REFIERE QUE HACE 10 DIAS PRESENTO IVU SE MANEJO AMBULATORIAMENTE CON ACIDO NALIDIXICO POR 7 DIAS, ECO RENAL NORMAL. NO RECIBE PROFILAXIS ESTREÑIMIENTO EN MANEJO CON PEG. NIEGA SD CONVULSIVO. GAMAGRAFIA REALIZADOEN HAOPITALIZACION PREVIA NORMAL.

Objetivo : AL E. FISICO SV TA 87/55 FC 117XMIN, FR 28XMIN, T 36,2°C, SAT 98%
CABEZA MACROCRANEO. OJOS ESTRAVISMO CONVERGENTE. ORL NORMAL. CVS RSCSRS, NO SOPLOS. LLENADO CAPILAR 2 SEG, PERFUSION CONSERVADA. T/P NO SDR, NO ESTERTOTRES, NO OTROS RSA. ABDOMEN BLANDO,DEPESIBLE, NO MASAS,NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN SINTOMAS NEUROLOGICOS. NO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO OTROS RSA.

Analisis : SE DECIDE DAR SALIDA CON
CEFUROXIMA (ZINNAT) DAR 4.5 CENTIMETROS VIA ORAL CADA 12HORAS POR 5DIAS Y SUSPENDER
PROFILAXIS CON CEFALEXINA DAR 3.5 CENTIMETRO EN LAS NOCHES INICIAR ESTE MEDICAMENTO AL TERMINAR ZINNAT Y NO SUSPENDER HASTA NUEVA ORDEN
SE DA ORDEN DE DE CISTOGRAFIA MICCIONAL Y RETROGRADA
CITA CON PEDIATRIA Y NEFORLOGIA PEDIATRICA POR CONSULTA EXTERNA
EN CASO DE FIEBRE,VOMITO, IRRITABILIDAD, DIFICULTAD PARA RESPIRAR U OTRA SINTOMATOLOGIA CONSULTAR

Ubicación al momento de la Evolución: Habitacion 460-Cama A

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado CIE10: N390

Observaciones Diagnostico:

Especialista : James Sambrano Narvaez Especialidad : Médico

De acuerdo con lo anterior, realizó una revisión completa de la paciente, dándole salida con indicaciones de signos de reconsulta y ordenó medicamentos para manejo de la paciente.

NO ES CIERTO que el 16 de febrero de 2013, los Dres. Patricia Lopez y James Arturo Zambrano hubieran revisado TAC realizado a la paciente; de hecho, en la evolución que realizó ese día la Dra. Patricia Lopez, ordenó la practica de TAC cerebral simple, sin que se le hubiera reportado el resultado; me permito copiar abajo, la nota a la que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/16 10:03

Subjetivo : LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO IRRITABLE PARECE CON DOLOR , AYER 3 DEPOSICIONES BLANDAS. HACE 2 DIAS SIN VOMITO. AHORA CON RINORREA , SIN TOS , ERITEMA BILATERAL DE OIDOS , SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER DE DVP. TIENE AP DE DVP POR HIDROCEFALIA Y OBSTRUCCION INTESTINAL CON LIBERACION DE BRIDAS , SE TOMA TAC CEREBRAL CONTROL Y SERIE DE ABDOMEN , SE INICIA CEFTRIAXONA , LECHE LIBRE DE LACTOSA.

Objetivo : EDAD 1AÑO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)

TTO
1. CLARITROMICINA
2. CEFTRIAXONA
3. ACETAMINOFEN

PA 75/53 P 120X FR 28X T 36.4C SAT 98% SIN 02
CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA
CUELLO NORMAL
ORL ERITEMA BILATERAL DE OIDOS
TORAX PULMONES BIEN VENTILADOSSIN RS AGREGADOS RSCSRS
ABDOEMN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLRO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR
NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS SIN SIGNOS CLINICOS DE VENTRICULITIS
PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER . CVC SIN SIGNOS DE INFECCION SIN SANGRADO

Analisis : DIETA ASTRINGENTE + LECHE LIBRE DE LACTOSA
LEV A 35 CC/HORA
CEFTRIAXONA EVL CADA 12HORAS
SUSPENDER CEFALEXINA VO SE REINICIA AL TERMINAR AB EV
ACETAMINOFEN SI HAY FIEBRE O DOLOR
TOMAR SERIE DE ABDOMEN
TOMAR TAC CEREBAL SIMPLE
RESTO IGUAL

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Patricia Lopez Herrera **Especialidad :** Médico

En la nota que realiza la Dra. Carolina Carreño Cepeda el mismo día a las 14:47 deja constancia que está pendiente la realización del TAC:

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/16 14:47
Subjetivo : ********** EVOLUCION DE LA TARDE **********

DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO ANOTADOS

PACIENTE QUIEN ACOMPAÑANTE REFIERE QUE DURANTE EL DIA DE HOY A ESTADO TRANQUILA, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO EMESIS, RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL.

FEBRERO 15
ECOGRAFIA DE ABDOMEN REPORTADA POR RADIOLOGO DR CAICEDO COMO NORMAL

Objetivo : ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, ALERTA, TRANQUILA DURANTE LA VALORACION.
CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES
FC: 121 FR: 28 T: 36.1 SO2: 98%
OIDOS LIGERO ERITEMA BILATERAL
C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS DURANTE MECANICA RESPIRATORIA , CATETER SUBCLAVIO SIN SIGNOS DE INFECCION
ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, PERISTALTISMO POSITIVO
EXT EUTERMICAS, NO EDEMAS, PULSOS POSITIVOS
SNC ALERTA, NO SIGNOS MENINGEOS

Analisis : PACIENTE EN EL MOMENTO TRANQUILA, AFEBRIL, SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO.
PENDIENTE TOMA DE TAC CEREBRAL Y SERIE DE ABDOMEN

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Otros tipos de hidrocefalo **CIE10:** G918
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carolina Carreno Cepeda **Especialidad :** Médico

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

NO ME CONSTA, las situaciones de tiempo modo y lugar ocurridas del 14 al 19 de febrero de 2013, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 37.- Contiene este hecho, atenciones realizadas a la paciente en varios días, en algunas atenciones participó mi poderdante y en otras no, por lo que me referiré a cada una de las mencionadas por el demandante así:

NO ME CONSTA, las situaciones de tiempo modo y lugar ocurridas en la mañana del 20 de febrero de 2013, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

NO ES CIERTO que el Dr. ZAMBRANO le hubiera dicho a la madre de la paciente que posiblemente era una virosis; no es cierto que no hubiera ordenado ningún tratamiento; el galeno, en compañía de la Dra Angela Maria Villalobos, examinó de manera completa a la paciente, y no encontró alteración en signos vitales, el examen físico mostro normalidad y para ese momento la paciente no presentaba signos ni síntomas de compromiso neurológico; al examen neurológico encontró a la paciente activa, no tenía signos de deterioro neurológico, sin embargo, atendiendo a los antecedentes de la paciente, por todos conocidos, le solicitó ayudas diagnósticas de HEMOGRAMA y PCR para averiguar si era posible que el cuadro clínico de la paciente estuviera asociado a una posible infección, los resultados de estas ayudas diagnósticas arrojaron resultados normales. Me permito copiar la nota a que hago referencia:

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/20 16:25
Subjetivo : REVISTA DE LA TARDE CON DR ZAMBRANO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL

MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON LLANTO FACIL, HA PREENTADO 1 EPISODIO DE EMESIS CON LA TOS , NIEGA FIEBRE

Objetivo : KIMBERLY , POCO COLABORA A EX CLINICO , SE OBSERVA CON RINORREA EN FOSAS NASALES
SUS SIGNOS VITALES FC 192 FR 28 TA 88/44 SO2 99% T 36,5
OTOSCOPIA NORMAL
OROFARINGE CON DISCRETO ERITEMA CON AMIGDALAS EUTROFICAS , SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR
CP SIN AGREGADOS PULMONARES , CORAZON RITMICO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION, PRISTALTISMO NORMAL
EXTREMIDADES LLEADO CAPILAR NORMAL
SNC ACTIVA

Analisis : SE INDICA HEMOGRAMA Y PCR
SE INDICA APLICAR DIPIRONA EV AHORA
VIGILAR EVOLUCION

Ubicacion al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion viral, no especificada CIE10: B349

Observaciones Diagnostico:

Especialista : maria angela villalobos pabon Especialidad : Médico

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

De acuerdo con lo anterior el facultativo que represento actuó de manera diligente, prudente y perita, de acuerdo con la evolución clínica, signos y síntomas que presentaba la paciente al momento de su valoración, relacionándolos con sus antecedentes, inclusive enviando ayudas diagnósticas para descartar infección; ayudas diagnósticas reportadas como normales.

Para el momento de la atención en revista, que realizó el Dr. ZAMBRANO, no era previsible que la paciente fuera a presentar el cuadro agudo que se sucedió en horas de la noche a las 10:56 pm. De hecho la paciente presentó una buena evolución hasta las 10 de la noche de acuerdo con las notas de evolución del Dr. CARLOS ALBERTO GONZALES RAMIREZ, cuando la paciente ya no estaba a cargo del Dr. ZAMBRANO; de acuerdo con la historia clínica, la paciente presentó un colapso súbito, situación imprevisible, para el galeno que represento, de acuerdo a la situación clínica que tenía para el momento de su valoración. Me permito copiar las notas de evolución de la noche del 21 de febrero de 2013, a que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/21 00:37
Subjetivo : PEDIATRIA RONDA DE LA NOCHE

9:00 PM
AL INICIO DE LA NOCHE PACIENTE TRANQUILA EN BRAZOS DE LA MAMA. DORMIDA
SV: TA:116/84, FC: 115 FR: 28
CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, PACIENTE QUIEN DURANTE LA TARDE HABIA PRESENTADO EMESIS, EN VARIAS OPORTUNIDADES POR LO QUE LE INICIAN ONDANSETRON, CON MEJORIA DE LA EMESIS, PERO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL. POR LO QUE SE AUMENTA LEV A 25 CC/HRA (80 % DE HOLLIDAY), RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS. HOY ERA SU ULTIMA DOSIS DE CLARITROMICINA.

10:00

RECIBI LLAMADA DE LA MAMA PACIENTE SE TORNA IRRITABLE, CON LLANTO, CONSOLABLE, EN BRAZOS DE LA MAMA. REVISO PACIENTE PACIENTE IRRITABLE ACTIVA,
SV: FC: 132, CON LLANTO, SATURANTO 98%, FR (PACIENTE CON LLANTO)
ACTIVA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS DETECTABLES DURANTE EL EXAMEN FISICO, NO DISTENSION ABDOMINAL, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG, POR LO QUE SE ORDENA ANALGESIA, RESTO DE ORDENES SIN CAMBIOS.

10:56

LA MADRE LLAMA A ENFERMERIA, QUIENES ME AVISAN, PACIENTE PRESENTA COLAPSO SUBITO APNEA, CON CIANOSIS PERIBUCAL, HIPOTONIA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REVISA FRECUENCIA CARDIACA, BRADICARDICA, 46 L/MIN, POR LO QUE SE SOLITA CARRO DE PARO Y SE ACTIVA CODIGO AZUL SE PIDE APOYO A UCI PEDIATRICA, SE INICIA MASAJE CARDIACO CON 2 PULGARES, LLEGA CARRO DE PARO, SE MONITORIZA SE INICIA VENTILACION A PRESION POSITIVA, DESPUES DE 2 MINUTOS DE REANIMACION PACIENTE AUMENTA FRECUENCIA CARDIACA, A 118 L/MIN, SE SUSPENDE MASAJE PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, EN EL MOMENTO CON VENTILACION A PRESIN POSITIVA, RAPIDAMENTE LLEGA EQUIPO DE UCI PEDIATRICA DRA. NATES QUIEN TOMA EL MANDO DEL CODIGO, Y PROCEDE A INTUBAR, Y CONTINUAR CON REANIMACION, SE EXPLICA CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE, DESPUES DE INTUBADA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SE PROCEDE A TOMA URGENTE DE ESCAN CEREBRAL Y RX DE TORAX, SE TRASLADA PACIENTE A UCI.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado	**CIE10:**	G919
Observaciones Diagnostico:		
Nombre Diagnostico: Paro cardiaco con resucitacion exitosa	**CIE10:**	I460
Observaciones Diagnostico:		

Especialista : Carlos Alberto Gonzalez Ramirez **Especialidad :** Médico

Posterior a la presentación súbita de paro cardiaco que sufrió la paciente, fue llevada a cirugía por parte del Dr. OSWALDO CORAL, quien en la nota operatoria escribió, que encontró la válvula obstruida por coágulos, es decir, que la causa de la obstrucción no fue una infección, como lo aduce la demandante, sino por la formación de coagulos que la tapó de manera súbita, de acuerdo con la presentación del cuadro clínico a las 10:56 pm.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Situación ajena al actuar del Dr. ZAMBRANO y que no fue causada por su atención en horas de la tarde a la paciente; lastimosamente, la paciente presentó una situación generada por su el cuerpo de la paciente.

NO NOS CONSTA, lo ocurrido con la paciente en horas de la noche del 20 de febrero 2013, el galeno que represento no participó en esas atenciones, los dichos de la demandante respecto de lo ocurrido, deberá acreditarlos con la historia clínica.

AL HECHO 38.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 39.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

La demandante aquí realiza afirmaciones que no son mas que apreciaciones subjetivas de ella, sin soporte científico. No es cierto, que si se hubiera ordenado TAC desde el inicio de este día, se hubiera podido ver el taponamiento; como dije antes, este sucedió de manera súbita, por coágulos, no por infección; las ayudas diagnósticas se ordenan, de acuerdo con el cuadro clínico de la paciente, el cual para el momento de la valoración en revista que realizó mi poderdante, no era sugestivo de cambios neurológicos; la paciente estaba siendo manejada ya con medicación y no había ningún signo o síntoma que lo pudiera hacer prever que 7 horas más tarde, de manera súbita iba a presentar el cuadro que presentó. Hay una ausencia absoluta de nexo causal entre la actividad del Dr. ZAMBRANO y el episodio que presentó la paciente, que generó la situación médica que tiene actualmente.

pdfelement

AL HECHO 40.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 41.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 42.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 43.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

La demandante aquí realiza afirmaciones que no son más que apreciaciones subjetivas de ella, sin soporte científico.

NO ES CIERTO que el Dr. ZAMBRANO hubiera actuado negligentemente, ni que su actuación hubiera generado el daño que alegan los demandantes; contrario a ello, el Galeno que represento, fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño.

NO ES CIERTO que el Dr. ZAMBRANO hubiera incurrido en actuaciones irregulares que van contra la ética médica; todo lo contrario, el Galeno que represento, fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño.

NO ES CIERTO que hubiera habido demora por parte del Dr. ZAMBRANO en la atención a la paciente, todo lo contrario, el Galeno que represento, fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño. El actuó, de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención; era imposible de acuerdo con este, que el Facultativo previera, lo que acontecería en horas de la noche de manera súbita.

AL HECHO 44.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 45.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 46.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 47.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 48.- NO ES CIERTO. No es cierto que el Dr. ZAMBRANO no hubiera atendido a la paciente debidamente, el día 20 de febrero de 2013; por el contrario, el Galeno que represento, fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño. El actuó, de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención; era imposible de acuerdo con este, que el Facultativo previera, lo que acontecería en horas de la noche de manera súbita.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

AL HECHO 49.- No me consta, las situaciones de tiempo modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Se deberá probar por parte de los demandantes.

AL HECHO 50.- No es un hecho.

V. FRENTE A LOS ARGUMENTOS DE LA DEMANDANTE.

A. FRENTE A LA PERDIDA DE CHANCE

La demandante aduce que hubo una pérdida de la oportunidad o pérdida del chance, al respecto nuestra jurisprudencia se ha pronunciado así:

> *"La pérdida de una oportunidad ("chance") constituye un daño cierto. El concepto de daño cierto ha encontrado grandes tropiezos en lo que la doctrina y la jurisprudencia han denominado pérdida de una oportunidad (perte d' una chance). Se presenta esta situación, v.gr., cuando un abogado descuida un proceso que se pierde, pero cuyo éxito no podía asegurarse, aun sin culpa del abogado. Lo mismo puede predicarse del participante en un concurso o competencia, cuya oportunidad de participación se extingue por culpa de un tercero. Es decir, el único daño consiste en no poder disfrutar la posibilidad de ganar una competencia que, como consecuencia lógica, también podía haber perdido. A primera vista podría decirse que no hay lugar a indemnización, ya que el daño no es cierto, puesto que no había la seguridad de que la víctima hubiere obtenido el beneficio esperado, en caso de no haber mediado la conducta ilícita del demandado. Sin embargo, nosotros estamos de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia contemporáneas[18], que consideran que en tales circunstancias hay lugar a indemnizar puesto que el daño sí es cierto, y la única dificultad que resta es la de fijar el monto indemnizable[19]. En efecto, el que tiene la posibilidad de ganar algo, como cuando se vende un derecho litigioso, o un billete de lotería. El valor, desde luego, depende del porcentaje de probabilidades de éxito que se tienen con esa oportunidad[20]. El daño consiste no en*

[18] Cita No. 3 en Sentencia del trece (13) de septiembre de dos mil diez (2010) del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil PROCESO No. 11001310304020030057 7 01, Sentencia discutida y aprobada en Sala extraordinaria de Decisión Civil No. 08 de 08 de junio de 2010. Magistrado ponente: MANUEL ALFONSO ZAMUDIO MORA. Cita No. 40 en "DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, tomo IV, TAMAYO JARAMILLO, Javier. Editorial Temis, Bogotà,D.C. 1999 Pág 32" " En ese mismo sentido, Zannoni, ob.cit., número 19; Mazeuad – Tunc – Chabas, Traitè de la responsabilitè civile, t. 1 6ª ed., Paris, Montchrestien,1965,núm. 219; Jacques Ghestin, Gennevienve Viney, Ob. Cit. T. IV, núms,. 278 y ss., y Ves Chartier, Ob. Cit., pág 31, número. 22; Marty y Raynaud, ob. Cit., núr 378 ; Weill y Terré, Ob. Cit número. 605; CArbonnier, Ob.Cit., número 88; Martínez Rave, Ob. Cit., pág. 118" Pág. 32.

[19] Cita No. 4 en Ob. Cit., pág. 7. Cita No. 41 en "DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, Ob. Cit. Juan Carlos Henao Pérez. El daño. Ob. Cit., pág. 159". Pág. 32.

[20] Cita No 5 en Ob. Cit., pág. 7. Cita No. 41 en "DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, Ob. Cit. Juan Carlos Henao Pérez. El daño. Ob. Cit., pág. 160.

pdfelement

351
Elimina la filigrana digital ahora

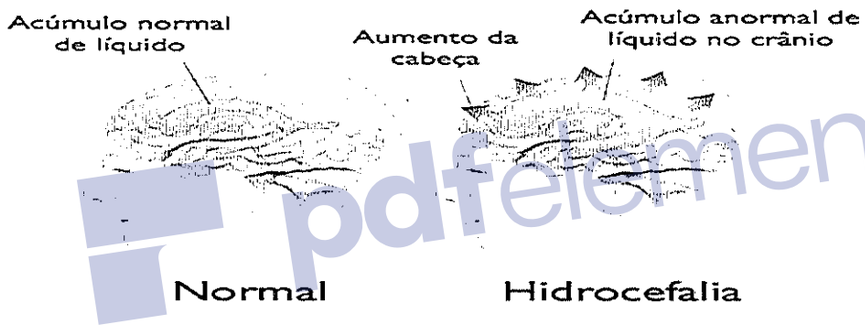
CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

la pérdida del premio o de pretensión, sino en la pérdida de la oportunidad de conseguirlos"[21]

De acuerdo con lo anterior, es importante que esa pérdida de la oportunidad sea real y no una mera expectativa, adicionalmente, que existan altas probabilidades de que se hubiera obtenido el beneficio esperado, de no haber ocurrido el suceso que se reputa como responsabilidad. En el caso que nos ocupa, se trata de una paciente que se encontraba enferma.

VI. FUNDAMENTOS FACTICOS DE LAS EXCEPCIONES

La paciente tenía una patología congénita, el pronóstico para los pacientes a los que se les ha diagnosticado hidrocefalia es difícil de vaticinar, aunque hay alguna correlación entre la causa específica de la hidrocefalia y el resultado de la condición. Las personas afectadas y sus familias deben estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognoscitivo como físico de quien la padece. Resulta relevante subrayar que una infección en el sistema nervioso central siempre tiene repercusiones negativas y más en un cerebro inmaduro.



pdfelement

El Dr Zambrano valoró a la paciente previo a la fecha aquí señalada, el 31 de enero de 2013, me permito copiar la evolución realizada por el galeno en esa fecha:

Fecha Evolución 2013/01/31 09:44
Subjetivo : KIMBERLY DX IVU. ANT HIDROCEFALIA CON DVP. ANT VENTRICULITIS EN 4 OCASIONES. ANTECEDENTE DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. SE INICIA CEFUROXIMA ACETIL POR DIFICIL ACCESO VENOSO.NO HA PRESENTADO FIEBRE DESDSE ELINCIO DE SU CUADRO CLINICO. EN LA NCOHE 11 PM NUEVO EPSIDIO DE VOMITO POSTPRANDIAL Y CON REPETIDOS EPISODIOS DE EMESIS EN LA MADRUGADA. ASOCIADO IRRITABILIDAD. NO DISTENSION ABDOMONAL. NO DETERIORO NEUROLOGICO.
PTE RESULTADO DE UROCULTIVO
Objetivo : AL E.FISICO SV TA 88/49 , FC 120XMIN ,FR 30XMIN ,T 37.5ºC , SAT97%
CABEZA NACROCRANEO CON FOINATANELA NORMOTENSA , OJOS PUPILAS ISOCORICAS CON ESTRABISMO CONVERGENTE. CVS RSCSRS, NO SOPLOS, LLENADOCAPILAR 2 SEG , PERFUSION CONSERVADA. T/PNO SDR, NO ESTERTORES. NO RSA. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE. NO MASAS, NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN DEFICIT NEUROLOGICO. SIN SIGNOS MENINGEOS

[21] Cita No 5 en Ob. Cit., pág. 7. TAMAYO JARAMILLO, Javier. DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, tomo IV, Editorial Temis, Bogotá, D.C. 1999. Pág. 32.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Analisis : PACIENTE PARCIAL DER ORINA SUGETIVA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS
TIENE ANTECEDENTE DE VETRICULITIS Y DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION,ANTECEDENTE DE OBSTRUCION INTESTINAL POR BRIDAS
SE CONSIDERA POR VOMITO PERSISTENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA PEDIATRICA Y CIRUGIA PEDIATRICA CON FIN DE DESCARTAR DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION O DISFUNCION VALVULAR Y DECARTAR PATOLOGIA DE TIPO GASTROINTESTINAL.
POR AHORA SE CONTINUA CON CEFUROXIMA ACETIL ORAL MIENTRAS SELOGRA OBTENER UN ACCESO VENOSO PARA CONTINUAR CEFTRIAXONA.
VALORACION POR INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Ubicación al momento de la Evolución: Habitacion 460-Cama A

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado **CIE10:** N390
Observaciones Diagnostico: CATETER DE DERIVACION POR HIDROCEFALIA CONGENITA ,ANTECEDENTE DE VENTRICULITIS

Especialista : James Sambrano Narvaez **Especialidad :** Médico

De acuerdo con lo anterior, realizó una revisión completa de la paciente y solicitó paraclínicos he interconsultas que consideró necesarias para esa fecha.

Volvió a ver a la paciente el 4 de febrero de 2013; consignando la siguiente nota en la historia clínica:

Fecha Evolución 2013/02/04 11:49
Subjetivo : KIMBERLY CON ANTECEDENTE DE HIDROCEFALIA CON DVP, HA PRESENTADO VENTRICULITIS EN 3 OCASIONES REQUIRIENDO MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO LA ULTIMA FUE HACE 5 MESES, DONDE PRESENTO CUADRO DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. INGRESA EL DIA 23/01/13 POR CUADROCLINICO DE 2 DIAS DEMALESTAR GENERAL, HIPOREXIA, VOMITO 3 VECES EN ELDIA SIN DIARREA NI FIEBRE POR LO CUAL ASISTE A URGENCIAS DONDE TOMAN CH CON LEUC 12600 NEUT 59 LINF 33 HB 14 HCTO 41,8 PLAQ 321000 PCR 0,33 P DE O CON LEUC 1-2 XC BACT +++ MOCO ++ NITRITOS POSITIVOS GRAM CON BACILO GRAM NEGATIVO 10XC SE CONSIDERA IVU Y SE HOSPITALIZA, SE VALORAPOR NEUROCIRUGIA DR. CORAL CONSIDERAPOR NATECDENTE CLINICO TOMAR TAC CEREBRAL DE CONTROL QUE MUESTRA HIDROCEFALIA COMPENSADA, SIN EDEMA TRANSEPENDIMARIO, NO DESVIACION DELALINEAMEDIA. TAC SIN CAMBIOS EN REALACION CON TAC CEREBRALPREVIO,SE VALORA POR CIRUGIA PEDIUATRICAORDENA SERIE DE ABDOMEN LA CUAL EVIDENCIA ADECUADA DISTRIBUCION DE GAS INTESTINAL, SIN EVIDENCIA DE OBSTRUCCION. UROCULTIVO POSITIVO PARA PROTEUS MIRABILIS MULTISENSIBLE EN MANEJO CON CEFTRIAXONA. SETOMA ECOGRAFIA RENAL UY DE VIAS URINARIAS NORMAL ANT PAT HIDROCEFALIA SE REALIZO DVP A LOS 15 DIAS. HA PRESENTADO 3 EPISODIOS DE VENTRICULITIS ULTIMA HACE 5 MESES. PRESENTO OBSTRUCCION POR BRIDAS REFIERE QUE HACE 10 DIAS PRESENTO IVU SE MANEJO AMBULATORIAMENTE CON ACIDO NALIDIXICO POR 7 DIAS. ECO RENAL NORMAL. NO RECIBE PROFILAXIS ESTREÑIMIENTO EN MANEJO CON PEG. NIEGA SD CONVULSIVO. GAMAGRAFIA REALIZADOEN HAOPITALIZACION PREVIA NORMAL.
Objetivo : AL E. FISICO SV TA 87/55 FC 117XMIN, FR 28XMIN, T 36,9°C, SAT 98%
CABEZA MACROCRANEO. OJOS ESTRAVISMO CONVERGENTE. ORL NORMAL. CVS RSCSRS. NO SOPLOS. LLENADO CAPILAR 2 SEG. PERFUSION CONSERVADA. T/P NO SDR. NO ESTERTOTRES, NO OTROS RSA. ABDOMEN BLANDO,DEPESIBLE. NO MASAS,NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN SINTOMAS NEUROLOGICOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO OTROS RSA.
Analisis : SE DECIDE DAR SALIDA CON
CEFUROXIMA (ZINNAT) DAR 4,5 CENTIMETROS VIA ORAL CADA 12HORAS POR 5DIAS Y SUSPENDER
PROFILAXIS CON CEFALEXINA DAR 3,5 CENTIMETRO EN LAS NOCHES INICIAR ESTE MEDICAMENTO AL TERMINAR ZINNAT Y NO SUSPENDER HASTA NUEVA ORDEN
SE DA ORDEN DE DE CISTOGRAFIA MICCIONAL Y RETROGRADA
CITA CON PEDIATRIA Y NEFORLOGIA PEDIATRICA POR CONSULTA EXTERNA
EN CASO DE FIEBRE,VOMITO, IRRITABILIDAD, DIFICULTAD PARA RESPIRAR U OTRA SINTOMATOLOGIA CONSULTAR

Ubicación al momento de la Evolución: Habitacion 460-Cama A

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado **CIE10:** N390
Observaciones Diagnostico:

Especialista : James Sambrano Narvaez **Especialidad :** Médico

De acuerdo con lo anterior, realizó una revisión completa de la paciente, dándole salida con indicaciones de signos de reconsulta y ordenó medicamentos para manejo de la paciente.

NO ES CIERTO que el 16 de febrero de 2013, los Dres. Patricia Lopez y James Arturo Zambrano hubieran revisado TAC realizado a la paciente; de hecho, en la evolución que

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

realizó ese día la Dra. Patricia Lopez, ordenó la práctica de TAC cerebral simple, sin que se le hubiera reportado el resultado; me permito copiar abajo, la nota a la que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/16 10:03
Subjetivo : LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO IRRITABLE PARECE CON DOLOR . AYER 3 DEPOSICIONES BLANDAS. HACE 2 DIAS SIN VOMITO, AHORA CON RINORREA . SIN TOS . ERITEMA BILATERAL DE OIDOS . SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER DE DVP. TIENE AP DE DVP POR HIDROCEFALIA Y OBSTRUCCION INTESTINAL CON LIBERACION DE BRIDAS . SE TOMA TAC CEREBRAL CONTROL Y SERIE DE ABDOMEN . SE INICIA CEFTRIAXONA . LECHE LIBRE DE LACTOSA.
Objetivo : EDAD 1AÑO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP

1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CLARITROMICINA
2. CEFTRIAXONA
3. ACETAMINOFEN

PA 75/53 P 120X FR 28X T 36.4C SAT 98% SIN 02
CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA
CUELLO NORMAL
ORL ERITEMA BILATERAL DE OIDOS
TORAX PULMONES BIEN VENTILADOSSIN RS AGREGADOS RSCSRS
ABDOEMN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLRO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR
NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS SIN SIGNOS CLINICOS DE VENTRICULITIS
PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER . CVC SIN SIGNOS DE INFECCION SIN SANGRADO
Analisis : DIETA ASTRINGENTE + LECHE LIBRE DE LACTOSA
LEV A 35 CC/HORA
CEFTRIAXONA EVL CADA 12HORAS
SUSPENDER CEFALEXINA VO SE REINICIA AL TERMINAR AB EV
ACETAMINOFEN SI HAY FIEBRE O DOLOR
TOMAR SERIE DE ABDOMEN
TOMAR TAC CEREBAL SIMPLE
RESTO IGUAL

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Patricia Lopez Herrera **Especialidad :** Médico

pdfelement

En la nota que realiza la Dra. Carolina Carreño Cepeda el mismo día a las 14:47 deja constancia que está pendiente la realización del TAC:

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Fecha Evolución 2013/02/16 14:47
Subjetivo : ********** EVOLUCION DE LA TARDE**********

DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO ANOTADOS

PACIENTE QUIEN ACOMPAÑANTE REFIERE QUE DURANTE EL DIA DE HOY A ESTADO TRANQUILA. NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO EMESIS. RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL.

FEBRERO 15
ECOGRAFIA DE ABDOMEN REPORTADA POR RADIOLOGO DR CAICEDO COMO NORMAL

Objetivo : ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, ALERTA, TRANQUILA DURANTE LA VALORACION, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES
FC: 121 FR: 28 T: 36.1 SO2: 98%
OIDOS LIGERO ERITEMA BILATERAL
C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS DURANTE MECANICA RESPIRATORIA , CATETER SUBCLAVIO SIN SIGNOS DE INFECCION
ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, PERISTALTISMO POSITIVO
EXT EUTERMICAS, NO EDEMAS, PULSOS POSITIVOS
SNC ALERTA, NO SIGNOS MENINGEOS

Analisis : PACIENTE EN EL MOMENTO TRANQUILA, AFEBRIL, SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO. PENDIENTE TOMA DE TAC CEREBRAL Y SERIE DE ABDOMEN

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Otros tipos de hidrocefalo **CIE10:** G918
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carolina Carreno Cepeda **Especialidad :** Médico

El 20 de febrero de 2013, el galeno que represento,, en compañía de la Dra Angela Maria Villalobos, examinó de manera completa a la paciente, y no encontró alteración en signos vitales, el examen físico mostro normalidad y para ese momento la paciente no presentaba signos ni síntomas de compromiso neurológico; al examen neurológico encontró a la paciente activa, no tenía signos de deterioro neurológico, sin embargo, atendiendo a los antecedentes de la paciente, por todos conocidos, le solicitó ayudas diagnósticas de HEMOGRAMA y PCR para averiguar si era posible que el cuadro clínico de la paciente estuviera asociado a una posible infección, los resultados de estas ayudas diagnósticas arrojaron resultados normales. Me permito copiar la nota a que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/20 16:25
Subjetivo : REVISTA DE LA TARDE CON DR ZAMBRANO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL

MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON LLANTO FACIL, HA PREENTADO 1 EPISODIO DE EMESIS CON LA TOS , NIEGA FIEBRE

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

Objetivo : KIMBERLY . POCO COLABORA A EX CLINICO . SE OBSERVA CON RINORREA EN FOSAS NASALES
SUS SIGNOS VITALES FC 132 FR 28 TA 88/44 SO2 99% T 36,5
OTOSCOPIA NORMAL
OROFARINGE CON DISCRETO ERITEMA CON AMIGDALAS EUTROFICAS . SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR
CP SIN AGREGADOS PULMONARES . CORAZON RITMICO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION. PRISTALTISMO NORMAL
EXTREMIDADES LLEADO CAPILAR NORMAL
SNC ACTIVA
Analisis : SE INDICA HEMOGRAMA Y PCR
SE INDICA APLICAR DIPIRONA EV AHORA
VIGILAR EVOLUCION

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion viral, no especificada **CIE10:** B349
Observaciones Diagnostico:

Especialista : maria angela villalobos gabon **Especialidad :** Médico

De acuerdo con lo anterior el facultativo que represento actuó de manera diligente, prudente y perita, de acuerdo con la evolución clínica, signos y síntomas que presentaba la paciente al momento de su valoración, relacionándolos con sus antecedentes, inclusive enviando ayudas diagnósticas para descartar infección; ayudas diagnósticas reportadas como normales.

Para el momento de la atención en revista, que realizó el Dr. ZAMBRANO, no era previsible que la paciente fuera a presentar el cuadro agudo que se sucedió en horas de la noche a las 10:56 pm. De hecho la paciente presentó una buena evolución hasta las 10 de la noche de acuerdo con las notas de evolución del Dr. CARLOS ALBERTO GONZALES RAMIREZ, cuando la paciente ya no estaba a cargo del Dr. ZAMBRANO; de acuerdo con la historia clínica, la paciente presentó un colapso súbito, situación imprevisible, para el galeno que represento, de acuerdo a la situación clínica que tenía para el momento de su valoración. Me permito copiar las notas de evolución de la noche del 21 de febrero de 2013, a que hago referencia:

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/21 00:37
Subjetivo : PEDIATRIA RONDA DE LA NOCHE

9:00 PM
AL INICIO DE LA NOCHE PACIENTE TRANQUILA EN BRAZOS DE LA MAMA. DORMIDA
SV: TA:116/84, FC: 115 FR: 28
CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, PACIENTE QUIEN DURANTE LA TARDE HABIA PRESENTADO EMESIS. EN VARIAS OPORTUNIDADES POR LO QUE LE INICIAN ONDANSETRON, CON MEJORIA DE LA EMESIS, PERO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL, POR LO QUE SE AUMENTA LEV A 25 CC/HRA (80 % DE HOLLIDAY), RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS. HOY ERA SU ULTIMA DOSIS DE CLARITROMICINA.

10:00

RECIBI LLAMADA DE LA MAMA PACIENTE SE TORNA IRRITABLE, CON LLANTO, CONSOLABLE, EN BRAZOS DE LA MAMA, REVISO PACIENTE PACIENTE IRRITABLE ACTIVA.
SV: FC: 132, CON LLANTO, SATURANTO 98%, FR (PACIENTE CON LLANTO)
ACTIVA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS DETECTABLES DURANTE EL EXAMEN FISICO, NO DISTENSION ABDOMINAL, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG. POR LO QUE SE ORDENA ANALGESIA. RESTO DE ORDENES SIN CAMBIOS.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

10:56

LA MADRE LLAMA A ENFERMERIA, QUIENES ME AVISAN, PACIENTE PRESENTA COLAPSO SUBITO APNEA, CON CIANOSIS PERIBUCAL, HIPOTONIA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REVISA FRECUENCIA CARDIACA, BRADICARDICA, 46 L/MIN, POR LO QUE SE SOLITA CARRO DE PARO Y SE ACTIVA CODIGO AZUL SE PIDE APOYO A UCI PEDIATRICA, SE INICIA MASAJE CARDIACO CON 2 PULGARES, LLEGA CARRO DE PARO, SE MONITORIZA SE INICIA VENTILACION A PRESION POSITIVA, DESPUES DE 2 MINUTOS DE REANIMACION PACIENTE AUMENTA FRECUENCIA CARDIACA, A 118 L/MIN, SE SUSPENDE MASAJE PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, EN EL MOMENTO CON VENTILACION A PRESIN POSITIVA, RAPIDAMENTE LLEGA EQUIPO DE UCI PEDIATRICA DRA, NATES QUIEN TOMA EL MANDO DEL CODIGO, Y PROCEDE A INTUBAR, Y CONTINUAR CON REANIMACION, SE EXPLICA CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE, DESPUES DE INTUBADA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SE PROCEDE A TOMA URGENTE DE ESCAN CEREBRAL Y RX DE TORAX, SE TRASLADA PACIENTE A UCI.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Paro cardiaco con resucitacion exitosa **CIE10:** I460
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carlos Alberto Gonzalez Ramirez **Especialidad :** Médico

Posterior a la presentación súbita de paro cardiaco que sufrió la paciente, fue llevada a cirugía por parte del Dr. OSWALDO CORAL, quien en la nota operatoria escribió, que encontró la válvula obstruida por coágulos, es decir, que la causa de la obstrucción no fue una infección, como lo aduce la demandante, sino por la formación de coagulos que la tapó de manera súbita, de acuerdo con la presentación del cuadro clínico a las 10:56 pm. Situación ajena al actuar del Dr. ZAMBRANO y que no fue causada por su atención en horas de la tarde a la paciente; lastimosamente, la paciente presentó una situación generada por su el cuerpo de la paciente.

A continuación procederé a proponer las excepciones de fondo, que tienen como fundamento estos fundamentos facticos.

pdfelement

VII. EXCEPCIONES DE FONDO

A. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, este responde de los primeros cuando son 'consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento'. Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 del Código Civil el que da la pauta, junto al anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de un 'delito o culpa' —es decir, de acto doloso o culposo— hace responsable a su autor, en la medida en 'que ha inferido' daño a otro.

Luego de haber trasegado por teorías como la de la equivalencia de condiciones, defendida hace algún tiempo y hoy abandonada en esta materia—, según el cual todos los

antecedentes o condiciones tienen ontológicamente el mismo peso para la producción del resultado, conviene resaltar que modernamente la responsabilidad civil camina de la mano de las teorías de la causalidad, y en específico de la teoría de la causalidad adecuada.

Con fundamento en dicha teoría, se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquel que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más 'adecuado', el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo[22].

El objetivo que se busca entonces, con la carga que se impone de tener que probar el nexo de causalidad en los procesos de responsabilidad civil (a cargo de los demandantes), es establecer una relación entre la conducta asumida por una persona y las consecuencias de sus actos, en otras palabras, lo que se pretende es probar la existencia de una conexión necesaria entre un antecedente (causa) y un consiguiente (efecto). Adviértase que la causa del daño tiene que ser eficiente, es decir, que se trate de aquello que según las reglas de la experiencia científica genera el daño.

Por los fundamentos anteriormente expuestos, no puede relacionarse causalmente los actos médicos realizados Dr. ZAMBRANO con el daño que aducen los demandantes, ya que los actos ejecutados por mi poderdante no fueron jurídicamente relevantes en la materialización del perjuicio.

El auge de la citada teoría de la causalidad adecuada no sólo ha sido resaltado por la doctrina especializada sino que ha sido acogido sin reservas por la H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia[23], corporación que en su jurisprudencia ha expresado:

> *"De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente –que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer*

[22] Consejo de Estado, Sección tercera, sentencia del 15 de enero de 2010, CP Edgardo Villamil Portilla, expediente 11001-3103-037-2000-67300-01.

[23] H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: JORGE SANTOS BALLESTEROS, Bogotá, D.C., veintiséis (26) de septiembre de dos mil dos (2002).Ref.: Expediente No. 6878.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No.5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que es principio del cambio, etc). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad que deja al investigador un gran espacio, con la precisión que más adelante se hará cuando de asuntos técnicos se trata, ***se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más "adecuado", el más idóneo para producir el resultado****, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo"*[24].

De los planteamientos doctrinales, y de la referencia jurisprudencial citada se puede concluir que en el caso bajo análisis no existe la cadena causal necesaria en los términos de la teoría de la causalidad adecuada. La llamante lanza al vacío una serie de afirmaciones involucrando a mi representado sin señalar la razón por la cual el demandado involucrado está llamado a responder por ella por los daños peticionados.

En igual sentido la H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia se ha referido con suma propiedad expresando[25]:

"En fin, no puede la Corte desconocer que la relación causal que correspondía acreditar al demandante en forma principal no quedó despejada, porque con la lectura de las piezas clínicas resumidas, sin ayuda de la pericia que las interprete y valore científicamente anda el juez a tientas, en caso como éste, en el que para determinar si la tardanza en la remisión fue o no causa del daño cuyo resarcimiento se pide, debe antes valorarse si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte, según la práctica médica aceptada por ser la norma de excelencia del momento, esto es, según la "lex artis ad hoc", como ahora se la denomina".

En ese orden de ideas, al estudiar el material aportado, y los elementos doctrinarios y jurisprudenciales, se llega a la invertible conclusión de que no existe en la acción impetrada elementos de convicción que permitan probar el nexo causal, situación más

[24] Esta última proposición, la de sopesar antecedentes que sólo de manera anormal o azarosa producen el resultado, se le ha añadido a la teoría de la causalidad adecuada, -que precisamente es criticada en ese aspecto, es decir, en que deja sin explicación aquellos daños que se producen por causas que normalmente no son aptas para ocasionarlo-, pues la ayuda que las ciencias forenses prestan a este propósito, permite que aún en esos raros casos, y junto con la "lógica de lo razonable" (Recasens) más precisamente que con las reglas de la experiencia, dichos eventos puedan esclarecerse.

[25] H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: JORGE SANTOS BALLESTEROS, Bogotá, D.C., veintiséis (26) de septiembre de dos mil dos (2002).Ref.: Expediente No. 6878

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

que compleja: imposible, *si tenemos en cuenta la clara ausencia de causalidad, ya que el acto médico realizado por mi defendido no es el causante de los daños demandados. bajo la anterior premisa el accionante se expone inexorablemente a PROBAR ALGO QUE NO EXISTE, ¿Cómo probar un NEXO sin CAUSA que lo sustente?.*

En el caso que nos ocupa, la paciente presentó un colapso súbito ocasionado por coagulos que taponaron la valvula; lo que quiere decir que la causa de lo que presenta la paciente, no está relacionado con la actividad del Dr. ZAMBRANO, lo que implica una ausencia de nexo causal.

B. AUSENCIA DE CULPA POR OBRAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO

Empezaremos mencionando que la actuación de mi poderdante Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO, tal y como se demostrará con las pruebas aportadas y solicitadas, se ajustó a los protocolos científicos y éticos, cumpliéndose a cabalidad con los postulados de la *lex artis*.

La *lex artis ad hoc* o *"ley propia del arte que se ejecuta"*, se define por diferentes doctrinantes como *"aquellos mandatos o reglas específicas, que deben ser observados dentro de determinado arte o técnica, a efectos de poder lograr o conseguir unos determinados resultados"*[26].

En efecto, "(...) *puede decirse que esa lex artis se encuentra conformada por las reglas técnicas que deben seguirse con miras a la obtención de los resultados deseados, esperados y perseguidos, no solo por el paciente sino también por el médico, en beneficio de la salud, la integridad y la vida del primero"*[27].

A la luz de lo expuesto, la calificación de una praxis asistencial como ajustada o desviada de la lex artis no debe realizarse por un juicio ex post, sino ex ante, es decir, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre el diagnóstico o tratamiento, a fin de poder considerarla como adecuada o no a la clínica que presenta el paciente.[28]

Para el caso en particular, la atención brindada por el pediatra Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO a la paciente se ciñó de forma estricta a los cánones de la *lex artis ad hoc*, como quiera que se desarrolló de acuerdo a las condiciones y evolución de la paciente, de conformidad con los protocolos médicos.

No tiene discusión en la jurisprudencia que en la base de toda responsabilidad médica ha de existir una *"culpa médica"*, y ésta, como *"omisión de la diligencia"*, equivale al

[26] Molina Arrubla Carlos Mario, Responsabilidad Penal en el ejercicio de la actividad médica. Medellín: Biblioteca jurídica Dike. Segunda edición 1998, P. 203.
[27] Molina Arrubla Carlos Mario. Op cit. 203.
[28] Sentencia de la Cámara nacional de apelaciones Argentina en lo civil del 23 de febrero de 2010.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la *lex artis*, concebida como criterio valorativo de la corrección del acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos y exógenos, para calificar dicho acto como conforme o no con la técnica normal requerida. Es así como el galeno responde con base en la culpa por la violación intencional o negligente del estándar de conducta exigible, siendo este el de un profesional razonable que se halle en las mismas circunstancias.[29] Tal y como se demostrará dentro del presente proceso, la conducta asumida por el doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO es la misma que hubiese asumido cualquier otro médico de sus reconocidas capacidades e idoneidad, surgiendo diáfana la ausencia de culpa dentro de su actuación.

El elemento subjetivo necesario para que salga avante una acción de responsabilidad médica, la culpa, no se avizora en el acto realizado por el doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO. La jurisprudencia ha destacado de forma reiterada que la culpa es un elemento esencial para que se declare responsable a un facultativo; ante su ausencia no queda sino exonerar a quien se señala como agente causante del daño.

La H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia[30] ha expresado respecto a la culpa en materia de Responsabilidad Médica lo siguiente:

> *"2. Tratando la responsabilidad civil de los médicos por la prestación del servicio profesional, desde hace algún tiempo, la Corte ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual"*

pdfelement

Vale la pena destacar que el concepto culpa adquiere un significado diferente en los eventos de responsabilidad médica. En estos casos la culpa, se relaciona de forma directa con el cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, y se segmenta de varias formas, la prudencia, la diligencia y la pericia.

En el caso bajo análisis no hubo ningún error, no hubo culpa. La conducta del doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO se ajustó por completo a los postulados de la Lex artis ad hoc. El acto médico se realizó con pericia, prudencia y diligencia. Veamos que en este caso.

El 20 de febrero de 2013, el galeno que represento, en compañía de la Dra Angela Maria Villalobos, examinó de manera completa a la paciente, y no encontró alteración en signos

[29] Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

[30] H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: CARLOS IGNACIO JARAMILLO. Sentencia del 30 de enero de 2.001 Referencia: Expediente No. 5507

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

vitales, el examen físico mostro normalidad y para ese momento la paciente no presentaba signos ni síntomas de compromiso neurológico; al examen neurológico encontró a la paciente activa, no tenía signos de deterioro neurológico, sin embargo, atendiendo a los antecedentes de la paciente, por todos conocidos, le solicitó ayudas diagnósticas de HEMOGRAMA y PCR para averiguar si era posible que el cuadro clínico de la paciente estuviera asociado a una posible infección, los resultados de estas ayudas diagnósticas arrojaron resultados normales. Me permito copiar la nota a que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/20 16:25
Subjetivo : REVISTA DE LA TARDE CON DR ZAMBRANO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL

MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON LLANTO FACIL, HA PREENTADO 1 EPISODIO DE EMESIS CON LA TOS , NIEGA FIEBRE
Objetivo : KIMBERLY , POCO COLABORA A EX CLINICO , SE OBSERVA CON RINORREA EN FOSAS NASALES
SUS SIGNOS VITALES FC 132 FR 28 TA 88/44 SO2 99% T 36,5
OTOSCOPIA NORMAL
OROFARINGE CON DISCRETO ERITEMA CON AMIGDALAS EUTROFICAS , SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR
CP SIN AGREGADOS PULMONARES , CORAZON RITMICO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION. PRISTALTISMO NORMAL
EXTREMIDADES LLEADO CAPILAR NORMAL
SNC ACTIVA
Analisis : SE INDICA HEMOGRAMA Y PCR
SE INDICA APLICAR DIPIRONA EV AHORA
VIGILAR EVOLUCION
Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos
Nombre Diagnostico: Infeccion viral, no especificada **CIE10:** B349
Observaciones Diagnostico:
Especialista : maria angela villalobos pabon **Especialidad :** Médico

pdfelement

De acuerdo con lo anterior el facultativo que represento actuó de manera diligente, prudente y perita, de acuerdo con la evolución clínica, signos y síntomas que presentaba la paciente al momento de su valoración, relacionándolos con sus antecedentes, inclusive enviando ayudas diagnósticas para descartar infección; ayudas diagnósticas reportadas como normales.

Para el momento de la atención en revista, que realizó el Dr. ZAMBRANO, no era previsible que la paciente fuera a presentar el cuadro agudo que se sucedió en horas de la noche a las 10:56 pm. De hecho la paciente presentó una buena evolución hasta las 10 de la noche de acuerdo con las notas de evolución del Dr. CARLOS ALBERTO GONZALES RAMIREZ, cuando la paciente ya no estaba a cargo del Dr. ZAMBRANO; de acuerdo con la historia clínica, la paciente presentó un colapso súbito, situación imprevisible, para el galeno que represento, de acuerdo a la situación clínica que tenía para el momento de su

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

valoración. Me permito copiar las notas de evolución de la noche del 21 de febrero de 2013, a que hago referencia:

Fecha Evolución 2013/02/21 00:37
Subjetivo : PEDIATRIA RONDA DE LA NOCHE

9:00 PM
AL INICIO DE LA NOCHE PACIENTE TRANQUILA EN BRAZOS DE LA MAMA, DORMIDA
SV: TA:116/84, FC: 115 FR: 28
CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, PACIENTE QUIEN DURANTE LA TARDE HABIA PRESENTADO EMESIS, EN VARIAS OPORTUNIDADES POR LO QUE LE INICIAN ONDANSETRON, CON MEJORIA DE LA EMESIS, PERO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL. POR LO QUE SE AUMENTA LEV A 25 CC/HRA (80 % DE HOLLIDAY). RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS, HOY ERA SU ULTIMA DOSIS DE CLARITROMICINA.

10:00

RECIBI LLAMADA DE LA MAMA PACIENTE SE TORNA IRRITABLE, CON LLANTO, CONSOLABLE, EN BRAZOS DE LA MAMA, REVISO PACIENTE PACIENTE IRRITABLE ACTIVA.
SV: FC: 132, CON LLANTO, SATURANTO 98%, FR (PACIENTE CON LLANTO)
ACTIVA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS DETECTABLES DURANTE EL EXAMEN FISICO, NO DISTENSION ABDOMINAL, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG, POR LO QUE SE ORDENA ANALGESIA, RESTO DE ORDENES SIN CAMBIOS.

10:56

LA MADRE LLAMA A ENFERMERIA, QUIENES ME AVISAN, PACIENTE PRESENTA COLAPSO SUBITO APNEA, CON CIANOSIS PERIBUCAL, HIPOTONIA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REVISA FRECUENCIA CARDIACA, BRADICARDICA, 46 L/MIN, POR LO QUE SE SOLITA CARRO DE PARO Y SE ACTIVA CODIGO AZUL SE PIDE APOYO A UCI PEDIATRICA, SE INICIA MASAJE CARDIACO CON 2 PULGARES, LLEGA CARRO DE PARO, SE MONITORIZA SE INICIA VENTILACION A PRESION POSITIVA. DESPUES DE 2 MINUTOS DE REANIMACION PACIENTE AUMENTA FRECUENCIA CARDIACA, A 118 L/MIN, SE SUSPENDE MASAJE PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, EN EL MOMENTO CON VENTILACION A PRESIN POSITIVA, RAPIDAMENTE LLEGA EQUIPO DE UCI PEDIATRICA DRA. NATES QUIEN TOMA EL MANDO DEL CODIGO, Y PROCEDE A INTUBAR, Y CONTINUAR CON REANIMACION, SE EXPLICA CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE, DESPUES DE INTUBADA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SE PROCEDE A TOMA URGENTE DE ESCAN CEREBRAL Y RX DE TORAX. SE TRASLADA PACIENTE A UCI.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos
Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:
Nombre Diagnostico: Paro cardiaco con resucitacion exitosa **CIE10:** I460
Observaciones Diagnostico:
Especialista : Carlos Alberto Gonzalez Ramirez **Especialidad :** Médico

pdfelement

Posterior a la presentación súbita de paro cardiaco que sufrió la paciente, fue llevada a cirugía por parte del Dr. OSWALDO CORAL, quien en la nota operatoria escribió, que encontró la válvula obstruida por coágulos, es decir, que la causa de la obstrucción no fue una infección, como lo aduce la demandante, sino por la formación de coagulos que la tapó de manera súbita, de acuerdo con la presentación del cuadro clínico a las 10:56 pm. Situación ajena al actuar del Dr. ZAMBRANO y que no fue causada por su atención en horas de la tarde a la paciente; lastimosamente, la paciente presentó una situación generada por su el cuerpo de la paciente.

PERICIA. El acto médico realizado y la especialidad, marcan los linderos y deberes del doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO, quien se desempeñó conforme a su estatus de médico ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA y atendió al paciente de conformidad con los protocolos científicos establecidos, con adecuada técnica y teniendo muy en cuenta las condiciones en que se encontraba y su evolución.

PRUDENCIA. El doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO en la atención prohijada a la paciente, se desempeñó con templanza, cautela, prudencia y buen juicio, sopesando siempre las particularidades del caso atendido y con la técnica adecuada.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

DILIGENCIA. Los actos médicos realizados por doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO fueron cuidadosos y exentos de omisión. Procedió en cada momento de conformidad con la lex artis. Revisó con detalle la historia clínica, ordenó los tratamientos médicos que consideró y ayudas diagnósticas, que mejor respondían a la patología y sintomatología, que tenía la paciente al momento de su valoración, además practicó sus atenciones con plena observancia de los protocolos y técnica científica.

Se puede concluir entonces, que la actuación desplegada por mi poderdante se ajustó a los protocolos éticos y científicos, no evidenciándose entonces falla de atención.

C. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE DEL GALENO

Itérese en este punto que las obligaciones del médico son de medios y no de resultado, como repetitivamente ha señalado la jurisprudencia nacional[31] y la doctrina especializada[32].

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica, siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos, ajenos a su actuación y que escapan a su control.[33]

Como lo señala LE TOURNEAU, el acto médico es intrínsecamente aleatorio.[34] En otras palabras, la ciencia médica tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un álea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes. El compromiso sanador del médico sigue traduciéndose, por consiguiente, en

pdfelement

[31] "la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios." Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de noviembre de 2011, radicado 76001-3103-002-1999-01502-01, Magistrado ponente Dr Arturo Solarte Rodríguez. CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

[32] Ese contenido obligacional lo ilustra con suma propiedad el tratadista ALVARO PEREZ VIVES[32], cuando con acertado criterio expresa: "Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de ensañarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimiento del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad medica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las misma circunstancias" el arte médico científico;" (PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogota. Editorial Temis, 1955, Pag. 201).

[33] Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

[34] Le Tourneau, P.; Droit de la responsabilité et des contrats, Edit. Dalloz, París, 6 ed., 2006, p. 509.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

una obligación de medios, no generando derechos absolutos a la salud o a la regeneración corporal por fuera de una intachable actuación.
Por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente. Puede ocurrir **– y ocurre- que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la lex artis, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar – total o parcialmente- el acto sanitario realizado**.[35]

Tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica – insuficientes para la curación de determinadas enfermedades – y la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, es lo que hace que alguno de ellos, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, puedan no serlo para otros, entendiéndose que a lo único que se obliga el facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

En el presente caso el Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO cumplió con su prestación al poner al servicio de la paciente todos sus conocimientos y experiencia, tomando decisiones terapéuticas acorde a la evolución de la paciente, programando y ordenando ayudas diagnósticas que la paciente ameritaba, estando pendiente de su evolución y dando a la paciente y su familia toda la información necesaria para reconsultar si se presentaban los signos de alarma, lastimosamente la paciente presentó un colapso súbito derivado de una coagulos producidos por su propio cuerpo, en todo caso, por causas ajenas al actuar de mi prohijado.

pdfelement

D. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY

La excepción propuesta se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente: *"Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o 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".*

El tratamiento y los procedimientos realizados por el Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO , no fueron la causa de la condición presentada por la paciente, lastimosamente la paciente falleció por circunstancias ajenas al actuar del Dr. ZAMBRANO, adicionalmente la paciente

[35] Tribunal Supremo Español, sala 3, sección 6, sentencia del 10 de mayo de 2005, ponente Sr González navarro.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

y su familia firmaron los consentimientos informados, donde se deja constancia de la información de los riesgos de los procedimientos que se le realizarían.

E. IMPROCEDENCIA DE LA INDEMNIZACIÓN POR LOS SUPUESTOS DAÑOS MATERIALES

No está acreditado ninguno de los daños materiales por lo que deberán negarse. Este no puede partir de especulaciones, sino que debe probarse con certeza su ocurrencia.

F. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR.

Cuando se estudia el tema de la responsabilidad se tiene que realizar un análisis no solo del resultado, sino que es indispensable establecer si el hecho que se imputa como causante efectivamente fue como su nombre lo indica quien dio origen al resultado.

Si del estudio se llega a concluir que el hecho que se señala como causante no fue el que dio origen al resultado desafortunado, no es posible imputarle una responsabilidad a mi representado y por tal razón no existe la obligación de indemnizar al accionante, ya que estamos ante la inexistencia de nexo causal entre la conducta desplegada por mi representado y en este caso el resultado.

G. LA INNOMINADA

pdfelement

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

VIII. A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Me referiré a continuación a algunos de los documentos allegados como prueba por la parte demandante:

- Haciendo referencia al numeral 44 en el acápite de pruebas documentales de la demanda y en ordinal *"C. PRUEBAS PERICIALES SOLICITAS- PRUEBAS PERICIALES Valoración Psicológica realizada a NOREIDY ACEVEDO CARDONA y JHON JENNYS PAPAMIJA BONILLA, por parte de la Dra. AIDEE SAAVEDRA....."*

  Solicito a su señoría No se tenido en cuenta como prueba pericial pues carece de idoneidad de quien lo suscribe y bajo ningún punto puede ser tenido en cuenta

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

como DICTAMEN PERICIAL, pues se pretende introducir al proceso como una prueba documental y pericial, que no cumple con ninguno de los requisitos exigidos por la ley para ser tenido como tal. Ya que este no reúne los requisitos que dispone el Código General del Proceso.

Ante la carencia de los preceptos legales que exige la ley para ser tenido como prueba pericial "la valoración psicológica realizada por la Dra. AIDEE SAAVEDRA" EL JUZGADO NO LO DEBERÁ TENER COMO PRUEBA NI COMO DICTAMEN PERICIAL.

En el remoto evento que el Juzgado tenga como prueba el rendido por la sicóloga AIDE SAVEDRA, solicito, que de acuerdo con lo estipulado en el artículo 228 del Código General del Proceso se ORDENE la COMPARECENCIA de la sicóloga AIDE SAAVEDRA a la correspondiente AUDIENCIA, para interrogarla bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen; interrogatorio en que se podrán formular preguntas asertivas e insinuantes.

- Con relación a las pruebas testimoniales solicitadas con la demanda, ruego a su señoría No decretar como prueba testimonial solicitada por los demandantes a los demandados DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO y CLAUDIA JANETH GÓNZALEZ ARÉVALO, como quiera que los citados son parte del proceso y no fungen en calidad de testigos.

  En caso de ser permitidos o decretados los testimonios, ruego al despacho me permita contrainterrogar a los testigos que sean citados de conformidad con lo reglado en el Código General del Proceso.

pdfelement

IX. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DDO JAMES ARTURO ZAMBRANO

A. DOCUMENTALES APORTADAS

- HOJA DE VIDA Y COPIA DE DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES DE ESTUDIO, Del Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO a través de los cuales se acredita la pericia e idoneidad de mi prohijado como neurocirujano.

- LITERATURA CIENTIFICA, que sirvió de sustento para dar respuesta a la presente demanda.

- HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE, que incluye las atenciones del Dr. ZAMBRANO y ayudas diagnósticas practicadas.

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

B. DECLARACIÓN DE PARTE ART 165 C.G.P.

Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista en Neurocirugía Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO, para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones.

C. <u>PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):</u>

1. Solicito señor juez, se sirva citar al médico Especialista en pediatría Dr. **ANDRES PARDO DOMINGUEZ**, coordinador médico del servicio de pediatría de la Clínica Saludcoop Norte, quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo avenida 3 Norte 32AN-40 Clínica Saludcoop Norte; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 227 del CPC y 220 del Código General del Proceso.
2. Solicito señor juez, se sirva citar al médico especialista en Pediatría Dra. **PATRICIA LOPEZ,** quien participó en la atención de la paciente quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, avenida 3 Norte 32AN-40 Clínica Saludcoop Norte; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 227 del CPC y 220 del Código General del Proceso.

pdfelement

D. <u>INTERROGATORIO DE PARTE</u>

Solicito señor juez, se sirva citar a todos los DEMANDANTES, para que rindan INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna, en la audiencia, en sobre cerrado o abierto.

Solicito señor juez, se sirva citar a todos los DEMANDADOS, OSWALDO CORAL, DANIEL ENRIQUE MEDINA, CLAUDIA YANETH GONZÁLEZ para que rindan INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna, en la audiencia, en sobre cerrado o abierto.

E. DICTAMEN PERICIAL

Solicito comedidamente a Usted señor Juez, se sirva oficiar a la UNIVERSIDAD DEL VALLE en la en la Calle 5 No 36-08 de Cali, para que a través de PEDIATRA absuelva el siguiente

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

cuestionario, con base en la historia clínica completa de la paciente KIMBERLY PAPAMIJA y las declaraciones rendidas del proceso que nos ocupa:

1. ¿De acuerdo con la historia clínica, indique, como era el estado neurológico y de salud en general, de la paciente en el momento en que se realizó revista por parte de la Dra Maria Angela Villalobos, en compañía del Dr. ZAMBRANO, el día 20 de febrero de 2013 a las 16:25 horas?

2. ¿De acuerdo con su respuesta anterior, considera prudente, que los galenos hubieran ordenado la toma de Hemograma y PCR? ¿Para qué sirven estas pruebas?

3. ¿Para el momento de la revista mencionada en la primera pregunta, como estaban los signos vitales de la paciente?

4. ¿De acuerdo con la historia clínica, para el momento de la atención del Dr. Zambrano en revista, la paciente mostraba signos o síntomas de obstrucción de la válvula que tenía para su padecimiento de hidrocefalia?

5. ¿El resultado del hemograma que ordenó el Dr. Zambrano en revista, muestra algún tipo de infección?

6. ¿De acuerdo con la historia clínica, Cómo es la evolución de la paciente hasta las 10 pm del 20 de febrero de 2013?

7. ¿De acuerdo con lo anterior, era posible predecir de acuerdo con el análisis de la valoración de la paciente en revista el día 20 de febrero de 2013 a las 16:25 horas, que a las 22:56 fuera a presentar colapso súbito que requirió reanimación?

8. ¿La actividad del Dr. Zambrano es la causa del colapso súbito que presentó la paciente a las 22:56 horas del 20 de febrero?

9. ¿En la nota quirúrgica realizada por el Dr. OSWALDO CORAL dice "HALLAZGOS VALVULA OBSTRUIDA POR COAGULOS..." De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la paciente presentó obstrucción por infección?

F. <u>DICTAMEN PERICIAL DE PARTE</u>

La etapa de pruebas se evacuará conforme al Código General del Proceso; por lo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo artículos 227 y siguientes del Código General del proceso, me permito manifestarle su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN**

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

PEDIATRIA, para lo cual, debido a que el termino para contestar es escaso, es insuficiente el termino para contestar la demanda para aportar dicho DICTAMEN.

De acuerdo con lo anterior, **SOLICITO** a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días, para aportar el **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE** que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA,** de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

Me permito copiar el artículo 227 del Código General del Proceso que permite lo solicitado:

> ***"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.*** *La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*
> *El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado"*

X. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

XI. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículos 1604, 2341 a 2360 del Código Civil, ley 446 de 1998. Ley 1395 de 2010, y el Código General del Proceso.

XII. NOTIFICACIONES

- El Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO las recibirá en la en la Carrera 37 No. 5B2 – 55 de Cali
- El suscrito las recibirá en la Carrera 37 No. 5B2 – 55 de Cali. Teléfono 5240655 ext. 123.

Del señor Juez,

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
C.C No. 94.537.402 de Cali
T.P No. 156303 del C. S. de la J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

Nombre:	James Arturo Zambrano Narvaez
Fecha de Nacimiento	9 de Julio de 1969
Estado Civil	Casado
Profesión	Medico Pediatra
Dirección:	Carrera 45 # 3ª - 87
E-mail:	jazmed2002@hotmail.com

EDUCACION

Año	Institución	Titulo Obtenido
1995	Universidad del Cauca Popayan - Cauca	Medico y Cirujano
2005	Universidad del Valle Cali – Valle	Medico pediatra
2016	Universidad ICESI	Docencia Universitaria

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CURSOS REALIZADOS

2015	Endocrinologia	XIII Congreso Colombiano de Endocrinologia Pediatrica
2016	Endocrinologia	XIV Congreso Colombiano de Endocrinologia Pediatrica
2016	Pediatria	V Simposio Internacional de Actualizacion en Pediatria
2016	Diplomado	Docencia Universitaria

EXPERIENCIA LABORAL

1995 (Mayo – Junio)	Rotación Extramural, Hospital de Tumaco Tumaco – Nariño
1995 - 1996	Año Rural, Servicio Social Obligatorio Hospital Francisco de Paula Santander Santander de Quilichao Cauca
1997 – 2002	Medico Hospitalizacion y Urgencias HFPS Santander de Quilichao - Cauca
1997 – 2002	Medico asistencial Hospital Universitario del Valle Area Puerperio y Recien Nacidos Cali - Valle
2005 – 2013	Unidad de Cuidado Intensivo Pediatrico- CIPAF Pediatra Docente Asistencial Hospital Universitario del Valle Cali – Valle

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

2005 – 2011	Unidad de Cuidado Intensivo Pediatrico Pediatra de Cuidados Intensivos Clinica Farallones de Cali Cali – Valle
2005 – Presente	Clinica ESIMED Cali Norte Pediatra Hospitalizacion Cali – Valle
2012 – Presente	Hospital Francisco de Paula Santander Pediatra Hospitalizacion y Urgencias Santander de Quilichao -- Cauca
2013 – Presente	Docente Universidad Santiago de Cali Profesor Hora Catedra Pediatria Calli – Valle
2015 -- Presente	Docente Universidad Libre Profesor Hora Catedra Pediatria Cali – Valle
2016 -- Presente	Docente Universidad ICESI Profesor Hora Catedra Pediatria Cali – Valle

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REFERENCIAS LABORALES

Dr. Oliverio medina	Profesor Titular Universidad del Valle Intensivista en Pediatria Tel. 3168779777 Cali – Valle
Dr. Andres Pardo	Coordinador de pediatria Clinica ESIMED Cali Norte Tel. 3155644274
Dr. Orlan Mina	Gerente Hospital Francisco de Paula Santander Tel. 3104194969

James Arturo Zambrano Narvaez
C.C. 12996090 de Pasto

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Pediatría

a

James Arturo Zambrano Narváez

Identificado con *C.C. 12996090*
En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los *21* días, del mes de *Octubre* de *2005*

El Rector

El Decano

046963

Registro al folio 962-24 del Libro 1 de Diplomas, a los 21 días del mes de Octubre de 2005

pdfelement

277

Elimina la filigrana digital ahora

La Universidad del Cauca

en nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

James Arturo Zambrano Narváez

c.c.ne 12'996.090 de Pasto

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios le otorga el título de

Médico y Cirujano

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo facultan para el ejercicio profesional.

Popayán, 30 de Junio de 1995

El Rector de la Universidad, El Decano de la Facultad, El Secretario Gral. de la Universidad

Guillermo Muñoz y Velásquez

Registrado en el Folio Nº 205 del L. de Diplomas Nº 059 Diploma Nº 003137

Gobernación del Departamento del Cauca

Anotado al Folio Nº 1438 del L. de Diplomas Nº 74

Popayán, 6 de Julio de 1995

El Gobernador del Dpto. El Secretario de Educación Dptal.

Rodrigo Cerón V.

Elimina la filigrana digital ahora

CREA Centro de Recursos para el Aprendizaje | ICESI

UNIVERSIDAD ICESI

BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES

LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Y EL CREA

Confieren el Diploma en

DOCENCIA UNIVERSITARIA

A

JAMES ZAMBRANO

El programa tuvo una intensidad de 100 horas

En testimonio de ello se expide en la ciudad de Santiago de Cali, el 1 día del mes de Junio de 2016

ANA LUCIA PAZ
Directora Escuela Ciencias de la Educación

SANDRA PATRICIA PEÑA
Coordinadora de Formación Docente - CREA

Plantilla

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 5879-96

Firma Médico

James A. Zambrano M

Nombres y Apellidos

JAMES ARTURO ZAMBRANO M.

C.C. o C.E. C 12996090 De: PASTO

Universidad Ciudad

CAUCA POPAYAN

Código: 18537A Fecha de Expedición: 04/11/96

TDLR, Impresora de Valores

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/18 18:04

Subjetivo: DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)

TTO CLARITROMICINA, CEFTRIAXONA, ACETAMINOFEN, PLASIL, OMEPRAZOL
FI
PACIENTE NO HA TENIDO FIEBRE, TVO, NO HA VOMITADO, EN EL DIA 2 DEPOSICIONES BLANDAS

Objetivo: AL EXAMEN FISICO PACIENTE HIDRATADO CON SV FC 120X FR 28X T 36. C SAT 98% SIN 02
CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS
CP VENTILACION NORMAL SIN RS AGREGADOS RSCSRS, CVC IZQUIERDO FUNCIONANTE
ABD RI +, BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION NO MASAS
EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NO EDEMAS
NEUROLOGICO RDPM SIN SIGNOS MENINGEOS
PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER

Analisis: ESTABLE HIDRATADA, SIN FIEBRE, TVO, SE VALORA CON DR ZAMBRANO CONSIDERA IGUAL MANEJO

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Bronconeumonia, no especificada **CIE10:** J180
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Jenny Carolina Palencia Espinosa **Especialidad :** Médico

Firma .

Jenny Carolina Palencia E

pdfelement

Fecha Evolución 2013/02/19 11:49

Subjetivo : CON MEJORIA CLINICA SIN FIEBRE SIN DOLOR SIN IRRITABILIDAD DISMINUCION DE ERITEMA DE OIDOS TOS OCASIONAL SIN DIARREA AYER 2 DEPOSICIONES SIN DOLOR ABDOMINAL TOLERA VO . EL PLAN ES CONTINUAR MANEJO , VIGILAR EVOLUCION Y TOLERANCIA A LA VO , COMPLETAR ESQUEMA AB

Objetivo : EDAD 1 AÑO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL

FA 78/52 P 119X FR 26X T 36.2C SAT 97% SIN 02
CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS SIN RINORREA
CUELLO NORMAL
ORL MEJORIA DE ERITEMA DE OIDOS SIN SECRECION
TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS RSCSRS
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION SIN DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PERISTALTISMO (+)
EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR
NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS
PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER , CVC SIN ERITEMA SIN SECRECION SIN SANGRADO

Analisis : R/ UROCULTIVO
P/ LECTURA TAC CEREBAL SIMPLE
RESTO IGUAL

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Infeccion viral, no especificada **CIE10:** B349
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Otitis media, no especificada **CIE10:** H669
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Patricia Lopez Herrera **Especialidad :** Médico

Firma :

pdfelement
Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/20 10:02

Subjetivo : HA ESTADO ESTABLE NO ESTA IRRITABLE PERO ESTA CON RNORREA HIALINA NUEVA/ Y UN POCO DE TOS SIN FIEBRE SIN DOLOR TOLERA Y RECIBE VO SIN DIARREA SIN VOMITO . EL PLAN ES VIGILAR SINTOMAS RESPIRATORIOS , CURVA TERMICA ESTRICTA , SI PRESENTA FIEBRE, TOMAR PERFIL INFLAMATORIO , ESTA PENDIENTE TOMAR UROCULTIVO DE CONTROL POR AP DE IVU RECIENTE

Objetivo : EDAD 1 AÑO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL

FA 91/53 P 123X FR 26X T 36C SAT 98% SIN 02
CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA
CUELLO NORMAL
ORL SIN SECRECION
TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS SIN RETRACCIONES INTERCOSTALES RSCSRS
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SIN IRRITACION PERITONEAL PERISTALTISMO (+)
EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR
NEUROLOGICO RDPM SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA
PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER , CVC SIN ERITEMA CON ERITEMA POR DERMATITIS SIN SECRECION PURULENTA

Analisis : R/ UROCULTIVO
P/ LECTURA TAC CEREBAL SIMPLE
CURACION Y CUIDADOS DE CVC
SI PRESNETA FIEBRE TOMAR CH PCR
RESTO IGUAL

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Bronconeumonia, no especificada **CIE10:** J180
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **CIE10:** A09X
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Otitis media, no especificada **CIE10:** H669
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Patricia Lopez Herrera **Especialidad :** Médico

Firma :

pdfelement
Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/20 16:25

Subjetivo : REVISTA DE LA TARDE CON DR ZAMBRANO
DX
1. B/N POR ATIPICOS
2. EDA VIRAL
3. IRA NN
4. OMA
AP
1. HIDROCEFALIA + DVP
2. VENTRICULITIS
3. OBSTRUCCION POR BRIDAS
4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA)
TTO
1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA
2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL
3.
MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON LLANTO FACIL, HA PREENTADO 1 EPISODIO DE EMESIS CON LA TOS , NIEGA FIEBRE

Objetivo : KIMBERLY , POCO COLABORA A EX CLINICO , SE OBSERVA CON RINORREA EN FOSAS NASALES
SUS SIGNOS VITALES FC 132 FR 28 TA 88/44 SO2 99% T 36,5
OTOSCOPIA NORMAL
OROFARINGE CON DISCRETO ERITEMA CON AMIGDALAS EUTROFICAS , SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR
CP SIN AGREGADOS PULMONARES , CORAZON RITMICO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION, PRISTALTISMO NORMAL
EXTREMIDADES LLEADO CAPILAR NORMAL
SNC ACTIVA

Analisis : SE INDICA HEMOGRAMA Y PCR
SE INDICA APLICAR DIPIRONA EV AHORA
VIGILAR EVOLUCION

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Infeccion viral, no especificada **CIE10:** B349
Observaciones Diagnostico:

Especialista : maria angela villalobos pabon **Especialidad :** Médico

Firma :

pdfelement
Elimina la filigrana digital ahora

esimed

624

Sucursal: 00 CLINICA ESIMED CALI NORTE

Elimina la filigrana digital ahora

Orden: / 0000166423 **URGENTE** **Fecha:** 20/02/2013 **Médico:** JAMES SAMBRANO

Nombre: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY **Años:** 1 **M:** 2 **D:** 14

Identificación: RC: 1104829490 **Sexo:** Femenino **Teléfono:** 3776804

Tipo Paciente: HOSPITALIZADO **Servicio:** HOSPITALIZADO ADULTO **Ubicación:** 439

Convenio: SALUDCOOP **Entrada:** 20/02/2013 15:49:20

Sede : HEMATOLOGIA **Fecha de**

HEMOGRAMA
DATOS BASICOS

WBC:	12.3 k/ul	(4.1 - 13.0)
NEU%:	67.0 %N	(2.5 - 70.0)
LIN%:	28.6 %l	(20.0 - 65.0)
MIO%:	3.4 %M	(0.1 - 9.0)
EOS%:	***0.6 %E***	(0.1 - 8.0)
BAS%:	0.4 %B	(0.1 - 0.3)
NEU:	***8.27 K/uL***	(1.80 - 8.00)
LIN:	3.52 K/uL	(1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.42 K/uL	(0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.05 K/uL	(0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.07 K/uL	(0.00 - 0.20)
SERIE ROJA		
RBC:	4.70 M/uL	(3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	13.24 g/dL	(11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	37.94 %	(33.00 - 42.00)
MCV:	***80.74 fL***	
MCH:	28.17 pg	(25.00 - 35.00)
MCHC:	34.89 g/dL	(31.00 - 36.00)
RDW:	10,61 %	
PLAQUETAS:	261 K/uL	(140 - 400)
MPV:	4.84 fl	(0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sede : QUIMICA **Fecha de**

PROTEINA C REACTIVA: < 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

Sucursal: 00 CLINICA
ESIMED CALI NORTE

pdfelement

esimed

Sucursal: 14 CIRUGIA

Elimina la filigrana digital ahora

Sede / Orden: 14 / 0000008276 **URGENTE** Fecha: 21/02/2013 Médico: OSWALDO CORAL
Paciente: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY Años: 1 M: 2 D: 15
Identificación: RC: 1104829490 Sexo: Femenino Teléfono: 3776804
Tipo Paciente: HOSPITALIZADO Servicio: SALAS DE CIRUGIA Ubicación: CX
Convenio: SALUDCOOP Entrada: 21/02/2013 06:32:52

Sector: LIQUIDOS Fecha de Validación: 21/02/2013 10:01

LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO

COLOR:	ROJIZO
ASPECTO:	LIGERAMENTE TURBIO
LEUCOCITOS:	9 mm3
Polimorfonucleares:	0 %
Mononucleares:	100 %
HEMATIES:	2.560 mm3
Crenados:	0 %
Frescos:	100 %
GLUCOSA:	44 mg/dl
PROTEINAS:	26.4 mg/dl
OTROS :	TINTA CHINA NEGATIVA
Observacion:	

NO SE OBSERVARON FORMAS COMPATIBLES CON CRIPTOCOCO

OBSERVACIONES: GRAM NO SE OBSERVARON GERMENES
Observacion:
ZIEHL NIELSEN (Bk) NO SE OBSERVO B.A.A.R.

No se encontró la ima

Dra. Gladys Yolanda Jamca Alvear
Bact. P.U.J. C.C. 51.672.778
Validación: LIQUIDOS

Sector: MICROBIOLOGIA Fecha de Validación: 24/02/2013 09:54

Muestra: CULTIVO GERM COMUNES (AEROB)

MUESTRA
Resultado: L.C.R.

CULTIVO GERMENES
Resultado: NEGATIVO A LAS 72 HRS DE INCUBACION

OBSERVACIONES
Resultado: --

pdfelement

No se encontró la ima

Eliana Fernanda Aguirre Bact. U. Catolica CC. 66727385

296
Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/21 00:37
Subjetivo : PEDIATRIA RONDA DE LA NOCHE

9:00 PM
AL INICIO DE LA NOCHE PACIENTE TRANQUILA EN BRAZOS DE LA MAMA, DORMIDA
SV: TA:116/84, FC: 115 FR: 28
CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, PACIENTE QUIEN DURANTE LA TARDE HABIA PRESENTADO EMESIS, EN VARIAS OPORTUNIDADES POR LO QUE LE INICIAN ONDANSETRON, CON MEJORIA DE LA EMESIS, PERO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL, POR LO QUE SE AUMENTA LEV A 25 CC/HRA (80 % DE HOLLIDAY). RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS, HOY ERA SU ULTIMA DOSIS DE CLARITROMICINA.

10:00

RECIBI LLAMADA DE LA MAMA PACIENTE SE TORNA IRRITABLE, CON LLANTO. CONSOLABLE, EN BRAZOS DE LA MAMA, REVISO PACIENTE PACIENTE IRRITABLE ACTIVA.
SV: FC: 132, CON LLANTO, SATURANTO 98%, FR (PACIENTE CON LLANTO)
ACTIVA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS DETECTABLES DURANTE EL EXAMEN FISICO, NO DISTENSION ABDOMINAL, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG, POR LO QUE SE ORDENA ANALGESIA, RESTO DE ORDENES SIN CAMBIOS.

10:56

LA MADRE LLAMA A ENFERMERIA, QUIENES ME AVISAN, PACIENTE PRESENTA COLAPSO SUBITO APNEA, CON CIANOSIS PERIBUCAL, HIPOTONIA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REVISA FRECUENCIA CARDIACA, BRADICARDICA, 46 L/MIN, POR LO QUE SE SOLITA CARRO DE PARO Y SE ACTIVA CODIGO AZUL SE PIDE APOYO A UCI PEDIATRICA, SE INICIA MASAJE CARDIACO CON 2 PULGARES, LLEGA CARRO DE PARO, SE MONITORIZA SE INICIA VENTILACION A PRESION POSITIVA, DESPUES DE 2 MINUTOS DE REANIMACION PACIENTE AUMENTA FRECUENCIA CARDIACA, A 118 L/MIN, SE SUSPENDE MASAJE PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, EN EL MOMENTO CON VENTILACION A PRESIN POSITIVA, RAPIDAMENTE LLEGA EQUIPO DE UCI PEDIATRICA DRA. NATES QUIEN TOMA EL MANDO DEL CODIGO, Y PROCEDE A INTUBAR, Y CONTINUAR CON REANIMACION, SE EXPLICA CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE, DESPUES DE INTUBADA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SE PROCEDE A TOMA URGENTE DE ESCAN CEREBRAL Y RX DE TORAX. SE TRASLADA PACIENTE A UCI.

Objetivo :
Analisis :

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Paro cardiaco con resucitacion exitosa **CIE10:** I460
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carlos Alberto Gonzalez Ramirez **Especialidad :** Médico

Firma :



pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/21 00:57
Subjetivo : INGRESO A UCI PEDIATRICA – 11:30 PM

KIMBERLY, CONOCIDA POR EL SERVICIO CON MULTIPLES ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA - HIDROCEFALIA CONGENITA CON DERIVACION VENTRICULO CARDIACA, QUE HA REQUERIDO CAMBIO DE CATETER EN VARIAS OPORUNIDADES (APROX 4 VECES) POR DISFUNCION Y VENTRICULITIS - ULTIMO CAMBIO DE CATETER DE DVP EN SEPT DEL 2012 POR OBSTRUCCION POR BRIDAS QUE REQUIRIO CIRUGIA POR LAPAROSCOPIA CON LIBERACION Y CAMBIO DE VALVULA A VALVULA DE DERIVACION VENTRICULO/CARDIACA - EN CONTROL CON NCX - NO HA PRESENTADO EPISODIOS CONVULSIVOS.
ULTIMA HOSPITALIZACION DEL 15 DE ENERO HASTA EL 04 FEBRERO POR ITU POR PROTEUS QUE RECIBIO MANEJO INTRAHOSPITALARIO CON ATB EV.
AHORA CON CUADRO AGUDO RESPIRATORIO Y GIT AL PARECER ORIGEN VIRAL – HOSPITALIZADA DESDE EL 13 DE FEBRERO EN PEDIATRIA 4 PISO CON DX DE BRONCONEUMONIA POR ATIPICOS Y EDA VIRAL – RECIBIENDO MANEJO ATB EV CON CLARITROMICINA (HOY DIA 7) + MANEJO SINTOMATICO – EN EVOLUCION EVIDENCIAN PACIENTE CON CLINICA DE OMA BILATERAL Y DECIDEN ADICIONAR AL MANEJO CEFTRIAXONA EV (HOY DIA 4), CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, AFEBRIL - TOLERANDO LA VIA ORAL HASTA EL DIA DE AYER.
SEGUN LA MADRE HOY INICIA HIPOREXICA, IRRITABLE - LLANTO FACIL - HOY 4 EPISODIOS DE EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO – SE TOMO PERFIL INFLAMATORIO CON HEMOGRAMA NORMAL Y PCR NEGATIVA, POR LO CUAL SE CONTINUO EN VIGILANCIA CLINICA Y MANEJO SINTOMATICO CON DIPIRONA EV
AHORA APROX A LAS 11 PM PRESENTO EVENTO DE APNEA CON PARO CARDIORRESPIRATORIO ASISTIDO POR MD GRAL DEL PISO CON REANIMACION CP CON VPP + MASAJE CARDIACO CON RECUPERACION DE FRECUENCIA CARDIACA - SOLICITAN APOYO DE UCI.
ENCONTRANDO PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GRALES - SIN ESFUERZO RESPIRATORIO RECIBIENDO VPP CON FC: 100 XMIN SO2: 89 - 90%, PULSOS CENTRALES Y PERFIERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 3 SEG.
SE PROCEDE A REALIZAR IOT - SEGUNDO INTENTO CON TOT 4 - INTUBACION SATISFACTORIA CON EXPANSION TORACICA ADECUADA - CON MEJORIA DE LA SATURACION Y FC - SE ESTABILIZA Y SE LLEVA A TOMA DE TAC DE CEREBRO Y TRASLADO A LA UNIDAD.

TAC CEREBRAL: SE EVIDENCIA AUMENTO CONSIDERABLE DEL TAMAÑO DE LOS VENTRICULOS - CON PERDIDA DE SURCOS - EDEMA CEREBRAL - HIPERDENSIDAD EN REGION OCCIPITAL BILATERAL — SE COMPARA CON TAC PREVIO DEL 16 DE FEBRERO (HACE 5 DIAS) EN DONDE SE EVIDENCIA NOTABLE AUMENTO VENTRICULAR Y PERDIDA DE SURCOS.

HEMOGRAMA: LEU 12.300 NEU 67% LIN 28% HB 13.24 HTO: 37% PLT 261.000
PCR: < 0.02

Objetivo : FC: 124 XMIN TA: 91/59 (70) T: 36 SO2: 98%
VM PARAMETROS INTERMEDIOS – FIO2 50%
SE OBSERVA HIDROCEFALIA - CATETER DE DERIVACION EN REGION PARIETOTEMPORAL DERECHO SIN EVIDENCIA DE INFECCION
FONTANELA NORMOTENSA.
CONJUNTIVAS ROASDAS - PUPILAS ISOCORICAS DE 1 MM FIJAS.
MUCOSAS HUMEDAS.
ACP BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS - MV PRESENTE.
RCR SIN SOPLOS.
ABD BLANDO, DEPRESIBLE SIN EVIDENCIA DE MASAS O MEGALIAS.
EXT SIN EDEMAS, CON LLENADO CAPILAR 3 SEG. PULSOS CENTRALES Y PERFIERICOS PRESENTES NORMALES - EUTERMICAS.
SNC SIN RESPUESTA A ESTIMULOS - HIPOTONICA GRALIZADA.

Analisis : KIMBERLY, CON HIDROCEFALIA CONGENITA CON DVC - HOSPITALIZADA POR CUADRO RESPIRATORIO AL PARECER POR GERMENES ATIPICOS + OMA BILATERAL RECIBIENDO MANEJO ATB EV MIXTO CON CLARITROMICINA + CEFTRIAXONA CON ADECUADA RESPUESTA, EVOLUCION CLNICA FAVORABLE - HASTA HOY QUE PRESENTA EPISODIO DE APNEA DE ORIGEN CENTRAL CON PARO CARDIORRESPIRATORIO, PRECEDIDA DE SINTOMAS NEUROLOGICOS - CON IMAGEN CEREBRAL CON EVIDENCIA DE DISFUNCION DE LA VALVULA - EDEMA CEREBRAL CON AUMENTO IMPORTANTE DE TAMAÑO VENTRICULAR – CLINICAMENTE COMPROMISO NEUROLOGICO - NO LUCE SEPTICA NI TOXICA, CON PERFIL INFLAMATORIO NEGATIVO.
CONSIDERO DISFUNCION DE VALVULA CON EDEMA CEREBRAL IMPORTANTE.
SE SOLICITA VALORACION URGENTE POR NCX - SE COMENTA CON DR MEDINA - REFIERE VENDRA A VALORAR PACIENTE.
SE DEJA PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO - SE INDICA BOLO DE SOL HIPERTONICA + INFUSION DE HIPERTONICA - IMPREGNO CON EPAMIN.
MONITORIA UCI
SE EXPLICA A LA MADRE DX - REFIERE ENTENDER.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

pdfelement

Especialista : Diana Ximena Nates Mosquera **Especialidad :** Médico

Firma :

Diana X. Nates

Fecha Evolución 2013/02/21 01:23

Subjetivo : NIÑA DE 14 MESES , CON HIDROCEFALIA CONGENITA , CON DVA , HACE 6 MESES, PREVIAMENTE CON VENTRICULITIS Y PERITONITIS CON BIRDA POR LO CUAL NO SE CONTINUO CON DVP.
ESTUVO CON IVU HACE 20 DIAS RECIBIOTTO COMPLETO, HACE 8 DIAS CUADRO CON TOS VOMITO E IRRITABILIDA , SE DX NEUMONIA, POR LO CUAL ESTABA RECIBIENDO CEFTRIAXONA 4 DIAS , CLARITROMICINA 15 DIAS . HOY A LS 23.00 PREENTA CUADRO DE APNEA Y PARO RESPIRATORIO POR LO CULA INGRESA A UCI PEDIATRICA DONDE INTUBAN , INGRESO CON PUPILAS MIOTICAS 2X2 , HIPOTONICA .

Objetivo : COMA SUPERFICIAL , MISOSI 2X2 MM, RESPUESTA EN RETIRADA AL DOLOR LEVE,
TAC CEREBRAL HACE 5 DIAS CON SURCOS VISIBLE ,
TAC CEREBRAL DE HOY 11.30 PM PRESENTA DILATACION VENTRICULAR MARCADA COMPATIBLE CON OBSTRUCCION DE LA DERIVACION
CH 20.02.2013 15.49 LEU 12.300 NEU 67%, LINF 28.6 HB 13.2 PLAQ 261. PCR MENOR A 0.02

Analisis : DX: DISFUNCION VALVULAR DE SISTEMA VENTRICULOATRIAL
PLAN CAMBIO DE VALVULA URGENTE .

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico: DISFUNCION VALVULAR

Especialista : Oswaldo Coral Guerron **Especialidad :** Cirujano

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/21 02:54

Subjetivo : terapia respiratoria

Objetivo : kimberly de 14 meses, conocida por el servicio, con Dx de hidrocefalia congenita, se atiende el llamado por paro cardiorespiratorio, durante la tarde presento 4 episodios de vomito, llanto, irritabilidad. y en la noche presenta apnea,, la cual realiza rehanimacion con vpp y masaje con recuperacion de frecuencia cardiaca, se asiste la encuentro con ventilacion por vpp, no hay respuesta neurologica, no respuesta al dolor, ni reflejos protectores de via aerea, pupilas no reactivas, se decide intubar en (2 intentos), se deja con tubo 4.0, se fija en 12cm, con adecuada excursion toracica simetrica,mejora oximetrias. se ausculta mv(+) acp,

Analisis : se traslada a ucip se conecta a vm con parametros ventilatorios intermedios, pc, fr:20, peep:5, fio2:100%, no asistencia ventilatoria, acoplada, persiste bradicardica, se coloca xilocaina previa a la manipulacion, y se inicia goteo de hipertonica, control de tac cerebral donde se evidencia edema cerebral, con aumento de tamaño ventricular, se comenta con neurocirugia se llevara a cirugia para cambio de cateter. se deja en iguales condiciones. con pronostico reservado.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carolina Leonor Chavez Acosta **Especialidad :** Fisioterapeuta

pdfelement
Elimina la filigrana digital ahora

Elimina la filigrana digital ahora

HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada

Fecha Cirugia Dia 21 **Mes** 2 **Año** 2013 **Cama No.** Habitacion 435 Cama A **No. Hoja** 1251659

Centro de Atención Clinica Cali Norte

Paciente RC 1104829490 kimberly papamija acevedo **Edad** 4 años 7 meses 20 dias
EPS: Convenio Saludcoop Clinica Cali Norte Pos Con

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
K591 Diarrea funcional, R104 Otros dolores abdominales y los no especificados, G911 Hidrocefalo obstructiv

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA
-NINGUNO SE ENVIO LCR PARA CITOQUIMICO GRAM Y CULTIVO-Oswaldo Coral Guerron Feb 21 2013 3:47AM

COMPLICACIONES
Feb 21 2013 3:47AM

SANGRADO
-10CC Oswaldo Coral Guerron Feb 21 2013 3:46AM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 49 DERIVACION VENTRICULOPLEURAL
Finalidad TERAPEUTICO
Lateralidad Derecho
Acto Quirurgico CLASICA
Tipo Herida Limpia
Profesionales: Oswaldo Coral Guerron - Cirujano Principal; Jorge Alonso Correa Arias - Anestesiologo

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
-DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y CAMPOS QCOS INFILTRACIN CON BUPIVACAINA 4 CC INCISION PRECORONAL SE EXPONE CATETER VENTRICULAR EN EL SITIO DEL TREPANO SE DISECA GALEA Y SE LIBERA VALVULA SE RETIRA VALVULA Y SE DESCONECTA DEL CATETER VENTRICULAR SE OBSERVA VALVULA OCLUIDA CON COAGULOS SE CAMBIA CATETER VENTRICULAR SE CONECTA A VALVULA DE HAKIM PEDIATRICA PROGRAMABLE EN 70 MM HG SE CONECTA A CATETER ATRIAL CON CONECTOR RECTO METALICO SE FIJA CON SEDA 2.O Y SE FIJA A PERIOSTIO CON SEDA 2.O SE TOMAN MUESTRAS PARA CITOQUIMICO GRAM Y CULTIVO DE LCR CIERRE POR PLANOS GALEA VICRYL 3.O Y PIEL CON PROLENE 3.O NO COMPLICACIONES NOES-Oswaldo Coral Guerron Feb 21 2013 3:46AM

OBSERVACIONES

-HALLAZGOS VALVULA OBSTRUIDA POR COAGULOS SE CAMBIO NUEVA VALVULA DE HAKIM PEDIATRICA PROGRAMABLE
Contaminaciones:-Oswaldo Coral Guerron Feb 21 2013 3:47AM

pdfelement

FIRMA Y CEDULA R.M.

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/21 09:47

Subjetivo : CUIDADO INTENSIVO -MAÑANA-

Objetivo : KIMBERLY LACTANTE MENOR DE 18 MESES DE EDAD. CON DX DE 1. HTE SECUNDARIA A HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA CON DISFUNCION DE LA VALVULA DE DERIVACION . ANTECEDENTE DE HIDORCEFALIA CONGENIA QUE REQUIRIO DERIVACION DESDE ETAPA NEONATAL . HACE 6 MESES POR OBSTRUCICON INTESTINAL POR BRIDAS Y VENTRICULITIS DEBIO RETIRARSE LA VALVULA VP Y CAMBIAR A VENTRICULO.ATRIAL. COMPLETA 5 HORAS EN POP DE CAMBIO DE DERIVACION URGENTE POR DISFUNCION Y PARO RESPIRATORIO SECUNDARIO. EN LAS PRIMERAS HORAS DEL POP CON RELATIVA ESTABILIDAD, EN EL MOMENTO HIPOTERMIA SEVERA, CON BRADICARDIA PROFUNDA, CON EKG QUE MUESTRA ONDA T PICUDA , RITMO SINUSAL. PUPILAS MIOTICAS, REACTIVAS, CON RETIRADA AL DOLOR , SIN APERTURA OCULARA , HIPOTONIA GENERALIZADA , A PESAR DE NO ENCONTRANRSE CON SEDACION. SOPORTE VENTILATORIO INTERMEDIO BAJO. CON FIO2 DEL 50%. EXPANDE EN FORMA SIMETRICA, NO AGREGADOS PULOMARES. HEMODINAMICAMENTE CON ADECUADAS TAM, BRADICARDIA SINUSAL, PULSOS DISTALES FILIFORMES. GASTO URINARIO CONSERVADO. SIN EDEMAS. PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS
TA: 106/73 TAM: 83 FC: 63/MIN FR: 21/MIN T: < 35° AT02: 100% CON FI2 DEL 50% .
BALANCE: + 46 CC
DIURESIS: 1.9 CC/KG/H

Analisis : KIMBERLY, CONDICION CRITICA, EN POP INMEDIATO DE CAMBIO DE VALVULA DE DERIVACION , SIN SEDACION DESDE EL POP Y A PESAR DE ESTO CON IMPORTANTE COMPROMISO DE SU ESTADO DE ALERTA, SOLO CON RETIRADA AL DOLOR , SE OPTMZIA POR AHORA SOLUCION HIPERTONICA, SE DEJA CON CALOR RADIANTE PARA LLEVAR A EUTERMIA, SS PERFIL METABOLICO, HEMOGRAMA Y SE DEJA SOLICITUD DE CRUCE Y RESERVA DE GLOBULOS ROJOS.
SE REVALORRA CON NEUROCX.
SE DEJA ATB COMO PROFILACTIVO, POR LO QUE SE SUSPENDERA AL FINAL DEL DIA , A NO SER QUE EL REPORTE DE CITOQUIMICO DE LCR TOMADO EN CX SEA PATOLOGICO
SE EXPLICA A LA MAMA EL ESTADO ACTUAL DE LA NIÑA, Y EL PLAN DE MANEJO, REFIERE ENTENDER

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911

Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carmen Eugenia Solorza Lopez **Especialidad :** Médico

Firma :

pdfelement

291

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/21 11:21
Subjetivo :
Objetivo : KYMBERLY CRITICA, SIN MEJORIA DE SU ESTADO DE ALERTA , CON LA ESTIMULACION MOVIMIENTOS PATOLOGICOS DE LAS EXTERMIDADES, (FLEXION Y ROTACION INTERNA) A PESAR DE AUMENTAR SOLUCION HIPERTONICA A 1 CC/KG PERISISTE BRADICARDIA , SUGIRIENDO DISAUTONOMIA .SE DESCARTO ALTERACION METABOLICA (CALCIO IONIZADO 1.18 MMOL/L///POTASIO EN 3.5 MEQ/L), SODIO DE 136 MEQ/L SE AUMENTA GOTEO DE SOLUCION HIPERTONICA A 2 CC/KG. GLICEMIA EN 171 MG/DL. CITOQUIMICO DE LCR (HEMORRAGICO) NO SUGESTVO DE NEUROINFECCION, CULTIVO DE LCR PENDIENTE.
GASIMETRICAMENTE SIN HIPOXEMIA, ALCALOSIS METABOLICA CON HIPOCAPNIA.LACTATO ELEVADO EN 2,75 MMOL/L. SE INTENTA COMUNICACION CON NEUROCX (DR. CORAL) HASTA EL MOMENTO NO SE HA LOGRADO.
TA: 95/58 TAM: 6 FC: 64/MN FR: 20/MIN T: < 35° SAT02: 97% CON FIO2 DEL 50%
BALANCE: + 89 CC
DIURESIS: 1.4 CC/KG/H
Analisis : SE EXPLICA A LA MAMA LA CONDCION CLINICA ACTUAL DE KIMBERLY, LA ALTA POSIBILIDAD DE MORIR O DE QUEDAR CON MAYOR COMPROMISO NEUROLOGICO REFIERE ENTENDER

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carmen Eugenia Solorza Lopez **Especialidad :** Médico

Firma :

Carmen E Solorza

Fecha Evolución 2013/02/21 11:42
Subjetivo : TERAPIA RESPIRATORIA MAÑANA:
Objetivo : POTE EN CAMA, DELICADA, CON PALIDEZ, HIPOTERMIA Q NO MEJORA A PESAR DE LAMPARAS DE CALOR, CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA FC 62XMIN, TAM 69, ST02 100% CON MOVIMIENTOS DE JADEO OCASIONALES, NO ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTANEO, REACTIVA AL DOLOR PUPILAS 2MM NO REACTIVAS, SIN SEDACION, SIN VASOACTIVOS CON LEV HIPERTONICOS, CON LIDOCAINA PREVIA A MANIPULACION, SE INICIA MIDAZOLAM SE AUSCULTA: BIEN VENTILADOS ASCSPS SE REALIZA: HIGIENE DE TOT+ ROTACION DE SENSOR. TOELRA MANEJO, QUEDA CON ST02 99%, GAXP: ACIDOSIS METABOLICA COMPENSADA, CON HIPEROXEMIA, SE DISMINUYE FR A 17XMIN Y SE DISMINUYE FI02 45%. TOELRA AMENJO, QUEDA DELICADA. ST02 99% BRADICARDICA.
Analisis :

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Cindy Vanessa Mora Cruz **Especialidad :** Nutricionista

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/21 11:53
Subjetivo :
Objetivo : SE MODIFICA ESTRATEGIA VENTILATORIA (SE DISMINUYE FV A 17/MIN) BUSCANDO LLEVAR VALORES DE PCO2 A 34 MMHG EN POMEDIO, (ACTUAL EN 21 MMHG) , SE DEJA CON HIPERTONICA AL 6% Y SE CONTINUA MEDIDAS ANTIEDEMA INCLUYENDO SEDACION.
SE COMENTA CON DR CORAL (NEUROCX TRATANTE) QUIEN REFIERE QUE CUANDO EL VALORO LA NIÑA PREVIAMENTE A LA CX SE ENCONTRABA CON PUPILAS MIOTICAS , AL INGRESARLA A QUIROFANO NOTARON PUPILAS PLENAS , FIJAS, Y EN EL POP INMEDIATO ANISOCORICA, POR LO QUE CONSIDERA QUE HAY ALTA POSIBILIDAD DE MAYOR DAÑO CEREBRAL POR SIGNOS DE HERNIACION PREVIA AL PROCEDIMIENTO, SUGIERE DEJAR LAS MEDIDAS ANTIEDEMA INICIADAS POR 72 HORAS .
ACTUALMENTE CON PUPILAS FIJAS EN 2 MM.
Analisis :

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carmen Eugenia Solorza Lopez **Especialidad :** Médico

Firma :

Carmen E Solorza

Fecha Evolución 2013/02/21 16:51
Subjetivo : KIMBERLY EN UCI INTENSIVO
Objetivo : KIMBERLY CON TA= INICIAL DE 74/51, FC= 73/min, FR= 20/MIN, TEMP= 35, SATO2= 100%, FIO2=45%
HERIDA QX CUBIERTA, LEVE FRIALDAD GENERALIZADA
PUPILAS MIOTICAS,
EXPANSION TORACICA ADECUADA
RCR SIN SOPLO, PULSOS +, LLENADO CAPILAR 2-3 SEG, EUTERMIA DISTAL
PULMONES VENTILAN ACP
ABDOMEN. BLANDO DEPRESIBLE. DIURESIS= 1.2 CC/K/H
SNC= MINIMA SEDACION, MOVILIZA MINIMO EXTREMIDADES
SE REALIZO ECOCARDIOGRAMA : NORMAL
Analisis : KIMBERLY EN CONDICION CRITICA NEUROLOGICA, SECUNDARIO A INSULTO POR OCLUSION DE DVA. CON HIDROCEFALIA SECUNDARIA, QUE SE RESOLVIO CON NUEVA DVA. CON MEDIDAS DE PROTECCION CEREBRAL Y SE OPTIMIZA PPC ATRAVES DE OPTIMIZAR TAM. SE ADICIONA NOREPINEFRINA. SE EXPLICA A LOS APDRES CONDICION CLINICA Y POSIBILIDADES EN RECUPERACION QUE VA DESDE QUEDAR COMO ANTES , PERDIDA DE LO QUE HABIA GANADO EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR O INCLUSO MAYOR COMPROMISO NEUROLOGICO. REFIEREN ENTENDER.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Nombre Diagnostico: Encefalopatia no especificada **CIE10:** G934
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Oliverio de Jesus Medina Marin **Especialidad :** Médico

Firma :

Elimina la filigrana digital ahora

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución 2013/02/21 18:24
Subjetivo : TERAPIA RESPIRATORIA TARDE
Objetivo : PCTE CON PUPILAS 1 MM NO REACTIVAS, SOPORTE VM INTERMEDIO, POCA ACTIVIDADRESPIRATORIA, PALIDEZ MUCOCUTANEA , LLENADO CAPILAR <3SEG, INESTABILIDAD HEMODINAMICA POR FC Y TA BAJAS, SE COLOCAN NOREPINEFRINA, LEV, SEDACION, EXPANSION SIMETRICA, AUSCA IERACION PULMONAR PRESENTE EN ASCSPS, NO RSA , CON LEVE MOVIMIENTOS DE EXTREMIDADES A LA MANIPULACION,
Analisis : SE REALIZA DP, HIGIEN E POR TOT, BOCA,NARIZ CON PREVIA LIDOCAINA E.V, SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES GRUESAS, SIN REFLEJO TUSIGENO, QUEDA CRITICO ESTABLE.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Katherine Lozano Gomez **Especialidad :** Terapeuta

Firma

Fecha Evolución 2013/02/21 20:32
Subjetivo : CUIDADO INTENSIVO- NOCHE-
Objetivo : KIMBERLY SIN CAMBIO EN SU CONDICION CLINICA, AUNQUE HA PERMANECIDO CON RELATIVA ESTABILIDAD , A MITAD DE LA TARDE SE INICIO SOPORTE INOTROPICO BAJO CON NOREPINEFRINA, PARA OPTMIZAR TAM, SINEMBARGO CON TENDENCIA A LA HIPERTENSION RAPIDAMENTE POR LO QUE SE SUSPENDIO, CONSERVANDO ADECUADS TAM HASTA AHORA. AHORA SE PALPAN MEJOR LOS PULSOS EN LAS 4 EXTREMDIADES. FC EN AUMENTO.
GASTO URINARIO LIMITROFE QUE MEJORA CON DIURETICO.
PUPILAS 2 MM , FIJAS, PERO PRESENTA REFLEJO CORNEANO. CON ESTIMULO TACTIL RESPONDE CON MOVIMIENTO DE HOMBROS. HIPOTERMIA PERSISTENTE
TA. 73/47 TAM: 81 FR: 19/MIN T: <35° SAT02: 99% CON FIO2 DEL 45%
BALANCE: + 169 CC
DIURESIS. 2.4 CC/KG/H
GLUCOMETRIAS NORMALIZANDOSE
Analisis : KIMBERLY CRITIC A,SEDACION MINIMA, SOPORTE VENTILATORIO BASAL, MEDIDAS ANTIEDEMA QUE SE MANTENDREAN POR 72 HORAS . SS CONTROL GASIMETRICO PARA EVLUARA RESPUESTA A ESTRATEGIA VENTILATORIA.

pdfelement

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carmen Eugenia Solorza Lopez **Especialidad :** Médico

Firma : Carmen E Solorza

Fecha Evolución 2013/02/21 23:41
Subjetivo : TERAPIA RESPIRATORIA
NOCHE
Objetivo : KIMBERLY EN CONDICIONES CRÍTICAS, TENDENCIA A LA BRADICARDIA E HIPOTENSIÓN, BAJO SEDACIÓN (MIDAZOLAM), REACTIVA AL DOLOR. CONECTADA A VM PARÁMETROS INTERMEDIOS-BAJOS, ACOPLADA Y SN ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTÁNEO. CON LIDOCAINA PREVIA MANIPULACIÓN. AUSCULTO MV PRESENTE EN ACP SIN RSA, PERMEABILIZO TOT POR MEDIO DE PROTOCOLO DE SUCCIÓN, OBTENGO ESCASAS SECRECIONES MUCOIDES.
Analisis : TOLERA MANEJO, QUEDA CRÍTICA ESTABLE.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Hayder Alberto Ortega Muelas **Especialidad :** Fisioterapeuta

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/22 10:00
Subjetivo : CUIDADO INTENSIVO - MAÑANA-
Objetivo : KIMBERLY LACTANTE MENOR DE 18 MESES DE EDAD. SEGUNDO DIA EN LA UNIDAD CON DX DE 1. HTE SECUNDARIA A HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA CON DISFUNCION DE LA VALVULA DE DERIVACION. Y SIGNOS DE HERNIACION 2.. ANTECEDENTE DE HIDORCEFALIA CONGENIA. QUE REQUIRIO DERIVACION DESDE ETAPA NEONATAL.
EN EL MOMENTO PERSISTE SIN REGULAR TEMPERATURA, HIPOTERMIA SEVERA, CON MEJORIA DE FC, RITMO SINUSAL. PUPILAS MIOTICAS, POBREMENTE REACTIVAS, AL ESTIMULARLA TACTILMENTE, PRESENTA MOVIMIENTOS ANORMALES DE RETIRADA. SIN SEDACION DESDE SU INGRESO, SIN APERTURA OCULAR, HIPOTONIA GENERALIZADA. SOPORTE VENTILATORIO BASAL CON FIO2 DEL 30%. EXPANDE EN FORMA SIMETRICA, NO AGREGADOS PULMONARES. HEMODINAMICAMENTE CON ADECUADAS TAM, BRADICARDIA SINUSAL, PULSOS DISTALES PALAPABLES, GASTO URINARIO CONSERVADO. PERO FORZADO CON DIURETICO, CON BALANCE POSITIVO SIN EDEMAS. PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS, PERO CON HEMOGLOBINA NORMAL
TA: 90/56 TAM: 67 FC: 90/MIN FR: 17/MIN T: < 35° S AT02: 99% CON FI2 DEL 30% GLICEMIA DE 106 MG/DL.
BALANCE: + 354 CC
DIUESIS: 2.3 CC/KG/H
Analisis : KIMBERLY, CONDICION CRÍTICA, EN POP INMEDIATO DE CAMBIO DE VALVULA DE DERIVACION, SIN SEDACION DESDE EL POP Y A PESAR DE ESTO CON IMPORTANTE COMPROMISO DE SU ESTADO DE ALERTA, PRESENTA MOVIMIETOS ANORMALES CON LOS ESTIMULOS TACTILES.
CONTROL GASIMETRICO SIN HIPOXEMIA, CON PCO2 DE 38 SODIO DE 152 MEQ/L, POR LO QUE SE RETIRA LA SOLUCION HIPERTONICA. POR AHORA CONTINUARA 48 HORAS CON MEDIDAS DE PROTECCION CEREBRAL , PARA EVALUAR RESPUESTA, SE AJUSTA DOSIS DE FUROSEMIDA PARA LLEVAR A BALANCE NEGATIVO

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carmen Eugenia Solorza Lopez **Especialidad :** Médico

Firma : Carmen E Solorza

Fecha Evolución 2013/02/22 10:47
Subjetivo: TERAPIA RESPIRATORIA MAÑANA:
Objetivo: POTE EN CAMA, DELICADA, PALIDA, HIPOTERMICA, CON TOT + SIMV PC 9, FIO2 30%, PEEP 5 FR 17 TOTAL 17XMIN, CON ST02 98%, FC 101XMIN, TAM 65, CON EXPANSION SIEMTRICA, SINCRONCIA, NO ESFUERZO RESPIRATYORIO ESPONTANEO, CON MIDAZOLAM EN GOTEO, CON NOREPINEFRINA, SE SUSPENDE LEV HIPERTONICOS, SE AUSCULTA: BIEN VENTILADOS ASCSPS SE REALIZA: PREVIAO A LA MANIPULACION SE COLOCA LIDOCAINA SE ASPIRA TOT + ROTACION DE POSICION+ SENSOR, TOLERA MANEJO, QUEDA CON MINIMA MANIPULACION, DELICADA, ST02 95%, IGUALES PV BASALES.
Analisis:

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo **CIE10:** G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Cindy Vanessa Mora Cruz **Especialidad :** Nutricionista

Firma:

Fecha Evolución 2013/02/22 14:46
Subjetivo: EVOLUCION UCI TARDE
Objetivo: KIMBERLY, EN CONDICION CRITICA - AUN BAJO SOPORTE VENTILATORIO PARAMETROS BASALES – REQUIRIENDO SOPORTE VASOACTIVO BAJO PARA MANTENER PRESIONES – PERSISTE COMPROMISO NEUROLOGICO IMPORTANTE - BAJO SEDACION CON MIDAZOLAM 0.5MCG/K
CONTINUA CON DIFICIL REGULACION DE TEMPERATURA – SIN NUEVOS MOCIMIENTOS DE EXTREMIDADES
AHORA CON SV: FC: 138 XMIN FR: 30 XMIN TA: 94/59 (69) T: 35 SO2: 96%
VM – PEEP 5 PIM 15 FIO2 35%
CU: 4.5 CC/K/H B: - 262 CC
SE OBSERVA HERIDA QX EN REGION PARIETAL DERECHA CUBIERTA CON APOSITOS ESTERILES - SIN SANGRADO NI SALIDA DE SECRECIONES.
PUPILAS 2 MM REACTIVAS DEBIL BILATERAL.
ACP BIEN VENTILADOS NO AGREGADOS, MV PFRESENTE.
RCR NO SOPLOS.
ABD BLANDO, DEPRESIBLE
EXT FRIALDAD DISTAL - PULSOS FEMORALES PRESENTES - PULSOS POPLITEOS Y PEDIOS NO PALPABLES
LLENADO CAPILAR 3 SEG
SNC BAJO SEDACION - POBRE RESPUESTA A ESTIMULOS - NO HAY MOVIMIENTOS.

Analisis: KIMBERLY EN CONDICION CRITICA, COMPROMISO NEUROLOGICO IMPORTANTE - AUN BAJO SOPORTE VENTILATORIO Y VASOACTIVO PARA MANTENER ESTABILIDAD HEMODINAMICA - AHORA CON PUPILAS REACTIVAS DEBIL AUNQUE CONTINUA SIN REGULACION TERMICA Y MUY POBRE RESPUESTA A ESTIMULOS CASI NULA.
SE VALORA JUNTO CON DR CORAL - NCX - QUIEN CONSIDERA DEBE CONTINUAR MANEJO CON SS HIPERTONICA (ultimo sodio 152) AL MENOS POR 24 HORAS O HASTA QUE SODIO LLEGUE A 150.
EN 24 HORAS SE VALORARA LA POSIBILIDAD DE DESTETE DE SEDACION PARA VALORAR CON MAYOR EXACTITUD COMPROMISO NEUROLOGICO.
POR EL MOMENTO SE CONTINUA IGUAL MANEJO - SE REINICIA HIPERTONICA AL 3% 1CC/K
MONITORIA UCI.
PACIENTE MUY CRITICA.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Diana Ximena Nates Mosquera **Especialidad :** Médico

pdfelement

297

Elimina la filigrana digital ahora

Firma :

Diana X. Nates

Fecha Evolución 2013/02/22 14:49
Subjetivo : terapia respiratoria
Objetivo : Kimberly en regulares condiciones generales, bajo sedacion, con soporte inotropico, con lidocaina previa a la manipulacion, no respuesta a estimulos dolorosos, pupilas reactivas, se ha mantenido acoplada con parametros ventilatorios basales, con asistencia ventilatoria, con pobre excursion toracica simetrica, ha mantenido con oximetrias adecuadas, se ausculta mv(+) acp+ ronchis moderados,
Analisis : se realiza higiene bronquial+ succion se obtiene secrecion mucoide en abundante cantidad, no hay presencia de reflejo tusigeno, se deja permeable via aerea, se deja en iguales condiciones.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos
Nombre Diagnostico: Hidrocefalo comunicante **CIE10:** G910
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Carolina Leonor Chavez Acosta **Especialidad :** Fisioterapeuta

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/22 19:57
Subjetivo : EVOLUCION UCI NOCHE
Objetivo : KIMBERLY, ESTABLE DURANTE EL DIA - MEJOR RESPUESTA PUPILAR.
YA REGULANDO UN POCO MEJOR TEMPERATURA AUNQUE PERMANECE HIPOTERMICA.
EN EL MOMENTO CON FC: 120 XMIN TA: 100/69 (78) T: 35.5 SO2: 99%
CONTINUA SOPORTE VENTILATORIO BASAL + SOPORTE INOTROPICO CON NOREPINEFRINA
CONJUNTIVAS ROSADAS - PUPILAS 3 MM BILATERAL REACTIVAS.
MUCOSAS HUMEDAS - TOT PERMEABLE
ACP BIEN VENTILADOS NO AGREGADOS, MV PRESENTE.
RCR NO SOPLOS.
ABD BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR.
EXT NO HAY EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEG - PULSOS FEMORALES PRESENTES NORMALES BILATERAL - PULSOS POPLITEOS Y PEDIOS DE MEJOR INTENSIDAD.
SNC BAJO SEDACION
Analisis : KIMBERLY, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE DURANTE EL DIA - CON MEJOR RESPUESTA PUPILAR - AUNQUE CONTINUA HIPOTONICA GRALIZADA, CON POBRE RESPUESTA A ESTIMULOS. HIPOTERMICA - CON SOPORTE VENTILATORIO Y VASOACTIVO.
SE SOLICITA SODIO DE CONTROL POR REINICIO DE HIPERTONICA EN LA TARDE
SE CONTINUA SOPORTE VENTILATORIO Y VASOACTIVO IGUAL.
MONITORIA UCI
SE ACTUALIZA PERFIL INFLAMATORIO Y METABOLICO.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos
Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado **CIE10:** G919
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Diana Ximena Nates Mosquera **Especialidad :** Médico

parlement

878

Elimina la filigrana digital ahora

Firma :

Diana X. Nates

Fecha Evolución 2013/02/22 21:57
Subjetivo : TERAPIA RESPIRATORIA NOCHE
Objetivo : PCTE CON PUPILAS 3MMREACTIVAS A LUZ, CON SOPORTE VM BASAL, ACOPLADO A VM, CON ACTIVIDAD RESPIRATORIA PRESENTE, ROSADO, LLENADO CAPILAR<3SEG, ESTABILIDAD HEMODINAMICA, BAJO LEV, NET, SEDACION, HIPERTONICA, EXPANSION SIMETRICA, AUSCA IERACION PULMONAR PRESENTE EN ASCSPS, RONCUS BILATERALES,
Analisis : SE REALIZA DP, HIGIENE POR TOT, BOCA, NARIZ OBTENIENDO SECRECIONES MUCOIDES GRUESAS, PREVIA LIDOCAINA E.V, CON MOVIMIENTOS EN BOCA EN ALGUNAS OCASIONES, QUEDA CRITICA.

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo obstructivo CIE10: G911
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Katherine Lozano Gomez Especialidad : Terapeuta

Firma :

Fecha Evolución 2013/02/23 06:38
Subjetivo : NOTA PARACLINICOS:

- CH: LEU 17.000 NEU 83% LIN 8.9% HB 11.53 HTO 36% PLT 237.000
- CALCIO: 8.06
- CL: 127 POTASIO: 3.49 SODIO: 158
- PCR: 0.87

PLAN:
- SE INICIA GLUCONATO DE CALCIO C/8H EV
- SE SUSPENDE INFUSION DE HIPERTONICA.

Objetivo : -
Analisis -

Ubicación al momento de la Evolución: UCI PEDIATRICA-Cama 1

Diagnosticos

Nombre Diagnostico: Hidrocefalo, no especificado CIE10: G919
Observaciones Diagnostico:

Especialista : Diana Ximena Nates Mosquera Especialidad : Médico

Firma :

Diana X. Nates

---

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Orden: 12 / 0000083582 **URGENTE** **Fecha:** 12/02/2013 **Médico:** JULIAN RUBIO

Paciente: AS3812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY **Años:** 1 **M:** 2 **D:** 6

Identificación: RC: 1104829490 **Sexo:** Femenino **Teléfono:** 3776804

Procedencia: URGENCIAS **Servicio:** NA **Ubicación:** PEDIATRIA

Convenio: SALUDCOOP **Entrada:** 12/02/2013 05:58:27

HEMATOLOGIA

Fecha de

HEMOGRAMA

LEUCOCITOS	9,0 k/ul	(4.1 - 13.0)
NEUTROFILOS	56.6 %N	(2.5 - 70.0)
LINFOCITOS	37.0 %L	(20.0 - 65.0)
MONOCITOS	5.6 %M	(0.1 - 9.0)
EOSINOFILOS	0.7 %E	(0.1 - 0.3)
BASOFILOS	0.1 %B	(0.1 - 8.0)
NEUTROFILOS	5.11 K/uL	(1.80 - 8.00)
LINFOCITOS	3.34 K/uL	(1.20 - 5.80)
MONOCITOS	0.51 K/uL	(0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS	0.01 K/uL	(0.00 - 0.50)
BASOFILOS	0.06 K/uL	(0.00 - 0.20)
ERITROCITOS	4.98 M/uL	(3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA	13.89 g/dL	(11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO	41.26 %	(33.00 - 42.00)
VCM	82.89 fL	
HCM	27.91 pg	(25.00 - 35.00)
CHCM	33.67 g/dL	(31.00 - 36.00)
RDW	10.4 %	
PLAQUETAS	366 K/uL	(140 - 400)
VPM	5.28 fl	(0.00 - 99.90)

FECHAVALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

ORINAS

Fecha de

EXAMEN DE ORINA

EXAMEN FISICO-QUIMICO

COLOR	Amarillo Claro
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO
DENSIDAD	1.030
PH	6.5
PROTEINAS	Negativo
GLUCOSA	Negativo
CETONICOS	20 mg/dl
BILIRRUBINAS	Negativo
UROBILINOGENO	60 mg/dl
NITRITOS	Normal
SANGRE	Negativo
LEUCOCITOS	Negativo

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES	ESCASAS
LEUCOCITOS	0-3 XC
HEMATIES	ESCASAS
BACTERIAS	ESCASO
OTROS	
OTROS Especifique:	+
	:

FECHAVALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

QUIMICA

Fecha de

PROTEINA C REACTIVA: 0.02 mg/dL (0.00 - 0.80)

esimed

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

Elimina la filigrana digital ahora

Sede / Orden: 12 / 0000083589 **URGENTE** Fecha: 12/02/2013 Médico: MARCELA CIFUENTES
Paciente: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY Años: 1 M: 2 D: 6
Identificación: RC: 1104829490 Sexo: Femenino Teléfono: 3776804
Tipo Paciente: URGENCIAS Servicio: NA Ubicación:
Convenio: SALUDCOOP Entrada: 12/02/2013 10:54:55

Sector: COPROS Fecha de Validación: 12/02/2013 15:56

COPROSCOPICO

COLOR:	CAFE
ASPECTO:	DIARREICA
PH:	8
SANGRE OCULTA:	NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES:	NEGATIVO
MOCOS:	+++
FIBRAS VEGETALES:	+
GRASAS:	+
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
PARASITOS:	NO SE OBSERVO PARASITOS INTEST

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

No se encontró la ima

Dra. Martha Kellys Rojas Gonzalez
C.C. 30.836.095 Bact. U.R.N
Validación: COPROSCOPICO

Sector: QUIMICA Fecha de Validación: 12/02/2013 13:02

CLORO:	108.00 mmol/L (98.00 - 108.00)
POTASIO:	4.54 mmol/L (3.50 - 5.10)
SODIO:	140.00 mmolL (135.00 - 145.00)

No se encontró la ima

DR. JAIME ANDRES LOPEZ R C.C 16837302 BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA UNIVERSIDAD DEL VALLE
Validación: QUIMICA

Sucursal: 12 URGENCIAS PEDIATRIA

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Sede / Orden: 12 / 0000083689 **URGENTE** **Fecha:** 14/02/2013 **Médico:** ANDRES COPETE
Paciente: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY **Años:** 1 **M:** 2 **D:** 8
Identificación: RC: 1104829490 **Sexo:** Femenino **Teléfono:** 3776804
Tipo Paciente: URGENCIAS **Servicio:** MA **Ubicación:**
Convenio: SALUDCOOP **Entrada:** 14/02/2013 12:59:50

Sección: HEMATOLOGIA **Fecha de**

CUADRO HEMATICO
SERIE ROJA

WBC:	14.5 k/ul	(4.1 - 13.0)
NEU%:	48.3 %N	(2.5 - 70.0)
LYM%:	44.0 %L	(20.0 - 65.0)
MONO%:	6.5 %M	(0.1 - 9.0)
EOS%:	0.8 %E	(0.1 - 8.0)
BAS%:	0.4 %B	(0.1 - 8.0)
NEU:	7.02 K/uL	(1.80 - 8.00)
LYM:	6.39 K/uL	(1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.95 K/uL	(0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.06 K/uL	(0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.11 K/uL	(0.00 - 0.20)
SERIE ROJA		
RBC:	5.36 M/uL	(3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	14.55 g/dL	(11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	44.35 %	(33.00 - 42.00)
MCV:	82.72 fL	
MCH:	27.14 pg	(25.00 - 35.00)
MCHC:	32.81 g/dL	(31.00 - 36.00)
RDW:	10.71 %	
PLAQUETAS	460 K/uL	(140 - 400)
MPV:	4.94 fl	(0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sucursal: 12 URGENCIAS
PEDIATRIA

pdfelement

esimed

902

Elimina la filigrana digital ahora

Sucursal: 20 UCI NEONATAL

Sede: **Orden:** *20 / 0000010901* **URGENTE** **Fecha:** *21/02/2013* **Médico:** *CARMEN SOLORZA*
Paciente: *853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY* **Años:** *1* **M:** *2* **D:** *15*
Identificación: *RC: 1104829490* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3776804*
Tipo Paciente: *HOSPITALIZADO* **Servicio:** *UCI NEONATAL* **Ubicación:**
Convenio: *SALUDCOOP* **Entrada:** *21/02/2013 10:06:04*

Sector: *HEMATOLOGIA* **Fecha de Validación:** *21/02/2013 12:30*

CUADRO HEMATICO
SERIE BLANCA

WBC:	10.8 k/ul (4.1 - 13.0)
NEU%:	***74.6 %N*** (2.5 - 70.0)
LYM%:	***18.8 %L*** (20.0 - 65.0)
MONO%:	6.1 %M (0.1 - 9.0)
BASO%:	0.3 %B (0.1 - 0.3)
EOS%:	0.2 %E (0.1 - 8.0)
NEU:	***8.09 K/uL*** (1.80 - 8.00)
LYM:	2.04 K/uL (1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	0.67 K/uL (0.00 - 0.80)
EOLINOFILOS:	0.02 K/uL (0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.04 K/uL (0.00 - 0.20)
SERIE ROJA	
RBC:	***3.14 M/uL*** (3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	***9.21 g/dL*** (11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	***26.58 %*** (33.00 - 42.00)
MCV:	***84.71 fL***
MCH:	29.36 pg (25.00 - 35.00)
MCHC:	34.66 g/dL (31.00 - 36.00)
RDW:	11.46 %
PLAQUETAS	172 K/uL (140 - 400)
MPV:	5.73 fl (0.00 - 99.90)
OBSERVACION	*
Observacion:	

HEMOGLOBINA PROCESADA POR DUPLICADO.
EL RESULTADO PARA ESTE ANALITO PRESENTA UN CAMBIO SIGNIFICATIVO CON EL RESULTADO HISTORICO DE ESTE PACIENTE.
. Y ESTE NO COINCIDE CON LA HISTORIA CLINICA Y / O TRATAMIENTO, SE SUGIERE NUEVA MUESTRA PARA CONFIRMAR VALOR

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

No se encontró la ima

Validación: HEMATOLOGIA

Sector: *QUIMICA* **Fecha de Validación:** *21/02/2013 12:16*

CALCIO:	8.84 mg/dL (8.40 - 10.50)
POTASIO:	3.71 mmol/L (3.50 - 5.10)
SODIO:	137.00 mmolL (135.00 - 145.00)

No se encontró la ima

DR. JAIME ANDRES LOPEZ R C.C 16837392 BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA UNIVERSIDAD DEL VALLE
Validación: QUIMICA

pdfelement

Sucursal: 20 UCI NEONATAL

esimed

962

Elimina la filigrana digital ahora

Sucursal: 19 UCI PEDIATRICA

Sede / Orden: 19 / 0000009674 **URGENTE** Fecha: 23/02/2013 Médico: DIANA NATES
Paciente: 853812 - PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY Años: 1 M: 2 D: 17
Identificación: RC: 1104829490 Sexo: Femenino Teléfono: 3776804
Tipo Paciente: HOSPITALIZADO Servicio: UCI PEDIATRICA Ubicación:
Convenio: SALUDCOOP Entrada: 23/02/2013 00:38:59

Sector: HEMATOLOGIA Fecha de

CUADRO HEMATICO
SERIE BLANCA

WBC:	17.0 k/ul	(4.1 - 13.0)
NEU%:	83.1 %N	(2.5 - 70.0)
LYM%:	8.9 %L	(20.0 - 65.0)
MONO%:	7.1 %M	(0.1 - 9.0)
BASO%:	0.9 %B	(0.1 - 0.3)
EOS%:	0.0 %E	(0.1 - 8.0)
NEU:	14.16 K/uL	(1.80 - 8.00)
LYM:	1.51 K/uL	(1.20 - 5.80)
MONOCITOS:	1.21 K/uL	(0.00 - 0.80)
EOSINOFILOS:	0.00 K/uL	(0.00 - 0.50)
BASOFILOS:	0.16 K/uL	(0.00 - 0.20)

SERIE ROJA

RBC:	4.12 M/uL	(3.80 - 5.40)
HEMOGLOBINA:	11.53 g/dL	(11.00 - 14.00)
HEMATOCRITO:	36.18 %	(33.00 - 42.00)
MCV:	87.87 fL	
MCH:	28.00 pg	(25.00 - 35.00)
MCHC:	31.87 g/dL	(31.00 - 36.00)
RDW:	12.85 %	
PLAQUETAS	237 K/uL	(140 - 400)
MPV:	9.77 fl	(0.00 - 99.90)

FECHA DE VALIDACION:<FECVAL>FECHAVALIDACION</FECVAL>

Sector: QUIMICA Fecha de

CALCIO:	8.06 mg/dL	(8.40 - 10.50)
CLORO:	127.00 mmol/L	(98.00 - 108.00)
POTASIO:	3.49 mmol/L	(3.50 - 5.10)
PROTEINA C REACTIVA:	0.87 mg/dL	(0.00 - 0.80)
SODIO:	158.00 mmol/L	(135.00 - 145.00)

pdfelement

Sucursal: 19 UCI PEDIATRICA

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

SEÑOR:
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

PROCESO: **VERBAL**
DEMANDANTE: **JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA, OTROS**
DEMANADOS: **JAMES ARTURO ZAMBRANO, OTROS.**
RADICACIÓN: **2015- 00132**

REFERENCIA: **APORTO DICTAMEN PERICIAL artículos 227 y siguientes del Código General del proceso**

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.537.402, portador de la Tarjeta Profesional No. 156.303 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial del médico Especialista en Pediatría Dr. **JAMES ARTURO ZAMBRANO**, en su condición de demandado dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito, de conformidad con lo dispuesto en el artículo artículos 227 y siguientes del Código General del proceso, aportar **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE** emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA** tal y como lo anuncié en la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**, en el título **IX. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DDO JAMES ARTURO ZAMBRANO, literal F. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE.**

Me permito copiar el artículo 227 del Código General del Proceso que permite lo solicitado:

> ***"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.*** *La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*
>
> *El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado"*

EL DICTAMEN que aportamos fue elaborado por el Dr. **HAROLD REYNALDO URBANO** médico, especialista en PEDIATRÍA, con sus respectivos anexos, que contienen su hoja de vida, tarjeta profesional de médico, diplomas certificaciones y resoluciones que acreditan su idoneidad, quien tuvo en su poder para rendir el DICTAMEN PERICIAL, la Historia clínica de la paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO y el Cuestionario elaborado por el suscrito.

Solicito de manera respetuosa, que previo traslado al demandante, por reunir los requisitos legales, sea tenido por el despacho, como DICTAMEN PERICIAL, emitido por

Elimina la filigrana digital ahora

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
CARRERA 37 No 5B2-55 BARRIO SAN FERNANDO
5240655 EXT 123- 3212681293
CALI - COLOMBIA

profesional especializado; el que se aporta, elaborado por el Dr. HAROLD REYNALDO URBANO médico, especialista en PEDIATRÍA, de acuerdo con lo establecido en los artículos 226 y siguientes del Código General del proceso y por lo tanto se le dé el trámite procesal pertinente para que las partes involucradas en el proceso puedan controvertirlo; de considerarlo necesario. El Dr. Dr. HAROLD REYNALDO URBANO, está en disposición de asistir a la Audiencia de que trata el artículo 373 del Código General del Proceso, si así lo estima necesario el juzgado, o de acuerdo con lo dispuesto en el Código General del Proceso para su contradicción.

El Dr. Dr. HAROLD REYNALDO URNBANO médico, especialista en PEDIATRÍA puede ser localizado en su lugar de trabajo, en la Avenida 3N 32AN-40 Clínica Cali Norte – Esimed Cali, teléfono 3017539014.

Del señor Juez,

Cordialmente,

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
C.C No. 94.537.402 de Cali
T.P No. 156303 del C. S. de la J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

septiembre 28 de 2016

Doctor
CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
Ciudad.

Referencia:	DICTAMEN PERICIAL PARA PRESENTAR COMO PRUEBA EN PROCESO CIVIL
JUZGADO:	SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
DEMANDANTE:	JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA, OTROS
DEMANDADO:	JAMES ARTURO ZAMBRANO, OTROS.
RADICACIÓN:	2015-00132-00

Cordial saludo:

De acuerdo con la solicitud que me hiciera Dr. Nuñez, respecto de que rindiera un DICTAMEN PERICIAL para presentar como prueba de acuerdo con lo dispuesto en los Artículos 226 y siguientes del Código General del Proceso, dentro del proceso de responsabilidad civil médica, que se tramita en el JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI radicación No. 2015-00132-00 Demandante: JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA, OTROS; Demandados JAMES ARTURO ZAMBRANO, OTROS, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

a. Que soy médico, especialista en PEDIATRIA, CON RM 149795 Y CC 76310193, soy médico y cirujano egresado de la Universidad del Cauca en el año de 1994 y Especialista en PEDIATRIA, de la universidad Cauca en el año 2000; con 16 años de experiencia en la práctica de la especialidad, he trabajado en Clínica Saludcoop, EMI, Imbanaco, Colsanitas, Fundación Clínica Valle del Lili (me permito anexar mi hoja de vida con copias de diplomas y certificaciones).
b. Se me puede ubicar en la dirección Av. 3N 32AN-40 Clínica Cali Norte - Esimed Cali, sitio donde trabajo; teléfono *3017539014.*

pdfelement

90
Elimina la filigrana digital ahora

c. No estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.
d. Nunca antes había sido designado como perito en procesos judiciales.
e. No he realizado antes ningún dictamen pericial al abogado Dr. CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, ni al Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO.
f. Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de Perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.
g. Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición del JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido ante autoridad judicial, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran.
h. Adjunto a este dictamen mi hoja de vida, certificaciones y diplomas para mayor información sobre mis calidades, idoneidad y experiencia en el campo médico y de la pediatría.

Entrando en materia, me permito manifestar, que tuve a mi disposición, para rendir el presente dictamen pericial, los siguientes documentos:

1. Historia clínica del paciente KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO.
2. Cuestionario elaborado por el abogado CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA

TÉCNICAS EMPLEADAS.

Análisis de los documentos allegados para dar respuesta al cuestionario enviado por el abogado aplicando conocimientos, metodología y revisión de la literatura en el área de la pediatría.

pdfelement

RESPUESTA A PREGUNTAS DEL ABOGADO:

1. **¿De acuerdo con la historia clínica, indique, como era el estado neurológico y de salud en general, de la paciente en el momento en que se realizó revista por parte de la Dra Maria Angela Villalobos, en compañía del Dr. ZAMBRANO, el día 20 de febrero de 2013 a las 16:25 horas?**

Respuesta:
El estado de salud de la paciente en general era ESTABLE,no tenia ningun signo clinico, ni alteracion de ningun signo vital (los signos vitales dan cuenta de las funciones

Elimina la filigrana digital ahora

esenciales del cuerpo,pulso,temperatura,presion arterial,frecuencia respiratoria)Estos, a la hora de la valoracion en ronda por el dr Zambrano son normales-estables.
La evaluacion neurologica refiere como: "PACIENTE ACTIVO" lo cual habla de una destreza neurosensorial y de un nivel de conciencia adecuado, lo cual le da una buena capacidad de interaccion con el medio ambiente; esto estaria en contra de que en ese momento la niña estuviera experimentando un evento catastrofico neurologico.

2. ¿De acuerdo con su respuesta anterior, considera prudente, que los galenos hubieran ordenado la toma de Hemograma y PCR? ¿Para qué sirven estas pruebas?

Respuesta:

El hemograma y la PCR son paraclinicos inespecificos que el clinico utiliza para tratar de disernir si algun cambio larvado o progresivo y sobre todo de caracteristicas inflamatorias se esta dando en el paciente.
En esta evolucion especificamente el medico anota que la niña continua con llanto, un apisodio de emesis asociado a tos, sin fiebre; por lo cual se considera pertinente solicitar paraclinicos de control para descartar el inicio o el empeoramiento de un cuadro inflamatorio.
Por lo tanto ante esa evolucion es pertininte solicitarlos.

3. ¿Para el momento de la revista mencionada en la primera pregunta, como estaban los signos vitales de la paciente?

Respuesta:
Los signos de la paciente estaban completamente normales al momento de la revista mencionada: Presion Arterial 88/44 mmHg, Frecuencia Cardiaca 132 min, Temperatura 36.5 ºC, Saturacion 98% sin oxigeno.
Signos Vitales normales en pediatria:
Presion Arteial entre 1 y 3 años 91/63 mmHg. Un niño con complicacion neurologica por hipertension endocraneana debiera estar hipertenso
Frecuencia Cardiaca 100-190 promedio 130. En este paciente no encontramos taquicardia importante.
Temperatura normal promedio del cuerpo humano fluctua entre 36 y 37.5 ºC.

pdfelement

909
Elimina la filigrana digital ahora

Saturometria: La saturometria de oxigeno en sangre depende de la presion atmosferica y para nuestra altura sobre el nivel del mar 95% de saturacion de oxigeno sin oxigeno es normal.

4. **¿De acuerdo con la historia clínica, para el momento de la atención del Dr. Zambrano en revista, la paciente mostraba signos o síntomas de obstrucción de la válvula que tenía para su padecimiento de hidrocefalia?**

Respuesta:
En la descripcion de la valoracion subjetiva y objetiva de la paciente para este momento preciso no hay ningun signo ni sintoma neurologico ni alteracion de los signos vitales que indique signos de hipertension endocraneana, que es la ocasionada secundariamente a la obstruccion de una valvula de derivacion ventriculo atrial.
Los signos clasicos de hipertension endocraneana son: bradicardia (enlentencimiento de la frecuencia cardiaca), hipertension arterial, y respiracion irregular y como se anota en la historia clinica ninguno de estos signos y sintomas estaba presente.

5. **¿El resultado del hemograma que ordenó el Dr. Zambrano en revista, muestra algún tipo de infección?**

Respuesta:
El hemograma y la PCR no muestran por el momento ninguna infeccion especifica.

6. **¿De acuerdo con la historia clínica, Cómo es la evolución de la paciente hasta las 10 pm del 20 de febrero de 2013?**

Respuesta:
La evolucion del la paciente es estable y muestra claramente un episodio de desequilibrio clinico subito en la noche

pdfelement

7. **¿De acuerdo con lo anterior, era posible predecir de acuerdo con el análisis de la valoración de la paciente en revista el día 20 de febrero de 2013 a las 16:25 horas, que a las 22:56 fuera a presentar colapso súbito que requirió reanimación?**

Respuesta:
No,es imposible predecir con lo anotado en la historia que se fuera instalando un colapso subito

Elimina la filigrana digital ahora

8. **¿La actividad del Dr. Zambrano es la causa del colapso súbito que presentó la paciente a las 22:56 horas del 20 de febrero?**

Respuesta:
De ninguna manera.El Dr Zambrano,no ejecuto ninguna accion que causara colapso subito en el paciente y el estado general del paciente hasta su intervencion,no mostraba ningun signos de deterioro neurologico

9. **¿En la nota quirúrgica realizada por el Dr. OSWALDO CORAL dice "HALLAZGOS VALVULA OBSTRUIDA POR COAGULOS..." De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la paciente presentó obstrucción por infección?**

Respuesta:
De ninguna manera;este evento es subito obstructivo mecanico y no infeccioso por la clinica anotada

Cordialmente,

HAROLD REYNALDO URBANO
Médico y Cirujano. Universidad del Cauca.....
Especialista en PEDIATRIA Universidad del Cauca.....
C.C. 76310193 de Popayan
RM 149795
Dirección: clinica esismed cali norte
Teléfono:3017539014

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRES:	HAROLD REINALDO
APELLIDOS:	URBANO DORADO
FECHA DE NACIMIENTO:	20 DE ABRIL DE 1969
LUGAR DE NACIMIENTO:	POPAYAN
C.C.	76.310.193 de Popayán
LIBRETA MILITAR:	358330Clase 2 Distrito No. 30
DIRECCION.	CALLE 64 No. 4 N 90 PARQUE DE LAS FLORES APTO. 503 C
CELULAR:	301 7539014
CIUDAD:	CALI

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

ESTUDIOS REALIZADOS

UNIVERSITARIOS:	UNIVERSIDAD DEL CAUCA
	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
	XI SEMESTRES DE MEDICINA
TITULO OBTENIDO:	MEDICO Y CIRUJANO
	POPAYAN, JUNIO DE 1994
POSTGRADO:	UNIVERSIDAD DEL CAUCA
	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
	3 AÑOS
TITULO OBTENIDO:	PEDIATRA
	POPAYAN, JULIO DE 2000

pdfelement

EXPERIENCIA LABORAL

- APOYO EN BRIGADAS DE SALUD Y AMBIENTE EN ZONAS INDIGENAS EN EL MUNICIPIO DE TIERRADENTRO.
- MEDICINA COMUNITARIA EN ZONAS MARGINALES DE LA CIUDAD DE POPAYAN DANDO EDUCACION EN SALUD, ADSCRITO A LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. POPAYAN

Elimina la filigrana digital ahora

- ELABORACION DEL PROGRAMA DE RADIODIFUSIÓN, SOBRE SALUD FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.POPAYAN

- AÑO DE INTERNADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
  JUNIO DE 1993 JUNIO DE 1994

- SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS GUAPI (CAUCA)
  AGOSTO DE 1994 HASTA FEBRERO DE 1995

- ASISTENCIA MEDICA A DAMNIFICADOS EN AVALANCHA DEL PAEZ
  JUNIO DE 1994

- MEDICO CONTRATISTA SECRETARIA DE SALUD SANTANDER DE QUILICHAO, EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE LEPARA EN VILLARICA
  MARZO A MAYO DE 1995

- MEDICO HOSPITALARIO ATENCION MEDICA SEGUNDO NIVEL COMSALUD POPAYAN
  ENERO DE 1995 A MAYO DE 1997

- MEDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
  BONSALUD IPS POPAYAN
  ENERO DE 1996 AGOSTO DE 1996

- MEDICO HOSPITALARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN
  JUNIO DE 1995 A MAYO DE 1997

- ATENCION VOLUNTARIA EN ZONA DE DESASTRE EJE CAFETERO ARMENIA
  ENERO DE 1997

- DOCENTE UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO POPAYAN
  JULIO DE 2000 A JULIO DE 2001

- PEDIATRA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO FUNDACION VALLE DEL LILI CALI
  JULIO DE 2000 A ENERO DE 2003

- PEDIATRA DEL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS
  CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR COLSANITAS CALI
  MAYO DE 2001 A NOVIEMBRE DE 2001

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

- PEDIATRA ENCARGADO DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION (UBA) COOMEVA EPS CALI
  MAYO DE 2001 HASTA AGOSTO DE 2005

- PEDIATRA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AMBULATORIA EMERGENCIA MEDICA INTEGRAL EMI COLOMBIA CALI
  NOVIEMBRE DE 2001 HASTA JULIO DE 2003

- PEDIATRA DEL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS CLINICA SALUDCOOP CALI
  NOVIEMBRE DE 2001 HASTA LA FECHA

- PEDIATRA SERVICIO DE URGENCIAS CENTRO MEDICO IMBANACO CALI
  AGOSTO DE 2003 HASTA NOVIEMBRE DE 2010

- SOCIO FUNDADOR CASA MADRE CANGURO CALI
  NOVIEMBRE DE 2003

- PEDIATRA ASISTENCIAL SERVICIO DE PEDIATRIA SEGUNDO NIVEL HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER SANTANDER DE QUILICHAO (CAUCA)
  ENERO DE 2006 HASTA LA FECHA

- DOCENTE EN EL AREA DE PEDIATRIA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
  ENERO DE 2008 HASTA LA FECHA

CURSOS Y SEMINARIOS REALIZADOS

pdfelement

SEXTO CUSSO DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	Noviembre de 1990 Popayán
TERCERAS JORNADAS DE ACTUALIZACION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO	Agosto de 1990 Popayán
CUARTAS JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO.	Agosto de 1991 Popayán

Elimina la filigrana digital ahora

SEPTIMO CURSO DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	Noviembre de 1991 Popayán
CURSO SOBRE DOLOR COLEGIO MEDICO DEL CAUCA. ASOCIACION COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR	Septiembre 13 de 1991 Popayán
PRIMERO JORNADA DE ACTUALIZACION EN PEDIATRIA BASICA. UNICAUCA DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	Febrero 18 y 19 1993 Popayán
SEGUNDA JORNADA DE ACTUALIZACION EN PEDIATRIA BASICA. UNICAUCA DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	Marzo 24, 25 y 26 1994 Popayán
PRIMERA JORNADA DE ACTUALIZACION EN MEDICINA GENERAL	Abril de 1994 Popayán
REANIMACION Y CUIDADO INTENSIVO	Mayo de 1994 Popayán
DECIMO CURSO DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	Octubre de 1994 Tumaco
SEMINARIO DE ATENCION PRIMARIA EN	Diciembre de 1994

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

SALUD	Popayán
SEGUNDO CONGRESO DE PEDIATRIA BASICA UNICAUCA	Abril 3,4 y 5 1997 Popayán
CURSO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DEL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO	Septiembre de 1997 Cali
IV CONGRESO DE NEONATOLOGIA LUIS ALFONSO CABAL	Junio de 1998 Cali
JORNADA DE ACTUALIZACION EN PEDIATRIA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA REGIONAL CAUCA	Agosto 31 y 1,2 septiembre Popayán
TERCERAS JORNADAS NACIONALES DE PEDIATRIA	Octubre de 1998 Popayán
XXI CONGRESO COLOMBIANO DE PEDIATRIA	Octubre de 1999 Cali
XII JORNADAS DE URGENCIAS PEDIATRICAS PARA EL 2000	Febrero 25 y 26 de 2000 Cali
JORNADA DE ACTUALIZACIO SOBRE "GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA"	Abril 6,7 y 8 de 2000 Popayán

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

UNICAUCA

EN CALIDAD DE EXPOSITOR VII CURSO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGIA PEDIATRICA	Junio 1,2 y 3 de 2000 Popayán
EN CALIDAD DE EXPOSITOR III JORNADA CIENTIFICA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	Noviembre 2 y 3 de 2000 Popayán
ENTRENAMIENTO EN MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GRUPO EMI COLOMBIA MODULO SOPORTE PREHOSPITALARIO AVANZADO DE TRAUMA	Agosto 31 de 2002 Cali
XXIII CONGRESO COLOMBIANO DE PEDIATRIA OSCAR GUARDO NUÑEZ SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	Agosto 14 al 17 de 2003 Cartagena de Indias
CONGRESO COLOMBIANO DE PEDIATRIA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	Agosto 15-18 de 2003 Popayán
TALLER CLINICO AIEPI PARA PEDIATRAS GRUPO SALUDCOOP, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OMS	Octubre 15-19 de 2003 Bogotá D.C.
X CURSO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGIA PEDIATRICA. I CURSO INTERNACIONAL DE VACUNAS ACIN UNIVALLE	Mayo 5 al 8 de 2004 Cali
REANIMACION AVANZADA PEDIATRICA	

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

FUNDACION SALAMANDRA	Septiembre 4 y 5 de 2004 Cali
TERCER CONGRESO IBEROAMERICANO DE NEONATOLOGIA	Junio de 2005 Isla Margarita Venezuela
IV SIMPOSIO DE PEDIATRIA C.M.I LO COTIDIANO Y LO RARO EN URGENCIAS	Septiembre de 2005 Cali
30 CONFERENCIA INTERNACIONAL ANUAL EN NEONATOLOGIA UNIVERSIDAD DE MIAMI	Noviembre de 2006 Miami
REANIMACION AVANZADA PEDIATRICA FUNDACION SALAMANDRA	Marzo 1 y 2 de 2008 Cali
SEGUNDO SIMPOSIO NACIONAL DE NEONATOLOGIA. GRUPO SALUCOOP	Julio 31 al 2 de agosto 2008 Bogotá D.C
PRIMER TALLER DE VENTILACION MECANICA EN RECIEN NACIDOS DEL GRUPO SALUDCOOP	Julio 31 al 2 de agosto de 2008 Bogotá D.C.
PRIMER CONGRESO NACIONAL DE NEONATOLOGIA. ASOCIACION COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	Agosto 6 al 8 de 2009 Barranquilla
32 CONFERENCIA INTERNACIONAL ANUAL EN NEONATOLOGIA UNIVERSIDAD DE MIAMI	Noviembre de 2008 Miami

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

TRABAJOS REALIZADOS

- REVISION CASUISTICA: OSTEOMELITIS AGUDA EN PEDIATRIA
  HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
  POPAYAN 1998 1999

- REVISION Y EVALUACION DE LA ASOCIACION DE ENFERMEDAD MENTAL Y LIQUEN ROJO PLANO MEDICINA INTERNA
  UNIVERSIDAD DEL CAUCA
  POPAYAN 1991

- REVISION DE LAS CAUSALES DE MARTALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
  POPAYAN 1999

REFERENCIAS

JAMES ZAPATA — MEDICO PEDIATRA
UNIDAD DE RECIEN NACIDOS
CLINICA IMBANACO
CALI

JUAN CARLOS ARIAS — MEDICO PEDIATRA
UNIDAD DE RECIEN NACIDOS
CLINICA IMBANACO
CALI

pdfelement

HAROLD REINALDO URBANO DORADO

Elimina la filigrana digital ahora

La Universidad del Cauca

en nombre de la

República de Colombia

y por autorización del

Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

Harold Reinaldo Urbano Dorado

C.C.No. 76'310.193 de Popayán

Ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios, le otorga el título de

Médico y Cirujano

Con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo Facultan para el ejercicio profesional. Popayán, 1 de Julio de 1994.

El Rector de la Universidad,

El Decano de la Facultad,

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
SECRETARIA GENERAL

El Secretario General,

Registrado al folio ____ del Libro de registro No ____

Gobernación del Departamento del Cauca

Anotado al Folio 1417 del Libro de Diplomas No 74. Popayán, 23 de Febrero de 1995

El Gobernador del Departamento,

El Secretario de Educación,

Elimina la filigrana digital ahora

La Universidad del Cauca

En nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Harold Reinaldo Urbano Dorado

C.C. Nº 76.310.195 de Popayán
ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de

Especialista en Pediatría

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo facultan para el ejercicio de la especialización.

Popayán, 30 de Junio de 2000.
Registrado en el Libro de Diplomas Nº 064 folio 403 Diploma 0403-00
Resolución 164-16-06-00 Acta 13-00

El Rector de la Universidad,

El Decano de la Facultad,

El Director del Instituto de Posgrado,

El Secretario Gral. de la Universidad,

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, hace constar que el programa de Pediatría de la Universidad del Cauca, está aprobado por esta Institución.

El Presidente,

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO -7- CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI-VALLE
Auto Interlocutorio No. 1288
Santiago de Cali, Trece (13) de Octubre de dos mil dieciséis (2016).

Proceso. Verbal
Demandante. JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS
Demandando. SALUDCOOP EPS Y OTROS
Radicación. 76001310300720l5-00132-00

Incorpórese a los autos las excepciones de merito propuestas en término por CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRERON Y JAMES ARTURO ZAMBRANO, para los fines legales consiguientes.

Incorpórese a los autos, la excepción previa propuestas en término por DANIEL ENRIQUE MEDINA, para los fines legales consiguientes. (FL- 1/5 C-3)

Incorpórese a los autos, el llamado en garantía realizado por CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, para los fines legales consiguientes. (FL-1/13 C-4)

pdfelement

Incorpórese a los autos, el recurso de reposición en subsidio en apelación en contra del auto de fecha 17 de abril de 2015, por medio del cual se admitió la demanda, propuestas en término por JAMES ARTURO ZAMBRANO, para los fines legales consiguientes. (FL-822/829)

Téngase como apoderado judicial de CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO al doctor ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ con tarjeta profesional No. 182.185 CSJ, de conformidad con el poder conferido.

Téngase como apoderado judicial de DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ a la doctora LINA MARCELA BORJA RIVERA

Elimina la filigrana digital ahora

con tarjeta profesional No. 262.921 CSJ, de conformidad con el poder conferido.

Téngase como apoderado judicial de OSWALDO CORAL GUERRERON al doctor JAIRO FRAGA ROSAS con tarjeta profesional No. 183.193 CSJ, de conformidad con el poder conferido.

Téngase como apoderado judicial de JAMES ARTURO ZAMBRANO al doctor CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA con tarjeta profesional No. 156.303 CSJ, de conformidad con el poder conferido.

En vista que el proceso se encuentra suspendido, de conformidad con lo indicado en la resolución 000025 del 12 de enero de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud (fl.496); las excepciones, llamamiento en garantía y recursos planteados, se darán traslado una vez se reanude el presente proceso.

REQUERIR al doctor PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO en su calidad de agente especial liquidador de la Corporación IPS SALUDCCOP EN LIQUIDACION o quien haga sus veces, con el fin de que se sirva informar a la mayor brevedad posible, el motivo por el cual no se ha dado respuesta al oficio No 269 de fecha 23 de febrero de 2.016, en el cual se solicita informe sobre la existencia del proceso de liquidación, líbrese oficio.

pdfelement

NOTIFIQUESE,

El Juez,

JOSÉ ANTONIO DUQUE

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO 1 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA

En estado No 179 de hoy notifico a
auto anterior
Cali, 14 OCT 2016 de
El Secretario.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO (7°) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
CARRERA 10 CON CALLE 13 ESQUINA
PALACIO DE JUSTICIA "PEDRO ELIAS SERRANO ABADIA".
Fax. 8986868 Ext. 4073.
CALI-VALLE

Santiago de Cali, Trece (13) de Octubre del dos mil dieciséis (2016).

Oficio No.1802

Señor,
PEDRO ALFONSO MAESTRE CARRERÑO
Agente Especial Liquidador
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION
CARRERA 69 # 98 A-11 LOCAL 202 CC FLORESTA OULET
BOGOTA.

Proceso. VERBAL
Demandante. JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA
Demandado. SALUDCOOP EN LIQUIDACION Y OTROS
Radicación. 76 001 31 03 007 2015 00132 00

Para los fines pertinentes, me permito trascribirle el contenido de la providencia de fecha Trece (13) de octubre de dos mil dieciséis (2016) proferida dentro del proceso de la referencia, RESUELVE: "...REQUERRIR al doctor PEDRO ALFONSO MESTRE CARRERÑO en su calidad de agente especial liquidador de la Corporación SALUDCOOP EN LIQUIDACION o quien haga sus veces, con el fin de que se sirva informar a la mayor brevedad posible, el motivo por el cual no se ha dado respuesta al oficio No 269 de fecha 23 de febrero de 2016, en el cual se solicita informe sobre la existencia del proceso de liquidación, Líbrese oficio. " NOTIFIQUESE. Fdo. Juez. JOSÉ ANTONIO DUQUE.

Al contestar cite el número de radicación y el nombre de las partes.

Atentamente,

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

95

Señor
JUEZ SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
E. S. D.

REFERENCIA: **PROCESO ORDINARIO DE MAYOR CUANTÍA**

DEMANDANTE: **JHON JENNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS**

DEMANDADOS: **SALUDCOOP E.P.S O.C. EN LIQUIDACIÓN.**

RADICACIÓN: **2015 - 00132**

ASUNTO: **RENUNCIA AL PODER**

JUZ.7 CIVIL DEL CTO
OCT 24 '16 AM 9:25

JOHN JAIRO FLÓREZ PLATA, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.224.074, portador de la tarjeta profesional No. 194.275 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado dentro del proceso de la referencia de **SALUDCOOP E.P.S O.C. EN LIQUIDACIÓN,** y como abogado delegado por la firma **GESTIÓN ASESORÍA & REPRESENTACIÓN S.A.S.** me permito manifestar por conducto del presente escrito que **RENUNCIO AL PODER OTORGADO** consecuencia de la **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** informada por VICENTE MEDINA CUELLAR APODERADO GENERAL DE SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN mediante comunicación G-SEPS-147697, de la cual anexo copia.

De igual forma informo al despacho que la otorgante del poder **no ha pagado al suscrito los honorarios causados y pactados en el contrato de prestación de servicios cancelado, por valor de $1'933.050,** como apoderado dentro del proceso de la referencia.

Atentamente,

JOHN JAIRO FLÓREZ PLATA
CC. 80.224.074
T.P 194.275 del C.S.J
Email director@contactolegal.com.co

RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO
OFICINA DE APOYO PARA LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE BOGOTÁ
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
El documento fue presentado personalmente por John Jairo Flórez Plata
Quien se identificó C C No 80224074 de 2016
T P No 194.275 Bogotá D C 18 OCT 2016
Responsable Centro de Servicios _____ VHPP

574

Elimina la filigrana digital ahora

476

VIGILADO Supersalud

SaludCoop EPS
En liquidación
SCoop L - VMC 00022

Bogotá, enero de 2016

Empresa: Saludcoop EPS
Punto Rad: CORRESP SALUDCOOP
Fecha: 09/02/2016 10:18:0
Folios: 3
Area Dest: Jurídica
G-SEPS-147697
Remitente: VICENTE MEDINA
Tipo Doc.: Radicados De Salida
Anexo:

Señor
GESTIÓN, ASESORÍA Y REPRESENTACIÓN LEGAL
Contratista
Calle 93 No. 15 - 27 Of, 603
Bogota D. C

Asunto: Terminación Contrato de Prestación de Servicios

VICENTE MEDINA CUELLAR identificado con cédula de ciudadanía número 5.822.497 obrando en mi calidad de Apoderado General de Saludcoop EPS OC en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1, designado mediante escritura pública número 2839 del 11 de diciembre de 2015 de la notaría 52 otorgada por LUIS MARTIN LEGUIZAMÓN CEPEDA en su calidad de Agente Especial Liquidador. En cumplimiento de mis facultades conferidas me permito comunicarle lo siguiente:

La superintendencia Nacional de Salud en desarrollo de los preceptos constitucionales previstos en los artículos 48, 49, 365 y el parágrafo 2 del artículo 233 de la ley 100 de 1993, el inciso 1° del artículo 6° del Decreto 506 de 2005, la ley 1122 de 2007, la ley 1438 de 2011 y los artículos 113 a 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, tiene la facultad de tomar en posesión a las entidades vigiladas que cumple funciones de Entidades Promotoras de Salud de cualquier naturaleza, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mediante la resolución 2414 del 24 de noviembre del 2015 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP EPS ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.119-1. En la misma resolución se designó en calidad de Agente Especial Liquidador al doctor Luis Martin Leguizamón Cepeda identificado con la cédula de ciudadanía 79.405.054.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

El régimen jurídico aplicable a la intervención forzosa administrativa para liquidar la entidad es el previsto en la resolución 2414 del 24 de noviembre del 2015 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en el decreto ley 663 de 1993 –Estatuto Orgánico del Sistema Financiero- y sus respectivas modificaciones y lo dispuesto en el decreto 2555 de 2010 con sus correspondientes modificaciones o sustituciones. En lo cuanto a éstas normas se refieran a la Superintendencia Financiera de Colombia se debe entender que dicha referencia se hace la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, la resolución 2414 del 24 de noviembre del 2015 de la Supersalud contempla en las órdenes impartidas en el literal H del artículo tercero del *RESUELVE*:

> *"h) La advertencia de que el Agente Especial Liquidador está facultado para poner fin a cualquier clase de contratos existentes al momento de la toma de posesión, si los mismos no son necesarios. Si se decide la liquidación, los derechos causados hasta la fecha de la intervención serán reconocidos y pagados de conformidad con las reglas que rigen el proceso de liquidación forzosa administrativa."*

En el mismo sentido frente a lo dispuesto en el artículo 9.1.3.1.6, del libro 1, titulo 1, capítulo 1 del Decreto 2555 de 2010:

> *"En desarrollo de la facultad prevista en el numeral 14 del artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, desde el inicio del proceso liquidatorio el liquidador podrá poner fin unilateralmente a los contratos de cualquier índole existentes al momento de la adopción de la medida que no sean necesarios para la liquidación de la institución financiera intervenida. (...)"*

pdfelement

Con fundamento en lo anterior me permito dar por terminado el contrato con usted celebrado con objeto "SE COMPROMETE A APODERAR A SALUDCOOP EPS O.C., DENTRO DE LA JURISDICCIÓN CIVIL Y ADMINISTRATIVA, EN TODOS LOS PROCESOS QUE LE FUEREN ASIGNADOS, EN SUS DIFERENTES ETAPAS. POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REPRESENTACIÓN JUDICIAL, VIGILANCIA Y CONTROL DE PROCESOS, EN LOS ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA, DENTRO DE LAS CIUDADES DE BOGOTÁ, VILLAVICENCIO

Elimina la filigrana digital ahora

CALI, MANIZALES, PEREIRA, ARMENIA, BUCARAMANGA, TUNJA, PASTO, SANTA MARTA Y BARRANQUILLA." de forma unilateral, para lo cual le solicito remitir un informe de gestión a IAC JURISALUD CONSULTORES a la orden del doctor GUSTAVO ADOLFO RUMBO MONTAÑA, quien se encuentra en la Autopista Norte 118 – 30 oficina 301, teléfono celular 300 811 4259, que contenga, según corresponda, los siguientes ítems:

1. Reporte de las actividades realizadas para la entidad durante el año 2015.

2. En caso de conceptos y/o asesorías, el documento final.

3. En caso de procesos:

    a. Contingencias del mes de diciembre.
    b. Actuaciones surtidas.
    c. Etapa del proceso.
    d. Fecha de la próxima actuación.
    e. La totalidad de las piezas procesales.

Por último, solicito la entrega de todos los asuntos a su cargo con sus respectivos soportes a esa entidad.

Muy agradecido por su colaboración.

Atentamente,

VICENTE MEDINA GUELLAR
SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN
APODERADO GENERAL

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO.
Radicación No.76001-31-03-007-2015-00132-00.

AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Noviembre cuatro -4- de dos mil dieciséis (2016).

En atención al escrito que antecede, el Juzgado

RESUELVE:

1)Agréguese a los autos para que conste su recibo el escrito por el cual el abogado Dr. JOHN JAIRO FLOREZ PLATA manifiesta que renuncia el poder que le fue otorgado por la demandada SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP, consecuencia de la TERMINACION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVIVIOS documento que anexa a folios del 925 al 928.

2)En cuanto al pago de los honorarios se le hace saber al mencionado profesional del Derecho, que la Ley le da los pasos a seguir para su cobro.

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

pdfelement

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
El auto No 193 de hoy notificado por
Estado No - 8 NOV 2016
El Secretario

930

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO (7°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI-VALLE
Santiago de Cali, Dieciséis 16 de Noviembre de dos mil Dieciséis (2016).

Clase De Proceso. Verbal Responsabilidad Civil Extracontractual
Demandante. **Noreidy Acevedo Cardona y otros**
Demandado. **Saludcoop EPS y otros**
Radicación. 760013103007 **2015 00132** 00

Teniendo en cuenta que el Doctor PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO en su calidad de agente especial liquidador de la Corporación IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION, no ha dado contestación al requerimiento realizado por el despacho, el juzgado

RESUELVE:

REQUERIR por segunda vez al doctor Pedro Alfonso Mestre Carreño Agente Especial Liquidador de la Corporación IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, con el fin de que se sirva informar a la mayor brevedad posible, el motivo por el cual no se ha dado respuesta al oficio No 269 de fecha 23 de febrero de 2016, en el cual se le solicita informe sobre la existencia del proceso de liquidación; en el evento de no dar cumplimiento a lo ordenado en el termino de diez (10) días, se dará aplicación a lo establecido en el numeral tercero (3) del artículo 44 del Código General del Proceso. Líbrese oficio.

pdfelement

NOTIFIQUESE,
El Juez,
JOSÉ ANTONIO DUQUE

JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA
EN ESTADO No. 199 *, DE HOY NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.*
CALI, 17 NOV 2016
EDWARD OCHOA CABEZAS
SECRETARIO

Elimina la filigrana digital ahora

RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI - VALLE
PALACIO DE JUSTICIA "PEDRO ELIAS SERRANO" Fax. 8986868 Ext. 4073
CARRERA 10 CON CALLE 13 ESQUINA PISO 12°.
CALI - VALLE

Santiago de Cali, Dieciséis (16) de Noviembre del dos mil dieciséis de (2016).

OFICIO No. 1841

Señor,
PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO
AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR
CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION
CARRERA 69 # 98 A-11 LOCAL 202 CC FLORESTA OULET
Bogotá D.C.

Clase De Proceso.	Verbal
Demandante.	JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA
Demandado.	SALUDCOOP EN LIQUIDACION Y OTROS
Radicación.	760013103007 201500132 00

Para los fines pertinentes, me permito trascribirle el contenido de la parte resolutiva de la providencia de fecha Dieciséis (16) de Noviembre de dos mil dieciséis (2016) proferida dentro del proceso de la referencia, se resolvió *"REQUERIR por segunda vez al doctor Pedro Alfonso Mestre Carreño Agente Especial Liquidador de la Corporación IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, con el fin de que se sirva informar a la mayor brevedad posible, el motivo por el cual no se ha dado respuesta al oficio No 269 de fecha 23 de febrero de 2016, en el cual se le solicita informe sobre la existencia del proceso de liquidación; en el evento de no dar cumplimiento a lo ordenado en el termino de diez (10) días, se dará aplicación a lo establecido en el numeral tercero (3) del artículo 44 del Código General del Proceso. Líbrese oficio"*. NOTIFÍQUESE. Fdo. Juez. JOSÉ ANTONIO DUQUE.

pdfelement

Atentamente,

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario.

Elimina la filigrana digital ahora

4-72

Principal:
Diagonal 25G Nº 95A-55
TEL:(1) 4199292

PLANILLA PARA LA IMPOSICIÓN DE ENVÍOS

REMITENTE	CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA				
DIRECCIÓN	CARRERA 10 No. 12-15 PISO 12 - PALACIO DE JUSTICIA - JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD				
CIUDAD	FRANQUICIA POSTAL - POSTAL 2013				
NIT	800.093.816-0				
FECHA DE IMPOSICIÓN	NOVIEMBRE	16	2016	CONVENIO DE PAGO (Marque X)	
CIUDAD DE ORIGEN	SANTIAGO DE CALI			CONTADO	FRANQUICIA X

TIPO DE SERVICIO (Marque con "X")

Nacional	Cantidad	Post expreso	Bases SI	Correo Medio Pliego	Encomienda
X					
EMS	Internacional	Aérea	Not Express	Correo Medio Pliego	Medio Pliego Express
Especial del Contado	Especial EMS	Carga Express	Carga Contado	Correo Medio Dirigido	Paquete a Full

CONTROL DE IDENTIFICACIÓN DE PROPUESTAS VERSIÓN 4

SELECCIÓN ABREVIADA - MENOR CUANTÍA

DE: [redacted]

CANTIDAD DE PROPUESTAS: 1 FOLIOS: 1 CD: 1

Nº	ADMITIDO	RECHAZADO	NOMBRE DEL DESTINATARIO	DIRECCIÓN DE DESTINO	CIUDAD DE DESTINO	DEPARTAMENTO	PAÍS	PESO EN KILOS	PESO EN GRAMOS	VALOR DECLARADO (SOLO PARA EXPORTACIÓN)	VALOR DEL FLETE (SOLO PARA EXPORTACIÓN)	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	No. DE FOLIOS	No. DE COPIAS	No. DE RADICACIÓN DEL PROCESO (INCLUIR DTE Y DDO)
1	X		MARIA AURORA GARCIA GIRALDO	CALLE 19 No. 38 B - 07 CASA 10 B/ POBLADO CAMPESTRE	CALI	VALLE									2015 00512 00
2	X		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL -FOSYGA	CARRERA 13 No. 32 - 76	BOGOTA	CUNDINAMARCA									004 2015 00144 01
3	X		EMSSANAR ESS EPS-S	CALLE 5 No. 19 - 12	CALI	VALLE									004 2015 00144 01
4	X		SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA	CARRERA 6 CALLE 9 Y 10 PISO 10 Y 11 PALACIO SAN FRANCISCO	CALI	VALLE									004 2015 00144 01
5	X		JUZGADO 4 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE	CALLE 73 No. 7 G - 28 CASA DE LA JUSTICIA B/ ALFONSO LOPEZ	CALI	VALLE									004 2015 00144 01
6	X		NELSON CAICEDO GONZALEZ	CARRERA 1 OESTE No. 42 A - 34 LA NAVE SILOE	CALI	VALLE									004 2015 00144 01
7	X		PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO	CARRERA 69 No. 98 A - 11 LOCAL 202 CC FLORESTA OLLET	BOGOTA	CUNDINAMARCA									2015 00132 00
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
					7	TOTAL									

ORIGEN

OFICINA DE IMPOSICIÓN: [redacted]

FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE ENTREGA

PREFACTURACIÓN DE LA PLANILLA 472 DE SERVINTEGRAL DE COLOMBIA

Nº TOTA	VALOR TOTAL DE	VALOR TOTAL DECLARADO	VALOR TOTAL SEGURO (TASA 2%)	VALOR TOTAL DE LOS FLETES

OBSERVACIONES (Exclusivo 4-72): 0

DESTINO

Nombre completo del destinatario: JUZGADO SEPTIMO CIVIL CIRCUITO DE ORALIDAD CALI

Firma del destinatario:

Número de identificación o NIT:

Teléfono: 8865168 EXT 2072

TRANSPORTISTA

Nombre completo del transportista: [redacted]

Firma del transportista:

Número de identificación o NIT:

Fecha: [redacted] Hora: [redacted]

CLIENTE

Nombre completo de la persona que entrega la información: [redacted]

Firma de la persona que entrega la información:

Número de identificación o NIT:

Fecha: [redacted] Hora: [redacted]

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. - NIT: 900.062.917-9 - Diagonal 25 G No. 95 A - 55 - Bta

*** NUMERO INTERNO DE RADICADO EXCLUSIVO DEL CLIENTE, SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A., NO REALIZA NINGÚN TIPO DE SEGUIMIENTO CON ESTE NUMERO.

Material de prueba

Servicios Postales Nacionales
16 NOV 2016
Aerogramas Cali

932

Elimina la filigrana digital ahora

Cali, 18 de Octubre de 2016

Señores:
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO
Cali-Valle
E. S. D.

25 NOV 2016

REFERENCIA:	OTORGAMIENTO DE PODER
CLASE DE PROCESO:	RESPONSABILIDAD MÉDICA
RADICACION:	2015-00132-00
DEMANDANTE:	JHON JENYS PAPAMIJA BONILLA
DEMANDADO:	SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION

Por medio del presente escrito me permito poner en conocimiento y dar entrega a este despacho, el poder que me es conferido por parte del abogado **MARTIN EMILIO RAMIREZ PEREZ**, en su calidad de Apoderado General de SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION, para lo cual anexo el documento en físico y en medio magnético anexo los certificados y escritura pública donde consta la calidad del abogado **MARTIN EMILIO RAMIREZ PEREZ.**

Así mismo, me permito solicitar se tenga como dependiente judicial en el proceso de la referencia al señor **LUIS ANIBAL CANO MORENO**, identificado con C.C. No. 1.114.878.040 y quien se encuentra realizando sus estudios universitarios en la Universidad Santiago de Cali de la facultad de Derecho.

pdfelement

Atentamente,

ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS
C.C. No. 6.446.409
T.P. No. 179.534 del C.S. de la J.

Elimina la filigrana digital ahora

VIGILADO Supersalud

SaludCoop EPS
En Liquidación

Señores:
JUZGADO 07 CIVIL DEL CIRCUITO
CALI - VALLE
E. S. D.

REF.	
CLASE DE PROCESO:	VERBAL
RADICADION:	**2015-00132**
DEMANDANTE:	**JHON JENYS PAPAMIJA BONILLA**
DEMANDADO	SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION
ASUNTO:	OTORGAMIENTO DE PODER

Respetado Doctor:

MARTÍN EMILIO RAMÍREZ PÉREZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 94.552.744 de Cali, obrando en calidad de Apoderado General de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 800.250.119-1, según poder general conferido por la Agente Especial Liquidadora mediante Escritura Pública No 1555 del 21 de julio de 2016, otorgado en la Notaría 52 del círculo de Bogotá y de conformidad con la Resolución 2414 del 24 de Noviembre de 2015, *"por medio de la cual la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO"*, me permito otorgar poder al Doctor **ÁLVARO HERNÁN ROJAS PUERTAS,** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 6.446.409 de Cali, portador de la Tarjeta Profesional No. 179.534 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de hacerse parte y representar a la entidad dentro del proceso de la referencia.

Mi apoderado queda facultado para conciliar, transigir, sustituir, renunciar, reasumir, excepcionar y cuanto en derecho sea necesario para el cabal cumplimiento de su mandato en los términos del artículo 74 del Código General del Proceso.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mi apoderado para actuar.

Cordialmente,

MARTÍN EMILIO RAMÍREZ PÉREZ
C.C. 94.552.744 de Cali.
APODERADO GENERAL
SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN

Acepto,

ÁLVARO HERNÁN ROJAS PUERTAS
C.C. 6.446.409 de Cali.
T.P. 179.534 del C. S. de la J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Notaría 63
Bogotá D.C.

TESTIMONIO DE FIRMA REGISTRADA

Bogotá D.C., 'Fecha y Hora: 2016-10-14 17:20:04

Documento suscrito con la firma similar a la registrada en esta Notaria por el señor(a) :

RAMIREZ PEREZ MARTIN EMILIO C.C. 94552744

No equivale a reconocimiento del documento.
Código verificación documento: drbt

131kamx4

NOTARÍA 63 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. notaria63bogota@yahoo.es
Av. Villas Cr. 58 # 128 60 Tels: 7552105 - 3125049960

Nancy Y. Mora R.
Notaria 63

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

a1

La Santiago transforma tu mundo

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

CERTIFICA

Que CANO MORENO LUIS ANIBAL, con código No 1114878040, estudiante que cursó y aprobó el 90% de las asignaturas de Primero (1) a Octavo (8) semestre, correspondiente a la FACULTAD DE DERECHO, plan de estudios DERECHO, durante el periodo academico comprendido entre Julio de 2006 a Mayo de 2014.

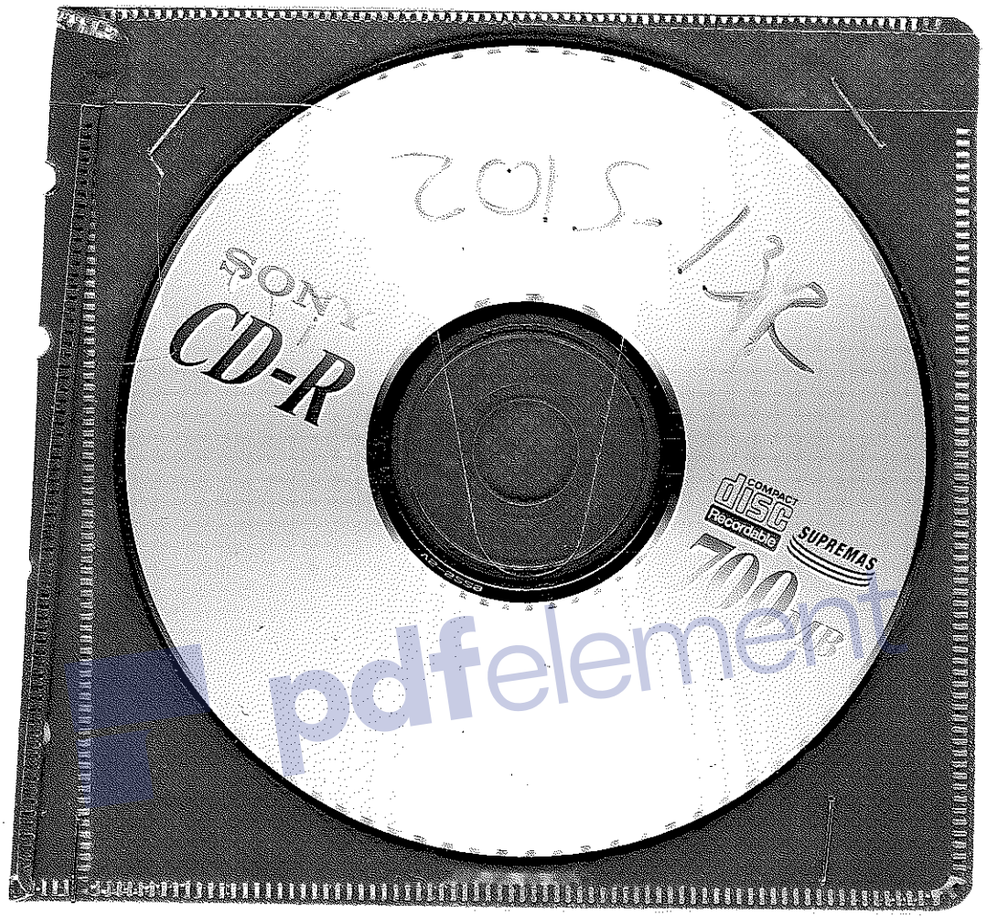
En constancia de lo anterior se firma y sella en Santiago de Cali, a los trece (13) días del mes de Julio de 2016.

DIANA ISABEL HURTADO HURTADO
DIRECTORA REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

NOTA: para la emisión del presente certificado se consulta la información que registra el sistema vigente de la Universidad (SINU) a través de la opción "Certificado de Todo lo Cursado" (Cear06)

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora



pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

CONSULTORÍA
DEFENSA JURÍDICA
CAPACITACIÓN

Bogotá D.C. 23 de noviembre de 2016

Señores
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Carrera 10 con calle 13 esquina
Palacio de justicia "PEDRO ELIAS SERRANO ABADÍA"
Cali - Valle

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
SECRETARIA
CALI - VALLE

25 NOV 2016

Asunto: contestación requerimiento
Radicado: 76 001 31 03 007 2015 00132 00

CARLOS HUMBERTO GARCÍA ORREGO, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía 16.273.929, en calidad de Representante Legal de la firma "GARCÍA & LOPEZ CONSULTORIA, DEFENSA JURIDICA Y CAPACITACION G & L S.A.S", con persona jurídica debidamente constituida e identificada con el NIT 900.956.499-9, con fundamento en el PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, conferido por escritura pública N° 1455 de ocho (8) de Julio de 2016, por el Dr. PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO, AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR INTERVENTOR de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, a través del presente documento, procedo a dar respuesta a la información sobre la existencia del proceso de liquidación que actualmente cursa al interior de la entidad CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, aportando el documento emitido por la Superintendencia Nacional de Salud identificado con Resolución No. 00025 de 2016 a través de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata para liquidar la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

pdfelement

Adicionalmente ruego a su despacho tener como dirección de notificaciones y demás en la Avenida Carrera 9ª No. 113 -52 oficina 907 torres unidas 2 del Distrito Capital de Bogotá. Abonado telefónico móvil Nro. 317 675 1542. También puedo ser notificado(a) por correo electrónico al Email: gyldefensajuridica@hotmail.com

Lo anterior para lo pertinente.

Atentamente,

CARLOS HUMBERTO GARCÍA ORREGO
Representante Legal
GARCÍA & LOPEZ CONSULTORIA, DEFENSA JURIDICA Y CAPACITACION G & L S.A.S

Anexo:

- Poder a mi favor
- Resolución número 00025 de 2016

Elimina la filigrana digital ahora

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 20161140004257 1
Fecha: 18-01-2016

EL DIRECTOR JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que por Resolución 4684 del 4 de diciembre de 2006, emanada del entonces Ministerio de la Protección Social, se reconoció personería jurídica a la institución sin ánimo de lucro denominada CORPORACIÓN IPS CRUZ BLANCA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., y en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca y con Nit No. 830.106.376-1, se aprobaron sus estatutos y se ordenó su inscripción en el Registro Nacional Especial.

Que mediante Resolución 0975 de marzo 18 de 2010, se aprobó la reforma estatutaria adoptada según Acta 8, de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de Asociados, realizada el 27 de enero de 2010, la cual se denominará en adelante CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.

Que según la referida acta, la Asamblea General aprobó por unanimidad el nombramiento de junta directiva para el período 2010 – 2012, la cual, conforme al artículo 13 de los estatutos de la Corporación puede ser reelegida, organismo directivo que por disposición expresa del citado artículo, tiene la facultad de elegir al gerente o representante legal de la Corporación IPS Saludcoop.

Que según consta en Acta 58 del 30 de mayo de 2012, se eligió revisor fiscal de la Corporación; que según Acta No. 59 del 12 de junio de 2012 de Junta Directiva Extraordinaria, la junta elegida mediante Acta 8 de 2010, fue recompuesta en desarrollo de lo previsto en los numerales 1, 4, 12 y 21 del artículo 14 de los estatutos de la corporación.

Que según consta en Acta 60 del 5 de julio de 2012, el doctor Luis Felipe Cano Silva, identificado con cédula de ciudadanía número 79.414.541, aceptó el nombramiento como gerente y representante legal principal de la Corporación IPS Saludcoop, efectuado por la Junta Directiva recompuesta mediante Acta 59 y se designó al doctor Antonio Soler Saltarín Bilbao identificado con cédula de ciudadanía número 72.137.573, como gerente y representante legal suplente.

Que mediante Resolución 467 del 10 de marzo de 2014, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, designando a Crowe Horwath Colombia S.A identificada con NIT. 830000818-9 como contralor, quien ejercerá las funciones propias de un revisor fiscal.

Que en el mismo acto administrativo se ordena la separación del Gerente Nacional, de los miembros de la Junta Directiva y del revisor fiscal de la Corporación IPS Saludcoop o de quienes hagan sus veces.

Que mediante Resolución 1487 del 06 de agosto de 2014 se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, hasta el 10 de marzo de 2015.

Que se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop por el término de seis (6) meses con la Resolución 301 del 09 de marzo de 2015.

Que a través de la Resolución 315 del 09 de marzo de 2015 se designa como nuevo agente especial interventor, al doctor Jaime Poveda Velandia, identificado con cedula de ciudadanía número 13.921.336 de Málaga.

Que mediante Resolución 1668 del 09 de septiembre de 2015 se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, hasta el 11 de enero de 2016.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 025 de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar que pesaba sobre la Corporación IPS Saludcoop, dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidarla y designó como Agente Especial Liquidador al señor Pedro Alfonso Méstre Carreño, identificado con cedula de ciudadanía número 77.019.424 de Valledupar.

Se expide la presente certificación en Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de enero de dos mil dieciséis (2016), a petición de la señora Jenny Alexandra Saldarriaga Otero.

LUIS GABRIEL FERNÁNDEZ FRANCO

Proyectó: Marina L.
Revisó / Aprobó: Liliana S.

papel notarial para uso exclusivo de copias de certificados públicos, certificados y documentos del archivo notarial
Ca146096737
Elimina la filigrana digital ahora

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA

94

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 000025 DE 2016

(12 ENE 2016)

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En ejercicio de las atribuciones legales y reglamentarias que le confieren la Ley 100 de 1993, los artículos 113 a 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificados por la Ley 510 de 1999, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 508 de 2005, el Decreto 2462 de 2013 y

CONSIDERANDO

Que el inciso primero del artículo 2 de la Constitución Política de Colombia precisa como *"fines esenciales del Estado: servir a la comunidad (...) garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución"* y en el inciso segundo que *"Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares"*.

Que de conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Seguridad Social en su componente de atención en salud, es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo 334 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 003 de 2011, dispone que los servicios públicos son actividades intervenidas por el Estado, a través de la ley y el artículo 365 prescribe: *"Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley"* y agrega, con independencia de quien los preste que *"En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios"*.

Que en virtud del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, con el fin de garantizar los principios consagrados en nuestra Carta Política y en los artículos 2 y 153 de la citada ley, este último modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011.

Que según lo dispuesto en el parágrafo 1°. del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, *"El gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente ley, protegiendo la confianza pública en el sistema"*. (Subraya fuera de texto).

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

Que por su parte, el parágrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993 señala que el procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Financiera de Colombia.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, "*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", estableció que es deber del Estado *"Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto".*

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 1015 de 2002 reglamentario del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, *"la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar (...) las Empresas Promotoras de Salud, (...) las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-Ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan".*

Que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 467 del 10 de marzo de 2014, ordenó *"(...) la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1, cuyo domicilio es la avenida 13 #103-41 de Bogotá, con la finalidad de garantizar la adecuada prestación del servicio de salud, en los términos y con la debida observancia de las normas que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (...)".*

Que en el artículo sexto de la resolución antes mencionada, se designó como Agente Especial Interventor al doctor Juan Carlos Uribe Aristizabal identificado con cédula de ciudadanía No. 19.482.126 de Manizales, quien tomó posesión el 11 de marzo de 2014 según acta S.D.M.E 003 y mediante Resolución 315 del 09 de marzo de 2015 la Superintendencia Nacional de Salud removió de su cargo de Agente Especial Interventor de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP al doctor Juan Carlos Uribe Aristizabal, designando en su lugar al doctor Jaime Poveda Velandia identificado con cédula de ciudadanía No. 13.921.336 de Málaga (Santander) quien tomó posesión del cargo el 11 de marzo de 2015, según acta de posesión S.D.M.E 006.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante las Resoluciones que se relacionan a continuación prorrogó el término de la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP así: 001487 del 06 de agosto de 2014 por el término de siete (7) meses hasta el 10 de marzo de 2015; 000301 del 09 de marzo de 2015 por el término de seis (6) meses contados a partir del 11 de marzo de 2015 y hasta el 10 de septiembre de 2015 y 001668 del 09 de septiembre de 2015 por el termino de cuatro (4) meses hasta el 11 de enero de 2015.

Que en la Resolución 001668 de 2015 la Superintendencia Nacional de Salud se ordenó al Agente Especial Interventor lo siguiente

"(...)

- *Continuar con el cronograma de cesión de sedes propuesto, en los casos en que las condiciones financieras, asistenciales, administrativas y jurídicas de la entidad lo requieran, garantizando la adecuada prestación de los servicios de salud a los usuarios.*
- *Declarar cada una de las novedades que se vayan presentando en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.*
- *Dar aviso a las EPS con las cuales tiene contrato acerca del cierre o cesión de cada una de sus sedes con el fin de no afectar la prestación del servicio.*
- *Continuar con el proceso de depuración contable, con el fin de reflejar información confiable y real, adicionalmente, se debe adelantar el proceso correspondiente para la aclaración de las diferencias presentadas en la información reportada con corte a diciembre 31 de 2014.*

Elimina la filigrana digital ahora

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP; identificada con Nit: 830.106.376-1.

- *Actualizar cada uno de los procesos jurídicos que cursan en contra de la Entidad, definiendo una estrategia que conlleve a la consolidación de una base de datos confiable, en la cual se detalle la clasificación, cuantía, estado actual, pretensiones, intereses, costas, honorarios que conlleven a determinar el total de las contingencias que deben ser registradas en los estados financieros de la Entidad.*

  Adicionalmente debe continuar con la defensa de los procesos ante los diferentes despachos judiciales. La estrategia planteada debe contener cronograma de ejecución e indicadores de cumplimiento. (...)"

Que una vez transcurridos más de tres (3) meses de prórroga de que trata el considerando anterior, el Agente Especial Interventor, Jaime Poveda Velandia, en informe radicado en la Superintendencia Nacional de Salud el 21 de diciembre de 2015 con el Nurc 1-2015-159914 consideró llevar a cabo proceso liquidatorio de la entidad con base en las siguientes apreciaciones:

"(...)

- *El nivel de deterioro de las clínicas es insubsanable por parte de la Corporación IPS Saludcoop, razón por lo cual cursan investigaciones y ya hay en firme sanciones, puesto que cada que se recibieron visitas de las secretarías Distritales o Departamentales se incrementaron los hallazgos; y con estos no solo la exposición al cierre de las sedes entre otras como: Risaralda, Secretaría Distrital de Bogotá, Secretaría de Santander, sino también el inicio de las ya enunciadas investigaciones. Las sedes si bien dado el proceso de cesión ya no harán parte de la Corporación, se reitera, sí, es la Corporación la que debe responder por estas investigaciones sin contar con la capacidad para ello.*

- *Incapacidad para cumplir con los pagos a proveedores que son medulares para el adecuado mantenimiento de instalaciones, equipamiento etc; así como servicios complementarios que permitan la adecuada prestación de servicios de salud, como son principalmente: mantenimiento ascensores, plantas eléctricas, aires acondicionados, centrales de gases, transporte hospitalario, transporte medicalizado, recolección de residuos hospitalarios entre otros; tal situación ha generado que los proveedores vayan suspendiendo de manera alterna los servicios, quedando casi todas las sedes expuestas a situaciones críticas que afectan la prestación y ponen en riesgo la vida de los usuarios por no contar con ascensores en buen estado, UCIS y salsas de cirugía sin aire acondicionado, así como tampoco realizan la recolección de residuos, no se cuenta con el transporte de pacientes, no hay recolección de muestras, etc.*

- *Otro aspecto sensible y muy importante es el monto que se adeuda a el recurso humano, que asciende a $119.500 millones aproximadamente con corte a diciembre 31 de 2015; por conceptos de nóminas y deducciones para terceros, tales como: Liquidaciones de prestaciones sociales, obligaciones laborales con los operadores receptores; cuentas AFC, Progressa, embargos, sindicatos, seguridad social entre otros.*

- *En el mes de noviembre, se presenta un aspecto relevante cómo consecuencia del nombramiento del Agente Liquidador de la EPS Saludcoop, especialmente en el proceso de defensa judicial, toda vez que por vía administrativa se han recibido requerimientos del Agente Especial Liquidador, mediante los cuales solicita restitución inmediata de los bienes muebles e inmuebles propiedad de la EPS Saludcoop OC en liquidación, y con los que cuenta la Corporación IPS Saludcoop en intervención para desarrollar su objeto social, que es la prestación de servicios de salud; en ese sentido y en virtud de la solicitud hecha por el Agente Liquidador, la restitución de los bienes es sinónimo del cierre inmediato de las clínicas. Igualmente el agente especial liquidador de la EPS Saludcoop; presenta una comunicación para que de manera inmediata la Corporación realice el pago de anticipos que según lo que reporta asciende a más de $180.000 millones. Si bien este valor debe ser conciliado dicha suma debe tenerse en cuenta como un impacto negativo más en el patrimonio de la Corporación.*

- *La cesión de sedes si bien garantiza la prestación del servicio, tiene un efecto para la Corporación, y es que al no prestar servicios, no dispone de los recursos económicos derivados de la facturación, con lo cual empeora la situación respecto al pago de*

Papel natural para uso exclusivo de copias de archivos públicos, clasificados y reservados del archivo general
Ca 14096734

proveedores y otras obligaciones laborales que se tienen vencidas, tal es el caso puntual que se presenta al día de hoy con respecto a los honorarios de los especialistas, teniendo en cuenta que a la fecha se les adeuda el 30% correspondientes al mes de noviembre ($4.563.970.111), en ese sentido ya no se perciben ingresos correspondiente a los meses de noviembre y diciembre, derivado de las cesiones; pero si se mantiene la obligación de cancelar 15 días del valor de los honorarios a los especialistas cedidos a partir del 1 de noviembre, de las ciudades de Cali, Popayán, la Red Materno de Bogotá y Eje Cafetero. Igualmente ocurre con los especialistas cedidos el 1 de diciembre, a quienes se les adeudan 45 días, lo que constituye un total de $22.642.119.689.

Es decir que en este momento la Corporación ahonda aún más la crítica situación financiera, lo cual hace que la brecha sea cada vez mayor e impagable, teniendo en cuenta que solo generará ingresos por los primeros días del mes de diciembre correspondiente a 21 sedes que están bajo su dirección pero cuyo proceso de cesión ya se está adelantando y está contemplado que se complete antes del 28 de diciembre.

Así mismo, la EPS Saludcoop en Liquidación, a través de su Agente Especial Liquidador, terminó de forma unilateral e inmediata desde el mes de noviembre de 2015 el contrato de prestación de servicios que tenía con la Corporación IPS Saludcoop, impactando negativamente el flujo de caja para la Corporación, toda vez que este era el mayor aportante del ingreso. Esta situación se relaciona directamente con la defensa jurídica en razón a que tal circunstancia presupone un mayor nivel de incumplimiento en las obligaciones contraídas por la Corporación y por consiguiente las reclamaciones que por vía administrativa o jurisdiccional realicen los diferentes actores, situación que hará susceptible que haya un incremento porcentual.

Es necesario precisar que una de las órdenes también emanadas de la Superintendencia Nacional de Salud en la Resolución 1668 del 09 de septiembre, es garantizar la prestación del servicio de salud a través de la red de clínicas administradas por la Corporación IPS Saludcoop, a la cual es imposible dar cumplimiento, teniendo en cuenta las condiciones y el escenario propuesto por el Agente Liquidador de la EPS Saludcooop, fundamentado en la terminación del contrato de prestación de servicios de salud con la Corporación y requerir la restitución inmediata de los bienes muebles e inmuebles, que son estrictamente necesarios para el cumplimiento de la prestación del servicio de salud.

(...)"

Que la firma CROWE HOWARTH, Contralor designado para la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, en documento radicado en la Superintendencia Nacional de Salud el 22 de diciembre de 2015 con el Nurc 1-2015-160329, presentó informe de la situación financiera de la entidad con corte a octubre de 2015, en el cual indicó con relación a su situación patrimonial, lo siguiente:

"(...)

A corte de 30 de septiembre de 2015 la Corporación cuenta con un patrimonio negativo de $295.079 millones como se muestra a continuación:

Presenta $34.683 millones de pesos de pérdidas, las cuales generaron un efecto en pérdidas acumuladas por valor de $297.994 millones lo que agudiza el negocio en marcha... (...)"

Que la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, en ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia, el 23 de diciembre de 2015, emitió el concepto técnico sobre el estado actual de los componentes jurídico-administrativo, financiero y asistencial de la CORPORACION IPS SALUDCOOP, destacando que la intervenida no está dando cumplimiento a su objeto social, generando riesgos en la promoción, protección, prestación y recuperación de la salud, como pilares fundamentales de sus actividades propias.

Que en el concepto antes citado la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional concluye que la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP no cumple con sus obligaciones como prestador de servicios de salud por las siguientes razones:

"(...)

Elimina la filigrana digital ahora

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit: 830.106.376-1.

- *La Corporación IPS SaludCoop no cumple con el objeto fijado en sus estatutos, el cual indica: "tendrá por objeto la promoción, protección y recuperación de la salud de las personas humanas y, proveer y brindar servicios de salud integral, sustentado en los derechos fundamentales de la dignidad humana, la integridad personal y la vida; (...)". Teniendo en cuenta que la misma presenta fallas reiteradas en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, ausencia de contratos con las EPS, deficiencias en el proceso de facturación, y las inconsistencias en su situación financiera, confiable y de habilitación, lo cual a su vez impide el ejercicio corporativo e incrementa las diferentes reclamaciones bien sean por vía administrativa o judicial, situaciones que han persistido en el tiempo y hoy son vigentes a pesar del proceso de intervención, dudas también por la falta de independencia económica, administrativa, tecnológica y financiera de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP frente a la EPS Saludcoop (hoy en liquidación).*

- *De acuerdo con sus estatutos La Corporación IPS SaludCoop, hoy en día se encuentra inmersa una causal de disolución y liquidación, la cual establece: "La corporación se disolverá: 1. Por falta de capacidad técnico – administrativa, insuficiencia patrimonial y de calidad tecnológica y científica que imposibilita la adecuada prestación del servicio público de la salud".*

- *Situación financiera deficitaria que está afectando directamente la prestación del servicio de salud por parte de la Corporación IPS SALUDCOOP, imposibilitando la operación en el corto, mediano y largo plazo e incrementando el riesgo operacional y reputacional.*

- *Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera a la fecha y a pesar del proceso de intervención administrativa no se cumplen y en consecuencia el prestador no está en condiciones normales para brindar una prestación de servicios de salud con calidad.*

- *La Corporación no cumple con los estándares de habilitación en un alto porcentaje de sus IPS, generando altísimo riesgo para la seguridad del paciente y con las consecuencias descritas relacionadas con procesos administrativos y judiciales.*

- *La Auditoria para el mejoramiento de calidad, elemento esencial para asegurar calidad en la prestación del servicio de salud, la Corporación IPS Saludcoop no cuenta con la misma, durante el proceso de intervención ni en la efectividad fijada en el plan de mejoramiento suscrito a partir de la visita que generó la decisión de la medida de intervención, el cual en principio no se cumplió y contrario a ello, persistieron en el tiempo las irregularidades detectadas.*

- *La Corporación IPS Saludcoop no ha cumplido con los reportes de información de los indicadores de calidad de manera eficaz, no se reportan algunos en los diferentes periodos o no reportan todas las sedes. Al realizar el análisis se observa que para el primer periodo de 2014 se registra un impacto favorable, sin embargo posteriormente y hasta la fecha desmejora la oportunidad, gestión del riesgo, acceso y satisfacción medida a través de estos indicadores.*

- *La Corporación IPS Saludcoop no acreditó información que permitiera establecer la gestión en salud pública, lo cual impide conocer la población con enfermedades de interés en salud pública y el seguimiento que a ellos realiza el prestador; ni tampoco sobre los programas de promoción y prevención, producción de servicios ni otros indicadores de salud pública.*

- *La información que registra la Corporación IPS Saludcoop en relación con Peticiones, Quejas y Reclamos, se convierte en claro indicador de las deficiencias administrativas, financieras y asistenciales que producen un impacto en la salud y en la satisfacción del usuario. El 93% de estas inconformidades manifestadas por los usuarios corresponden a restricción en el acceso al servicio y de estas, el 80% presentan como causa inicial la falta de oportunidad en la prestación del servicio, de la cual se generan efectos negativos en la continuidad y suficiencia.*

(...)."

Que en virtud de lo anterior, la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional recomendó lo siguiente:

"Por lo anterior, teniendo en cuenta los incumplimientos que se han encontrado como resultado del análisis efectuado por la Delegada para la Supervisión Institucional respecto del estado actual de los componentes jurídico- administrativo y asistencial de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA que se exponen en el presente Concepto Técnico y que evidencian la afectación grave en la prestación de servicios de salud que le competen a dicha IPS; de conformidad con lo establecido en el numeral 17 del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013, la Delegada para la Supervisión Institucional, considera que están dados los presupuestos para que por parte de la Superintendencia Nacional de Salud se ordene la adopción de la medida contenida

Papel seguridad para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Ca146000733

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

en el artículo 117 del Estatuto Orgánico del Sistema financiero, respecto de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta que la competencia para recomendar al Superintendente Nacional de Salud la adopción de medidas especiales sobre los sujetos vigilados, al tenor de lo dispuesto en el numeral 8 artículo 26 del Decreto 2462 de 2013 y artículo 3 de la Resolución No. 000461 del 13 de abril de 2015, corresponde a la Delegada de Medidas Especiales y al Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, en su orden, este Delegado procede a remitir a dichas instancias el presente Concepto Técnico."

Que adicionalmente el día 22 de diciembre de 2015, la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos, en ejercicio de sus facultades de inspección y vigilancia de supervisión basada en riesgos según el artículo 15 del Decreto 2462 de 2013, suscribió concepto técnico el en cual se establece que a pesar de las acciones adoptadas en la Medida de Intervención, la entidad no logró superar la situación adversa por la que atraviesa, en términos financieros e inclusive operativos; conceptuando que:

"Una vez analizados los aspectos reseñados en los numerales anteriores, esta Delegada concluye que la estructura y situación financiera actual de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, no le permite: i) una adecuada prestación de los servicios de salud que contrata al no disponer de los recursos necesarios para la adecuación, mantenimiento y actualización de equipos; ii) superar las condiciones de iliquidez de manera que pueda cumplir con las obligaciones con sus proveedores y sus trabajadores; y, iii) generar un modelo de prestación que le permita superar las condiciones de pérdidas recurrentes, y ser financieramente viable en el corto, mediano y largo plazo".

Que por otro lado, la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud mediante concepto técnico a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, de fecha 07 de enero del 2016, resalta que la intervenida afronta una grave crisis financiera, administrativa, asistencial y jurídica que le impide desarrollar adecuadamente su objeto social.

Que mediante el concepto antes mencionado la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales concluyó lo siguiente:

" Durante el proceso de intervención forzosa administrativa para administrar la Corporación IPS Saludcoop no se lograron subsanar los hechos que dieron origen a la medida, en cuanto al cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación, la culminación de la formalización de los contratos de prestación de servicios de salud, arrendamientos de sedes y equipos biomédicos; la normalización de las relaciones comerciales con los proveedores, implementación del procedimiento de facturación y culminación del proceso de depuración contable.

De otra parte, el estado actual de cada uno de los componentes técnico científico, administrativo, laboral, económico y jurídico reflejan las dificultades de la Entidad para garantizar su operación, se evidencia su insostenibilidad en el corto y largo plazo, teniendo en cuenta que no presenta equilibrio entre sus ingresos, costos y gastos, y que no cuenta con el flujo de caja necesario para cumplir sus obligaciones, lo cual impide que obtenga los recursos indispensables para la adecuada prestación de los servicios de salud, situaciones que afectan el adecuado desarrollo de su objeto social poniendo en riesgo la vida y la salud de los usuarios.

Así las cosas, la incapacidad operativa, administrativa, financiera y jurídica que afronta la Entidad, afecta su continuidad como empresa en marcha, y considerando que es la IPS más grande del país por su presencia en el territorio nacional, durante la vigencia de la última prórroga se realizaron acciones tendientes a garantizar la prestación de servicios de salud a través de la cesión de las diferentes sedes que hacen parte de la red de esta Entidad y la conservación del mayor número de empleos por medio de las sustituciones patronales.

Como resultado del incumplimiento del proceso anteriormente expuesto, esta Delegada recomienda dar inicio al proceso liquidatario de la misma, dada la inviabilidad que presenta esta entidad en todos sus componentes."

Que de los informes presentados por las diferentes Superintendencias Delegadas, el Agente Especial Interventor y el Contralor designado, se observa que es notoria la crítica situación financiera de CORPORACION IPS SALUDCOOP, en especial por la falta de capital para cumplir con sus obligaciones dentro de la operación corriente, situación que demuestra [illegible] CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, no se encuentra en condiciones de

Elimina la filigrana digital ahora

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

continuar desarrollando su objeto social con miras a la adecuada prestación del servicio de salud a sus usuarios.

Que de conformidad con las conclusiones y recomendaciones relacionadas en los anteriores considerandos, dada la situación financiera y operativa de CORPORACION IPS SALUDCOOP, la misma no puede ser puesta en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social y por lo tanto, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 113 a 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificados por los artículos 19 a 22 de la Ley 510 de 1999, debe procederse con su liquidación.

Que de conformidad con lo establecido en el numeral 2 del artículo 3 de la Resolución 461 de 2015 y según consta en el Acta 149 de 2016, el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud sesionó el 7 de enero de 2016 y recomendó adoptar la medida especial que se ordena en el presente acto administrativo.

Que tal como consta en la mencionada Acta, una vez revisados los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos legalmente para desempeñar las funciones de los cargos, el Superintendente Delegado para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, sometió a consideración del Comité de Medidas Especiales la designación como Agente Especial Liquidador al doctor Pedro Alfonso Mestre Carreño identificado con cédula de ciudadanía 77.019.424 de Valledupar (Cesar).

Que la Corte Constitucional ha resaltado la necesidad de considerar las funciones de inspección, vigilancia y control como un elemento mismo del derecho fundamental a la salud y, específicamente, ha indicado que *"Los procedimientos y demás medidas administrativas dirigidas a promover la eficacia y eficiencia del sistema, como por ejemplo los mecanismos de inspección, vigilancia y control, siempre deben tener en la mira la satisfacción del derecho a la salud, como un fin último del SGSSS. Esto significa que los procedimientos administrativos y las medidas de vigilancia y control deber ser siempre considerados como instrumentos al servicio de la realización del derecho y no como fines en sí mismos (...)."* (Sentencia C-936 de 2011).

Que la medida de toma de posesión e intervención ordenada en el presente acto administrativo, busca proteger los derechos de los usuarios y garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud, en condiciones de calidad y oportunidad, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud autorizara y supervisara los mecanismos necesarios para que no se produzcan suspensiones graves en la prestación de servicios a los usuarios.

Que de acuerdo con lo anterior, se considera necesario ordenar la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la COPORACION IPS SALUDCOOP.

Que en mérito de lo expuesto éste Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. LEVANTAR la medida de intervención forzosa administrativa para administrar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

ARTICULO SEGUNDO. ORDENAR la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente Resolución.

ARTICULO TERCERO. COMISIONAR al Superintendente Delegado para las Medidas Especiales para ejecutar en nombre de la Superintendencia Nacional de Salud la medida adoptada en el presente acto administrativo, quien podrá solicitar que se decreten y practiquen las medidas necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la toma de posesión.

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Ca 148096732

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

ARTICULO CUARTO. ORDENAR el cumplimiento de las siguientes medidas preventivas:

a) La inmediata guarda de los bienes de la intervenida y la colocación de sellos y demás seguridades indispensables.

b) La orden de registro del acto administrativo que disponga la Toma de Posesión en la Cámara de Comercio del domicilio de la intervenida y en las del domicilio de sus sucursales; y, si es del caso, la de los nombramientos de los administradores y del revisor fiscal;.

c) La comunicación a los jueces de la Republica y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva, sobre la suspensión de los procesos de la ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de obligaciones anteriores a dicha medida.

d) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al Agente Especial Liquidador, so pena de nulidad.

e) La comunicación a la Superintendencia de Notariado y Registro, para que dicha entidad mediante circular ordene a todos los Registradores de Instrumentos Públicos que dentro de los treinta (30 días siguientes a la toma de posesión: se sujeten a las siguientes instrucciones:

i) Informar al Agente Especial Liquidador sobre la existencia de folios de matrícula inmobiliaria en los cuales figure la entidad intervenida como titular de bienes o cualquier clase de derechos; disponer el registro de la toma de posesión en los folios de matrícula inmobiliaria de los bienes inmuebles de la intervenida; cancelar los embargos decretados con anterioridad a la fecha de adopción de la medida de toma de posesión que afecte los bienes de la intervenida, y cancelar los gravámenes que recaigan sobre los bienes de la intervenida a solicitud elevada sólo por el Agente Especial Liquidador mediante oficio.

ii) Se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador, así como de registrar cualquier acto que afecte el dominio de bienes de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada, caso en el cual deben cancelar la respectiva anotación sobre el registro de toma de posesión;

f) La comunicación al Ministerio de Transporte, para que dicha entidad directamente o mediante solicitud a todas las Secretarías de Tránsito y Transporte proceda a realizar la inscripción de la medida de toma de posesión en el registro de automotores correspondiente o en el registro único nacional de tránsito; para que cancelen los embargos decretados con anterioridad a la fecha de adopción de la medida de toma de posesión que afecten los vehículos de la intervenida; para que cancelen los gravámenes que recaigan sobre los vehículos de la intervenida a solicitud unilateral del Agente Especial Liquidador mediante oficio; para que se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos sobre vehículos a favor de la intervenida, cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador, y para que se abstengan de registrar cualquier otro acto que afecte el dominio de vehículos de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada;

g) La prevención a todo acreedor y en general a cualquier persona que tenga en su poder activos de propiedad de la intervenida, para que proceda de manera inmediata a entregar dichos activos al Agente Especial Liquidador;

h) La advertencia de que el Agente Especial Liquidador está facultado para poner fin a cualquier clase de contratos existentes al momento de la toma de posesión, si los mismos no son necesarios. Si se decide la liquidación, los derechos causados hasta la

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

fecha de la intervención serán reconocidos y pagados de conformidad con las reglas que rigen el proceso de liquidación forzosa administrativa.

i) La prevención a los deudores de la intervenida que sólo podrán pagar al Agente Especial Liquidador, advirtiendo la inoponibilidad del pago hecho a persona distinta, así como el aviso a las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia;

j) La prevención a todos los que tengan negocios con la intervenida, que deben entenderse exclusivamente con el Agente Especial Liquidador, para todos los efectos legales;

k) Se ordena la suspensión de pagos de las obligaciones causadas hasta el momento de la toma de posesión;

l) La improcedencia del registro de la cancelación de cualquier gravamen constituido a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación está sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador designado. Así mismo, los registradores no podrán inscribir ningún acto que afecte el dominio de los bienes de propiedad del intervenida, so pena de ineficacia, salvo que dicho acto haya sido realizado por la persona antes mencionada;

m) La suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase, contra la entidad objeto de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar por razón de obligaciones anteriores a dicha medida. A los procesos ejecutivos se aplicarán en lo pertinente las reglas previstas por los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006, y cuando allí se haga referencia al concordato se entenderá que se hace relación al proceso de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar. La actuación correspondiente será remitida al Agente Especial Liquidador;

n) La cancelación de los embargos decretados con anterioridad a la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar que afecten bienes de la entidad. La Superintendencia Nacional de Salud librará los oficios correspondientes;

o) La interrupción de la prescripción y la no operancia de la caducidad respecto de los créditos a cargo de la entidad que hayan surgido o se hayan hecho exigibles antes de la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar.

p) El que todos los acreedores, incluidos los garantizados, quedarán sujetos a las medidas que se adopten para la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar, por lo cual para ejercer sus derechos y hacer efectivo cualquier tipo de garantía de que dispongan frente a la entidad intervenida, deberán hacerlo dentro del proceso de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar y de conformidad con las disposiciones que lo rigen.

ARTICULO QUINTO. DISPONER que los gastos ocasionados con la intervención ordenada estarán a cargo de la entidad intervenida en los términos señalados por la ley.

ARTICULO SEXTO. DESIGNAR a PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO identificado con la cédula de ciudadanía número 77.019424 de Valledupar (Cesar), como Agente Especial Liquidador, quien ejercerá las funciones propias de su cargo de acuerdo con lo previsto en las normas del Sistema General de Seguridad Social, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que le sean aplicables. Para el efecto, podrá solicitar que se decreten y practiquen las medidas necesarias para dar cumplimiento a la toma de posesión. Así mismo, ejercerá las funciones de representante legal de la entidad objeto de la medida especial que se ordena en la presente Resolución.

PARAGRAFO PRIMERO. El Agente Especial Liquidador designado deberá comparecer ante el despacho del Superintendente Delegado para Medidas Especiales, a tomar posesión dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del presente Acto Administrativo.

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas certificados y documentos del archivo notarial
Ca146096731
NOTARIA 42 BOGOTÁ D.C.
Elimina la filigrana digital ahora

Por medio de la cual se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, identificada con Nit. 830.106.376-1.

PARAGRAFO SEGUNDO. El Agente Especial Liquidador designado ejercerá las funciones propias de su cargo, previa posesión del mismo y tendrá la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad, junto con los demás deberes y facultades de ley.

PARAGRAFO TERCERO. De conformidad con lo previsto en numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Agente Especial Liquidador ejercerá funciones públicas transitorias, previa posesión, lo cual no constituye ni establece relación laboral alguna con la Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO CUARTO. El Agente Especial Liquidador deberá remitir la información de que trata el numeral Segundo del Capítulo Tercero, Título IX de la Circular Única expedida por la Superintendencia, en los términos y tiempos allí señalados.

ARTICULO SEPTIMO. La presente Resolución será de efecto inmediato y se notificará conforme a lo dispuesto en el artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en concordancia con los artículos 9.1.1.1.3 y 9.1.3.1.2 del Decreto 2555 de 2010.

PARAGRAFO. Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo, en consecuencia no suspenderá la ejecución de la medida de toma de posesión e intervención forzosa administrativa para liquidar la cual procederá inmediatamente, de conformidad con el inciso 3° del artículo 6°, del Decreto 506 de 2005. Dicho recurso podrá interponerse en el momento de la diligencia de notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, ante el despacho del Superintendente Nacional de Salud.

ARTICULO OCTAVO. COMUNICAR el contenido del presente acto administrativo al Ministerio de Salud y Protección Social, al Agente Especial Interventor doctor Jaime Poveda Velandia, al Agente Especial Liquidador doctor Pedro Alfonso Mestre Carreño, a las Entidades Territoriales y a las Secretarías de Salud municipales, distritales y departamentales donde la CORPORACION IPS SALUDCOOP tenga cobertura geográfica y poblacional.

ARTICULO NOVENO. PUBLICAR el contenido del presente acto administrativo en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO DÉCIMO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá a 12 ENE 2016

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Elaboró: Jorman Ardila Parra – Profesional Especializado SDME.
Aprobó: Javier Antonio Villarreal Villaquiran – Superintendencia Delegado para las Medidas Especiales.
Sandra Patricia Hoyos Buvall - Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud y Entidades del Orden Territorial
Revisó: Federico Alfonso Muñoz García - Jefe de Oficina Asesora Jurídica

Elimina la filigrana digital ahora

Notaría

Hago constar que la presente es SEGUNDA COPIA

Tomada del protocolo original expedido con [X] sin [ ] anexos.

ESCRITURA PÚBLICA No	94	DEL	26	DE	ENERO	DE	2016
EN	11	hojas						
CON DESTINO A	INTERESADO							
BOGOTÁ D.C.	28	DE	ENERO	DE	2016			

Luis Emiro Sargado Lora
Notario (32) Encargado

pdfelement

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Ca146098719

Elimina la filigrana digital ahora

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201611401049581
Fecha: 10-06-2016

LA DIRECTORA JURÍDICA (E) DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que por Resolución 4684 del 4 de diciembre de 2006, emanada del entonces Ministerio de la Protección Social, se reconoció personería jurídica a la institución sin ánimo de lucro denominada **CORPORACIÓN IPS CRUZ BLANCA**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., y en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca y con Nit 830.106.376-1, se aprobaron sus estatutos y se ordenó su inscripción en el Registro Nacional Especial.

Que mediante Resolución 0975 de marzo 18 de 2010, se aprobó la reforma estatutaria adoptada según Acta 8, de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de Asociados, realizada el 27 de enero de 2010, la cual se denominará en adelante **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.**

Que según la referida acta, la Asamblea General aprobó por unanimidad el nombramiento de junta directiva para el período 2010 – 2012, la cual, conforme al artículo 13 de los estatutos de la Corporación puede ser reelegida, organismo directivo que por disposición expresa del citado artículo, tiene la facultad de elegir al gerente o representante legal de la Corporación IPS Saludcoop.

Que según consta en Acta 58 del 30 de mayo de 2012, se eligió revisor fiscal de la Corporación; que según Acta No. 59 del 12 de junio de 2012 de Junta Directiva Extraordinaria, la junta elegida mediante Acta 8 de 2010, fue recompuesta en desarrollo de lo previsto en los numerales 1, 4, 12 y 21 del artículo 14 de los estatutos de la corporación.

Que según consta en Acta 60 del 5 de julio de 2012, el doctor Luis Felipe Cano Silva, identificado con cédula de ciudadanía número 79.414.541, aceptó el nombramiento como gerente y representante legal principal de la Corporación IPS Saludcoop, efectuado por la Junta Directiva recompuesta mediante Acta 59 y se designó al doctor Antonio Soler Saltarín Bilbao identificado con cédula de ciudadanía número 72.137.573, como gerente y representante legal suplente.

Que mediante Resolución 467 del 10 de marzo de 2014, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, designando a Crowe Horwath Colombia S.A identificada con NIT. 830000818-9 como contralor, quien ejercerá las funciones propias de un revisor fiscal.

Que en el mismo acto administrativo se ordena la separación del Gerente Nacional, de los miembros de la Junta Directiva y del revisor fiscal de la Corporación IPS Saludcoop o de quienes hagan sus veces.

Elimina la filigrana digital ahora

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Que mediante Resolución 1487 del 06 de agosto de 2014 se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, hasta el 10 de marzo de 2015.

Que se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop por el término de seis (6) meses con la Resolución 301 del 09 de marzo de 2015.

Que a través de la Resolución 315 del 09 de marzo de 2015 se designa como nuevo agente especial interventor, al doctor Jaime Poveda Velandia, identificado con cedula de ciudadanía número 13.921.336 de Málaga.

Que mediante Resolución 1668 del 09 de septiembre de 2015 se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, hasta el 11 de enero de 2016.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 025 de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar, que pesaba sobre la Corporación IPS Saludcoop, dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidarla y designó como Agente Especial Liquidador al señor Pedro Alfonso Mestre Carreño, identificado con cedula de ciudadanía número 77.019.424 de Valledupar.

Se expide la presente certificación en Bogotá D.C., a los diez (10) días del mes de junio de dos mil dieciséis (2016), a petición del señor Héctor Julio Prieto.

MARTHA ISABEL LIEVANO CANTOR

Elaboró: Carolina Del Rio
Revisó/ Aprobó: Diana Bolaños

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia

Aa030145889

NÚMERO DE ESCRITURA: 00094

FECHA DE OTORGAMIENTO: 25 DE ENERO DE 2016

NATURALEZA JURIDICA DEL ACTO		
CODIGO REGISTRAL	ESPECIFICACION	VALOR DEL ACTO
------	PODER POR ESCRITURA PUBLICA	SIN CUANTIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO	NUMERO DE IDENTIFICACION
OTORGANTE O PODERDANTE	
CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION	NIT. No. 830.106.376-1
APODERADO(A)	
HECTOR JULIO PRIETO CELY	C.C. No. 7.225.017

NO.00094 – NOVENTA Y CUATRO

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, de la República de Colombia, a los veinticinco (25) días del mes de enero del año dos mil dieciséis (2016), en la Notaría Cincuenta y Dos (52), cuyo NOTARIO ENCARGADO es el doctor LUIS EMIRO SALGADO LORA. ----------

Compareció con minuta escritura cuyo tenor es: "PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 77.019.424 de Valledupar, quien obra como AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR INTERVENTOR de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, con NIT. 830.106.376-1 y manifestó: ----------

PRIMERO: Que por medio del presente instrumento, confiero PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, a él (la) Doctor (a) HECTOR JULIO PRIETO CELY, mayor de edad, identificado (a) con cedula de ciudadanía número 7.225.017 de Duitama. Para que en forma individual y en su calidad de Gerente Jurídico (a)

Papel notarial para uso exclusivo en copias públicas, certificados y documentos del archivo notarial

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Ca146098740

29/10/2015

de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, ejecute las facultades descritas a continuación:----------

1. Representar a LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN en reuniones de órganos de administración de todas las sociedades, entidades del sector cooperativo, fundaciones, corporaciones y demás entidades en las cuales LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN tenga participación.----------
2. Suscribir y firmar todas las Declaraciones Tributarias del orden nacional, territorial, seccional y municipal que deba presentar y pagar en cumplimiento de las normas legales. --
3. Ejercer la representación de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION como demandante o demandado o coadyuvante en cualquier petición, actuación, diligencia o proceso que curse ante las autoridades judiciales y/o administrativas en su calidad de Apoderado Judicial, con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente mandato, especialmente las de transigir, conciliar, delegar, desistir, reasumir, tachar documentos de falsos, recibir y en general todas las facultades establecidas para esta clase de mandato en las correspondientes normas jurídicas procesales y sustantivas.----------
4. Ejercer la representación de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN en calidad de parte, en las diligencias de conciliación extrajudicial, conciliación judicial, y audiencias de pacto de cumplimiento ante cualquier autoridad judicial y/o administrativa con ocasión a los tramites de cualquier naturaleza que adelante LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN o se inicien en su contra, para que en ellas proponga, o acepte formulas conciliatorias que resulten convenientes para los

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

intereses de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN. Para tal efecto, el apoderado cuenta con las facultades de recibir, desistir y transigir. ----------

5. Ejercer la representación extrajudicial de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN como Apoderado dentro de todas las actuaciones que cursen ante las Autoridades Administrativas en el orden Nacional, Departamental, Municipal o Seccional; en cualquier petición, actuación, notificación, investigación, visita requerimiento o diligencia, así como para el ejercicio como Apoderado de todos los recursos que en materia de Vía Gubernativa procedan contra todo acto administrativo. ----------

6. Acudir en condición de Apoderado Judicial y representar legalmente a LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, en las Acciones de Tutela, incidentes de desacato, asistencia a audiencias de conciliación y diligencias, prácticas de prueba, interrogatorios de parte y demás actuaciones relacionadas con el proceso y trámites para el cumplimiento de las sentencias de tutela que se entablen contra la entidad, por parte de las autoridades judiciales y organismos de inspección, control y vigilancia. ----------

7. Asistir y actuar en nombre de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN en las diligencias en las que se cite al Representante Legal - Agente Especial Liquidador para la práctica de reconocimiento de documento, a absolver interrogatorio de parte, requerimiento en mora, notificación de cesión de crédito y en general todas aquellas actuaciones procesales o extraprocesales civiles, laborales o administrativas en las que se requiera la asistencia del Representante Legal - Agente Especial Liquidador o sus suplentes, en las correspondientes normas procesales. -------

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - Sin costo para el usuario
Por mandato de la Autoridad
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Ca146098739
Elimina la filigrana digital ahora

8. Conferir poder especial a abogados en ejercicio para que en nombre de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, inicie, tramite, atienda y lleve hasta su culminación cualquier petición, actuación, diligencia, investigación, requerimiento, visita o proceso que curse ante autoridades judiciales, arbitrales y/o administrativas de Colombia, como apoderado judicial de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, con todas las facultades inherentes para el ejercicio de su mandato establecidas, con facultad especial para transigir, conciliar, delegar, sustituir, reasumir, recibir y tachar documentos de falsos.-------
9. El Apoderado queda expresamente facultado para asistir como parte y representar legalmente a LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN en las diligencias de conciliación a las que hace referencia el CGP, el CPACA, la Ley 640 de 2001 y demás normas que contemple esta clase de solución de conflictos.----------
10. Entablar denuncias penales y asistir a ampliaciones de denuncia en nombre y representación de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, y en general realizar todo tipo de actuaciones necesarias en este tipo de trámites.----------
11. Someter a decisión de árbitros, cualquier controversia que comprometa o afecte los intereses jurídicos y/o patrimoniales de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN. ----------
12. Presentar memoriales de desistimiento frente a los procesos, reclamaciones o gestiones en que intervenga a nombre del poderdante ante cualquier jurisdicción, incluidos los recursos que en sede administrativa interponga y los incidentes que promueva.----------

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

13. Suscribir documentos de transacción de pleitos y diferencias que ocurran al respecto de los derechos y obligaciones del poderdante.----------

14. Decidir reportar y suscribir los documentos correspondientes de las afiliaciones, desafiliaciones tramites de incapacidades, licencias y demás novedades y gestiones, que requieran el personal laboral del poderdante, ante las entidades del sistema integral de Seguridad social, EPS, ARP, Fondos de Pensiones, cajas de compensación.----------

15. Suscribir y dar por terminado todo contrato de índole laboral, que tenga como fin el desempeño de los diversos cargos de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN de conformidad con la planta del personal y los reglamentos especiales y con sujeción a las plazas previamente aprobadas por el Consejo de Administración de SALUDCOOP LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION.----------

16. Suscribir, modificar, terminar todo tipo de contratos de índole laboral; civil o comercial y en general de cualquier obligación que tenga causa u origen en dichos contratos, previamente aprobados por el Liquidador.----------

HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA

CONSTANCIA DE LOS COMPARECIENTES Y ADVERTENCIA DEL NOTARIO:----------

EL COMPARECIENTE hace constar que ha verificado cuidadosamente su nombre completo, estado civil, el número de su documento de identidad, declara que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas en consecuencia, asume la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en los mismos. Conoce la ley y sabe que el Notario responde de la regularidad formal de los instrumentos

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Ca148096738
10K01ADa4AMQD4G1
29/10/2015
Cadenas

que autoriza. Además, el Notario le advierte a EL COMPARECIENTE, que cualquier aclaración a la presente escritura, implica el otorgamiento de una nueva escritura pública de aclaración, cuyos costos serán asumidos única y exclusivamente por EL COMPARECIENTE. ----------

OTORGAMIENTO Y AUTORIZACIÓN Leído el presente instrumento por EL COMPARECIENTE y advertida sobre la formalidad de su registro dentro del término legal, le imparte su aprobación y en prueba de ello, lo firma junto con el suscrito Notario quien en esta forma lo autoriza. ----------

La presente escritura se extendió en las hojas de papel notarial: Aa030145889-030145890-030145891-030145892. Para constancia se firma como aparece.



PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO HUELLA
C.C. No. 77.019.429 ÍNDICE DERECHO
Dirección
Teléfono. 3144445001
AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR INTERVENTOR de LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN

Siguen firmas .....

Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia

Aa030145892

Esta hoja pertenece a la escritura pública número 00094 del 25 de enero de 2016.

M1

HECTOR JULIO PRIETO CELY
C.C. No. 7225017 Duitama.
Dirección Calle 187 N. 57-45
Teléfono: 3007924113

HUELLA
INDICE DERECHO

LUIS EDUARDO SALGADO LORA
NOTARIO CINCUENTA Y DOS ENCARGADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 52
BOGOTA, D. C.
LUIS SALGADO LORA
NOTARIO (E)

Derechos Notariales	$ 49.000.00
Gastos Escrituración	$ 102.600.00
IVA.	$ 24.256.00
RTE FTE	$ ----------
S.N.R.	$ 5.150.00
C.E.N.	$ 5.150.00

Resolución 641 Enero 23/2015

NOTARIA 52 DE BOGOTÁ
ESCRITURACIÓN
Radicó:
Elaboró:
Tomó firma:
Liquidó:
Revisó:

MCC

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

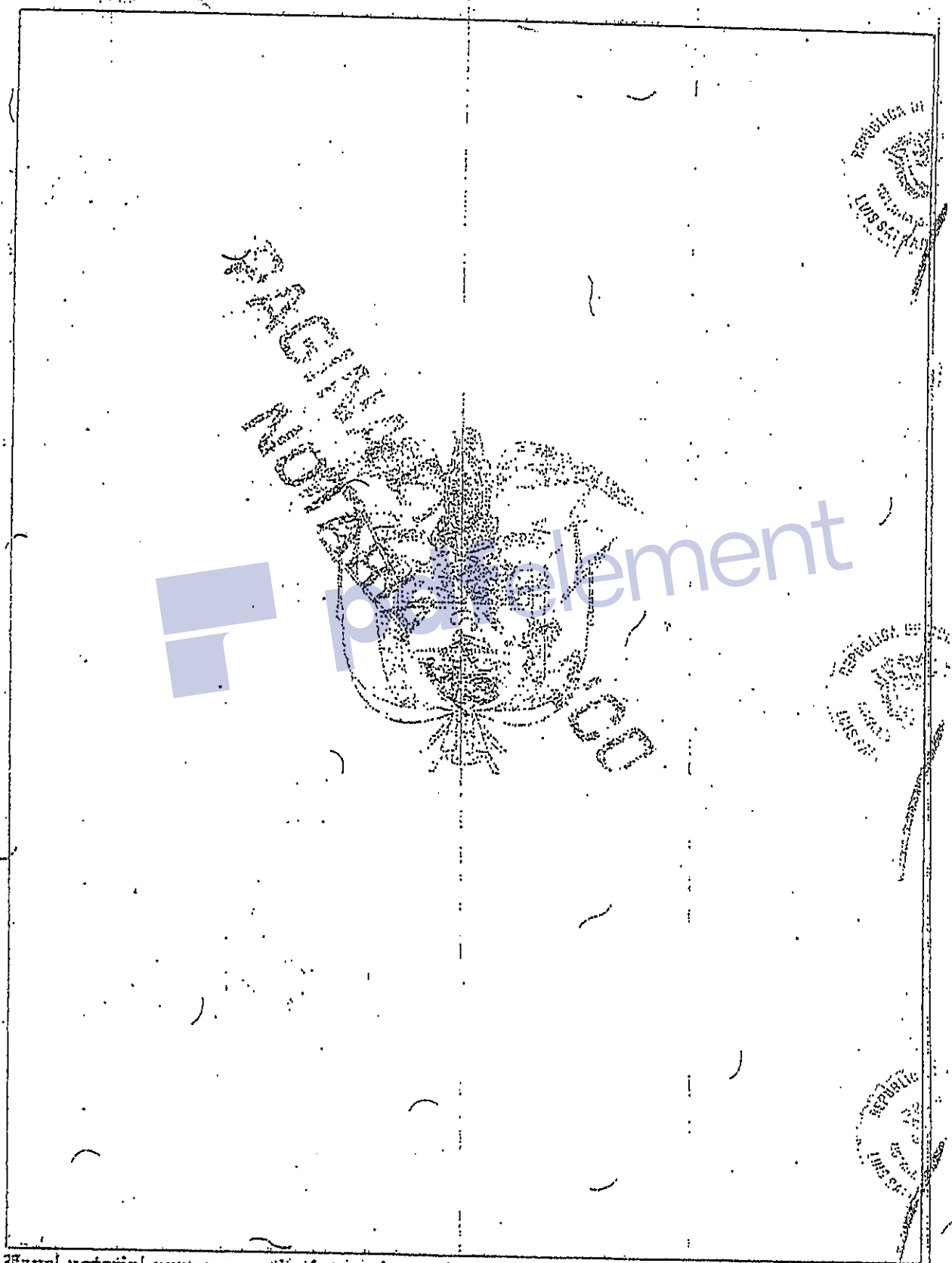
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos notariales

Ca146096736

29/10/2015 1040NORDe44MQDM

Cadena 1 [illegible]

Elimina la filigrana digital ahora



Papel notarial para uso exclusivo de escrituras públicas - No tiene costo para el usuario

Elimina la filigrana digital ahora

950

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO.
Radicación No.76001-31-03-007-2015-00132-00

AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Diciembre catorce -14- de dos mil dieciséis (2016).

En atención a los escritos que anteceden, el Juzgado

RESUELVE:

1)Allegue el Dr. ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS el documento físico relacionado como certificados y escritura pública donde consta la calidad del abogado MARTIN EMILIO RAMIREZ, los cuales no fueron anexados como lo menciona en su escrito que obra al folio 933. Cumplido con lo anterior se le dará trámite al poder que obra al folio 934.

2)Agréguense a los autos para que conste su recibo el escrito y anexo presentados por el señor CARLOS HUMBERTO GARCIA ORREGO quien manifiesta ser representante legal de GARCIA & LOPEZ CONSULTORIA, DEFENSA JURIDICA Y CAPACITACION G & L S.A.S., a folios del 937 al 949, para lo cual debe aportarse el poder conferido por escritura pública No.1455 del 8 de Julio de 2016 mencionado en escrito del folio 937, como también debe presentar el certificado de existencia y representación legal de dicha entidad.

pdfelement

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
En estado No 917 de hoy notificado
Fecha ejecución 15 DIC 2016
El Secretario

Elimina la filigrana digital ahora

Santiago de Cali, enero 20 de 2017.

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

DE ORALIDAD DE CALI

E. S. D.

REF: PROCESO: ORDINARIO

DEMANDANTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS

DEMANDADOS: JAMES ARTURO ZAMBRANO Y OTROS

RADICACIÓN: 2015-00132-00

JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, identificado con cedula de ciudadanía número 12´996.090 de Pasto, comedidamente me dirijo a Usted, en mi calidad de demandado con el fin de informarle mediante el presente escrito que revoco el poder conferido al Doctor CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA para representarme en el proceso de la referencia, de igual manera procederé a contratar a un nuevo profesional del derecho una vez sea admitida la presente revocatoria y lo hare saber de la misma manera a su despacho, agradezco su valiosa colaboración.

Del señor Juez

Atentamente;

JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ

C.C. N° 12´996.090 de Pasto

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

SEÑOR
JUEZ SEPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIADAD CIVIL
CONTRACTUAL POR FALLA MÉDICA
RADICACIÓN No. 2015-132

DEMANDANTES: NOREIDY ACEVEDO CARDONA
JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA
MERY CARDONA PEREZ, JOSE HEBERTO
ACEVEDO, ELBER ACEVEDO CATRDONA

DEMANDADOS: SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP
(Saludcoop EPS)NIT 800250119-1
SALUDCOOP NORTE NIT 900067659-6
DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ
OSWALDO CORAL GUERRON
JAMES ZAMBRANO NARVÁEZ
CLAUDIA YANETH GONZALEA AREVALO

Yo, **MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ** identificada profesionalmente como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de apoderada de la Parte Demandante dentro del proceso referido, al Señor Juez de manera respetuosa le solicito ordenar se me dé copia del CD que obra a folio 936 para tener conocimiento de su contenido.

Anexo pago de arancel respectivo y CD.

Del Señor Juez,

MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ
T.P 40.059 D1 del CSJ

957

Elimina la filigrana digital ahora

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

16/01/2017 10.19.52 Cajero: edsanche

Oficina: 6925 - CALI-ARISTI
Terminal: B6925CJ0426F Operación: 2947030

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	$1,500.00
Costo de la transaccion:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo	$0.00

Medio de Pago EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 1118298885

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transaccion solicitada se registro correctamente en el comprobante Si no esta de acuerdo informele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuniquese en Bogota al 5948500 resto del pais al 018000915000

pdfelement

954

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.

RADICACION No.7601-31-03-007-2015-00132-00-

AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Enero veintisiete -27- de dos mil diecisiete (2017).

En atención a los escritos que anteceden, el Juzgado

RESUELVE:

1)Admítase la revocatorio del poder presentada por el demandado señor JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ y que le fue conferido al abogado Dr. CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA.(Folio 951).

Lo anterior con aplicación a lo dispuesto en los incisos 1 y 2 del Artículo 76 del Código General del Proceso.

2)Expídase copia del archivo contenido en el CD que obra al folio 936 y hágase entrega a la solicitante Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ (Folios 952 y 953).

NOTIFIQUESE.

El Juez,

pdfelement

JOSE ANTONIO DUQUE.

Juzgado 7º

Estado No. 014

Fecha 31 ENE 2017

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

95

Santiago de Cali, enero 23 de 2017.

SEÑOR
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO
DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

REF: PROCESO: ORDINARIO
DEMANDANTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS
DEMANDADOS: JAMES ARTURO ZAMBRANO Y OTROS
RADICACIÓN: 2015-00132-00

JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, identificado con cedula de ciudadanía número 12´996.090 de Pasto,mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, comedida y respetuosamente me dirijo a Usted, con el fin de manifestarle que otorgo poder especial, amplio y suficiente al doctor **DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO**, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10´533.061 expedida en Popayán y portador de la tarjeta profesional No. 31.390 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación asuma mi defensa dentro del proceso que se adelanta en el JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI; REF: PROCESO: ORDINARIO DEMANDANTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS, DEMANDADOS: JAMES ARTURO ZAMBRANO Y OTROS, RADICACIÓN: 2015-00132-00.
Mi apoderado queda facultado para recibir, transigir, conciliar, sustituir, formular las declaraciones o peticiones procedentes en el contencioso y en general, para todo cuanto en derecho sea pertinente en defensa de mis intereses.

Señor Juez, sírvase reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los fines aquí indicados.

Atentamente,

JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ,
C. C. N° 12´996.090 de Pasto
ACEPTO

DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO.
C. C. No. 10´533.061**de Popayán.**
T. P. No. 31.390 **del C. S. De la J.**
Dirección cra.101 Nº 12-39 casa 46 unidad Remansos del Paraíso Cali.
Correo electrónico dr.diego.villamarin@hotmail.com

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

NOTARIA 4

23/01/2017 03:07:32

04 - 00166

República de Colombia

Santiago de Cali - Valle del Cauca

Presentación Personal - Diligencia de Reconocimiento de Contenido y Firma. (Art. 68 Dto-Ley 960 de 1970)

Ante mi, SANDRA PATRICIA TOBAR PEREZ, Notario Cuarto (E) del Círculo de Cali compareció:

JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ

Cédula de Ciudadanía 12996090

Y declaró que el contenido del documento que antecede es cierto, y que la firma y huella que en el aparecen son suyas

Firma Declarante



pdfelement

Diego Leon Villamizar Idrobo

C.C. 1.144.139.657

Elimina la filigrana digital ahora

Santiago de Cali, febrero 13 de 2017.

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

DE ORALIDAD DE CALI

E. S. D.

REF: PROCESO: ORDINARIO

DEMANDANTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS

DEMANDADOS: JAMES ARTURO ZAMBRANO Y OTROS

RADICACIÓN: 2015-00132-00

DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO abogado titulado e inscrito mayor de edad e identificado con C.C. N° 10´533061 expedida en Popayán, portador de la Tarjeta Profesional N° 31.390 del C S. de la J. comedida y respetuosamente me dirijo a Usted; con el fin de presentar el memorial poder documento que adjunto al presente en el cual el Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, identificado con cedula de ciudadanía número 12´996.090 de Pasto, me confiere poder para que lo represente en el proceso de la referencia, solicito a su señoría reconocerme personería para actuar en los términos y para los fines allí indicados, agradezco su valiosa colaboración.

Del señor Juez con respeto y consideración

Atentamente;

pdfelement

DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO.

C. C. No. 10´533.061de Popayán.

T. P. No. 31.390 del C. S. De la J.

Dirección cra.101 Nº 12-39 casa 46 unidad Remansos del Paraíso Cali.
Correo electrónico dr.diego.villamarin@hotmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO

Diego León Villamarín Idrobo
c/ Sno

15 FEB

C.C. Nº 10.533.061
expedida en Popayán
T.P. Nº 31390
C.S.J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.
Radicación No.76001-31-03-007-2015-00132-00
AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Febrero veinte -20- de dos mil diecisiete (2017).

En atención a los escritos que anteceden, el Juzgado

RESUELVE:

Téngase al abogado Dr. DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO como apoderada judicial del demandado señor JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ dentro del presente proceso.

NOTIFIQUESE

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

pdfelement

29

21 FEB 2017

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

Bogotá, Febrero 2017

Señores
7 CIVIL DEL CIRCUITO
j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
CALI - VALLE

Ref. **Rad.** **2012-00444**
Proceso: **CIVIL**
Demandante: **JHON ALBEIRO CABANZO**
Demandado: **CORPORACION IPS OCCIDENTE; FERNANDO VALDES TAFUR Y EDUAR ECHEVERRY GARCIA**

Asunto: Comunicación **TERMINACIÓN EXISTENCIA LEGAL DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN Y SOLICITUD DE DESVINCULACION EN ACCIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES AL DR. PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO**

I. COMUNICACIÓN RESOLUCIONES N° 000051 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2016 Y 002667 DE 31 DE ENERO DE 2017 EXPEDIDAS POR EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, ENTIDAD IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1

Como fue de conocimiento público y notorio, por medio de la Resolución 000025 del 12 de enero de 2016 la Superintendencia Nacional de Salud ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar que pesaba sobre la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, entidad identificada con NIT 830.106.376-1 y dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios y la **intervención forzosa administrativa para liquidarla** y designó como Agente Especial Liquidador al Señor Pedro Alfonso Mestre Carreño.

El **RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE** a la intervención forzosa administrativa para liquidar la CORPORACION IPS SALUDCOOP, conforme a lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto N° 1015 de 24 de mayo de 2002 y en el artículo 1 del Decreto 3023 del 11 de diciembre de 2002, es el previsto en la Resolución N° 000025 del 12 de enero de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en el Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), modificado a su vez por la Ley 510 de 1999, lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010 y las disposiciones que las modifiquen, sustituyan, complementen, adicionen o reglamenten y cuando estas normas, hacen referencia a la Superintendencia Financiera de Colombia se debe entender que dicha referencia se hace a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los artículos 293, 294 y 295 del Decreto Ley 663 de 1993 establecen que, el proceso de liquidación es un proceso concursal y universal cuya finalidad esencial es la pronta realización del activo y el pago gradual y rápido del pasivo externo a cargo de la respectiva entidad en liquidación hasta la concurrencia de sus activos, preservando la igualdad entre los acreedores; que el proceso debe ser adelantado de manera autónoma única y

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

exclusivamente por el Agente Especial Liquidador, que las decisiones adoptadas son actos administrativos amparados por la presunción de legalidad, contra los cuales únicamente procede el recurso de reposición:

(...)

Artículo 293. Naturaleza y normas aplicables de la liquidación forzosa administrativa.

1. ***Naturaleza y objeto del proceso***. *El proceso de liquidación forzosa administrativa de una entidad vigilada por la Superintendencia Bancaria es un proceso concursal y universal, tiene por finalidad esencial la pronta realización de los activos y el pago gradual y rápido del pasivo externo a cargo de la respectiva entidad hasta la concurrencia de sus activos, preservando la igualdad entre los acreedores sin perjuicio de las disposiciones legales que confieren privilegios de exclusión y preferencia a determinada clase de créditos.*

2. ***Normas aplicables. Los procesos de liquidación forzosa administrativa de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria serán adelantados por los liquidadores y se regirán en primer término por sus disposiciones especiales***.

   En las cuestiones procesales no previstas en tales normas que correspondan a actuaciones orientadas a la expedición de actos administrativos se aplicarán las disposiciones de la parte primera del Código Contencioso Administrativo y los principios de los procedimientos administrativos.

   (...)

   ARTICULO 294. COMPETENCIA PARA LA LIQUIDACION. *De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 35 de 1993, a partir de la vigencia de dicha Ley* ***es competencia de los liquidadores adelantar bajo su inmediata dirección y responsabilidad los procesos de liquidación forzosa administrativa*** *de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria.*

   ARTICULO 295. REGIMEN APLICABLE AL LIQUIDADOR Y AL CONTRALOR.

   (...)

3. ***Naturaleza de los actos del liquidador.*** *Las impugnaciones y objeciones que se originen en las decisiones del liquidador relativas a la aceptación, rechazo, prelación o calificación de créditos y, en general, las que por su naturaleza* ***constituyan actos administrativos, corresponderá dirimirlas a la jurisdicción de lo contencioso administrativo. Los actos administrativos del liquidador gozan de presunción de legalidad y su impugnación ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo no suspenderá en ningún caso el proceso liquidatorio.***

4. ***Contra los actos administrativos del liquidador únicamente procederá el recurso de reposición; contra los actos de trámite, preparatorios, de impulso o ejecución del proceso, no procederá recurso alguno***.

   (...)

En ese orden de ideas y de manera respetuosa, nos permitimos informar que la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, NIT 830.106.376-1, se encuentra **LIQUIDADA** en la actualidad y cancelada su personería jurídica ante el Ministerio de Salud y Protección

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

Social, circunstancia que acredito con el certificado de existencia y representación legal que adjunto a este documento:

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20171560175201
Fecha: 06-02-2017
Página 1 de 1

EL DIRECTOR JURIDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICA:

Que por Resolución 4884 del 4 de diciembre de 2008 emanada del entonces Ministerio de la Protección Social se reconoció personería jurídica a la institución sin ánimo de lucro denominada **CORPORACIÓN IPS CRUZ BLANCA**, con domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C., y en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca y con Nit No. 830.106.376-1 se aprobaron sus estatutos y se ordenó su inscripción en el Registro Nacional Especial.

Que mediante Resolución 975 de marzo 18 de 2010 se aprobó la reforma estatutaria contenida según Acta 8, de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de Asociados, realizada el 27 de enero de 2010, la cual se denominará en adelante **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.**

Que mediante Resolución 487 del 10 de marzo de 2014, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, la separación del Gerente Nacional, de los miembros de la Junta Directiva y del revisor fiscal de la Corporación IPS Saludcoop o de quienes hagan sus veces y se designó a Crowe Horwath Colombia S.A identificada con N.IT. 830006156 9 como revisor fiscal quien ejercerá las funciones propias de un revisor fiscal.

Que mediante Resoluciones 1487 de 05 de agosto de 2014, 301 y 1600 de 6 de marzo y 5 de septiembre de 2015, se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 025 de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar, que recaía sobre la Corporación IPS Saludcoop, decretó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar y designó como Agente Especial liquidador al señor Pedro Alfonso Mejía Carrero, identificado con cedula de ciudadanía número 77.019.424 de Valledupar, mediante Resolución 1246 del 5 de mayo de 2015 designó como contralor vía revisor fiscal al doctor Carlos Elías Narváez Mendoza.

Que mediante Resolución 2567 del 31 de enero de 2017, expedida por el Agente Especial Liquidador, se declaró terminada la existencia legal de la Corporación IPS Saludcoop en Liquidación.

La presente certificación se expide a los seis (6) días del mes de febrero de dos mil diecisiete (2017) a petición del señor Pedro Alfonso Mejía Carrero.

LUIS GABRIEL FERNANDEZ FRANCO

La terminación de la existencia jurídica de la entidad genera las siguientes consecuencias jurídicas:

1.1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

Con la finalidad de evitar un desgaste innecesario de la administración de justicia, me permito manifestar **que la entidad** la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, NIT 830.106.376-1**, se encuentra extinta por haber sido liquidada, conforme lo demuestra el certificado de existencia y representación legal de la entidad, expedido el día 6 de febrero de 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social, configurándose de esta manera la falta de legitimación por pasiva**.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

Sobre la falta de legitimación por pasiva ha considerado el Honorable Consejo de Estado:

> CONSEJO ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION CUARTA. Consejera ponente: MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA. Bogotá D.C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil dieciséis (2016). Radicación Número: 68001-23-33-000-2015-00276-01. Actor: U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN. Demandados: SOLSALUD EPS S.A Y OTROS.
>
> *"(...)*
>
> *Se decidirá el recurso de apelación interpuesto por la demandante contra el auto de 20 de noviembre de 2015[1], proferido por el Tribunal Administrativo de Santander, que rechazó la demanda interpuesta contra SOLSALUD EPS S.A y Otros, al no encontrarlos legitimados en la causa por pasiva.*
>
> *(...)*
>
> *En principio, la Sala hace referencia a la legitimación en la causa, en el entendido que es la posibilidad de que la persona formule o contradiga las pretensiones de la demanda, por ser el sujeto activo o pasivo con interés en la relación jurídica sustancial debatida en el proceso. Como se observa, las personas con legitimación en la causa se encuentran en relación directa con la pretensión, ya sea desde la parte activa, como demandante, o desde la parte pasiva, como demandado. Un sector de la doctrina sostiene que la legitimación en la causa es la aptitud para ser parte en un proceso concreto, otro sector usa la terminología de la legitimación desde la ley sustancial, así:*
>
> > *"Creemos que se precisa mejor la naturaleza de esa condición o calidad o idoneidad; así en los procesos contenciosos, la legitimación en la causa consiste, respecto del demandante, en ser la persona que de conformidad con la ley sustancial está legitimada para que por sentencia de fondo o mérito se resuelva si existe o no el derecho o la relación jurídica sustancial pretendida en la demanda, y respecto del demandado en ser la persona que conforme a la ley sustancial está legitimada para discutir u oponerse a dicha pretensión del demandante; y en los procesos de jurisdicción voluntaria consiste en estar legitimado por la ley sustancial para pedir que se hagan las declaraciones solicitadas en la demanda."[2]*
> >
> > *Asimismo, se advierte la utilidad de señalar las diferencias entre la legitmatio ad processum y la legitimatio ad causam. La legitimación en la causa está directamente relacionada con el objeto de la litis, es decir, se trata de un elemento sustancial vinculado con la pretensión, en ese sentido, no constituye un presupuesto procesal, como sí lo es la legitimación para el proceso; por el contrario, la legitimación en la causa ha sido entendida como un presupuesto para la sentencia de fondo, en otras palabras, es un requisito para que exista un pronunciamiento de mérito sobre la relación jurídico - sustancial que es materia de juzgamiento. En ese orden de ideas, la ausencia de legitimación en la causa no genera la nulidad del proceso, lo que enerva es la posibilidad de obtener una decisión sobre el asunto.*

[1] Fl. 441 -442 Cdno Ppal.
[2] Devis Echandía, Hernando. Teoría General del Proceso, Tomo I. Biblioteca Jurídica Dike, 1994. Medellín-Colombia. p. 270

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

> *Ahora bien, según se hable de la legitimación del demandante o del demandado, estamos en presencia de la falta de legitimación en la causa por activa y por pasiva, respectivamente. La legitimación en la causa por pasiva, en el proceso contencioso administrativo, necesariamente debe entenderse a la luz del concepto de capacidad para ser parte. En otros términos, la falta de legitimación por pasiva sólo puede predicarse de las personas que tienen capacidad para ser parte en el proceso, y no de los órganos o de los representantes de éstos que acuden al proceso en nombre de la persona jurídica de derecho público. Así, es claro que en los casos en los que se demanda a la Nación, pero ésta no estuvo representada por el órgano que profirió el acto o produjo el hecho, sino por otra entidad carente de personería jurídica, no se está en presencia de falta de legitimación en la causa, sino de un problema de representación judicial.*
>
> *Desde esta perspectiva, por el contrario, estamos ante un problema de falta de legitimación en la causa, cuando se demanda a una persona de derecho público en particular, verbigracia la Nación, y quién debió ser demandado era otra persona, entiéndase un Municipio, un Departamento u otra entidad pública con personería jurídica".*

En el sub examine, el a quo, en el auto apelado, consideró que pese a que los actos que hoy se acusan de ilegalidad fueron suscritos por el señor Hernández Vélez, este lo hizo en calidad de Agente Especial Liquidador, más no como persona natural, razón por la cual no es posible atribuirle legitimación para comparecer a este proceso; además, sus facultades fenecieron el 6 de junio de 2014.

Por otro lado, el Tribunal advirtió que en el escrito de subsanación, se indica que la demanda también fue interpuesta contra SOLSALUD EPS. S.A. en liquidación, el señor Fernando Hernández Vélez en calidad de agente especial liquidador de SOLSALUD, la Superintendencia Nacional de Salud y LEGAL STRATEGY SAS, sin embargo, al revisar el contenido de las pretensiones, encontró que ellas van encaminadas a enjuiciar actos administrativos que fueron proferidos por el Agente Especial Liquidador de SOLSALUD EPS SA y no por las demás entidades demandadas, de lo cual coligió que ellas no intervinieron en la expedición de los actos administrativos objeto de disputa, por tanto, no puede endilgárseles legitimación en la causa por pasiva respecto al concepto de violación establecido en la demanda.

En efecto, para resolver la cuestión es necesario determinar la participación de SOLSALUD EPS. S.A. en liquidación, de la Superintendencia Nacional de Salud y de LEGAL STRATEGY SAS en la expedición de los actos administrativos, y si están legitimados en la causa para ser demandados ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativa.

Respecto de la sociedad Solidaria de Salud - SOLSALUD. E.P.S., esta Corporación precisa que fue una entidad privada promotora de salud, constituida como sociedad anónima, creada por organizaciones sociales, instituciones de salud y educación, fondos de empleados, cooperativas y entidades sin ánimo de lucro. En el estudio de evaluación técnica realizado por la Superintendencia Nacional de Salud, se estableció que la sociedad presentó un déficit operacional, que no le permitía pagar ni financiar sus gastos de funcionamiento, proveer suministros y elementos para garantizar una correcta prestación del servicio. En consecuencia, SOLSALUD fue intervenida forzosamente por la Superintendencia para ser liquidada. En virtud de ello, se designó al señor Fernando Hernández Vélez como agente especial liquidador para que adelantara todo el trámite pertinente.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

*Mediante la Resolución 4964 del 6 de junio de 2014, se declaró terminada la existencia legal de SOLSALUD EPS, así como la cancelación de la Matrícula Mercantil. También consagró que "*a partir de la fecha de este registro ningún Juez de la República puede admitir demanda en contra de la extinta sociedad al configurarse la falta de legitimación*"*[3]

Sin embargo, SOLSALUD firmó contrato de mandato con representación con LEGAL STRATEGY para la representación judicial o extrajudicial tendiente a la recuperación de los valores pagados y no debidos única y exclusivamente ante la DIAN[4]. Dicho mandato finalizó el 27 de julio de 2015, como consecuencia de la renuncia del mandatario al evidenciar la imposibilidad de cumplir con el objeto contractual[5].

Ahora bien, esta Corporación ha reconocido que las decisiones del liquidador producto de la intervención forzosa, relativas a la aceptación, rechazo, prelación o calificación de crédito de todas aquellas en las que resuelve crear, modificar o extinguir una situación jurídica son actos administrativos contra los cuales procede el recurso de reposición y son susceptibles de control de legalidad ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Revisado el memorial allegado por la sociedad Legal Strategy, se observa el certificado de existencia y representación legal de SOLSALUD, del cual se destaca:

> *"(...) MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 004964 DEL 6 DE JUNIO DE 2014, PROFERIDA POR EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR SE RESUELVE DECLARAR TERMINADA LA EXISTENCIA LEGAL DE LA SOCIEDAD SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD EPS S.A EN LIQUIDACIÓN CON DOMICILIO EN BUCARAMANGA, IDENTIFICADA CON NIT. 804001273-5 Y CONSECUENTEMENTE LA CANCELACION DE LAS MATRÍCULAS MERCANTILES DE LAS SUCURSALES Y/O AGENCIAS DE LA SOCIEDAD SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN. ARTÍCULO SEGUNDO: ORDENAR LA INSCRIPCIÓN DE ESTA RESOLUCIÓN EN EL REGISTRO MERCANTIL DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, LA CANCELACIÓN DE LA MATRÍCULA, LA CANCELACIÓN DEL REGISTRO CON (sic) AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DE FERNANDO HERNÁNDEZ VÉLEZ Y LA INSERCIÓN EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DEL SIGUIENTE TEXTO: CONFORME A LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN No. 4964 DE 6 DE JUNIO DE 2014 EXPEDIDA POR SOLSALUD EPS S.A. SE ENCUENTRA LIQUIDADA, POR LO CUAL, A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE REGISTRO NINGÚN JUEZ DE LA REPÚBLICA PUEDE ADMITIR DEMANDA EN CONTRA DE LA EXTINTA SOCIEDAD AL CONFIGURARSE LA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA (...)"*[6]

Con base en lo anterior, en reiteradas oportunidades la Sala se ha pronunciado acerca de la capacidad jurídica de las personas jurídicas para actuar ante la jurisdicción.

[3] Fl. 355 Cdno Ppal.
[4] Fl. 356 -364 Cdno Ppal.
[5] Fl. 458 – 475 Cdno Ppal.
[6] Fl. 476 – 478 Cdno Ppal.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

"(...) Lo anterior permite afirmar que las personas jurídicas conservan su capacidad procesal mientras existían, es decir, hasta tanto no se haya inscrito en el registro mercantil la escritura pública" [7]

"(...) Se tiene que la sociedad es una persona jurídica con capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones y, por consiguiente, para ser parte de un proceso, atributo que conserva hasta tanto se liquide el ente y se apruebe la cuenta final de su liquidación, que es el momento en el cual desaparece o muere la persona jurídica.

Hechas las anteriores precisiones y toda vez que la parte actora, por haber ejercido actividad comercial estaba sometida al régimen probatorio del derecho mercantil, debía acreditar su existencia y representación legal mediante el correspondiente registro expedido por la Cámara de Comercio, en la que conste, entre otros aspectos, la constancia de que "la sociedad no se halla disuelta".

(...)

Considera la Sala, que al haber desaparecido la sociedad de la vida jurídica, el señor Diego Alberto Londoño Gómez, quien figura en el certificado de Cámara de Comercio nombrado como liquidador, no estaba legitimado para representarla, toda vez, se repite, que con el trámite de disolución y liquidación se extinguió la persona jurídica y por sustracción de materia, carecía de facultad para obrar como representante legal de una entidad que había dejado de existir material y jurídicamente y por tanto, no podía constituir un mandatario que representara sus intereses.
(...)" [8]

En atención a lo anterior, es claro que SOLSALUD EPS S.A. en liquidación no goza de capacidad jurídica para hacer parte de este litigio, en la medida en que el proceso liquidatorio ya finalizó, tal y como consta en el certificado de existencia y representación.

Adicionalmente, los efectos extintivos de la sociedad se hacen extensivos al señor Fernando Hernández Vélez, en calidad de agente especial liquidador de SOLSALUD, quien por consiguiente cesa en sus funciones y no puede representarla ni actuar en nombre de ella, desde el 6 de junio de 2014.

Por otro lado, LEGAL STRATEGY SAS tampoco se encuentra legitimada en la causa por pasiva, porque desde el 27 de julio de 2015, renunció al mandato suscrito en el Contrato de Mandato No. VGH 934 de 2014, porque se presentó la imposibilidad de desarrollar el objeto. Acontecimiento publicado en el diario La República el 29 de julio de 2015[9]*. Adicionalmente, el mismo contrato limitó a LEGAL STRATEGY SAS para concurrir y hacerse parte en procesos judiciales en donde fuera demandada la Sociedad Solidaria de Salud – SOLSALUD EPS SA en liquidación.*

Así las cosas, LEGAL STRATEGY SAS se encuentra jurídicamente imposibilitada para pertenecer a uno de los extremos de la litis, como quiera que carece de capacidad jurídica.

---

[7] Consejo de Estado – Sección Cuarta; C.P. Martha Teresa Briceño De Valencia; Sentencia del 10 de septiembre de 2014; Exp. 05001-23-31-000-1997-00026-01 (19510)
[8] Consejo de Estado – Sección Cuarta; C.P. Carmen Teresa Ortiz; 30 de abril de 2014; C.P. Hugo Fernando Bastidas; 11 de junio de 2009 Exp. 16319
[9] Fl. 479 – 480 Cdno Ppal.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

En relación con la Superintendencia Nacional de Salud, ninguna de las pretensiones va encaminada a pedir la nulidad y restablecimiento del derecho de un acto administrativo proferido por esta entidad, únicamente hace mención a los actos proferidos por el agente especial liquidador de SOLSALUD EPS SA.

En ese orden de ideas, no cabe duda de que SOLSALUD, el agente especial liquidador de SOLSALUD y LEGAL STRATEGY no tienen capacidad judicial para actuar en el presente proceso, porque SOLSALUD dejó de existir tal como se probó con el certificado de existencia y representación, expedido por la Cámara de Comercio de Bucaramanga; igualmente finiquitaron las funciones otorgadas a su agente liquidador. Significa, entonces, que estos sujetos no se encuentran legitimados en la causa por pasiva.

(...)

RESUELVE:

***CONFÍRMASE** el auto de 20 de noviembre de 2015, proferido por el Tribunal Administrativo de Santander, objeto de apelación, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.*

(...)

Por lo tanto, al no existir la persona jurídica **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN**, por encontrarse ya liquidada, no existe legitimidad por pasiva por inexistencia del demandado y en consecuencia **ES IMPOSIBLE FISICAMENTE CUMPLIR CON UNA ORDEN JUDICIAL POR ENCONTRARSE LA PERSONA JURÍDICA EXTINTA.**

1.2. PRUEBA DE LA TERMINACIÓN DE LA EXISTENCIA JURÍDICA DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

El Decreto 2555 de 2010 reza:

(...)

Artículo 9.1.3.6.6. Terminación del proceso.

El proceso de liquidación forzosa administrativa terminará cuando la resolución por la cual se declare terminada la existencia legal de una institución financiera en liquidación, luego de publicarse por una sola vez en un diario de amplia circulación nacional, quede en firme y sea inscrita en el registro mercantil.

(...)

La Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017 por medio de la cual el agente especial liquidador declara terminada la existencia legal de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, la cual se publicó el día 1 de febrero de 2017, en el Diario "El Nuevo Siglo", en la página 17

JURISDICCIONAL JUDICIAL ALGOVOO

Elimina la filigrana digital ahora



ECONOMÍA

EMPRESA PODRÍA LIBRARSE DE RESPONSABILIDAD FISCAL

Choque entre Supersociedades y Contraloría por caso Conalvías

Fue costumbre Andrés Jaramillo, excresidente de la constructora. Alistaba viaje para el exterior

Tendencia en seguridad informática

Constructores miden la economía en 2017

A su vez, la Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017 por medio de la cual el agente especial liquidador declara terminada la existencia legal de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, fue registrada en el certificado de existencia y representación legal de la entidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección social

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

TODOS POR UN
NUEVO PAIS

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20171160075201
Fecha: 06-02-2017
Página 1 de 1

EL DIRECTOR JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que por Resolución 4884 del 4 de diciembre de 2006, emanada del entonces Ministerio de la Protección Social, se reconoció personería jurídica a la institución sin ánimo de lucro denominada **CORPORACIÓN IPS CRUZ BLANCA**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. y en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca y con Nit No. 830 106 376-1, se aprobaron sus estatutos y se ordenó su inscripción en el Registro Nacional Especial.

Que mediante Resolución 975 de marzo 16 de 2010, se aprobó la reforma estatutaria adoptada según acta 3, de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de Asociados, realizada el 27 de enero de 2010, la cual se denominará en adelante **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.**

Que mediante Resolución 467 del 10 de marzo de 2014, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop, la separación del Gerente Nacional, de los miembros de la Junta Directiva y del revisor fiscal de la Corporación IPS Saludcoop o de quienes hagan sus veces y se designó a Crowe Horwath Colombia S.A identificada con NIT 830060518-6 como contralor, quien ejercerá las funciones propias de un revisor fiscal.

Que mediante Resoluciones 1467 del 06 de agosto de 2014, 391 y 1638 del 6 de marzo y 1 de septiembre de 2015, se prorrogó la intervención forzosa administrativa para administrar de la Corporación IPS Saludcoop.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 026 de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar que pesaba sobre la Corporación IPS Saludcoop, después la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidarla y designó como Agente Especial Liquidador al señor Pedro Alfonso Mestre Carreño, identificado con cédula de ciudadanía número 77.019.424 de Valledupar y mediante Resolución 1248 del 5 de mayo de 2016 designó como contralor y/o revisor fiscal al doctor Campo Elías Mendoza Mendoza.

Que mediante Resolución 2667 del 31 de enero de 2017, expedida por el Agente Especial Liquidador, se declaró terminada la existencia legal de la Corporación IPS Saludcoop en Liquidación.

La presente certificación se expide a los seis (6) días del mes de febrero de dos mil diecisiete (2017) a petición del señor Pedro Alfonso Mestre Carreño.

LUIS GABRIEL FERNÁNDEZ FRANCO

El Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta. Consejera ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia Bogotá D.D., diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014). Radicación: 05001233100019970002601 [19510]. Actor: Nación - Unidad Administrativa Especial – Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Demandado: corporación financiera antioqueña s.a., en liquidación (NIT. 90.920.012), ha considerado:

(...)

El FOGAFIN informó que "mediante la Resolución N°1 del 2 de febrero de 2000 se declaró la terminación de la existencia legal de la Corporación, acto administrativo debidamente protocolizado el día 31 de enero de 2000 mediante escritura pública N°215 de la Notaría

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

963
Elimina la filigrana digital ahora

20 de Medellín, por lo anterior en la actualidad no existe la Corporación Financiera Antioqueña S.A."[10]

Lo anterior se corrobora con el certificado expedido por la Cámara de Comercio del Oriente Antioqueño, del 31 de julio de 2014[11]*, que dice:*

> *"Liquidación: Que por Escritura Pública N°0000215 de Notaría 20 de Medellín del 31 de enero de 2002, inscrita el 18 de junio de 2003, bajo el número 00008881 del Libro IX, se inscribe: la liquidación de la presente persona jurídica.*
>
> *"Cancelación: Que por Escritura Pública N°0000215 de Notaría 20 de Medellín del 31 de enero de 2002, inscrita el 18 de junio de 2003, bajo el número 00025058 del Libro XV, se inscribe: la cancelación de la matrícula mercantil de la presente persona jurídica".*

Estos documentos acreditan que la persona jurídica demandada dejó de existir el 18 de junio de 2003, fecha en que fue inscrita en el registro mercantil la liquidación de la sociedad, la cual fue protocolizada mediante escritura pública del 31 de enero de 2002 de la Notaría 20 de Medellín.

El certificado de la Cámara de Comercio prueba la existencia de las personas jurídicas, al respecto, la Sala se pronunció[12]*, así:*

> *"Legalmente, la persona jurídica societaria existe desde el momento en que se constituye por escritura pública inscrita en el registro mercantil de la Cámara de Comercio con jurisdicción en su lugar de domicilio y de aquel donde funcionan sus sucursales, si es que no pertenecen al mismo distrito de la cámara del domicilio principal, so pena de que el contrato de sociedad no pueda oponerse a terceros (arts. 110 a 112 ibídem).*
>
> *"Dicha existencia se prueba con la certificación de la Cámara de Comercio del domicilio principal, en la que conste el número, fecha y notaría de la escritura de constitución y de las reformas del contrato, si las hubiere; la fecha y el número de la providencia por la cual se le concedió permiso de funcionamiento, los representantes de la sociedad (art. 117 ejusdem) y, en todo caso, la constancia de que la sociedad no se halla disuelta.*

En cuanto a la capacidad de las personas jurídicas para ser parte en el proceso, esta Sección precisó[13]*:*

> *"Es necesario distinguir la extinción de la personalidad en sí, es decir, la capacidad jurídica, de la extinción del substrato material (patrimonio social). El término disolución se refiere en forma especial a la extinción de la personalidad, y el vocablo liquidación, a la extinción patrimonio social.*
>
> *"En este orden de ideas, se tiene que la sociedad es una persona jurídica con capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones, y, por consiguiente, para*

---

[10] Cfr. Fl. 284 .
[11] Documento allegado al expediente con ocasión del "auto para mejor proveer" y puesto en conocimiento de las partes, por auto del 1° de agosto de 2014, notificado por estado de fecha 8 de agosto del año en curso (v. fls. 288 y s.s.).
[12] Sentencia del 30 de abril de 2014, Exp. 19575. C.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez.
[13] Sentencia de 11 de junio de 2009, Exp. 16319, C.P. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

ser parte en un proceso, atributo que conserva hasta tanto se liquide el ente y se apruebe la cuenta final de su liquidación, que es el momento en el cual desaparece o muere la persona jurídica."

Lo anterior permite afirmar que las personas jurídicas conservan su capacidad procesal mientras existan, es decir, hasta tanto no se haya inscrito en el registro mercantil la escritura pública de liquidación.

(…)

Dado que en el caso, se tiene la certeza de la inexistencia de la persona jurídica demandada, carece de objeto cualquier pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

(…)" Subrayas y negrillas fuera de texto.

II. Resolución N° 000051 de fecha 28 de diciembre de 2016 Por medio de la cual el Agente Especial Liquidador declara configurado el desequilibrio financiero del proceso de liquidación de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 830.106.376-1 y se dictan otras disposiciones

Respetados Magistrados y jueces, bajo los anteriores lineamientos se pone además en conocimiento de sus honorables despachos que, se expidió la Resolución N° 000051 de fecha 28 de diciembre de 2016 Por medio de la cual el Agente Especial Liquidador declara configurado el desequilibrio financiero del proceso de liquidación de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 830.106.376-1 y se dictan otras disposiciones, en virtud de la cual quedó en firme la imposibilidad (declaratoria de créditos insolutos) de constituir reserva de ningún tipo de condena en contra de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN por el agotamiento total de sus activos disponibles, la cual se publicó en un diario de amplia circulación nacional "El Nuevo Siglo", página 20, el día 7 de enero de 2017 y en la página web: http://www.ipssaludcoopenliquidacion.com/; sin que haya sido objeto de recurso u objeción alguna (Por tratarse de un acto administrativo se encuentra en firme y goza de presunción de legalidad), la cual en su parte resolutiva reza:

(…)

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: DECLARAR configurado el desequilibrio financiero del proceso de liquidación de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, al no ser suficientes los activos para cubrir el pasivo, conforme lo dispuesto en el CAPITULO SÉPTIMO de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: DECLARAR que una vez realizado el inventario de activos y pasivos de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN y configurado el desequilibrio financiero, se genera un PATRIMONIO NETO NEGATIVO o un PATRIMONIO DE ENTIDADES EN PROCESO ESPECIALES DE LIQUIDACIÓN NEGATIVO por el valor de (-) CIENTO TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TRES PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($131.525.777.303), tal como se dispuso en el CAPÍTULO SÉPTIMO de la presente resolución.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

PÁRAGRAFO: Se deja constancia, que los valores anteriormente descritos, son valores aproximados dentro del proceso de liquidación de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1, los cuales, teniendo en cuenta, las dificultades contables y de archivo, pueden ser sujeto de ajuste o modificación.

ARTÍCULO TERCERO: RECHAZAR TOTALMENTE las obligaciones litigiosas enlistadas a titulo enunciativo en el capítulo SEXTO y en el Anexo No 001, de la presente Resolución y DECLARAR la imposibilidad material y financiera de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con el NIT 830.106.376-1 de constituir la reserva técnica y económica que dispone el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010 por las razones expuestas en la parte motiva de la presente Resolución y en consecuencia, en caso de producirse cualquier tipo de condena por concepto de procesos judiciales ordinarios, declarativos, de ejecución, ejecutivos, de responsabilidad fiscal y/o sancionatorios en contra de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, no será posible efectuar el pago de la eventual condena como tampoco atender la eventual solicitud futura del demandante de revocar el presente acto administrativo para proceder a su inclusión entre las acreencias aceptadas, por el agotamiento total de los activos disponibles de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN.

PARAGRAFO PRIMERO: Teniendo en cuenta lo anterior y ante el agotamiento total de los activos de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, la entidad en liquidación se encuentra imposibilitada de pagar y constituir reserva siquiera razonable, de los procesos anteriormente enlistados, los enunciados en el Anexo No 001 de la presente resolución y de cualquier otro proceso judiciales ordinarios, declarativos, de ejecución, ejecutivos, de responsabilidad fiscal y/o sancionatorios, distintos a los enunciados, que resulten en contra de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN

ARTÍCULO CUARTO: ORDENAR la depuración y castigo contable en la contabilidad de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con el NIT 830.106.376-1 de todas aquellas obligaciones en contra de la intervenida que no fueron reclamadas de manera oportuna ni de manera extemporánea y que se encuentran registradas en los estados financieros, conforme a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 9.1.3.2.4 del Decreto 2555 de 2010.

ARTICULO QUINTO: Rechazar las acreencias extemporáneas enlistadas en el numeral 3.4 del CAPÍTULO TERCERO del presente acto administrativo, por el agotamiento de los activos disponibles de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con el NIT 830.106.376-1.

ARTÍCULO SEXTO: DECLARAR terminados todos los contratos laborales vigentes con la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN a partir del 30 de enero de 2017, como consecuencia de la configuración del desequilibrio financiero del proceso liquidatorio, conforme a lo dispuesto en el CAPÍTULO OCTAVO de la presente resolución.

ARTÍCULO SÉPTIMO: Contra la presente Resolución NO procede ningún recurso conforme lo señalado en el inciso 2 numeral 2 del artículo 295 Estatuto Orgánico Financiero.

ARTÍCULO OCTAVO: Notificar la presente Resolución en la forma prevista en el artículo

WWW.SUPERSALUD.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

73 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo mediante la publicación de la parte resolutiva en un diario de amplia circulación nacional y en la web institucional.

ARTÍCULO NOVENO: ORDÉNESE la comunicación insertando la parte resolutiva del presente acto administrativo a cada uno de los despachos judiciales con destino a los expedientes de los procesos enlistados en el capítulo sexto de la presente Resolución y de las demandas que se llegaren a notificar, para el conocimiento del despacho judicial.

ARTÍCULO DÉCIMO: Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de diciembre de 2016.

(ORIGINAL FIRMADO)

PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO
Agente Especial Liquidador
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN

III. Resolución Nº 001531 (18 de Enero de 2017) "POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA INSOLUTOS LOS CRÉDITOS TIPO B, C, D Y E, DENTRO DEL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1

Mediante Resolución Nº 001531 (18 de Enero de 2017) "POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA INSOLUTOS LOS CRÉDITOS TIPO B, C, D Y E, DENTRO DEL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1 (...)" se estableció:

(...)

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: DECLARAR insolutos, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente Resolución, en especial por el agotamiento total de los activos disponibles de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, identificada con el NIT 830.106.376-1, los créditos reclamados de manera oportuna y extemporánea expresamente reconocidos por el Agente Especial Liquidador mediante acto administrativo, que hayan sido graduados conforme a lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, en la siguiente prelación de créditos:

Créditos Tipo B: Hacen parte de los créditos tipo b), las deudas las reconocidas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estas deudas se incluirán los servicios prestados o tecnologías prestadas por urgencias, así no medie contrato. En estos casos la liquidación debe desarrollar la auditoría y revisión de cuentas para su reconocimiento en lo pertinente. (Artículo 12 de la Ley 1797 de 2016).

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

965
Elimina la filigrana digital ahora

Créditos Tipo C: Hacen parte de los créditos tipo c) las Deudas de impuestos Nacionales y municipales, los presentados por la DIAN, SENA, ICBF, Impuestos departamentales y municipales tales como predial, vehículo, valorización, etc. (Artículo 12 de la Ley 1797 de 2016).

Créditos Tipo D: Hacen parte de los créditos tipo d) las Deudas con garantía prendaria o hipotecaria. (Artículo 12 de la Ley 1797 de 2016).

Créditos Tipo E: Hacen parte de los créditos tipo e}, los créditos quirografarios, las cuales por disposición legal no estén clasificadas en un orden de preferencia, conforme lo dispuesto en el artículo 250934 del Código Civil Colombiano. (Artículo 12 de la Ley 1797 de 2016).

(….)

IV. Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017 por medio de la cual el Agente Especial Liquidador declara terminada la existencia legal de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1

Así mismo, se expidió y publicó la Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017 por medio de la cual el agente especial liquidador declara terminada la existencia legal de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, la cual se publicó el día 1 de febrero de 2017, en el Diario "El Nuevo Siglo", en la página 17 y la cual en su parte resolutiva dispuso:

(…)

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: DECLARAR terminada la existencia legal de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1 y con domicilio Bogotá D.C.

PARÁGRAFO: De manera expresa se manifiesta que como consecuencia de la terminación de la existencia legal de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, no existirá subrogación legal, sustitución o sucesión procesal, mandato con representación, patrimonio autónomo o cualquier otra figura jurídico procesal que surta los mismos efectos, en los procesos en los cuales sea DEMANDADA la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA, al Consorcio SAYP, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Contraloría General de la República, a la Procuraduría General de la Nación y demás autoridades del orden nacional y territorial, la cancelación de los respectivos registros y códigos que aparezcan a nombre de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1

ARTÍCULO TERCERO: ORDENAR la inscripción de la presente resolución en los registros administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA, el Consorcio SAYP, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación y demás autoridades del orden nacional

pdfelement

INTERVENCIÓN AL SOYCO

Elimina la filigrana digital ahora

y territorial; la cancelación del registro como Agente Especial Liquidador de PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO, identificado con C.C. No 77.019.424, expedida en Valledupar- Cesar, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, la inserción en los certificados que expidan dichas entidades del siguiente texto:

"Conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 2667 de 31 de Enero de 2017 expedida por el Agente Especial Liquidador, la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, se encuentra Liquidada, por lo cual, a partir del 31 de Enero de 2017 (fecha de esta resolución) ningún juez de la república, autoridad administrativa o fiscal puede admitir demanda o actuación administrativa en contra de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, al configurase la falta de legitimación por pasiva.".

PARÁGRAFO: De manera expresa se manifiesta que como consecuencia de la terminación de la existencia legal de la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1, no existirá subrogación legal, sustitución o sucesión procesal, mandato con representación, patrimonio autónomo o cualquier otra figura jurídico procesal que surta los mismos efectos, en los procesos en los cuales sea DEMANDADA la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN

ARTÍCULO CUARTO: ORDENAR la cancelación del Registro Único Tributario (RUT) y del número de identificación tributaria (NIT), a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales y demás registros en que aparezca la CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, entidad identificada con NIT 830.106.376-1.

ARTÍCULO QUINTO: Notificar la presente resolución mediante la publicación, por una sola vez, de la parte resolutiva en un diario de amplia circulación nacional.

ARTICULO SÉXTO: Contra la presente resolución NO procede ningún recurso conforme lo señalado en el inciso 2 numeral 2 del artículo 295 del Decreto 663 del 2 de abril de 1993 - Estatuto Orgánico Financiero.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición. La presente se expide en Bogotá D.C, a los Treinta y Un (31) días del mes de Enero del año dos mil diecisiete (2017).

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO
Representante legal
Agente Especial Liquidador de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN
Nit No 830.106.376-1

V. PETICIÓN ESPECIAL:

PRIMERO.- Se provea, por parte del Despacho Judicial la terminación y archivo definitivo del proceso de la referencia que actualmente curse en su Despacho en contra de la CORPORACION IPS SALUDCOOP LIQUIDADA, NIT 830.106.376-1, por los hechos y razones arriba informadas.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

966
Elimina la filigrana digital ahora

SEGUNDO.- De manera expresa, se manifiesta que en el presente caso existe renuncia de términos para todos los efectos procesales.

VI. ANEXOS

- Certificado de existencia y representación legal expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en donde se certifica la cancelación de la personería jurídica de la entidad.
- Copia de la Resolución 000025 del 12 de enero de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar que pesaba sobre la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios y la **intervención forzosa administrativa para liquidarla** y designó como Agente Especial Liquidador al Señor Pedro Alfonso Mestre Carreño.
- Copia del Acta de posesión del Agente Especial Liquidador de fecha 12 de enero de 2016
- Copia de la Resolución N° 000051 de 28 de Diciembre de 2016, "*POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA CONFIGURADO EL DESEQUILIBRIO FINANCIERO DEL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*".
- Copia del Diario "El Nuevo Siglo", página 20, el día 7 de enero de 2017
- Copia de la Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017, *"POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA TERMINADA LA EXISTENCIA LEGAL DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, ENTIDAD IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1"*
- Copia de la página 17 del Diario El Nuevo Siglo de fecha 1 de febrero de 2017.

El artículo 244 del Código General del Proceso, establece los requisitos para que un documento sea considerado autentico. En esta medida, las pruebas aportadas con este escrito se presumen auténticas, mientras no se compruebe lo contrario por tacha de falsedad.

En cuanto a la solicitud de expedición de copias de documentos, éstas deben ser solicitadas al correo electrónico archivocipssliquidada@ipssaludcoopliquidada.com Las solicitudes elevadas por los Despachos Judiciales y Autoridades Administrativas se recibirán por la entidad encargada del Archivo de la extinta Corporación IPS Saludcoop Liquidada a efectos de suministrar los documentos que requieren los despachos judiciales en armonía con el principio de colaboración con Justicia Colombiana.

Atentamente,

PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO
Ex Representante legal
Ex Agente Especial Liquidador
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP (ahora Liquidada)
NIT N° 830.106.376-1

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Archivo cipssliquidada <archivocipssliquidada@ipssaludcoopliquidada.com>
Enviado el: martes, 28 de febrero de 2017 01:49 p.m.
Para: j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
Asunto: Comunicación TERMINACIÓN EXISTENCIA LEGAL DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN
Datos adjuntos: 179.pdf

28 FEB 2017

Respetado Doctor (a)

Adjunto encontrará la "Comunicación TERMINACIÓN EXISTENCIA LEGAL DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN Y SOLICITUD DE DESVINCULACION EN ACCIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES AL DR. PEDRO ALFONSO MESTRE CARREÑO"

Dicho escrito, hace referencia los Anexos que se enlistan a continuación y a los cuales podrá acceder en el siguiente Link: https://drive.google.com/open?id=0B-D4Vn5jVqUGblFvbmd3ZnM5ekk

- Certificado de existencia y representación legal expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en donde se certifica la cancelación de la personería jurídica de la entidad.
- Copia de la Resolución 000025 del 12 de enero de 2016 ordenó levantar la medida de intervención forzosa administrativa para administrar que pesaba sobre la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP, dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidarla y designó como Agente Especial Liquidador al Señor Pedro Alfonso Mestre Carreño.
- Copia del Acta de posesión del Agente Especial Liquidador de fecha 12 de enero de 2016
- Copia de la Resolución N° 000051 de 28 de Diciembre de 2016, "*POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA CONFIGURADO EL DESEQUILIBRIO FINANCIERO DEL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*".
- Copia del Diario "El Nuevo Siglo", página 20, el día 7 de enero de 2017
- Copia de la Resolución N° 002667 de fecha 31 de enero de 2017, *"POR MEDIO DE LA CUAL EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DECLARA TERMINADA LA EXISTENCIA LEGAL DE LA CORPORACION IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN, ENTIDAD IDENTIFICADA CON NIT 830.106.376-1"*
- Copia de la página 17 del Diario El Nuevo Siglo de fecha 1 de febrero de 2017.

De Vds.,

ARCHIVO CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP LIQUIDADA

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI – VALLE
Santiago de Cali, Catorce (14) de Marzo de dos mil diecisiete (2017).

Teniendo en cuenta el escrito anterior, procedente de Corporación IPS Saludcoop en liquidación, el juzgado:

RESUELVE:

Poner en conocimiento de la parte demandante el anterior escrito de terminación de la existencia legal de la Corporación IPS Saludcoop en liquidación, para los fines legales consiguientes.

NOTIFIQUESE,
El Juez,
JOSÉ ANTONIO DUQUE

JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA
EN ESTADO No. 044 - 15 MAR 2017 DE HOY NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.
CALI, 15 MAR 2017
EDWARD OCHOA CABEZAS
SECRETARIO

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora



pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Santiago de Cali, abril 18 de 2017.

18 ABR 2017

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

DE ORALIDAD DE CALI

E. S. D.

REF: PROCESO: ORDINARIO

DEMANDANTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS

DEMANDADOS: JAMES ARTURO ZAMBRANO Y OTROS

RADICACIÓN: 2015-00132-00

DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO abogado titulado e inscrito mayor de edad e identificado con C.C. N° 10´533061 expedida en Popayán, portador de la Tarjeta Profesional N° 31.390 del C S. de la J. en mi calidad de apoderado judicial del **DR. JAMES ZAMBRANO**, comedida y respetuosamente me dirijo a Usted; con el fin de hacer algunas precisiones y aclaraciones frente a la contestación de la demanda que hiciera quien era el apoderado del hoy mi representado y que hare de la siguiente manera:

pdfelement

1. Sea lo primero manifestar que interpongo la excepción de inepta demanda en razón a que no se ha realizado la diligencia de conciliación prejudicial que constituye un requisito de procedibilidad y que al no cumplir con este, se debe de rechazar la demanda conforme a los artículos 35 y 36 de la ley 640 de 2001 que a continuación transcribo:

Requisito de procedibilidad

*ART. 35.—Requisito de procedibilidad. En los asuntos susceptibles de conciliación, la conciliación extrajudicial en derecho es *(requisito de procedibilidad)* para acudir ante las jurisdicciones civil, contencioso administrativa,*

Elimina la filigrana digital ahora

(laboral) y de familia, de conformidad con lo previsto en la presente ley para cada una de estas áreas.

Realizada la audiencia sin que se haya logrado acuerdo conciliatorio total o parcial, se prescindirá de la conciliación prevista en el artículo 101 del Código de Procedimiento Civil o de la oportunidad de conciliación que las normas aplicables contemplen como obligatoria en el trámite del proceso, salvo cuando el demandante solicite su celebración.

El requisito de procedibilidad se entenderá cumplido cuando se efectúe la audiencia de conciliación sin que se logre el acuerdo, o cuando vencido el término previsto en el inciso 1º del artículo 20 de esta ley la audiencia no se hubiere celebrado por cualquier causa; en este último evento se podrá acudir directamente a la jurisdicción con la sola presentación de la solicitud de conciliación.

Con todo, podrá acudirse directamente a la jurisdicción cuando bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la presentación de la demanda, se manifieste que se ignora el domicilio, el lugar de habitación y el lugar de trabajo del demandado, o que este se encuentra ausente y no se conoce su paradero.

Cuando en el proceso de que se trate, y se quiera solicitar el decreto y la práctica de medidas cautelares, se podrá acudir directamente a la jurisdicción. De lo contrario, tendrá que intentarse la conciliación extrajudicial en derecho como requisito de procedibilidad, de conformidad con lo previsto en la presente ley.

PAR.—Cuando la conciliación extrajudicial en derecho sea requisito de procedibilidad y se instaure la demanda judicial, sin perjuicio de lo previsto en los artículos 22 y 29 de esta ley el juez impondrá multa a la parte que no haya justificado su inasistencia a la audiencia. Esta multa se impondrá hasta por valor de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes en favor del Consejo Superior de la Judicatura.

NOTAS: *1. Las expresiones entre paréntesis fueron declaradas inexequibles por la Corte Constitucional en

Elimina la filigrana digital ahora

Sentencia C-893 de agosto 22 de 2001. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

2. El presente artículo fue declarado exequible condicionalmente por la Corte Constitucional, en Sentencia C-1195 de noviembre 15 de 2001. M.P. Manuel José Cepeda y Marco Gerardo Monroy Cabra, "bajo el entendido que cuando hubiere violencia intrafamiliar la víctima no estará obligada a asistir a la audiencia de conciliación y podrá manifestarlo así el juez competente, si opta por acudir directamente a la jurisdicción del Estado".

ART. 36.—Rechazo de la demanda. La ausencia del requisito de procedibilidad de que trata esta ley, dará lugar al rechazo de plano de la demanda.

NOTA: El presente artículo fue declarado exequible condicionalmente por la Corte Constitucional, en Sentencia C-1195 de noviembre 15 de 2001. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y Marco Gerardo Monroy Cabra, bajo el entendido que "cuando hubiere violencia intrafamiliar la víctima no estará obligada a asistir a la audiencia de conciliación y podrá manifestarlo así el juez competente, si opta por acudir directamente a la jurisdicción del Estado".

ART. 37.—Modificado. D. 131/2001, art. 1º. Requisito de procedibilidad en asuntos de lo contencioso administrativo. Antes de incoar cualquiera de las acciones previstas en los artículos 86 y 87 del Código Contencioso Administrativo, las partes, individual o conjuntamente, deberán formular solicitud de conciliación extrajudicial, si el asunto de que se trate es conciliable. La solicitud se acompañará de la copia de la petición de conciliación enviada a la entidad o al particular, según el caso, y de las pruebas que fundamenten las pretensiones.

PAR. 1º—Este requisito no se exigirá para el ejercicio de la acción de repetición.

PAR. 2º—Cuando se exija cumplir el requisito de procedibilidad en materia de lo contencioso administrativo, si el acuerdo conciliatorio es improbado por el juez o magistrado, el término de caducidad

Elimina la filigrana digital ahora

suspendido por la presentación de la solicitud de conciliación se reanudará a partir del día siguiente hábil al de la ejecutoria de la providencia correspondiente.

NOTA: La Corte Constitucional en Sentencia C-314 de 30 abril de 2002. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, declaró exequible el parágrafo 1° del artículo 37 de la Ley 640 de 2001, al considerar que "el legislador está en libertad de determinar la estructura jurídica y la dinámica de funcionamiento de la conciliación, tanto de la que se tramita ante el juez como la que se adelanta por fuera de su jurisdicción. El fin perseguido por la acción de repetición es la recuperación de recursos públicos, por esta razón es entendible y justificable que el legislador releve a su titular de la obligación de conciliar el pleito antes de iniciar el trámite ante el juez correspondiente".

2. En cuanto a los hechos

pdfelement

PRIMERO. No nos consta, por cuanto son hechos del ámbito de los padres de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, y de la institución de Salud y Médico que atendieron el parto, el cual deberá ser probado por parte de la demandante

SEGUNDO. NO NOS CONSTA. Como quiera que el Doctor JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no participó en las circunstancias narradas en este hecho. En primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

TERCERO. NO NOS CONSTA. Desconocemos la situación privada y personal de los padres de la menos KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO; por ende, todas y cada una de las circunstancias que rodearon a este hecho.

CUARTO. NO NOS CONSTA. Como quiera que el Doctor JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no participó en las circunstancias narradas en este hecho. En primera instancia manifestaremos que no nos consta, y nos

Elimina la filigrana digital ahora

911

atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio

19 DE AGOSTO DEL 2011 REALIZARON ECOGRAFIA DE CONTROL, A LOS 5 MESES DE GESTACIÓN EN CLÍNICA FARALLONES, POR EL DR DANIEL RONDERON DUMIT, QUIEN DIAGNOSTICA VENTRICULOMEGALIA BILATERAL MODERADA... LO QUE DEJA CLARO LA **PRE EXISTENCIA DESDE EL MISMO MOMENTO DE LA GESTACIÓN (EMBARAZO)**

QUINTO. NO ES UN HECHO, Es una apreciación subjetiva de la abogada sin sustento científico; no obstante, el pronóstico para los pacientes a quienes se les ha diagnosticado hidrocefalia es difícil de vaticinar, aunque haya alguna correlación entre la causa específica de la hidrocefalia y el resultado de la condición. Las personas afectadas, y sus familias deben estar conscientes de que la hidrocefalia presenta riesgos para el desarrollo tanto cognitivo como físico de quien la padece. Resulta relevante subrayar que una infección en el sistema nervioso central siempre tiene repercusiones negativas y más en un cerebro inmaduro. Para este hecho anexamos artículo científico, con la respectiva referencia bibliográfica.

pdfelement

ANEXO.

"Artículo 1

PRONÓSTICO DE LA HIDROCEFALIA El pronóstico de la hidrocefalia no tratada es pobre. El 50% de los niños cuya hidrocefalia no recibe tratamiento mueren antes de los tres años de edad y sólo el 20 a 23% alcanza la vida adulta. Con el tratamiento quirúrgico actual, la mortalidad es baja, 5 a 15% a los 10 años. Cuando la causa de la hidrocefalia no comunicante es resuelta o cuando se realiza una tercer ventriculostomía, el paciente no requerirá de ningún otro procedimiento en alrededor del 80% de los casos. El promedio de duración funcional de una DV es de tres años, independientemente del tipo de sistema. Por lo tanto, el paciente requerirá de cambios periódicos de los sistemas, lo que contribuye a aumentar la morbilidad. Un porcentaje importante de estas muertes son evitables y se atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la DV. Desarrollan déficit de tipo motor el 60%, déficit visual o auditivo el 25%, epilepsia el 30% e infección el 50%. En el aspecto funcional, los pacientes con hidrocefalia y con Derivación Ventriculoperitoneal o ventriculoatrial alcanzan un CI (Coeficiente intelectual) mayor de 80 en el 50 a 55% y entre los niños que sobreviven hasta la edad escolar, alrededor del 60% asisten a la escuela y el 40% requieren de educación especial.

Elimina la filigrana digital ahora

91

Referencia bibliográfica: MG Enfermedades Infecciosas y Microbiología volumen 23, núm. 2. Abril-junio, 2003

Artículo 2

El refinamiento de las técnicas quirúrgicas y el mejoramiento en los dispositivos de derivación del LCR han aumentado la sobrevida y beneficiado la calidad de vida, de los infantes y niños con hidrocefalia. Actualmente la complicación más frecuente y discapacitante de estos procediminetos es la infección del LCR. Puede presentarse como ventriculitis, meningitis y compartimentalización del LCR (1-6). Otras complicaciones son el adelgazamiento cortical, el empiema subdural, y las convulsiones. La infección es la complicación que más se ha correlacionado con retraso mental y deterioro de la capacidad mental.

Referencia bibliográfica: Acta pediátrica Costarricense vol.15 n.1 San José Jan. 2001 Infecciones del líquido cefalorraquídeo en pacientes con derivaciones ventrículo peritoneales. Dra. Carla M. Odio *, Dr. Eduardo Huertas"

SEXTO. Contiene dos afirmaciones. UNA CIERTA y es que la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO padece hidrocefalia congénita (una pre existencia)

La otra afirmación es FALSA, pues no es cierto que el DOCTOR JAMES ZAMBRANO NARVAEZ hubiera actuado con negligencia y fallas en la prestación del servicio médico, ni que esta sea la causa del padecimiento de la paciente; esto debe probarlo la demandante. Más adelante, cuando la demandante hace referencia a las actuaciones puntuales de mi prohijado, me detendré a controvertir lo afirmado, pues en todo caso hay una AUSENCIA absoluta de nexo causal, entre la actividad del doctor JAMES ZAMBRANO NARVAEZ y el daño que reclaman los demandantes; mi poderdante actuó con la debida diligencia, prudencia y pericia, de acuerdo con las condiciones de salud que presentaba la paciente al momento de su atención. Es igualmente importante advertir que la patología HIDROCEFALIA CONGÉNITA de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, por su misma condición al ser congénita ya hay un daño cerebral y su desarrollo psicomotor puede no ser la de un niño normal.

Como se menciona en la referencia bibliográfica anexada al **HECHO NÚMERO CINCO.**

SÉPTIMO. NO ME CONSTA, las situaciones de tiempo, modo y lugar narradas en este hecho, en estas valoraciones médicas no participó el

Elimina la filigrana digital ahora

94

facultativo que represento, y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio. No obstante, se hace necesario aclarar que la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no fue llevada inicialmente a SALUDCOOP, sino a una institución particular, cuando contaba con 10 días de nacida, esto ocurrió el 16 de diciembre del 2011, fecha en la cual, los padres contrataron los servicios de un neurocirujano particular para colocación de derivación ventrículo peritoneal. En consecuencia, cuando la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, fue llevada a la clínica SALUDCOOP, ya presentaba una complicación infecciosa asociada al procedimiento quirúrgico antes mencionado. Lo cual vale señalar, que es un riesgo INHERENTE a esta clase de tratamientos, por tratarse de un cuerpo extraño implantado en el organismo de la menor.

La colocación de una válvula ventrículo peritoneal, es uno de los procedimientos que más tasa de infecciones presenta en este tipo de cirugías y es de las más altas en neuropediatría; además, las comorbilidades médicas asociadas a esta complicación (INFECCIONES) son muy importantes y pueden dejar secuelas permanentes que agraven mucho más el compromiso de su desarrollo psicomotor, el cual ya está comprometido por su hidrocefalia congénita.

Anexo

Artículo 2

pdfelement

"La incidencia de infecciones varía de acuerdo al tipo de derivación. En caso de derivación ventrículoperitoneal (D-VP) oscila entre 2 y 20 % dependiendo del centro hospitalario, en caso de derivación ventrículoatrial (D-VA) oscila entre 19 y 35 % (7-11). Muchos factores se han asociado con el aumento en el riesgo de infección. Los pacientes menores a 6 meses son los más propensos. Otros factores de riesgo son un tiempo operatorio de más de 60 minutos, procedimientos en los que participen más de 3 cirujanos, y pacientes con mielomeningocele que ameriten colocación de la derivación en los primeros 7 días de vida. En cuanto al tipo de procedimiento, los que más se asocian a infección son el reemplazo total, y la reinserción del sistema después de infección (7, 16-16).

Referencia bibliográfica: Acta pediátrica. Costarricence vol.15 n.1 San José Jan. 2001 Infecciones del líquido cefalorraquídeo en pacientes con derivaciones ventrículo peritoneales. Dra. Carla M. Odio *, Dr. Eduardo Huertas"

Esto nos indica que la cusa de los padecimientos de la menor no es la intervención de los médicos demandados, pues la causa es congénita como lo demuestra el seguimiento médico del embarazo, la hidrocefalia congénita conlleva a múltiples complicaciones, puesto que hay que

Elimina la filigrana digital ahora

intervenirla periódicamente y más, si como en el presente caso, están acompañadas de procesos infeccioso la situación se hace más grave y de complicado manejo, pues estos cuadros infecciosos hacen que la menor este expuesta a la disminución o menoscabo de varias de sus facultades vitales, luego entonces no se puede predicar que la paciente pueda desarrollarse normalmente y menos llevar una vida normal.

Estamos entonces frente a la preexistencia de la causa que genera el estado de consecuencias y cosas que afectan a la menor.

OCTAVO. No nos consta, las circunstancias descritas en este hecho así como las recomendaciones que brindó el profesional DOCTOR FERNANDO SANCHEZ, quien intervino quirúrgicamente a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO; y NO ES CIERTO, que haya tenido una respuesta favorable a la intervención, ya que lo que se ha consignado en la historia clínica, demuestra que a los 7 días de haber sido intervenida quirúrgicamente, presenta cuadro clínico compatible con ventriculitis e infección del trayecto del catéter, razón por la cual es hospitalizada por 2 meses y 13 días (desde el 23 de diciembre del 2011 hasta el 6 de marzo del 2012), para recibir tratamiento antibiótico; por lo que fue necesario, el día 28 de diciembre del 2011, por parte de neurocirugía, llevar a cabo retiro de catéter ventrículo peritoneal, procedimiento realizado por DANIEL ENRIQUE MEDINA, con el fin de tratar su proceso infeccioso según los protocolos de manejo para este tipo de infecciones.

pdfelement

Por lo anteriormente descrito, cabe precisar, que la colocación de una derivación ventrículo peritoneal en un paciente con hidrocefalia congénita, como es el caso de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no garantiza que pueda llevar una vida normal; siendo esto, la anotación realizada por la abogada demandante " **PODIA TENER UNA VIDA NORMAL COMO MILES DE NIÑOS QUE PADECEN LA MISMA ANOMALIA"** un sofisma de distracción para poder llevar al juzgador de turno a una posible responsabilidad por parte de SALUDCOOP y el personal médico que ha atendido a la menor.

Aclarado lo anterior podemos empezar a concluir que el padecimiento de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no ha sido causado por quienes le han prestado el servicio de salud, ni mucho menos por el personal médico que ha tratado, valorado y examinado a la menor; es una enfermedad de tipo CONGENITA, que como ya se vio, se presentó durante su desarrollo intrauterino, es decir, antes de nacer.

También es necesario aclarar, que los síntomas anotados por la parte demandante como "FIEBRE, VÓMITO O SOMNOLENCIA" son signos inespecíficos, y no son **"INDICATIVOS CLAROS DE TAPONAMIENTO O INFECCION EN LA VÁLVULA".** Esto es una

Elimina la filigrana digital ahora

apreciación subjetiva de la abogada demandante sin un sustento científico, ya que, otras patologías de tipo infeccioso, pueden presentar esta misma sintomatología. como son **DENGUE GRAVE, NEUMONIA COMPLICADA, SEPSIS, CHOQUE SEPTICO, INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA, CETOACIDOSIS DIABETICA, FALLA RENAL AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA entre muchas otras patologías**

La sintomatología que se presenta en los pacientes con disfunción ventrículo peritoneal ya sea por infección o taponamiento son signos de hipertensión endocraneana, que se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas que dependen dela edad del paciente, como se menciona en el siguiente artículo científico

Anexo

Artículo 3.

"Las manifestaciones clínicas estarán presididas por un síndrome de hipertensión endocraneal, que variará de acuerdo a la edad del paciente (tabla II) y a la evolución más o menos aguda de la hidrocefalia. En los neonatos y lactantes predominará la megacefalia, la irritabilidad y la depresión neurológica. En el niño mayor apreciaremos una clínica de cefalea, vómitos y letárgia. Si la instauración de la hidrocefalia ha sido lentamente progresiva (algunos procesos arreabsortivos, estenosis de acueducto congénitas), los retrasos en el desarrollo psicomotor, la torpeza motora, las dificultades en el aprendizaje y los problemas visuales (estrabismo, ambliopía) pueden dominar el cuadro clínico.

En situaciones de descompensación aguda se puede apreciar una paresia de VI par craneal uni o bilateral, como expresión de la hipertensión endocraneal. También pueden apreciarse síntomas focales como expresión de herniaciones cerebrales entre los diferentes compartimentos intracraneales, así en la herniación uncal aparecerá anisocoria por afectación de III par craneal, o tortícolis con desviaciones de cabeza a un lado por herniación de amígdalas cerebelosas en tumores de fosa posterior. La aparición de estos signos suponen una situación de alarma con grave riesgo para el paciente y precisan de una actuación urgente."

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS HIDROCEFALIAS SEGÚN EDAD DE INICIO

NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS: Crecimiento excesivo del perímetro cefálico (MACROCEFALIA). Desproporción craneofacial. Fontanela abombada o tensa. Diástasis de suturas / venas pericraneales dilatadas. Signos oculares (ojos en sol poniente/estrabismo). Irritabilidad vómitos. Retraso psicomotor.

Elimina la filigrana digital ahora

911

NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS: Cefalea. Vómitos. Letargia. Estrabismo (endotropia por afectación VI par. Edema de papila en el fondo de ojo.

Referencia bibliográfica: Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neurología Pediátrica. Hidrocefalias – Síndrome de colapso ventricular Alberto Puche Mira.

NOVENO. NO ME CONSTA, La calidad de afiliación al sistema de seguridad en salud que ostentaba la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, para la época de los hechos; son circunstancias ajenas al conocimiento de mi defendido, por lo que deberá acreditarse dentro del proceso con los medios idóneos.

DÉCIMO. NO ME CONSTA, las condiciones en que SALUDCOOP EPS, brindó el plan de salud a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO; son circunstancias que se escapan a la esfera del conocimiento de mi defendido.

DÉCIMO PRIMERO. NO ME CONSTA, la situación de tiempo, modo y lugar narrada en este hecho, ya que en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Lo mencionado en estos hechos se deberá probar por parte de los demandantes, toda vez que revisando las notas de la historia clínica, se deduce que se le brindó una atención adecuada y oportuna.

pdfelement

DÉCIMO SEGUNDO. NO ME CONSTA, las situaciones de tiempo, modo y lugar narradas en este hecho, ya que en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Lo mencionado en estos hechos se deberá probar por parte de los demandantes.

De acuerdo a la lectura de la historia clínica, de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, se deduce que tuvo en SALUDCOOP, por parte de los médicos, una atención adecuada y oportuna según los protocolos médicos establecidos para esta patología.

DÉCIMO TERCERO. NO ME CONSTA, las situaciones de tiempo, modo y lugar narradas en este hecho, ya que en estas valoraciones médicas no participó el facultativo que represento. Lo mencionado en estos hechos se deberá probar por parte de los demandantes.

Lo que podemos deducir según la lectura de la historia clínica, es que, el proceso infeccioso que presentó la menor KIMBERLY PAPAMIJA

Elimina la filigrana digital ahora

ACEVEDO, corresponde a una complicación, que estaba contemplada dentro de las posibilidades posterior a la intervención quirúrgica; luego, no se puede ni remotamente pensar que este episodio es culpa del personal médico tratante. Lo que se puede concluir, es que la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, **siempre recibió una atención médica pronta, oportuna y eficiente.**

A continuación se hace referencia a un artículo científico, en el cual está claro que las infecciones asociadas a la colocación de la derivación ventrículo peritoneal, no son consecuencia de una mala práctica médica como lo refiere la abogada demandante sino que están contempladas dentro de las guías de neuropediatría como una posible consecuencia del procedimiento como tal.

Anexo

Artículo 2

"Se estima que entre 25 y 46% de las derivaciones tienen un mal funcionamiento durante el primer año después de haber sido instaladas4, 5, siendo la obstrucción mecánica y las infecciones, las dos principales causas de disfunción valvular 6, 7.
La tasa de infección post instalación de DVP (derivación ventriculoperitoneal) en la población infantil se estima en 10% y fluctúa entre 0 y 22%8-11, siendo una causa importante de morbimortalidad12.
Las infecciones tempranas son causadas por la microbiota bacteriana introducida al momento de la cirugía, mientras que las tardías corresponden a contaminaciones posteriores13.
Se han identificado diversos factores del paciente y de la atención asociados a una infección de DVP (derivación ventriculoperitoneal) 14.
Entre los factores relacionados con el paciente destacan: prematurez15, edad menor de cuatro meses, diagnóstico antenatal de hidrocefalia16, enfermedad sistémica concomitante17, requerimientos previos de derivativa ventricular externa (DVE), estado de conciencia alterado y uso de terapia Oncológica adyuvante (quimioterapia y radioterapia)15.
También debemos considerar dentro de este grupo la etiología de la hidrocefalia, la cual pudiese llegar a ser un factor predictor en sí mismo de la infección de derivativa. De hecho, la hemorragia intraventricular o intracerebral (HIC)9, 16,17, la hemorragia subaracnoídea17 y el mielomeningocele16, han mostrado tener una mayor tasa de infecciones que otras patologías que requieren de derivación18.
Otros factores neuroquirúrgicos identificados son: presencia de una fístula de LCR, craneotomía, hipertensión endocraneana (presión intracraneal > 20 mmHg), ventriculostomía de duración prolongada (particularmente en los primeros 7 a 10 días), irrigación del sistema y recambio valvular a repetición9,17."

Elimina la filigrana digital ahora

Referencia bibliográfica: Acta pediátrica.

Costarricence vol.15 n.1 San José Jan. 2001 Infecciones del líquido cefalorraquídeo en pacientes con derivaciones ventrículo peritoneales. Dra. Carla M. Odio *, Dr. Eduardo Huertas"

**** EN ESTE PUNTO LA ABOGADA DEMANDANTE SEÑALA QUE NO SE AUTORIZÓ LA INTERVENCIÓN POR PARTE DE MD EXTERNO NO ADSCRITO A LA ENTIDAD ***

DECIMO CUARTO. NO ME CONSTA, pero si hay disponibilidad de especialistas que puedan hacer este procedimiento en la institución, deben ser ellos quienes realicen el procedimiento. Revisando la historia clínica, lo que se realizó fueron los estudios necesarios de laboratorio pertinentes para documentar si en realidad la paciente cursaba con una infección y se hicieron conforme se estipula dentro de los protocolos de manejo de este tipo de patologías.

DECIMO QUINTO. PARCIALMENTE CIERTO

En este hecho por contener varias afirmaciones, se procede a hacer un resumen de lo que ocurrió durante esta hospitalización con el fin de dejar claro la evolución de la paciente durante la misma y me permito referirme a cada una de ellas por separado.

La menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, se hospitalizó el día 23 de diciembre del 2011, en UCI NEONATAL a la edad de 17 días de vida. Consideran por encontrar infección de herida quirúrgica, descartar ventriculitis e infección de la válvula e inician tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina.

EL día 25 de diciembre del 2011, se comenta caso con infecto logia pediátrica, Dr. Mejía y neurocirujano Dr. Medina, en donde se decide tomar muestra de líquido ventricular y se inicia manejo con cefepima más vancomicina.

El día 28 de diciembre del 2011, al documentar ventriculitis neurocirujano decide retirar válvula de derivación ventrículo peritoneal.

El día 2 de enero del 2012, se aísla en cultivo de líquido ventricular, la bacteria SERRATIA MARCENCES, por lo que se comenta con infectología pediátrica quien suspende vancomicina y deja tratamiento solo con cefepime y sugiere que se deben completar 42 días de tratamiento con este medicamento.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

9"

El día 14 de enero del 2012, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, ingresa a sala de hospitalización para continuar tratamiento antibiótico.

Se había considerado POR NEUROCIRUJANO Dr.- Medina realizar punciones ventriculares semanales o antes según la evolución de Kimberly.

El día 6 de febrero de 2012, fue valorado por Dr. Medina neurocirujano y Dr. Mejía quienes habían considerado previamente, que con tres muestras de líquido ventricular negativos para infección se programaría para colocación de derivación ventriculoperitoneal

El día 9 de febrero de 2012 se valora con infectología pediátrica Dr. Luis Fernando Mejía, el resultado de la punción ventricular realizada por Dr. Medina el día 8 de febrero de 2012 y considera que el líquido cefalorraquídeo sigue alterado por lo que sugiere inicio antibiótico con vancomicina y meropenem.

El día 20 de febrero del 2012 es falso la intervención del Dr. Oswaldo Coral. Según las anotaciones de la historia clínica, la última punción ventricular la hizo el Dr. Medina el día 15 de febrero de 2012, la cual era necesaria con el fin de estar seguros que la infección en el cerebro estuviera completamente controlada, para poder de esta manera programar a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO para la colocación de la derivación ventrículo peritoneal.

El día 21 de febrero de 2012 según las anotaciones en la historia clínica, si es cierto que el Dr. Daniel Enrique Medina realiza en quirófano la colocación de derivación ventrículo peritoneal.

Lo que no es cierto es que haya sido remitida a la UCI por que no despertaba. En este tipo de procedimientos siempre se solicita cupo en la unidad de cuidados intensivos con antelación de 24 horas y se deja en observación en este servicio por espacio de 24 a 48 horas con el fin de preveer alguna complicación postquirúrgica; para el caso de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, en ese momento no tuvo ninguna complicación quirúrgica, como lo quiere hacer ver la abogada demandante, la cual hace afirmaciones que no son ciertas y nos hace ver que no tiene un conocimiento claro de cómo funciona los protocolos de manejo de este tipo de patologías.

Además da explicaciones erróneas del procedimiento sin ni siquiera tener una bases o fundamentos científicos sobre este tema *(a la afirmación que dice: "este método consiste en colocar una válvula desde el cerebro de Kimberly hasta un órgano que en este caso fue el estómago, y para ello la válvula se introduce internamente en la paredes del esófago hasta el estómago, procedimiento que de no hacerse con el " cuidado extremo" puede lesionar las paredes de estas vías digestivas causando laceraciones y ulceras"*).

Elimina la filigrana digital ahora

483

El 23 de febrero de 2012 se hace traslado de Kimberly por su buena evolución a hospitalización pediatría para continuar tratamiento antibiótico

El 6 de marzo de 2012 se da salida a Kimberly por su buena evolución. Había completado 14 días de manejo antibiótico con vancomicina y meropenem por sugerencia de infectología y se dio salida con todas las recomendaciones y medidas de alarma que se deben dar en esto casos para este tipo de patologías. (Anexo evolución de salida)

Fecha Evolución	3/6/2012 12:33:00 PM
Subjetivo	LACTANTE DE 2 MESES CONOCIDA EN EL SERVICIO CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA DX EN LA SEM 21 DE GESTACION, DERIVADA EN SU ETAPA NEONATAL. EN ESTA OCASION HOSPITALIZADA DESDE EL 23 DE DIC POR CUADRO DE VENTRICULITIS. EL DIA 27 DE DIC SE LLEVA A CIRUGIA PARA RETIRO DE DVP. SE AISLA INICIALMENTE Serratia Marcenses EN LCR POR LO QUE RECIBE CICLO DE 37 DIAS DE CEFEPIME (EL SUGERIDO PARA ESTE GERMEN SENSIBLE). SIN EMBARGO PERSISTE CON LCR ALTERADO POR LO QUE INFECTOLOGIA DECIDE ROTE DE ATB A VANCOMICINA (INICIA EL 9 DE FEB) Y A MEROPENEM (INICIA 9 DE FEB), CON LO QUE SE LOGRA MEJORIA DE CITOQUIMICO DE LCR ON CULTIVOS DE LCR NEGATIVOS Y PTOTEINAS EN LCR MENOR DE 320 MG/DL. ES PROGRAMADA PARA COLOCACION DE VDP EL DIA 21/02/12. POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE CUPO EN POP INMEDIATO, NO ES POSIBLE REVERTIR PACIENTE, QUEDA DEPENDIENTE DE VM. INGRESA A UCI CON FRIALDAD GENERALIZADA, CON PULSOS PERCEPTIBLES Y PUPILAS REACTIVAS. PACIENTE CON BUENA EVOLUCION POR SUGUERENCIA DE INFECTOLOGIA SE COMPLETA 14 DIAS DE MANEJO CON VANCOMICINA Y MEROPENEM POS COLOCACION DE CVC. BUENA EVOLUCION CLINICA, NO FIEBRE, NO VOMITO
Objetivo	AL EXAMEN FISICO SV TA 88/42, FC 124XMIN, FR 32XMIN, T 36.8ºC, SAT 99% CABEZA NORMAL. ORL NORMAL. CVS RSCSRS, NO SOPLOS, LLENADO CAPILAR 2 A3 SEG. T/P NO SDR, NO ESTERTORES, NO SIBILANCIAS. T/P NO SDR, NO ESTERTORES, NO SIBILANCIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, NO MEGALIAS. GU NORMAL OA NORMAL. SITIO DE INSERCCIONDEL CATETER SIN SIGNOS DE INFECCION. SNC NORMAL
Signos Vitales	Sistole Diástole TAM FC FR Temperatura Peso Talla Glucometria Saturación
Análisis	SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES CITA DE CONTROL CON NEUROCIRUGIA DR. MEDINA E INFECTOLOGIA PEDIATRICA DR. MEJIA EN 7 DIAS EN CASO DE FIEBRE, EL QUE NO RECIBA ALIMENTOS O PRESENTE VOMITO PERSISTENTE, IRRITABILIDAD, SINTOMAS RESPIRATORIOS, HINCHAZON O COLOR ROJIZO EN TRAYECTO DE CATETER, CONVULSIONES U OTRA SINTIOMATOLOGIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Hidrocefalo, no especificado CIE 10 G919
Observaciones Diagnóstico	
Especialista	James Sambrano Narvaez Especialidad Médico

El 7 de marzo de 2012 presenta dehiscencia de suturas, se valora por Dr. Medina coloca 2 puntos de sutura con lo que paciente mejora, se valora por infectologia pediátrica Dr. Mejía quien en conjunto con neurocirujano Dr. Medina no evidencian signos de infección por lo que sugieren dar salida con mupirocina tópica. Se da salida con todas las recomendaciones y signos de alarma

El día 12 de marzo de 2012, No me consta, se remitirá a la historia clínica y lo que sea realmente probable

El día 17 de marzo de 2012, no me consta, pero por historia clínica la médica tratante la Dra. López por estudios de líquido ventricular se documentó ventriculitis se inició manejo con vancomicina y meropenem

El día 28 de marzo de 2012 no me consta, pero según datos obtenidos de la historia clínica se retira en quirófano válvula de derivación ventrículo peritoneal

Elimina la filigrana digital ahora

984

Frente a todo lo anterior es importante tener en cuenta que Kimberly desde los 10 días de vida inicia con su primera cirugía de colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal y que su primera infección la presento 7 días después es decir a los 17 días de vida.

El manejo se realiza en forma conjunta con un equipo multidisciplinario en salud en donde intervinieron los servicios de neurocirugía, infectologia y pediatría, además de los servicios de quirofano y cuidado intensivo tanto neonatal como cuidado intensivo pediátrico para un manejo adecuado cumpliendo con los tiempos y los protocolos de manejo y los esquemas antibióticos específicos para este tipo de patologías.

En el caso de Kimberly es una menor altamente susceptible a las infecciones, uno por presentar infecciones previas y otro por que su capacidad de defensa no era la mejor, en donde se puede concluir que las dificultades que presento y sus dolencias son la esencia de su misma humanidad y no es el resultado o la consecuencia de una mala praxis o de negligencia por parte del personal médico, personal adscrito al mismo o de la entidad prestadora de salud.

Y debemos recordar que una de las complicaciones de la derivación ventrículo peritoneal: son la infecciones que constituye una de las complicaciones más frecuentemente asociadas y se pueden presentar en un 10 – 15 % delos casos, siendo esta la principal causa de morbimortalidad.

Todos los tratamientos médicos y procedimientos realizados al menor Kimberly Papamija Acevedo están avalados por la ciencia médica, para el seguimiento de su patología de base. Es irrespetuoso y sin ningún fundamento científico que la profesional del derecho haga calificaciones como conejillo de Indias, trato cruel, procedimiento menos costoso pero más doloroso y peligroso, cuando es claro que desconoce en su totalidad el tratamiento que se brindó a la menor Kimberly y a proponer supuestos manejos que lo que nos demuestra es que se escapan de la esfera de su conocimiento.

Para dar soporte a lo anterior se anexa artículo científico donde se resume de manera clara y concreta conceptos sobre hidrocefalia, derivación ventrículo peritoneal y ependimitis.

Artículo 1 y artículo 4
Referencia bibliográfica: "Hidrocefalia, derivación ventricular y ependimitis (Parte I) CARLOS DÍAZ PADILLA,* GENARO ANTONIO LÓPEZ VÁSQUEZ, ** JAIME DIEGOPÉREZ RAMÍREZ, GERARDO PALACIOS SAUCEDO****

Elimina la filigrana digital ahora

987

Enfermedades Infecciosas y Microbiología volumen 23, núm 2. Abril-junio, 2003

DECIMO SEXTO: NO ES UN HECHO, son apreciaciones subjetivas y denigrantes de la profesional del derecho , que lo único que demuestra es la total incomprensión de la abogada sobre las medidas terapéuticas brindadas a la menor Kimberly Papamija Acevedo y desconoce la gravedad de la patología congénita padecida por la menor.

DECIMO SEPTIMO: NO ME CONSTA, pero si es necesario aclarar que no es cierto que los síntomas "clarísimos" de una alteración del estado neurológico por hidrocefalia sean: fiebre, somnolencia e irritabilidad. Pues estos son síntomas asociados a su condición patológica de la hidrocefalia y son altamente inespecíficos y no patognomónicos, y se pueden encontrar en otro tipo de patologías diferentes a la hidrocefalia. Todo lo anterior puede ser corroborado en los artículos científicos anexados.

Por las apreciaciones realizadas sobre la semana santa en donde refiere mala atención médica, se debe explicar que siempre hay personal médico tanto en días ordinarios como festivos y por las anotaciones evidenciadas en la historia clínica se evidencia que siempre recibió una atención adecuada y oportuna por parte del personal médico.

DECIMO OCTAVO: NO ME CONSTA, como quiera que el Dr. JAMES ARTURO ZAMBRANO, no participo en las circunstancias narradas en este hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

DECIMO NOVENO: NO ES CIERTO, y la abogada vuelve a realizar anotaciones sin sustento científico, lo que si es cierto es que se debe resolver como prioridad su evento infeccioso con la administración de terapia antibiótica adecuada. Desde el punto de vista científico la punción transfontanelar es la más utilizada debido a la gran información que brinda y a su fácil realización y se pueden realizar una o varias punciones y se hace un seguimiento al paciente esperando una mejoría parcial o completa.

VIGESIMO: **NO ME CONSTA ,** debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

98

VIGESIMO PRIMERO: NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Pero si es de destacar la incongruencia de la abogada demandante en donde reprochaban en un inicio las constantes punciones de la fontanela de la menor KIMBERLY y en este hecho se reprocha la no realización de la punción de la fontanela de la menor.

VIGESIMO SEGUNDO: **NO ME CONSTA,** referente a la queja presentada por los demandantes a la clínica y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

VIGESIMO TERCERO: NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

La apoderada actora menciona el 14 de abril de 2007, esta afirmación no es cierta porque para el año 2007 la menor KIMBERLY aún no había nacido.

El 27 de abril de 2012, esta afirmación no es cierta ya que según lo consignado en la historia clínica , la paciente no es que "se agrava"; el neurocirujano tratante, decide basado en sus conocimientos médicos, que una vez controlado su proceso infeccioso se procede a retirar la ventriculostomía externa para remplazarla por un derivación ventricular libre, es decir, sin válvula, para evitar una nueva obstrucción de la misma, por el antecedente de la menor de haber tenido en su corto tiempo múltiples infecciones debido a su preexistencia de base hidrocefalia congénita. Son conceptos y prácticas médicas en las cuales se debe profundizar, según se considere, con la especialidad correspondiente.

VIGESIMO CUARTO: NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Pero es de anotar que la abogada de la parte actora, nuevamente está realizando anotaciones sin un sustento científico en donde se refiere al fracaso de la colocación de la válvula de derivación a libre drenaje. Y no

Elimina la filigrana digital ahora

981

es que se haya logrado estabilizarla; según las anotaciones de la historia clínica, la paciente se encontraba estable y lo único que se estaba haciendo por parte del personal médico es terminar su tratamiento antibiótico para que una vez concluyera se pudiera dar salida, como así sucedió y se dio de alta por parte de la médica tratante Dra. López. El 28 de mayo de 2012.

El **1 de Junio de 2012**, NO ME CONSTA, pero según anotaciones del historia clínica la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO consulta por presentar fiebre vómito y somnolencia, por lo cual le toman paraclínicos y consideran descartar, ante la presencia de síntomas respiratorios, la posibilidad de neumonía nosocomial, inician antibióticos. Es valorada por infectología quien descarta esta patología y en conjunto con la médica tratante de KIMBERLY la Dra. López y el Dr. Mejía infectólogo pediatra consideran que se trata de una infección viral y dan salida el día 5 de junio de 2012.

El motivo de esta aclaración, es con la finalidad de expresar que nuevamente, se hace evidente el total desconocimiento que tiene la abogada actora al hablar sobre la bacteria neumonía nosocomial, dejando claro que este tipo de conceptos médicos se escapan a la esfera de su conocimiento.

Además, es importante aclarar que existen una gran cantidad de patologías en pediatría, diferentes a la hidrocefalia congénita, las cuales también cursan con los síntomas de **FIEBRE, VOMITO Y SOMNOLENCIA** como son DENGUE GRAVE, NEUMONIA COMPLICADA, SEPSIS, CHOQUE SEPTICO, INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA, CETOACIDOSIS DIABETICA, FALLA RENAL AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA entre muchas otras patologías

pdfelement

EL 9 DE JUNIO DE 2012, NO ME CONSTA, pero en este hecho lo único cierto que menciona la abogada actora es que se hospitaliza el 9 de junio y se da salida el 22 de junio de 2012, Pero según lo consignado en LA HISTORIA CLINICA se hospitaliza por que se evidencia infección de trayecto del catéter de derivación ventrículo peritoneal; se valora con infectología pediátrica, se considera alto riesgo de ventriculitis por lo cual la médica tratante la Dra. López da manejo antibiótico con vancomicina y meropenem por 13 días y dado su buena evolución clínica da salida el día 22 de junio de 2012.

Lo anterior nos permite concluir, que todas las complicaciones y procesos infecciosos que la paciente hasta esta fecha ha presentado están en relación a su patología de base (hidrocefalia congénita) , como pre existencia médica, y que frente a estos hechos nada tienen que ver

Elimina la filigrana digital ahora

la entidad prestadora de salud, ni mucho menos el personal médico que atendía a la paciente.

VIGESIMO QUINTO

16 de julio del 2012, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

19 de julio del 2012, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

20 de julio del 2012, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

21 de julio del 2012, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

22 de julio del 2012, NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

24 de julio del 2012, NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

25 de julio del 2012, NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

26 de julio del 2012, NO ME CONSTA , debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

27 de julio del 2012, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

987

Todo lo anterior no me consta, pero revisando la historia clínica, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, ingresó con un cuadro gastro entérico asociado a dolor abdominal por lo que se decidió iniciar tratamiento antibiótico con clindamicina mas ceftriaxone. En vista de que no presentó mejoría, además de presentar distensión abdominal, deciden por indicación de cirugía pediátrica colocar sonda nasogástrica, el cual corresponde a uno de los manejos indicados en este tipo de patologías por parte de la especialidad correspondiente, en este caso cirugía pediátrica.

Es de anotar, como nuevamente, la abogada demandante hace apreciaciones subjetivas con TOTAL desconocimiento de los protocolos y procedimientos que se deben realizar ante determinadas patologías, así como también propone nuevamente supuestos manejos "**bridas que allí le causaron cuando le colocaron la sonda, daño físico interno que puedo haber sido detectado fácilmente con la laparoscopia desde el principio en lugar de recetarle acetaminofén".** Lo único claro frente a esto es que el departamento de cirugía pediátrica, decidió hacerle la laparoscopia, ante la persistencia del dolor abdominal de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, dejando claro que la atención siempre fue oportuna y en los tiempos establecidos para este tipo de patologías.

Con lo anterior, se viene a confirmar lo que se ha venido comentando previamente, y es la atención oportuna que se la ha brindado a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, sin que pueda aceptar las aberrantes afirmaciones, sin soporte científico, por parte de la abogada demandante, que en su afán de probar negligencia, perjuicios y fallas en el servicio, insinúa situaciones inexistentes.

pdfelement

VIGÉSIMO SEXTO.

NO ES CIERTO, que la continuidad de la hospitalización de la menor KIMBERLY PARAMIJA ACEVEDO, haya sido la que expresa la abogada demandante así: "**KIMBERLY pasaba un día estable y otro decaída por lo que continuó hospitalizada"**

El motivo por el cual permanecía hospitalizada, según evoluciones encontradas en la historia clínica, por parte del equipo médico era continuar tratamiento y vigilar tolerancia a la vía oral posterior al procedimiento, Y NO como lo menciona la abogada demandante.

El 4 de agosto, NO ES CIERTO. Según las anotaciones en la historia clínica, lo que presentaba la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, en el momento de la valoración por parte del médico de turno, era irritabilidad y **NO VOMITO Y SOMNOLENCIA,** como refiere en reiteradas ocasiones la abogada demandante; razón por la cual, la

Elimina la filigrana digital ahora

990

menor es valorada por infectología pediátrica y cirugía pediátrica, quienes consideran oportuno descartar neuroinfección, por lo que deciden solicitar TAC cerebral y valoración por neurocirugía.

El 5 de agosto, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, es valorada por el neurocirujano DANIEL ENRIQUE MEDINA, quien reporta en la historia clínica, encontrarla "tranquila, afebril, sin signos de hipertensión endocraneana, sin signos de infección en trayecto de derivación ", revisa TAC cerebral sin reportar signos de descompensación de su hidrocefalia y decide realizar una punción ventricular. Una vez se obtiene el resultado de la muestra obtenida durante la punción, se comenta con Dr Mejía infectólogo pediatra, quien considera iniciar meropenem más vancomicina, ante la posibilidad de una ventriculitis.

Es reiterativo como la abogada demandante, continúa haciendo afirmaciones y conclusiones sin ningún sustento científico; esto referido a la anotación textual que dice **"ingresó a cirugía para el procedimiento de laparoscopia, se infectó y por ello la válvula se había taponado nuevamente, impidiéndole drenar el líquido cefaloraquídeo"** , siendo esto un motivo más, que deja entrever el gran desconocimiento médico que tiene frente al manejo de este tipo de patologías, las cuales son exclusivas de una especialidad; y lo más grave, es que se atreve a realizar afirmaciones sin ni siquiera haber revisado de forma adecuada la historia clínica.

El **día 8 de agosto**, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, presentó signos sugestivos de hipertensión endocraneana, reportados en la historia clínica como: "fiebre, somnolencia, irritabilidad marcada, vómito persistente (más de 4 episodios de vómito en menos de 3 horas) y fontanela abombada" por lo cual llamo inmediatamente a neurocirujano Dr. Coral, quien me ordena iniciar osmorin y acetazolamida, medicamentos con el fin de estabilizar a la menor de su estado neurológico y acude ese mismo día a valorarla, decidiendo realizar punción ventricular para estudios de líquido céfalo raquídeo, los cuales confirman ventriculitis; **el día 9 de agosto del 2012**, el Dr. Coral, decide por presentar Kimberly nuevamente ventriculitis retirar la válvula de Hakim dejando ventriculostomía externa.

A continuación, se anexa copia de la historia clínica de esa fecha para poder dar sustento a lo mencionado previamente

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

991

Fecha Evolución	8/8/2012 3:46:00 PM
Subjetivo	KIMBERLY CON DX: OBSTRUCCCION INTESTINAL RESUELTA, POP LIBERACION DE BRIDAS POR LAPAROSCOPIA (JULIO 27), ANTECEDENTE DE HIDROCEFALO,DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL. , ESTRENIMIENTO, VENTRICULITIS. TTO VANCOMICINA + MEROPENEM (05 AGOSTO) HA ESTADO PRESENTADO FIEBRE A PESAR DEL MANEJO ANTIBIOTICO ULTIMO PICO FEBRIL HOY ALAS 4 AM DE 38ºC. PACIENTE IRRITABLE AL EXAMEN FISICO, CON LLANTO NO CONSOLABLE, UN EPISODIO DE EMESIS SOMNOLIENTA, NO ESTA TOLERANDO LA VIA ORAL
Objetivo	AL E. FISICO SV TA 85/50, FC 134XMIN, FR 32XMIN, T 36.5ºC, SAT 97% CABEZA MACROCRANEA CON FONATNELA ABOMBADA, PUPILAS EN 4MM ISOCORICAS REACTIVAS A LALUZ. ORL NORMAL. CVS RSCSRS, NO SOPLOS, LLENADO CAPILAR2 SEG , PERFUSION CONSERVADA. T/P NO SDR, NO RSA, AUSCULTACION PULMONAR NORMAL. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLENO MASAS, NOMEGALIAS. GU NORMAL. OA HIPOTONICA. SNC IRRITABLE DURANTE EL EXAMEN, PERO PERSISTE SOMNOLIENTA SIN SIGNOS DE FOCALIZACION, NO ALTERACION DEPARES CRANEANOS
Signos Vitales	Sístole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	SE COMENTA TELEFONICAMENTE CON DR.OSWALDO CORAL QUIEN ESTA ENTERADO DEL CASO Y REFIERE VENIR EN HORAS DELA NOCHE PARA REALIZAR PUNCION VENTRICULAR Y DEFINIR REALIZACION DE RETIRO DE DERIVACION Y COLOCACION DE DERIVACION EXTERNA .SUGUIERE NEUROCIRUJANO INICIO DE OSMORIN Y ACETAZOLAMIDA
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Septicemia, no especificada — CIE 10 A419
Observaciones Diagnóstico	VENTRICULTIS DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION HTE
Especialista	James Sambrano Narvaez — Especialidad Médico

A continuación se anexa nota de evolución realizada por neurocirugía, la cual se realizó el mismo día en que se solicitó la valoración por dicha especialidad.

Fecha Evolución	8/8/2012 10:41:00 PM
Subjetivo	PTE CON DX DE HIDROCEFALIA DERIVADA CON DVP HACE 2 MESES, PRESENTO CUADRO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS. SE DX POR LAPAROSCOPIA , RECIBIO TTO CON TAZOCIN X 10 DIAS, , CON EVOLUCION LENTA A LA MEJORIA. CON IRRITABILIDAD , DESDE AYER SOMNOLIENTA Y PICO FEBRIL , Y DESDE HOY NOTAN FONTANELA TENS. SE HIZO PUNCION VENTRICULAR HACE 3 DIAS LA CUAL MOSTRO LCR CLARO CON HEMATIES DE 5 Y LEU 10 90 MONO 10 PMN PROT 166 GLU 29 SE INICIO TTO CON VANCOMICINA Y MEROPENEM
Objetivo	ALERTA HIPOACTIVA , PALIDA , ISOCORIA , PC 51 , MOVILIZA 4 EXTREMIDADES . CICATRICEZ QCA SANAS. TIENE ECO ABDOMINAL NORMAL TC CEREBRAL CON DILATACION VENTRICULAR , CON ATROFIA CORTICAL Y COLECCION SUBDURAL QUE NO HA AUMENTADO RESPECTO DE TAC PREVIO
Signos Vitales	Sístole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	DX . VENTRICULITIS HIDROCEFALIA PLAN PUNCION VENTRICULAR , PARA ESTUDIO DE LCR , SEGUN RESULTDOS SE DECIDIRA VENTRICULOSTOMIA .
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Hidrocefalo comunicante — CIE 10 G910
Observaciones Diagnóstico	VENTRICULITIS
Especialista	Oswaldo Coral Guerron — Especialidad Cirujano

Fecha Evolución	8/8/2012 10:45:00 PM
Subjetivo	NOT DE PUNCION VENTRICULAR . BAJO TECNICA ASEPTICA , SE INTRODUCE YELCO CON AGUJA Nº 18 , EN BORDE LATERAL DE FONTANELA ANTERIOR DERECHA , SE OBTIENE LCR XANTOCROMICO , SE TOMAN MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO
Objetivo	PA 102/56 FC 126 SAT02 95, ALERTA , MAS ACTIVA , MOVILIZA 4 EXTREMIDADES , FONTANELA NORMOTENSA .
Signos Vitales	Sístole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	DX. VENTRICULITIS A DESCARTAR SS ESTUDIO DE LCR TTO ANTIBIOTICO IGUAL TRANSFUNDIR GRE SEGUN CRITERIOS DE PEDIATRIA .
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Hidrocefalo comunicante — CIE 10 G910
Observaciones Diagnóstico	VENTRICULITIS
Especialista	Oswaldo Coral Guerron — Especialidad Ciruiano

Elimina la filigrana digital ahora

992

Respecto a la apreciación que hace en cuanto a la atención del Dr. Coral, neurocirujano, **lo único que ME CONSTA, es que la atención se realizó de manera idónea y oportuna, atendiendo al llamado el mismo día,** tanto así que al siguiente día por verificar evidencia de infección (ventriculitis) decide retirar válvula de Hakim para dejar ventriculostomía externa. esto deja ver claramente que la atención médica prestada a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, siempre fue realizada por un equipo multidisciplinario: pediatría, infectología pediatra, cirugía pediátrica y neurocirugía, de forma idónea, diligente y oportuna.

Todo lo anterior deja claro, que las complicaciones que presentó la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, estaban asociadas a su patología pre existente HIDROCEFALIA CONGÉNITA.

VIGESIMO SEPTIMO. NO ES CIERTO. El motivo por el cual el neurocirujano Dr. Coral, decide retirar la válvula de Hakim de forma inmediata como lo refiere la abogada demandante, es por evidenciar proceso infeccioso (ventriculitis) y posteriormente, una vez tratado su proceso infeccioso, el día 26 de agosto del 2012, define colocar **derivación ventrículo atrial** y no colocar derivación ventrículo peritoneal por los antecedentes de adherencias que se encontraron al realizar la laparoscopia. Además, es importante aclarar, que la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, ya venía recibiendo tratamiento antibiótico según las indicaciones de infectología pediátrica, quien realizaba seguimiento continuo por parte de su especialidad para realizar las modificaciones que considerara pertinentes según su evolución clínica.

pdfelement

VIGESIMO OCTAVO. NO ES CIERTO. Absolutamente nada de lo que acá se afirma es cierto, porque de la lectura de la historia clínica, en los hechos, lo que se deduce fehacientemente es que la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, **lo único que ha tenido es una atención médica íntegra, adecuada y oportuna, dejando claro que nunca existieron fallas en la atención de la menor como lo menciona la abogada demandante. Cabe resaltar, que el manejo médico siempre fue llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, participando del mismo, los especialistas en pediatría, cirugía pediátrica, infecto logia pediátrica, neurocirugía pediátrica y nutrición.** Las fallas a las que hace referencia la abogada demandante deberán se probadas.

Elimina la filigrana digital ahora

993

VIGESIMO NOVENO. NO ES CIERTO. La menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, sale el día 4 de septiembre del 2012, pero según las anotaciones en la historia clínica, la menor se encontraba, al momento del egreso, en buen estado clínico, sin síntomas neurológicos, con paraclínicos (exámenes de laboratorio) completamente normales y tolerando la vía oral, por lo cual la médica pediatra tratante, Dra. López decide dar salida. El retardo en su desarrollo, al que hace referencia la abogada demandante, es secundario a su pre existencia de base, y a las múltiples infecciones cerebrales que presentó la paciente, debido a su condición médica. Como hace referencia los artículos científicos anexados

Lo demás son apreciaciones subjetivas y es evidente la incongruencia de la abogada demandante, en donde a pesar de una supuesta "mala atención médica", la niña presentó una "mejoría evidente".

Por esta razón anexo evolución clínica realizada en la fecha

Fecha Evolución	9/4/2012 10:57:00 AM		
Subjetivo	BUENA EVOLUCION CLINICA SIN FIEBRE SIN TOS SIN DOLOR SIN IRRITABILIDAD SIN VOMITO SIN SIGNOS DE HTE RECIBE Y TOLERA VO . SE COMENTA CON EL DR CORAL SE AUTORIZA EGRESO .		
Objetivo	EDAD 8MESES DX 1. POP COLOCACION DE DERVIVACION VENTRICULOATRIAL 2. VENTRICULITIS CULTIVO POSITIVO PARA ESTAFILOCOCO EPIDERMIDIS TRATADA AP 1. POP VENTRICULOSTOMIA EXTERNA - 09 AGOSTO. 2. POP LIBERACION DE BRIDAS 3. ESTREÑIMIENTO 4. HIDROCEFALIA TTO 1. METOCLOPRAMIDA PA 97/69 P 104X FR 32X T 32X T 36C SAT 94% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA FONTANELA NORMOTENSA CONJUNTIVAS ROSADAS HERIDA QX LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCION SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS CUELLO NORMAL TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS RSCSRS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR SIN DISTENSION EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR SNC RDSM SEVERO HIDROCEFALIA		
Signos Vitales	Sistole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	
Análisis	ALTA		
Diagnósticos			
Nombre Diagnóstico	Hidrocefalo, no especificado	CIE 10	G919
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	Patricia Lopez Herrera	Especialidad	Médico

pdfelement

TREINTA. El día 23 de enero del 2013, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

994

Pero es importante aclarar que la presencia de vómito, fiebre y somnolencia, son síntomas inespecíficos, los cuales se presentan en muchas patologías, como ya lo mencionamos anteriormente; y NO ES CIERTO, como refiere la abogada demandante, que son síntomas claros de la presencia de una infección; esto corresponde a una apreciación subjetiva, sin ningún sustento científico, dejando claro que el único objetivo de la misma es desviar la atención siendo esto un sofisma de distracción para poder llevar al juzgador de turno a una posible responsabilidad por parte de SALUDCOOP y el personal médico que ha atendido a la menor.

28 de enero del 2013, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Es necesario aclarar, que los síntomas a los que hace referencia a abogada demandante (vómito, fiebre y somnolencia) son INESPECÍFICOS, y se pueden presentar en otras patologías como lo hemos mencionado con anterioridad.

Se anexa copia del ingreso al servicio de urgencias para demostrar que los síntomas a los que hace referencia la abogada demandante de forma reiterativa, son inespecíficos, y pueden estar en relación a un sinnúmero de patologías, especialmente en pediatría.

pdfelement

Fecha Evolución	1/28/2013 4:54:00 PM		
Subjetivo	ASISTE A VALORACION POR URGENCIAS MC: VOMITO EF: PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIAS DE EVOLUCION DE MALESTAR GENERAL. HIPOREXIA. ASOCIADO AL CUADRO EMESIS EN LA MAÑANA DE PREDOMINIO ALIMENTARIO. SIN NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA. NO FIEBE. NIEGA SINTOMAS URINARIOS EPISODIO SIMILAR EL 23/ENE/2013. SE MANEJO COMO PROBABLE PRODROMOS VIRAL. CON APRCIAL DE ORINA NORMAL Y UROCULTIVO NEGATIVO. PACIETNE CON MULTIPLES ANTECEDENTES. HIDROCEFALIA. +3 EPISODIOS DE VENTRICULITIS. OBSTRUCCION INTESTINAL. QUE HA REQUERIDO VARIOAS HOSPITALIZACIONES. ULTIMA HOSPITALIZACION HACE 4 MESES. ACTUALMENTE EN TERAPIA FISICA DOMICILIARIA. ACTUALMENTE NO TOMA MEDICAMENTOS.		
Objetivo	EF: C/C_ ORL MUCOSA ORAL HUMEDA C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS AUDIBLES. RESPIRATORIOS BIEN VENTILADOS SIN SIGNOS DE DIFICUTLAD RESPIRATORIA ABDOMEN SIN COMPROMISO SNC: RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR. MACROCEFALO. FONTANELA. NO ABOMBADA. EXT: MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES.		
Signos Vitales	Sístole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	
Análisis	PACIENTE CON CUADRO DE 12 HORAS DE EVOLUCION DE IRRITABILIDAD. CON EPISODIO EMETICO. EN LA MAÑANA. MAMA ADMINISTRO METOCLOPRAMIDA NO HA PRESENTADO MAS EPISODIOS EMETICOS CON HIPOREXIA. SE DECIDE TOMA DE PARACLINICOS. HG. PCR. NUEVO PARCIAL DE ORINA. Y SE REVALROARA CON RESULTADOS. SE EXPLCIA A LA MADRE.		
Diagnósticos			
Nombre Diagnóstico	Nausea y vomito	CIE 10	R11X
Observaciones Diagnóstico			

Elimina la filigrana digital ahora

995

29 de enero del 2013, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Lo que se puede evidenciar por la historia clínica, es que la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, es llevada a urgencias por su madre, por presentar "fiebre, vómito, irritabilidad y somnolencia" en donde le realizan exámenes de laboratorio, documentando infección de vías urinarias.

De esto podemos concluir como venimos repitiendo en varias oportunidades, que los síntomas mencionados previamente, son inespecíficos, y no necesariamente son indicativos de "INFECCIÓN VENTRICULAR O DISFUNCIÓN DE LA DERIVACIÓN VENTRICULO PERITONEAL" como lo ha mencionado la abogada demandante.

Anexo nota de evolución de historia clínica de la fecha en mención:

Fecha Evolución	1/29/2013 12:23:00 PM URGENCIAS PEDIATRIA -MAÑANA CON CON DR PARDO EDAD 13 MESES
Subjetivo	DX SD EMETIZANTE -HIDROCEFALIA -IVU ANTECEDENTE DE VENTRICULITIS MANEJO CEFTRIAXONA (ENERO 29) LEV -ACETAMINOFEN MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON EMESIS, SIN FIEBRE , AUN DECAIDA
Objetivo	KIMBERLY , LUCE HIDRATADA , DECAIDA ADECUADO PATRONRESPIRATORIO SUS SIGNOS VITALES FC 120 FR 28 T 36,8 SO2 98% FONTANELA NORMOTENSA , SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EN TRAYECTO DE DVP CP PULMONES LIMPOS , SIN AGREGADOS PULMONARES , CORAZON RITMICO TAQUICARDICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE , PERISTALTISMO NORMAL EXTREMIDADES LLENADO CAPILAR 2 SEG SNC SIN DEFICIT APARENTE NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA
Signos Vitales	Sístole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	SE INDICO POR RECOMENDACION DE DR HERRERA CONTROL DE P DE O CON SONDA , AUNQUE TIENE NITRITOS POSITIVOS EN SU P DEO INICIAL ESTA CON MOCO Y BACTERIAS, SE DIO INDICACION DE REPETIR , SI NO HAY FOCO INFECCIOSO EN ORINA , SE COMENTARA CON NEUROLOGIA LA NIÑA NO RECIBIO ATB EN LA NOCHE POR NO TENER ACCESO VENOSO, HA PRESENTADO EMESIS EN LA MAÑANA SE TOMO NUEVO P DE O CON SONDA YA SE INICIO CEFTRIAXONA VIGILAR ESTRECHAMENTE EVOLUCION POR ANTECEDENTES DE LA NENA

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	CIE 10	N390
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	maria angela villalobos pabon	Especialidad	Médico

30 de enero del 2013 - 4 de febrero del 2013, ES CIERTO. La menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO queda hospitalizada por infección de vías urinarias, recibiendo tratamiento antibiótico con ceftriaxone. Durante esta hospitalización, el día 31 de enero del 2013, fue valorada por el DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, quien, teniendo

Elimina la filigrana digital ahora

996

en cuenta los antecedentes de la menor, además de presentar vómito persistente, solicita valoración por neurocirugía, infectología pediátrica y cirugía pediátrica, con el fin de descartar disfunción del catéter de derivación o patología de tipo gastro intestinal, por lo que ordena además realizar TAC CEREBRAL. En esta hospitalización, neurocirujano Dr. Coral, como se evidencia en la historia clínica, descarta que la menor este cursando en el momento con un proceso infeccioso agudo o disfunción del catéter de derivación ventrículo peritoneal; por otro lado, cirugía pediátrica, Dr. Lotero, descarta patología abdominal.

Se revisa lectura de TAC cerebral por parte de radiólogo, realizado el día 31 de enero del 2013, que muestra hidrocefalia compensada, sin edema transependimario ni desviación de la línea media y sin cambios evidentes al compararlos con tomografías realizadas previamente; por lo que, se decide dar salida, por sugerencia de infectología y neurocirugía, con continuidad de tratamiento antibiótico, recomendaciones y signos de alarma para re consulta.

A continuación se anexan soportes de la historia clínica.

Fecha Evolución	1/31/2013 9:44:00 AM		
Subjetivo	KIMBERLY DX IVU, ANT HIDROCEFALIA CON DVP, ANT VENTRICULITIS EN 4 OCASIONES, ANTECEDENTE DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. SE INICIA CEFUROXIMA ACETIL POR DIFICIL ACCESO VENOSO.NO HA PRESENTADO FIEBRE DESDSE ELINCIO DE SU CUADRO CLINICO. EN LA NCOHE 11 PM NUEVO EPSIDIO DE VOMITO POSTPRANDIAL Y CON REPETIDOS EPISODIOS DE EMESIS EN LA MADRUGADA, ASOCIADO IRRITABILIDAD, NO DISTENSION ABDOMONAL, NO DETERIORO NEUROLOGICO. PTE RESULTADO DE UROCULTIVO		
Objetivo	AL E.FISICO SV TA 88/49 , FC 120XMIN ,FR 30XMIN ,T 37.5ºC , SAT97% CABEZA NACROCRANEO CON FOINATANELA NORMOTENSA , OJOS PUPILAS ISOCORICAS CON ESTRABISMO CONVERGENTE. CVS RSCSRS, NO SOPLOS, LLENADOCAPILAR 2 SEG , PERFUSION CONSERVADA. T/PNO SDR, NO ESTERTORES, NO RSA. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN SIGNOS MENINGEOS		
Signos Vitales	Sistole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	
Análisis	PACIENTE PARCIAL DER ORINA SUGETIVA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS TIENE ANTECEDENTE DE VETRICULITIS Y DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION,ANTECEDENTE DE OBSTRUCION INTESTINAL POR BRIDAS SE CONSIDERA POR VOMITO PERSISTENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA PEDIATRICA Y CIRUGIA PEDIATRICA CON FIN DE DESCARTAR DISFUNCION DE CATETER DE DERIVACION O DISFUNCION VALVULAR Y DECARTAR PATOLOGIA DE TIPO GASTROINTESTINAL. POR AHORA SE CONTINUA CON CEFUROXIMA ACETIL ORAL MIENTRAS SELOGRA OBTENER UN ACCESO VENOSO PARA CONTINUAR CEFTRIAXONA. VALORACION POR INFECTOLOGIA PEDIATRICA		
Diagnósticos			
Nombre Diagnóstico	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado		CIE 10 N390
Observaciones Diagnóstico	CATETER DE DERIVACION POR HIDROCEFALIA CONGENITA ,ANTECEDENTE DE VENTRICULITIS		
Especialista	James Sambrano Narvaez	Especialidad	Médico

A continuación se anexan notas de evolución de las diferentes especialidades como sustento probatorio:

Elimina la filigrana digital ahora

997

Evolucion realizada por Cirujano Pediatra Dr. Lotero

Fecha Evolución	1/31/2013 12:22:00 PM
Subjetivo	Paciente con antecedente de secuelas neurologicas por hidrocefalia, tiene cateter de derivacion ventriculo peritoneal y hace aprox 3 meses laparoscopia Dx , bridas interasas al parecer no obstructivas. Ahora se encuentra hospitalizada por infeccion urinaria pero la mama refiere que ha estado irritable y con episodios repetidos de vomito
Objetivo	Paciente estable, afebril, hidratada, alerta, irritable al examen fisico,sin SDR Buena ventilacion en ACP Abdomen no distendido, blando, depresible, no hay al parecer irritacion peritoneal, no masas.
Análisis	Al parecer no hay clinica de obstruccion intestinal , pero por el antecedente de su laparoscopia, debe realizarse una serie de abdomen para observar la distribucion del gas, si se descarta patologia obstructiva intestinal, debe ser evaluada por neurocirugia para descartar que el compromiso sea neurologico, relacionado a su cateter de derivacion ventriculo peritoneal.

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Nausea y vomito	CIE 10	R11X
Observaciones Diagnóstico	a estudio		
Especialista	Gilberto Lotero Diaz	**Especialidad**	Médico

Nota de valoración por Neurocirujano Dr. Oswaldo coral

Fecha Evolución	1/31/2013 12:32:00 PM		
Subjetivo	PACIENTE CON DX ANOTADOS		
Objetivo	VALORADO POR NEUROCIRUGIA		
Signos Vitales	Sístole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	
Análisis	CONSODERA POR NATECDENTES TOMAR TAC CEREBRAL SIMPLE EN ESTE MOMENTO NO HAY CLINICA DE HT ENDOCRANEANSA NI SIGNOS DE DISFUNCION VALVULAR		

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	CIE 10	N390
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	James Sambrano Narvaez	**Especialidad**	Médico

pdfelement

4 de febrero del 2013, El Doctor James Arturo Zambrano Narváez, decide darle salida a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, previa valoración por neurocirugía, infectología pediátrica y cirugía pediátrica, quienes descartaron disfunción u obstrucción de la válvula de derivación ventrículo atrial realizando una revisión completa de la paciente, ordenando medicamentos antibióticos para continuar manejo en casa, indicaciones y signos de reconsulta, como se puede ver en la historia clínica.

De lo anterior, se puede concluir, que la atención médica brindada por parte de todo el personal, se hizo de manera idónea, bajo los estándares de ética y profesionalismo.

Se anexa a continuación soporte de evolución realizada en la historia clínica.

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Evolución	2/4/2013 11:49:00 AM
Subjetivo	KIMBERLY CON ANTECEDENTE DE HIDROCEFALIA CON DVP. HA PRESENTADO VENTRICULITIS EN 3 OCASIONES REQUIRIENDO MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO LA ULTIMA FUE HACE 5 MESES. DONDE PRESENTO CUADRO DE OBSTRUCCION POR BRIDAS. INGRESA EL DIA 23/01/13 POR CUADROCLINICO DE 2 DIAS DEMALESTAR GENERAL, HIPOREXIA, VOMITO 3 VECES EN ELDIA SIN DIARREA NI FIEBRE POR LO CUAL ASISTE A URGENCIAS DONDE TOMAN CH CON LEUC 12600 NEUT 59 LINF 33 HB 14 HCTO 41.8 PLAQ 321000 PCR 0.33 P DE O CON LEUC 1-2 XC BACT +++ MOCO ++ NITRITOS POSITIVOS GRAM CON BACILO GRAM NEGATIVO 10XC SE CONSIDERA IVU Y SE HOSPITALIZA. SE VALORAPOR NEUROCIRUGIA DR. CORAL CONSIDERAPOR NATECDENTE CLINICO TOMAR TAC CEREBRAL DE CONTROL QUE MUESTRA HIDROCEFALIA COMPENSADA, SIN EDEMA TRANSEPENDIMARIO. NO DESVIACION DELALINEAMEDIA. TAC SIN CAMBIOS EN REALACION CON TAC CEREBRALPREVIO.SE VALORA POR CIRUGIA PEDIUATRICAORDENA SERIE DE ABDOMEN LA CUAL EVIDENCIA ADECUADA DISTRIBUCION DE GAS INTESTINAL, SIN EVIDENCIA DE OBSTRUCCION. UROCULTIVO POSITIVO PARA PROTEUS MIRABILIS MULTISENSIBLE EN MANEJO CON CEFTRIAXONA. SETOMA ECOGRAFIA RENAL UY DE VIAS URINARIAS NORMAL ANT PAT HIDROCEFALIA SE REALIZO DVP A LOS 15 DIAS. HA PRESENTADO 3 EPISODIOS DE VENTRICULITIS ULTIMA HACE 5 MESES. PRESENTO OBSTRUCCION POR BRIDAS REFIERE QUE HACE 10 DIAS PRESENTO IVU SE MANEJO AMBULATORIAMENTE CON ACIDO NALIDIXICO POR 7 DIAS. ECO RENAL NORMAL. NO RECIBE PROFILAXIS ESTREÑIMIENTO EN MANEJO CON PEG. NIEGA SD CONVULSIVO. GAMAGRAFIA REALIZADOEN HAOPITALIZACION PREVIA NORMAL.
Objetivo	AL E. FISICO SV TA 87/55 FC 117XMIN. FR 28XMIN. T 36.ºC. SAT 98% CABEZA MACROCRANEO. OJOS ESTRAVISMO CONVERGENTE. ORL NORMAL. CVS RSCSRS. NO SOPLOS. LLENADO CAPILAR 2 SEG. PERFUSION CONSERVADA. T/P NO SDR. NO ESTERTOTRES. NO OTROS RSA. ABDOMEN BLANDO,DEPESIBLE. NO MASAS,NO MEGALIAS. GU NORMAL. OA NORMAL. SNC ALERTA SIN SINTOMAS NEUROLOGICOS. NO SIGNOS DE FOCALIZACION. NO OTROS RSA.
Signos Vitales	Sistole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	SE DECIDE DAR SALIDA CON CEFUROXIMA (ZINNAT) DAR 4.5 CENTIMETROS VIA ORAL CADA 12HORAS POR 5DIAS Y SUSPENDER PROFILAXIS CON CEFALEXINA DAR 3.5 CENTIMETRO EN LAS NOCHES INICIAR ESTE MEDICAMENTO AL TERMINAR ZINNAT Y NO SUSPENDER HASTA NUEVA ORDEN SE DA ORDEN DE DE CISTOGRAFIA MICCIONAL Y RETROGRADA CITA CON PEDIATRIA Y NEFORLOGIA PEDIATRICA POR CONSULTA EXTERNA EN CASO DE FIEBRE,VOMITO, IRRITABILIDAD, DIFICULTAD PARA RESPIRAR U OTRA SINTOMATOLOGIA CONSULTAR

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	CIE 10	N390
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	James Sambrano Narvaez	Especialidad	Médico

pdfelement

TREINTA Y UNO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Es necesario aclarar, como ya hemos mencionado previamente en otros hechos, la fiebre, vómito, somnolencia, irritabilidad y tos persistente, son síntomas inespecíficos, que no son indicativos claros de una disfunción del sistema de derivación ventrículo atrial o proceso infeccioso asociado.

TREINTA Y DOS. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

TREINTA Y TRES. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

999

TREINTA Y CUATRO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

TREINTA Y CINCO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

TREINTA Y SEIS. NO ES CIERTO. Contiene este hecho atenciones realizadas a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO en varios días.

Es importante aclarar, que el doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, no era el médico tratante de la menor. La pediatra que estaba a cargo de la menor KIMBERLY PAPAMIJA, era en ese momento la DRA. PATRICIA LOPEZ, Y fue ella, quien el día 16 de febrero del 2013, ordenó el TAC cerebral, el cual se realizó ese mismo día, y NO ES CIERTO, que el DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, haya revisado el TAC con la DRA. PATRICIA LOPEZ, y mucho menos el que se haya dicho "no tenía nada y la válvula no presentaba taponamiento"; por lo cual anexo la nota de evolución consignada en la historia clínica el día 16 de febrero del 2013.

pdfelement

Fecha Evolución	2/16/2013 10:03:00 AM
Subjetivo	LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO IRRITABLE PARECE CON DOLOR , AYER 3 DEPOSICIONES BLANDAS, HACE 2 DIAS SIN VOMITO, AHORA CON RINORREA , SIN TOS , ERITEMA BILATERAL DE OIDOS , SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER DE DVP, TIENE AP DE DVP POR HIDROCEFALIA Y OBSTRUCCION INTESTINAL CON LIBERACION DE BRIDAS , SE TOMA TAC CEREBRAL CONTROL Y SERIE DE ABDOMEN . SE INICIA CEFTRIAXONA . LECHE LIBRE DE LACTOSA.
Objetivo	EDAD 1AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO 1. CLARITROMICINA 2. CEFTRIAXONA 3. ACETAMINOFEN PA 75/53 P 120X FR 28X T 36.4C SAT 98% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA CUELLO NORMAL ORL ERITEMA BILATERAL DE OIDOS TORAX PULMONES BIEN VENTILADOSSIN RS AGREGADOS RSCSRS ABDOEMN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLRO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS SIN SIGNOS CLINICOS DE VENTRICULITIS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER , CVC SIN SIGNOS DE INFECCION SIN SANGRADO
Análisis	DIETA ASTRINGENTE + LECHE LIBRE DE LACTOSA LEV A 35 CC/HORA CEFTRIAXONA EVL CADA 12HORAS SUSPENDER CEFALEXINA VO SE REINICIA AL TERMINAR AB EV ACETAMINOFEN SI HAY FIEBRE O DOLOR TOMAR SERIE DE ABDOMEN TOMAR TAC CEREBAL SIMPLE RESTO IGUAL

Diagnósticos				
Nombre Diagnóstico	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso		CIE 10	A09X
Observaciones Diagnóstico				
Especialista	Patricia Lopez Herrera	Especialidad	Médico	

Elimina la filigrana digital ahora

1000

Se concluye, que NO ES CIERTO, como refiere la abogada demandante que "**POR FIN, la entidad demandada SALUDCOOP EPS dio la orden"** para que le realizaran un TAC cerebral, ya que en ningún momento el personal médico, ni la entidad de salud, negaron la realización del TAC cerebral.

NO ES CIERTO, que entre los días 14 al 19 de febrero del 2013, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, presentara "**SINTOMAS INEQUÍVOCOS DE QUE LA VÁLVULA DE HAKIM NO ESTABA BIEN",** como lo menciona la abogada demandante; por lo que a continuación vamos aclarar la evolución de la menor, según las anotaciones en la historia clínica día a día:

- 14 de febrero del 2013: ingresa la menor al cuarto piso de hospitalización pediatría con los siguientes diagnósticos: síndrome gastroentérico y neumonía por atípicos; según la nota de la DRA CAROLINA CARREÑO, comenta "paciente en el momento estable, que durante el día ha tolerado la vía oral, tranquila, no luce tóxica, sin fiebre; sin anotaciones en la historia clínica que sugieran disfunción de la válvula de derivación ventrículo atrial.

-

Fecha Evolución	2/14/2013 11:51:00 PM		
Objetivo	ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. ALERTA. TRANQUILA DURANTE EL EXAMEN FISICO. CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES FC: 126 FR: 28 T: 36.5 SO2: 98% SE PALPA DERIVACION AL LADO DERECHO DE LA CABEZA PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL MUCOSAS HUMEDAS. ROSADAS. AMIGDALAS EUTROFICAS CORAZON RITMICO NO SOPLOS AUDIBLES C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS DURANTE MECANICA RESPIRATORIA . CATETER SUBCLAVIO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SANGRADO ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO. NO DISTENDIDO. PERISTALTISMO POSITIVO. SIGNO DEL PLIEGUE CUTANEO NEGATIVO EXT EUTERMICAS. NO EDEMAS. PULSOS POSITIVOS SNC ALERTA. ACTIVA		
Signos Vitales	Sistole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	
Análisis	PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE. QUE DURANTE EL DIA HA TOLERADO LA VIA ORAL. NO HA REALIZADO DEPOSICION. TRANQUILA. NO LUCE TOXICA. AFEBRIL. SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO. PENDIENTE TOMA DE ECO DE ABDOMEN SS RX DE TORAX		
Diagnósticos			
Nombre Diagnóstico	Otras enteritis virales		CIE 10 A083
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	Carolina Carreno Cepeda	**Especialidad**	Médico

- 15 de febrero del 2013: la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, es valorada por la DRA VERONICA MERA LOPEZ, pediatra, quien consigna en la historia clínica: "paciente actualmente sin signos de irritación peritoneal, tolerando la vía oral, al examen neurológico alerta activa" no hay anotaciones en esta evolución de síntomas o signos que sugieran disfunción valvular.

Elimina la filigrana digital ahora

1001

Fecha Evolución	2/15/2013 10:34:00 AM
Subjetivo	DX: 1) SD GASTROENTERICO 2) NEUMONIA POR ATIPICOS EN TRATAMIENTO 3) ANTECEDENTES : BRIDAS - HIDROCEFALIA TTO:LEV- METOCLOPRAMIDA- CLARITROMICINA- CEFALEXINA S:ALERTA, ACTIVA,AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, SIN EPISODIOS DE EMESIS, DEPOSCIONES YA MAS GRUMOSAS, NO IRRITABLE.
Objetivo	SV FC: 110 FR: 28 T: 36 SO2: 97% SE PALPA DERIVACION AL LADO DERECHO DE LA CABEZA PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS, AMIGDALAS EUTROFICAS CORAZON RITMICO NO SOPLOS AUDIBLES C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS DURANTE MECANICA RESPIRATORIA , CATETER SUBCLAVIO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SANGRADO ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, SN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXT EUTERMICAS, NO EDEMAS, PULSOS POSITIVOS SNC ALERTA, ACTIVA
Análisis	PACIENTE QUIEN INGRESA POR CUADRO GASTROINTESTINAL, ACTUALMENTE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TOLERANDO VIA ORAL , SIN EMESIS, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES , HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE COTNUA MANEJO INSTAURADO, PENDIENTE ECOGRAFIA ABDOMINAL Y RXD E TORAX PARA EVALUAR POSICION DE CATETER. SE EXPLICA A LA MADRE.

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Infeccion intestinal viral, sin otra especificacion	CIE 10	A084

Observaciones Diagnóstico

Especialista Veronica Mera Lopez Especialidad Médico

- 16 de febrero del 2013: evolución realizada por la pediatra DRA PATRICIA LOPEZ, médica tratante de la menor, quien consigna en la historia clínica: "al examen neurológico paciente con retardo del desarrollo psicomotor, sin signos meníngeos, sin signos clínicos de ventriculitis, sin eritema en recorrido de catéter. Encuentra eritema bilateral de oídos por lo que deja a la menor con los siguientes diagnósticos: neumonía por atípicos, diarrea viral, IRANN (virosis) otitis media aguda; y sugiere por su antecedente de hidrocefalia y ventriculitis tomar TAC cerebral simple e iniciar ceftriaxone.

pdfelement

Fecha Evolución	2/16/2013 10:03:00 AM
Subjetivo	LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO IRRITABLE PARECE CON DOLOR , AYER 3 DEPOSICIONES BLANDAS, HACE 2 DIAS SIN VOMITO, AHORA CON RINORREA , SIN TOS , ERITEMA BILATERAL DE OIDOS , SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER DE DVP, TIENE AP DE DVP POR HIDROCEFALIA Y OBSTRUCCION INTESTINAL CON LIBERACION DE BRIDAS . SE TOMA TAC CEREBRAL CONTROL Y SERIE DE ABDOMEN . SE INICIA CEFTRIAXONA . LECHE LIBRE DE LACTOSA
Objetivo	EDAD 1AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO 1. CLARITROMICINA 2. CEFTRIAXONA 3. ACETAMINOFEN PA 75/53 P 120X FR 28X T 36.4C SAT 98% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA CUELLO NORMAL ORL ERITEMA BILATERAL DE OIDOS TORAX PULMONES BIEN VENTILADOSSIN RS AGREGADOS RSCSRS ABDOEMN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLRO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS SIN SIGNOS CLINICOS DE VENTRICULITIS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER , CVC SIN SIGNOS DE INFECCION SIN SANGRADO

Elimina la filigrana digital ahora

1007

Análisis	DIETA ASTRINGENTE + LECHE LIBRE DE LACTOSA LEV A 35 CC/HORA CEFTRIAXONA EVL CADA 12HORAS SUSPENDER CEFALEXINA VO SE REINICIA AL TERMINAR AB EV ACETAMINOFEN SI HAY FIEBRE O DOLOR TOMAR SERIE DE ABDOMEN TOMAR TAC CEREBAL SIMPLE RESTO IGUAL

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	CIE 10	A09X
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	Patricia Lopez Herrera	Especialidad	Médico

- 16 de febrero del 2013, turno de la tarde. Realizada por la DRA CAROLINA CARREÑO, quien anota en la historia clínica "la acompañante refiere que el día de hoy ha estado tranquila, no ha presentado fiebre, no émesis (vómito), recibe y tolera la vía oral; anota lo siguiente: encuentro paciente en cama, en compañía de familiar, alerta, tranquila, afebril. Al examen neurológico sin signos meníngeos "Lo anterior deja claro, que no hay evidencia durante esta valoración, hallazgos que sugieran disfunción u obstrucción de la válvula ventrículo atrial

-

Fecha Evolución 2/16/2013 2:47:00 PM

	********** EVOLUCION DE LA TARDE**********
	DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO ANOTADOS
Subjetivo	PACIENTE QUIEN ACOMPAÑANTE REFIERE QUE DURANTE EL DIA DE HOY A ESTADO TRANQUILA. NO HA PRESENTADO FIEBRE. NO EMESIS. RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL.
Objetivo	FEBRERO 15 ECOGRAFIA DE ABDOMEN REPORTADA POR RADIOLOGO DR CAICEDO COMO NORMAL ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, ALERTA, TRANQUILA DURANTE LA VALORACION. CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES FC: 121 FR: 28 T: 36.1 SO2: 98% OIDOS LIGERO ERITEMA BILATERAL C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS DURANTE MECANICA RESPIRATORIA , CATETER SUBCLAVIO SIN SIGNOS DE INFECCION ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO. PERISTALTISMO POSITIVO EXT EUTERMICAS. NO EDEMAS. PULSOS POSITIVOS SNC ALERTA. NO SIGNOS MENINGEOS

Signos Vitales		
Sistole	Diástole	TAM
FC	FR	Temperatura
Peso	Talla	
Glucometria	Saturación	

Análisis	PACIENTE EN EL MOMENTO TRANQUILA, AFEBRIL, SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO. PENDIENTE TOMA DE TAC CEREBRAL Y SERIE DE ABDOMEN

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	CIE 10	A09X
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	Carolina Carreno Cepeda	Especialidad	Médico

- 17 de febrero del 2013, evolución realizada a la 1:30 am, por la DRA JENNY CAROLINA PALENCIA, quien anota en la historia clínica : "no ha tenido fiebre, tolera la vía oral, no emesis; al examen neurológico: paciente con retardo del desarrollo psicomotor, sin signos meníngeos, sin signos clínicos de ventriculitis, sin eritema en recorrido del catéter"

Elimina la filigrana digital ahora

1003

- 17 de febrero del 2013, evolución realizada a las 9.57 am, por la pediatra MARIA FERNANDA CHAVEZ pediatra , quien realiza las siguientes anotaciones en la historia clínica: "paciente con diagnóstico de neumonía por atípicos, diarrea viral, IRA NN (virosis) y otitis media aguda. Madre refiere que vomitó tras administración de acetaminofén 1 solo episodio. La encuentra en condiciones estables, afebril, hidratada. Al examen neurológico alerta y activa; revisa TAC cerebral, ordenado por la DRA PATRICIA LOPEZ, el día 16 de febrero del 2012, el cual compara con tomografía cerebral previa tomada el 31 de enero del 2012, y refiere no haber cambios ni aumento de hidrocefalia". En esta evolución NO HAY ninguna anotación que sugiera la posibilidad de una disfunción valvular o una ventriculitis.

Fecha Evolución	2/17/2013 9:57:00 AM
Subjetivo	EDAD 1 AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO CLARITROMICINA, CEFTRIAXONA, ACETAMINOFEN MADRE REFIERE QUE VOMITO LUEGO DE LA ADMINISTRACION DE ACETAMINOFEN. 1 SOLO EPISODIO. DIARREA AYER DOS EPISODIOS. SEMILIQUIDAS. MODERADA CANTIDAD. NO FIEBRE. TOLERA LA VIA ORAL
Objetivo	PACIENTE EN CONDICIONES ESTABLES. AFEBRIL. HIDRATADA. ALERTA. FC 125 XMIN FR 28 XMIN TEMP 36.5º SAT 99% TA 87/50 MUCOSAS HUMEDAS CORAZON RITMICO NO SOPLOS AUDIBLES C/P AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, SN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXT EUTERMICAS, NO EDEMAS. PULSOS POSITIVOS SNC ALERTA, ACTIVA
Signos Vitales	Sistole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	SE DEJA METOCLOPRAMIDA CON HORARIO SS UROCULTIVODE CONTROL POR IVU RECIENTE SE TOMO TAC AYER EN DONDE EN COMPARACION A PREVIO DE 31 DE ENERONO PARECE HABER CAMBIOS NI AUMENTO DE HIDROCEFALIA. PENDIENTE LECTURA CON RADIOLOGIA RX DE ABDOMEN SIN NIVELES HIDROAEREOS VIGILANCIA CLINICA RESTO DE MANEJO IGUAL

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Infeccion intestinal viral, sin otra especificacion	CIE 10	A084

Observaciones Diagnóstico

Especialista Maria Fernanda Chavez Calle Especialidad Médico

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1004

- 17 de febrero del 2013, evolución realizada a las 10:30pm, por la DRA JENNY CAROLINA PALENCIA, en donde anota "paciente no ha tenido fiebre, tolerando la vía oral no ha vomitado; al examen neurológico sin signos meníngeos y encuentra paciente estable sin fiebre, con mejoría de la diarrea, tolerando la vía oral". En esta evolución, como en las anteriores, NO HAY NINGUNA descripción que indique deterioro neurológico, disfunción valvular o ventriculitis.

Fecha Evolución 2/17/2013 10:30:00 PM

	EDAD 1 AÑO
Subjetivo	DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO CLARITROMICINA, CEFTRIAXONA, ACETAMINOFEN, PLASIL, RANITIDINA PACIENTE NO HA TENIDO FIEBRE, TVO, NO HA VOMITADO DESDE LA MAÑANA, EN EL DIA 2 DEPOSICIONES BLANDAS AL EXAMEN FISICO PACIENTE HIDRATADO CON SV TA 100/67 FC 110X FR 24X T 36.3 C SAT 96% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS CP VENTILACION NORMAL SIN RS AGREGADOS RSCSRS, CVC IZQUIERDO FUNCIONANTE
Objetivo	ABD RI +, BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION NO MASAS EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NO EDEMAS NEUROLOGICO RDPM SIN SIGNOS MENINGEOS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER

Signos Vitales		
Sistole	Diástole	TAM
FC	FR	Temperatura
Peso	Talla	
Glucometria	Saturación	

Análisis: ESTABLE SIN FIEBRE, MEJORIA DE DIARREA, TVO, IGUAL MANEJO, PENDIENTE REPORTE UROCULTIVO

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico			
Bronconeumonia, no especificada	CIE 10	J180	

Observaciones Diagnóstico

Especialista: Jenny Carolina Palencia Espinosa — Especialidad: Médico

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1005

- 18 de febrero del 2013, evolución realizada a las 12:00 pm Por la DRA PATRICIA LOPEZ, quien anota lo siguiente en la historia clínica: "Kimberly con buena evolución clínica, no ha vuelto a presenta fiebre, sin irritabilidad. Hoy no ha presentado vómito, activa, hidratada" la DRA LOPEZ, revisa TAC CEREBRAL, en donde describe "no hay cambios con respecto a TAC previo (tomado el 31 de enero del 2012).

Fecha Evolución	2/18/2013 12:06:00 PM
Subjetivo	BUENA EVOLUCION CLINICA NO HA VUELTO A PRESENTAR FIEBRE SIN IRRITABILIDAD AYER 2 EPISODIOS DE VOMITO HOY NO HA PRESNETADO VOMITO . AYER 4 EPISODIOS DE DEPSOICIONES LIQUIDAS SIN DOLOR ABDOMINAL ACTIVA HIDRATADA . SE TOMO TA CEREBRAL PARA VALORAR HIDROCEFALIA QUE HA PESAR DE TENER HIDROCEFALIA IMPORTANTE A PESAR DE VALVULA . NO HA CAMBIADO CON RESPECTO A TAC ANTERIOR. TIENE AP DE HIDROCEFALIA Y VENTRICULITIS . SERIE DE ABDOMEN SIN SIGNOS RADIOLOGICOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL . TIENE AP DE OBSTRUCCION POR BRIDAS.
Objetivo	EDAD 1 AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO 1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA 2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL PA 79/51 P 131X FR 30X T 36C SAT 100% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS SIN RINORREA CUELLO NORMAL ORL LEVE ERITEMA DE OIDOS TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS RSCSRS ABDOEMN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PERISTALTISMO (+) EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER . CVC CON LEVE ERITEMA SIN SECRECION SIN SANGRADO
Signos Vitales	Sistole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	R/ UROCULTIVO SUSPENDER RANITIDINA OMEPRAZOL IV RESTO IGUAL
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Bronconeumonia, no especificada — CIE 10 — J180
Observaciones Diagnóstico	
Especialista	Patricia Lopez Herrera — Especialidad — Médico

- 18 de febrero del 2013 valoración realizada a las 6:00 pm por la DRA JENNY CAROLINA PALENCIA Y DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO. La Dra. PALENCIA anota lo siguiente: "Diagnósticos: neumonía por atípicos, diarrea viral IRA NN (virosis) y OMA (otitis media aguda). Se anota: "paciente no ha tenido fiebre, no ha vomitado, tolerando la vía oral. AL examen neurológico retardo del desarrollo psicomotor, sin signos meníngeos, sin eritema en recorrido del catéter "por lo descrito, NO HAY EN ESTE MOMENTO, síntomas o signos que indiquen disfunción valvular o ventriculitis.

Elimina la filigrana digital ahora

1006

Fecha Evolución 2/18/2013 6:04:00 PM

Subjetivo	DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO CLARITROMICINA, CEFTRIAXONA, ACETAMINOFEN, PLASIL, OMEPRAZOL PACIENTE NO HA TENIDO FIEBRE, TVO, NO HA VOMITADO, EN EL DIA 2 DEPOSICIONES BLANDAS
Objetivo	AL EXAMEN FISICO PACIENTE HIDRATADO CON SV FC 120X FR 28X T 36. C SAT 98% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS CP VENTILACION NORMAL SIN RS AGREGADOS RSCSRS, CVC IZQUIERDO FUNCIONANTE ABD RI +, BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION NO MASAS EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NO EDEMAS NEUROLOGICO RDPM SIN SIGNOS MENINGEOS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER

Signos Vitales			
	Sistole	Diástole	TAM
	FC	FR	Temperatura
	Peso	Talla	
	Glucometria	Saturación	

Análisis: ESTABLE HIDRATADA, SIN FIEBRE, TVO, SE VALORA CON DR ZAMBRANO CONSIDERA IGUAL MANEJO

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico: Bronconeumonia, no especificada — CIE 10: J180

Observaciones Diagnóstico

Especialista: Jenny Carolina Palencia Espinosa — Especialidad: Médico

- 19 de febrero del 2013, evolución realizada a las 11:49 am por la DRA PATRICIA LOPEZ HERRERA: "KIMBERLY con mejoría clínica, sin fiebre, sin dolor, sin irritabilidad; disminución de eritema de oídos, tos ocasional sin diarrea, sin dolor abdominal, tolerando la vía oral. Al examen neurológico con retardo en el desarrollo psicomotor sin signos meníngeos "Y sugiere continuar igual manejo hasta completar esquema antibiótico. Por lo descrito, NO HAY EN ESTE MOMENTO, signos o síntomas que indiquen deterioro neurológico, disfunción valvular o ventriculitis.

PdfElement

Fecha Evolución	2/19/2013 11:49:00 AM
Subjetivo	CON MEJORIA CLINICA SIN FIEBRE SIN DOLOR SIN IRRITABILIDAD DISMINUCION DE ERITEMA DE OIDOS TOS OCASIONAL SIN DIARREA AYER 2 DEPOSICIONES SIN DOLOR ABDOMINAL TOLERA VO . EL PLAN ES CONTINUAR MANEJO . VIGILAR EVOLUCION Y TOLERANCIA A LA VO . COMPLETAR ESQUEMA AB EDAD 1 AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO
Objetivo	1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA 2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL PA 78/52 P 119X FR 26X T 36.2C SAT 97% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS SIN RINORREA CUELLO NORMAL ORL MEJORIA DE ERITEMA DE OIDOS SIN SECRECION TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS RSCSRS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION SIN DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PERISTALTISMO (+) EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NEUROLOGICO RDPM SIN SGNOS MENINGEOS PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER , CVC SIN ERITEMA SIN SECRECION SIN SANGRADO
Análisis	R/ UROCULTIVO P/ LECTURA TAC CEREBAL SIMPLE RESTO IGUAL

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico: Infeccion viral, no especificada — CIE 10: B349

Observaciones Diagnóstico

Especialista: Patricia Lopez Herrera — Especialidad: Médico

Elimina la filigrana digital ahora

1007

Por todo lo anteriormente descrito y según como aparece consignado en la historia clínica, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, siempre estuvo estable, presentado mejoría clínica, según los médicos que valoraron a la menor en este lapso de tiempo, y NO ES CIERTO, como refiere la abogada demandante, que "**habían síntomas inequívocos de que la válvula de hakim no estaba bien".** Como vemos son afirmaciones falsas y subjetivas, sin ningún fundamento científico y dejan claro que la abogada demandante no realizó una revisión minuciosa de cada una de las evoluciones clínicas, realizadas durante este lapso de tiempo.

Es importante aclarar, que durante este tiempo, la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, no presentó síntomas ni signos clínicos de deterioro neurológico o de infección en el sistema nervioso central; además, se realizó TAC cerebral, el día 16 de febrero del 2013, el cual fue revisado por las pediatras DRA CHAVEZ (17 de febrero del 2013) y DRA LOPEZ (18 de febrero del 2013) quienes al compararlo con TAC CEREBRAL previo realizado el día 31 de enero del 2013, no encontraron hallazgos que sugirieran infección a nivel cerebral (ventriculitis) ni disfunción ni obstrucción de la derivación ventrículo atrial, como lo demuestra las anotaciones realizadas en la historia clínica.

TREINTA Y SIETE. NO ES CIERTO. El día 20 de febrero del 2013, según la nota médica realizada a las 10:00 am por la pediatra DRA PATRICIA LOPEZ, médica tratante de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO consigna lo siguiente: "**Diagnósticos: neumonía por atípicos, diarrea viral, IRA NN (virosis), Otitis media aguda (OMA). Y escribe KIMBERLY ha estado estable, no está irritable, pero está con rinorrea hialina y un poco de tos, sin fiebre, sin dolor; tolera y recibe vía oral; sin diarrea, sin vómito. Signos vitales: presión arterial 91/53, frecuencia cardiaca: 123 latidos / minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 36°c, saturación 98% sin oxígeno. Al examen neurológico paciente con retardo del desarrollo psicomotor, sin signos de irritación meníngea, sin eritema en recorrido del catéter ventrículo atrial"**

Lo descrito por la abogada demandante, es COMPLETAMENTE FALSO, al referir que la DRA PATRICIA LOPEZ HERRERA al examinar a la menor "verificó el estado lamentable de Kimberly".

Lo escrito por la DRA PATRICIA LOPEZ, como podemos ver es completamente opuesto y EN ESE MOMENTO, no habían signos o síntomas que indicaran deterioro neurológico, disfunción valvular o ventriculitis. Por lo cual anexo nota de evolución como muestra feaciente

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1008

de que lo que dice la abogada demandante carece por completo de la verdad y que si era evidente es que la menor KIMBERLY presentaba una evolución satisfactoria y hacia la mejoría:

Fecha Evolución	2/20/2013 10:02:00 AM
Subjetivo	HA ESTADO ESTABLE NO ESTA IRRITABLE PERO ESTA CON RNORREA HIALINA NUEVA/ Y UN POCO DE TOS SIN FIEBRE SIN DOLOR TOLERA Y RECIBE VO SIN DIARREA SIN VOMITO . EL PLAN ES VIGILAR SINTOMAS RESPIRATORIOS . CURVA TERMICA ESTRICTA . SI PRESENTA FIEBRE, TOMAR PERFIL INFLAMATORIO . ESTA PENDIENTE TOMAR UROCULTIVO DE CONTROL POR AP DE IVU RECIENTE
Objetivo	EDAD 1 AÑO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO 1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA 2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL
Signos Vitales	PA 91/53 P 123X FR 26X T 36C SAT 98% SIN 02 CABEZA MUCOSA HUMEDA CONJUNTIVAS ROSADAS RINORREA HIALINA CUELLO NORMAL ORL SIN SECRECION TORAX PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RS AGREGADOS SIN RETRACCIONES INTERCOSTALES RSCSRS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SIN IRRITACION PERITONEAL PERISTALTISMO (+) EXTREMIDADES BUEN LLENADO CAPILAR NEUROLOGICO RDPM SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA PIEL SIN ERITEMA EN RECORRIDO DE CATETER . CVC SIN ERITEMA CON ERITEMA POR DERMATITIS SIN SECRECION PURULENTA Sistole — Diástole — TAM FC — FR — Temperatura Peso — Talla Glucometria — Saturación
Análisis	R/ UROCULTIVO P/ LECTURA TAC CEREBAL SIMPLE CURACION Y CUIDADOS DE CVC SI PRESNETA FIEBRE TOMAR CH PCR RESTO IGUAL

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico: Otitis media, no especificada — CIE 10: H669

Observaciones Diagnóstico

Especialista: Patricia Lopez Herrera — Especialidad: Médico

El día 20 de febrero del 2013, hacia las 2 de la tarde, NO ES CIERTO que el DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO, le hubiera dicho a la madre de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO, que posiblemente era una "virosis" y NO ES CIERTO que no "hubiera ordenado ningún tratamiento", como refiere la abogada demandante. El DR JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, en compañía de la DRA MARIA ANGELA VILLALOBOS, examinaron de manera completa a la menor, y no encontraron alteración en sus signos vitales; al examen físico para ese momento, la menor no presentaba ni signos ni síntomas de compromiso neurológico. Según la anotación de la historia clínica, al examen neurológico la menor se encontraba activa; sin embargo, atendiendo a los antecedentes de la menor, por todos conocidos, solicitó ayudas diagnósticas (hemograma y proteína c - reactiva) para averiguar si era posible, que el cuadro clínico de la menor estuviera asociado a una posible infección del sistema nervioso central. Los resultados de estos

Elimina la filigrana digital ahora

1009

exámenes fueron normales; y se ordenó tratamiento con ondansetrón en caso de presentar emesis. Se anexa nota de evolución

Fecha Evolución	2/20/2013 4:25:00 PM
I	
Subjetivo	REVISTA DE LA TARDE CON DR ZAMBRANO DX 1. B/N POR ATIPICOS 2. EDA VIRAL 3. IRA NN 4. OMA AP 1. HIDROCEFALIA + DVP 2. VENTRICULITIS 3. OBSTRUCCION POR BRIDAS 4. IVU (PROFILAXIS CON CEFALEXINA) TTO 1. CEFTRIAXONA CLARITROMICINA 2. METOCLOPRAMIDA OMEPRAZOL
Objetivo	MADRE REFIERE QUE CONTINUA CON LLANTO FACIL. HA PREENTADO 1 EPISODIO DE EMESIS CON LA TOS . NIEGA FIEBRE KIMBERLY , POCO COLABORA A EX CLINICO . SE OBSERVA CON RINORREA EN FOSAS NASALES SUS SIGNOS VITALES FC 132 FR 28 TA 88/44 SO2 99% T 36.5 OTOSCOPIA NORMAL OROFARINGE CON DISCRETO ERITEMA CON AMIGDALAS EUTROFICAS . SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR CP SIN AGREGADOS PULMONARES . CORAZON RITMICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DISTENSION. PRISTALTISMO NORMAL EXTREMIDADES LLEADO CAPILAR NORMAL SNC ACTIVA
Signos Vitales	Sistole / Diástole / TAM FC / FR / Temperatura Peso / Talla Glucometria / Saturación
Análisis	SE INDICA HEMOGRAMA Y PCR SE INDICA APLICAR DIPIRONA EV AHORA VIGILAR EVOLUCION
Diagnósticos	
Nombre Diagnóstico	Infeccion viral. no especificada — CIE 10 B349
Observaciones Diagnóstico	
Especialista	maria angela villalobos pabon — Especialidad Médico

pdfelement

De acuerdo con lo anterior, el DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, actuó de manera diligente, prudente y perita, de acuerdo con la evolución clínica, signos y síntomas que presentaba la menor al momento de su valoración. Para el momento de la atención que realizó el DR JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, **NO ERA PREVISIBLE** que la menor fuera a presentar el cuadro agudo que se sucedió en horas de la noche (10:56pm). De hecho, la menor presentó buena evolución clínica hasta las 10:00 pm de acuerdo con las notas de evolución consignadas en la historia clínica. Es de aclarar, que cuando la menor presento esta complicación **EL DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO, YA HABIA FINALIZADO SU TURNO EL CUAL TERMINÓ A LAS 7:00PM DE ESE DÍA.** En ningún momento, se evidenciaron síntomas o signos clínicos que sugirieran ventriculitis, disfunción valvular u obstrucción del catéter de derivación ventrículo atrial.

Además revisando todas las notas realizadas por el personal de enfermería desde el 19 de febrero del 2012, hasta las 7: 00 pm del día

Elimina la filigrana digital ahora

20 de febrero del 2012, hora en la cual finaliza el turno del DOCTOR JAMES ARTURO ZAMBRANO, **LA PACIENTE SIEMPRE SE ENCONTRO ESTABLE, Y NO PRESENTO NINGUN SIGNO DE ALARMA QUE SUGIRIERA EN ESE MOMENTO, SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, DISFUNCION VALVULAR O VENTRICULITIS.**

1010

Los hechos referidos por la abogada demandante desde las 10:00 de la noche del día 20 de febrero del 2013, NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

A continuación se anexan notas de enfermería, siendo estas de vital importancia, para dar soporte a lo mencionado anteriormente. Es importante aclarar, que el personal de enfermería, está en la capacidad profesional de hacer vigilancia a la evolución de los pacientes y reportar cualquier tipo de cambio que se evidencie.

Fecha Nota	2/19/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:41:00 PM
Nota de enfermería	QUEDA PACIENTE PEDIATRICA EN CAMA,QUEDA EN COMPAÑIA DE FLAIR,QUEDA CON CVC,EIN CAMBIOS ESPECIALES,		
Especialista	Maria Elena Yama Romero	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/19/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 8:32:00 PM
Nota de enfermería	pcte menor en compañia de mama se observa dormida en cama tranquila sin signos de dificultad respiratoria con cvc cubierto limpio y seco con goteo de d5%+18ma+5ka a 25cc/Hr por bi		
Especialista	Carolina Diaz Gordillo	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 2:26:00 AM
Nota de enfermería	pcte que duerme por intervalo largo con sv estables afebril recibe y tolera tto medico, estable hasta el momento		
Especialista	Carolina Diaz Gordillo	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:27:00 AM
Nota de enfermería	pcte que pasa la noche en buenas condiciones afebril recibe y tolera todo su tto medico, pcte estable hasta el momento sin cambios en compañia de la madre		
Especialista	Carolina Diaz Gordillo	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 7:00:00 AM
Nota de enfermería	RECIBO USUARIA PEDIATRICA EN CAMA,CONCIENTE CVC EN REGION SUBCLAVIA IZQUIERDA, PASANDO PLAN DE LIQUIDOS,AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE ACTIVA,ROSADA,DX,SINDROME GASTROENTERICO,NEUMONIA,HIDROCEFALIA,BRIDAS.		
Especialista	Maria Elena Yama Romero	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 12:00:00 PM
Nota de enfermería	PACIENTE PEDIATRICA QUE PASO LA MAÑANA CALMADA,NO PRESENTA CAMBIOS ESPECIALES,RECIBE Y TOLERA LA DIETA Y MEDICACION ORDENADA,SE LE REALIZAN ACTIVIDADES DE HIGIENE Y CONFOR,FUE VALORADO POR LA DRA PATRICIA LOPEZ,MEDICO PEDIATRA DE TURNO,CONTINUA CON CVC PASANDO PLAND DE LIQUIDOS,ELIMINA ESPONTANEO E HIZO DEPOSICION,		
Especialista	Maria Elena Yama Romero	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 12:34:00 PM
Nota de enfermería	QUEDA PACIENTE PEDIATRICO EN CAMA,QUEDA EN COMPAÑIA DE FLAIR,SIN CAMBIOS ESPECIALES.		
Especialista	Maria Elena Yama Romero	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 1:00:00 PM
Nota de enfermería	RECIBO PACIENTE EN CAMA AFEBRIL EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON DX SX GASTROENTERICO, NEUMONIA POR ATIPICOS PACIENTE QUE SE OBSERVA CON CVC PERMEABLE PASANDO PLAN DE LIQUIDOS DAD NA 18CC K 5CC A 5CC/H. PACIENTE ESTABLE.		
Especialista	Maria Victoria Quiñonez Olaya	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 2:52:00 PM
Nota de enfermería	PTE QUE PRESENTO EMESIS ALIMENTICIA VXX EL DR. ZAMNRANO Y LA DRA VILLALOBOS. LE ORDENA CH-Y PCR. SE ADM.DOSIS DE PLASIL.		
Especialista	Maria Victoria Quiñonez Olaya	Especialidad	Auxiliar de enfermeria

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:00:00 PM
Nota de enfermería	PTE QUE EN LA TARDE PASO TRANQUILA AFEBRIL PRESENTO EMESIS EN 2 OCASIONES. VX X EL DR. ZAMBRANO Y LA DRA VILLALOBOS ORDENAN ONDACETRON SE ADM. TTO MEDICO ORDENADO ELIMINO ESPONTANEO E HIZO DPEOSIOCIN. PTE SIN CAMBIOS.		
Especialista	Maria Victoria Quiñonez Olaya	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:45:00 PM
Nota de enfermería	QUEDA PTE ESTABLE EN COAMPAÑIA DE FLAIR SIN CAMBIOS.		
Especialista	Maria Victoria Quiñonez Olaya	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 7:00:00 PM
Nota de enfermería	RECIBO PACIENTE EN CAMA,CONCIENTE CVC EN REGION SUBCLAVIA IZQUIERDA, PASANDO PLAN DE LIQUIDOS,AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE ACTIVA,ROSADA,DX,SINDROME GASTROENTERICO,NEUMONIA,HIDROCEFALIA,BRIDAS,SE ENCUENTRA EN COMPÑAI DE FAMILIAR		
Especialista	Ingrid Lorena Tabares Anturi	Especialidad	Auxiliar de enfermeria
Fecha Nota	2/20/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 7:01:00 PM

TREINTA Y OCHO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

TREINA Y NUEVE. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Es completamente falso lo que refiere la abogada demandante a que: "los galenos de la clínica referida dejaron que Kimberly padeciera todo un día, dolor malestar y vómitos constantes. Según las anotaciones realizadas en la historia clínica por la pediatra tratante de Kimberly Dra. López desde el 18 de febrero hasta la 1 pm del 20 de febrero de 2013 y la valoración realizada por el Dr. Zambrano el día 20 de febrero de 2013 hasta al 7 pm hora en que el Dr. Zambrano entrego su turno, la paciente nunca presento, somnolencia e irritabilidad constantes como lo refiere la abogada demandante, ni tampoco signos que sugieran ventriculitis, disfunción valvular u obstrucción de la derivación ventrículo atrial. Lo que si presento el 20 de febrero de 2013 en horas de la tarde fue un episodio de vomito asociado con la tos.

La demandante aquí realiza afirmaciones que no son más que apreciaciones subjetivas de ella, sin soporte científico. No es cierto que, si el médico tratante hubiera ordenado el TAC cerebral desde el inicio de ese día, se hubiera podido ver el taponamiento. El evento que presento la menor Kimberly lo presento de manera súbita, **SEGÚN LA NOTA QUIRÚRGICA DEL DR. OSWALDO CORAL POR LA PRESENCIA DE COAGULO DENTRO DE LA VALVULA QUE OCASIONO LA OBSTRUCCION, COAGULO QUE SE ENCONTRÓ EN LA PARTE DE LA DERRIVACION QUE QUEDA A NIVEL DE LA AURICULA Y NO FUE POR INFECCIÓN**. Además la pediatra tratante de Kimberly ya había ordenado TAC cerebral el día 16 de enero el cual al compararlo con TAC cerebral previo del 31 de enero del 2013, no encontraron hallazgos que sugirieran ventriculitis, disfunción u

Elimina la filigrana digital ahora

obstrucción de la derivación. Cabe aclarar que las ayudas diagnosticas se ordenan, de acuerdo con el cuadro clínico que en su momento este presentando la paciente, el cual para el momento que realiza la valoración el Dr. ZAMBRANO junto con la Dra. María Ángela Villalobos, no presentaba síntomas, ni signos clínicos sugestivos de cambios neurológicos, la paciente ya estaba siendo manejada con los medicamentos adecuados, y vuelvo y repito para el momento que el Dr. ZAMBRANO valora la paciente, no había ningún síntoma o signos clínico que lo pudiera hacer preveer que 7 horas más tarde de manera súbita fuera a presentar el cuadro que presento. Hay una ausencia absoluta de nexo causal entre la actividad del Dr. ZAMBRANO y el episodio súbito que presento la paciente, evento que genero la situación médica que tiene Kimberly actualmente.

1017

CUARENTA. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

CUARENTA Y UNO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

parolement

CUARENTA Y DOS. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

CUARENTA Y TRES. NO ES CIERTO Y SE DEBE PROBAR LA NEGLIGENCIA , EL DESCUIDO, LAS ACTUACIONES IRREGULARES que según confiesa la abogada demandante, ocurrieron por culpa de la Clínica Saludcoop Cali Norte y el personal médico adscrito a la misma. La abogada demandante realiza apreciaciones subjetivas sin ningún soporte científico y que se escapan a la esfera de conocimiento médico.

Lo que sí es claro según las anotaciones realizadas en la historia clínica es que el día miércoles 20 de febrero de 2013 fue valorada a las 10 AM por la pediatra Dra. Patricia López, medica tratante de Kimberly quien en su nota de evolución consigna lo siguiente: "**Diagnósticos: neumonía por atípicos, diarrea viral, IRA NN (virosis), Otitis media aguda (OMA). Y escribe KIMBERLY ha estado estable, no está irritable, pero está con rinorrea hialina y un poco de tos, sin fiebre, sin dolor; tolera y recibe vía oral; sin diarrea, sin vómito. Signos vitales: presión arterial 91/53, frecuencia**

Elimina la filigrana digital ahora

cardiaca: 123 latidos / minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 36°c, saturación 98% sin oxígeno. Al examen neurológico paciente con retardo del desarrollo psicomotor, sin signos de irritación meníngea, sin eritema en recorrido del catéter ventrículo atrial" y en la tarde fue valorada por el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ y por la Dra. MARIA ANGELA VILLALOBOS medica asistencial de hospitalización **encontrando a la menor Kimberly hasta las 7 PM hora en que entrega su turno, con signos vitales normales, hemodinamicamente estable, sin compromiso respiratorio, sin déficit neurológico, solicitando además hemograma y proteína C reactiva los cuales fueron normales.**

Por todo lo descrito anteriormente NO HAY EN ESTE MOMENTO, signos o síntomas que indiquen deterioro neurológico, disfunción valvular, taponamiento del catéter de derivación o ventriculitis.

NO ES CIERTO que el Dr. ZAMBRANO hubiera actuado negligentemente, ni que su actuación hubiera generado el daño que alegan los demandantes, contrario a ello, el Dr. ZAMBRANO fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño.

NO ES CIERTO que el Dr. ZAMBRANO haya incurrido en actuaciones irregulares que van contra la ética, todo lo contrario, el Dr. ZAMBRANO fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño.

NO ES CIERTO que hubiera habido demora por parte del Dr. ZAMBRANO en la atención a la menor Kimberly, todo lo contrario, el Dr. ZAMBRANO fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente, su actividad no fue la generadora del daño. El actuó de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba la paciente en el momento de su actuación, y era imposible de acuerdo con este, que el facultativo previera, lo que aconteciera en horas de la noche de manera súbita.

CUARENTA Y CUATRO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

CUARENTA Y CINCO. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

Elimina la filigrana digital ahora

1014

CUARENTA Y SIES. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

CUARENTA Y SIETE. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

CUARENTA Y OCHO. NO ES CIERTO, que el Dr. ZAMBRANO no hubiera atendido a la paciente debidamente, el día 20 de Febrero de 2013, por el contrario, el Dr. JAMES ZAMBRANO fue diligente, prudente y perito en su actuar y adicionalmente su actividad no fue la generadora del daño- el actuó, de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención; era imposible de acuerdo con este, que el facultativo previera, lo que acontecería en horas de la noche de manera súbita.

CUARENTA Y NUEVE. NO ME CONSTA, debido a que el Dr. JAMES ZAMBRANO NARVAEZ no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y a lo que se demuestre en el debate probatorio.

pdfelement

CINCUENTA. No es un hecho

3. Es importante dejar establecido que, para que se estructure la responsabilidad civil se debe establecer la existencia mínima de una acción o una omisión por parte del demandado la producción de un resultado y que entre estos dos elementos debe existir un nexo de causalidad, es decir, que el resultado dañoso tenga relación de causa a efecto con la acción o la omisión del demando, en este evento debo dejar claramente establecido que de la contestación hecha y adicionada y de la respuesta con los hechos organizados con una línea del tiempo me permite desentrañar de ellos que los hechos por los cuales se demanda no tienen nexo de causalidad con el actuar de mi representado motivo por el cual

Elimina la filigrana digital ahora

1015

solicito desde ya la desvinculación de este proceso de mi representado Dr. JAMES ZAMBRANO.

4. Pero además dejar establecido que mi representado no es el médico tratante de la pequeña paciente y que en todos los momentos en que actuó mi representado actuó respetando todos los protocolos que la lex artis recomienda y establece esto se deduce de la historia clínica que es el documento que presta merito probatorio y al cual se debe de atender y no a la narrativa de la apoderada que quiere hacer ver el producto de su imaginación como una realidad, para agravar la situación de los demandados, y no está por demás dejar establecido el uso por parte de la apoderada de los demandantes de un léxico nada científico que por lo menos no atiende a un soporte científico ni académico. Que en un análisis detenido su actuar puede llegar a configurarse como un fraude procesal toda vez que está distorsionando la realidad.
5. Es importante resaltar que conforme a la contestación que hace el Dr. Coral el hecho fortuito que se presentó con el taponamiento de la válvula ventrículo atrial Pudo obedecer al manejo inadecuado de la pequeña paciente en este caso por su señora madre pudo producir ese taponamiento debido a la colocación en una inadecuada posición de la paciente y estamos frente al hecho determinante de un tercero que es una causal de exclusión de la responsabilidad o cuando menos frente a la ocurrencia de un caso fortuito que debido a su imprevisibilidad y a su carácter de inevitable exonera de responsabilidad razón por la cual se configura una causal de exoneración de responsabilidad a tenor del artículo 64 del código civil que dice:

> ***ARTICULO 64. <FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO>.*** *<Artículo subrogado por el artículo 1o. de la Ley 95 de 1890. El nuevo texto es el siguiente:> Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el*

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

apresamiento de enemigos, los autos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc.

10 16

Y si vamos más lejos conforme a la ley disciplinaria ley 734 de 2002 en su artículo 28 dice:

ARTÍCULO 28. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DISCIPLINARIA. *Está exento de responsabilidad disciplinaria quien realice la conducta:*

1. Por fuerza mayor o caso fortuito.

2. En estricto cumplimiento de un deber constitucional o legal de mayor importancia que el sacrificado.

3. En cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales.

4. Por salvar un derecho propio o ajeno al cual deba ceder el cumplimiento del deber, en razón de la necesidad, adecuación, proporcionalidad y razonabilidad.

5. Por insuperable coacción ajena o miedo insuperable.

6. Con la convicción errada e invencible de que su conducta no constituye falta disciplinaria.

7. En situación de inimputabilidad. En tales eventos se dará inmediata aplicación, por el competente, a los mecanismos administrativos que permitan el reconocimiento de las inhabilidades sobrevinientes.

No habrá lugar al reconocimiento de inimputabilidad cuando el sujeto disciplinable hubiere preordenado su comportamiento.

De igual modo lo hace nuestro código penal ley 599 de 2000 en su artículo 32 que dice:

ARTICULO 32. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD. *No habrá lugar a responsabilidad penal cuando:*

1. En los eventos de caso fortuito y fuerza mayor.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1017

2. Se actúe con el consentimiento válidamente emitido por parte del titular del bien jurídico, en los casos en que se puede disponer del mismo.

3. Se obre en estricto cumplimiento de un deber legal.

4. Se obre en cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales.

No se podrá reconocer la obediencia debida cuando se trate de delitos de genocidio, desaparición forzada y tortura.

5. Se obre en legítimo ejercicio de un derecho, de una actividad lícita o de un cargo público.

6. Se obre por la necesidad de defender un derecho propio o ajeno contra injusta agresión actual o inminente, siempre que la defensa sea proporcionada a la agresión.

Se presume la legítima defensa en quien rechaza al extraño que, indebidamente, intente penetrar o haya penetrado a su habitación o dependencias inmediatas.

pdfelement

7. Se obre por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, inevitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar.

El que exceda los límites propios de las causales consagradas en los numerales 3, 4, 5, 6 y 7 precedentes, incurrirá en una pena no menor de la sexta parte del mínimo ni mayor de la mitad del máximo de la señalada para la respectiva conducta punible.

8. Se obre bajo insuperable coacción ajena.

9. Se obre impulsado por miedo insuperable.

10. Se obre con error invencible de que no concurre en su conducta un hecho constitutivo de la descripción típica o de que concurren los presupuestos objetivos de una causal que excluya la responsabilidad. Si el error fuere

Elimina la filigrana digital ahora

vencible la conducta será punible cuando la ley la hubiere previsto como culposa.

Cuando el agente obre en un error sobre los elementos que posibilitarían un tipo penal más benigno, responderá por la realización del supuesto de hecho privilegiado.

11. Se obre con error invencible de la licitud de su conducta. Si el error fuere vencible la pena se rebajará en la mitad.

Para estimar cumplida la conciencia de la antijuridicidad basta que la persona haya tenido la oportunidad, en términos razonables, de actualizar el conocimiento de lo injusto de su conducta.

12. El error invencible sobre una circunstancia que diere lugar a la atenuación de la punibilidad dará lugar a la aplicación de la diminuente.

Así las cosas de modo comedido y respetuoso solicito a su señoría:

1. Tener en cuenta ¿a quien corresponde demostrar, judicialmente hablando el incumplimiento de la lex artis o ley del arte? En términos generales, habrá de decirse, conforme a lo normado en el inciso tercero del artículo 1604 del C.C. que "La prueba de la diligencia o cuidado incumbe a quien ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega", si bien es cierto que, ello debe entenderse "sin perjuicio de las disposiciones especiales de las leyes, y de las estipulaciones expresas de las partes" (inciso 4, art. 1604 , C.C.), con lo cual queda claro que , al menos en un principio, en el campo de la responsabilidad civil contractual, el incumplimiento de las obligaciones contractuales hace presumir la culpa.
   Con todo, esta última aseveración nos lleva a preguntar sobre el contenido de las obligaciones que asume el médico, dentro del campo de las relaciones contractuales generadas en el área de la salud, pues que según sea la naturaleza de las mismas, será la correspondiente determinación de la forma y momento en que tal incumplimiento tiene lugar.
2. Para tener en cuenta Obligaciones de medio y obligaciones de resultado.
   A nivel doctrinal y jurisprudencial, se reconoce la distinción entre las obligaciones de medio y las obligaciones de resultado: En

Elimina la filigrana digital ahora

relación con las primeras se dice que son aquellas en las que el deudor solo se obliga a poner al servicio del acreedor los medios de los cuales dispone, esto es, de observar toda la diligencia necesaria para la cabal ejecución del contrato, siendo aleatorios y contingentes los resultados; el deudor no se compromete a alcanzar una meta determinada, sino a tratar de alcanzarla, de tal manera que si un evento de fuerza mayor o caso fortuito le impide al deudor alcanzar la finalidad prevista, habrá ejecutado su obligación, si cumplió cabalmente con la observancia del comportamiento al cual estaba obligado.

Precisamente sobre la base de tal categoría, que algún sector de la doctrina denomina obligación de prudencia y diligencia, es que se dice que el deudor cumple su obligación aunque el acreedor no obtenga la finalidad exacta y precisa que buscaba al contratar, a condición, claro está, que el comportamiento del deudor, al cumplir su obligación, sea prudente y diligente.

Así, el abogado no se obliga a ganar el pleito, ni el medico a curar al paciente, ni el mandatario a obtener el resultado exacto que buscaba el mandante. Por el contrario, estas personas solo se obligan a poner sus conocimientos al servicio del objeto buscado por el acreedor, independientemente de que ello se logre o no.

Evidentemente, en estas obligaciones de medio existe un mínimo resultado, cual es el de realizar la conducta con la cual el deudor pretende lograr el beneficio mediato buscado por el acreedor: El abogado se obliga a presentar la demanda y a representar judicialmente a su cliente, y no simplemente, a tratar de hacerlo. Por ello, si el abogado no actúa, o si el medico no trata al paciente, serán responsables por incumplimiento puro y simple.

De lo probado y de lo extraído del seguimiento de la historia clínica este no es el caso de mi representado, toda vez que él no es el médico tratante, pero que estos apuntes ayudan a establecer si existe o no algún tipo de responsabilidad, y también sirve para apoyar mi solicitud de desvincular a mi representado de esta de manda, pues, insisto no existe nexo de causalidad entre los hechos de donde se pretende derivar la responsabilidad, en relación con el actuar de mi representado doctor JAMES ARTURO ZAMBRANO, pues, por el contrario queda suficientemente establecido que mi representado fue diligente y actuó con respeto de los protocolos establecidos por la lex artis.

3. Se declare probada la excepción de inepta demanda toda vez que carece del requisito de procedibilidad consistente en no haber realizado la audiencia de conciliación extrajudicial y la consecuencia de esta omisión es el rechazo de la demanda a tenor de las normas ya citadas y transcritas

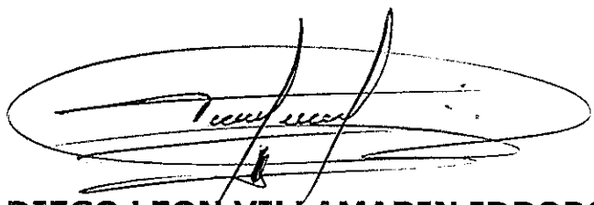
Elimina la filigrana digital ahora

4. Que se desvincule del presente proceso a mi representado ya que de su actuar no se puede deducir responsabilidad alguna, pues no existe nexo de causalidad entre el resultado dañoso y el actuar de mi representado con forme a la narración ordenada de los hechos y la contestación de la demanda, pues no existe nexo de causalidad lo que impide que se estructure la responsabilidad del demandado.
5. Anexo al presente memorial CD contentivo de este alegato en documento Word y de los artículos científicos citados en archivos PDF.
6. Anexo artículos en físico en 89 folios

1020

Del señor Juez con respeto y consideración

Atentamente



DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO.
C. C. No. 10´533.061de Popayán.
T. P. No. 31.390 del C. S. De la J.
Dirección cra.101 Nº 12-39 casa 46 unidad Remansos del Paraíso Cali.
Correo electrónico: dr.diego.villamarin@hotmail.com

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen *Volume* **23** **Número** *Number* **2** **Abril-Junio** *April-June* **2003**

Artículo:

Hidrocefalia, derivación ventricular y ependimitis (Parte I)

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

Otras secciones de este sitio:

- Índice de este número
- Más revistas
- Búsqueda

Others sections in this web site:

- *Contents of this number*
- *More journals*
- *Search*

Medigraphic.com

Elimina la filigrana digital ahora

ENF INFEC Y MICRO 2003; 23(2): 38-43

Hidrocefalia, derivación ventricular y ependimitis (Parte I)

CARLOS DÍAZ PADILLA,* GENARO ANTONIO LÓPEZ VÁSQUEZ,** JAIME DIEGOPÉREZ RAMÍREZ,*** GERARDO PALACIOS SAUCEDO****

RESUMEN

Se considera que hay hidrocefalia cuando hay acumulación de líquido cefalorraquídeo en el espacio ventricular. La hidrocefalia puede ser *exvacuo* o hipertensiva, el tipo puede ser comunicante o no comunicante y las causas pueden ser congénitas o adquiridas.

El cuadro clínico se relaciona directamente con la presencia de hipertensión endocraneana, el tiempo de instalación del cuadro como agudo o crónico y la edad del paciente. La confirmación del diagnóstico clínico se hace con ultrasonido transfrontal, tomografía computada, cisterno-gammagrafía o resonancia magnética.

Existen varias modalidades de tratamiento, tanto quirúrgico como no quirúrgico. Entre los quirúrgicos se encuentran la ventriculostomía y los sistemas de derivación ventricular o DV. La respuesta biológica a los sistemas DV genera reacciones por la implantación de material extraño. Existen tres formas de complicación de los sistemas DV: alteración mecánica, alteración funcional e infección del sistema.

El pronóstico de la hidrocefalia no tratada es pobre, pero cuando reciben tratamiento adecuado los niños pueden llegar a la edad escolar y el 60% asiste a la escuela regular.

Palabras clave: Hidrocefalia, hipertensión endocraneana, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Hydrocephalus is the increasing of cerebrospinal fluid within is the cerebrospinal system. The disease is a problem in childhood.

In this paper we present the state of art of the disease, clinical characteristics, treatment and more frequent complication. Since the more frequent and severe complication is infection of the derivative system, it is discussed in the next article in this journal.

Key words: Hydrocephalus, endocranial hypertension, surgical treatment.

PdfElement

Los pacientes con hidrocefalia comúnmente requieren de la colocación de un sistema de derivación ventricular permanente (DV) para el control de la presión intracraneana. Debido a que la ependimitis ventricular (EV) secundaria a la colonización bacteriana de los sistemas de DV es una de las complicaciones más frecuentes en estos pacientes, en el presente número se incluye una revisión de los aspectos más fundamentales de la hidrocefalia y su manejo (Parte I), así como de una de sus complicaciones más frecuentes, la EV (Parte II).

* Residente de la especialidad en Pediatría Médica.
** Residente de la especialidad en Neurocirugía Pediátrica.
*** Médico de base del Servicio de Neurocirugía.
*** Médico de base e Investigador del Servicio de Infectología y de la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica.

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dr. Gerardo Palacios Saucedo. Departamento de Infectología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330 Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc. México, D.F. 06725 México.
E-mail: palsaugc@att.net.mx

2
Elimina la filigrana digital ahora
1022

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

El encéfalo y la médula espinal se encuentran suspendidos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Este líquido cumple con varias funciones dentro del sistema nervioso central (SNC), algunas de las cuales incluyen la protección del cerebro contra impactos con los huesos del cráneo, al servir como un cojín mecánico; la estrecha relación del LCR con el compartimiento extracelular y los vasos sanguíneos permite que el LCR participe como medio de transporte y de drenaje.[1] El LCR es una solución acuosa clara, que es un ultrafiltrado del plasma. La formación del LCR se lleva a cabo en un 70% en los plexos coroideos localizados en los ventrículos laterales, tercero y cuarto; el porcentaje restante se produce en el epéndimo ventricular, acueducto de Silvio, superficie subaracnoidea y parénquima cerebral y espinal. La formación del LCR en los plexos coroideos resulta de un proceso activo dependiente de energía. El grado de formación es ampliamente variable, de 500 a 750 mL/día en adultos o tan pequeña de 25 mL/día en recién nacidos. En general, se considera que se generan aproximadamente 0.35 a 0.40 mL/minuto y que el volumen total de LCR en todo el SNC es de aproximadamente 40 a 60 mL en lactantes, 60 a 100 mL en preescolares, 80 a 120 mL en escolares y 100 a 160 mL en adultos. Cerca del 50% de este LCR se encuentra en los ventrículos.[1,2]

Los plexos coroideos se encargan de la producción del LCR, estos plexos son redes capilares recubiertas por epitelio cuboidal o columnar, que de forma activa por medio de la enzima anhidrasa carbónica, se encargan de secretar iones de sodio, los cationes como el cloro son subsecuentemente atraídos. Las células ependimarias que se encuentran recubriendo los ventrículos y que conforman el canal central de la médula espinal, forman una única capa de células cuboides o columnares que son encargadas en un porcentaje menor de la producción de LCR.[1-3]

El **flujo o movimiento** del LCR a través del SNC se lleva a cabo en 5 a 7 horas, durante las cuales permite el contacto con otras estructuras del SNC. Este movimiento depende de varios mecanismos, los cuales se enumeran a continuación:

1) Los gradientes de presión que existen entre el sitio de formación (15 mmH_2O) y el sitio de reabsorción en el seno sagital superior (9 mmH_2O).
2) Los cilios de las células del epéndimo.
3) La pulsación vascular.
4) Las variaciones respiratorias.[1]

El LCR producido en los plexos coroideos cruza a través de los forámenes de Monro y fluye hacia el tercer ventrículo, pasando posteriormente a través del acueducto de Silvio para alcanzar el cuarto ventrículo.[3] El LCR sale del sistema ventricular a través de los dos agujeros laterales de Luschka y del foramen ventricular medial o de Magendie. Entonces el LCR fluye alrededor del tallo cerebral hacia las cisternas prepontinas y del ángulo pontocerebeloso y a la cisterna magna. Posteriormente pasa al espacio subaracnoideo sobre los hemisferios cerebelosos, el espacio subaracnoideo espinal, o dentro de las cisternas basales, incluyendo las cisternas interpedunculares. El flujo del LCR dentro del espacio subaracnoideo espinal es predominantemente hacia abajo y posterior a la médula espinal; y hacia arriba es anterior a la médula, continuando con las cisternas basales.[4] De las cisternas basales, el LCR continúa hacia arriba sobre la convexidad, y eventualmente pasa a través de las vellosidades aracnoideas al seno sagital.[1,3,4]

La **reabsorción** del LCR se lleva a cabo en la superficie superior del cerebro por las vellosidades aracnoideas (granulaciones de Pachioni) que drenan dentro del seno sagital. Las vellosidades aracnoideas funcionan como válvulas que permiten el flujo del LCR en un solo sentido, del espacio subaracnoideo hacia la sangre venosa. El LCR también es absorbido del espacio subaracnoideo a través de las vainas durales de los nervios craneales y espinales. No obstante, se ha propuesto que otro sitio de absorción lo constituyen los capilares cerebrales y las venas y capilares de la piamadre.[5]

COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL LCR (CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO)

En los cuadros 1 y 2 se listan algunas de las características que pueden ser estudiadas en el LCR.

Elimina la filigrana digital ahora

Cuadro 1. Valores normales en el estudio citoquímico del LCR.

Característica	Valores normales
Aspecto	Claro, cristalino e incoloro (Agua de roca)
Presión	50-80 mmH_2O
Celularidad	< 5 leucocitos, >75% linfocitos
Proteínas	20-45 mg/dL
Glucosa	>50 mg/dL o 75% del valor sérico
Densidad	1.006 a 1.008
Cloruros	118 a 132 mEq/L
LDH	1/10 del suero

Cuadro 2. Celularidad del LCR en lactantes sin meningitis.

Edad en meses	Leucocitos (Células por microlitro)*
<1.5	3.7 ± 3.4
1.5–3.0	2.9 ± 2.9
3–6	1.9 ± 2.0
6–12	2.6 ± 2.5
>12	1.9 ± 2.7

Los valores están expresados como la media más menos una desviación estándar.

Hidrocefalia

Se considera hidrocefalia cuando existe acumulación de líquido en el espacio ventricular. La hidrocefalia puede ser *exvacuo* o hipertensiva.[4-6]

Etiología. Existen una gran variedad de condiciones que pueden generar esta patología. La hidrocefalia puede ser clasificada como congénita o adquirida y como de tipo comunicante y no comunicante (cuadro 3).[7] En el tipo no comunicante existe una obstrucción al flujo de LCR dentro de los ventrículos; en cambio, en el tipo comunicante existe un flujo libre de LCR dentro del sistema ventricular, pero hay un problema de absorción fuera de ellos. En el recién nacido la causa más frecuente de hidrocefalia es la obstrucción del acueducto de Silvio. La causa más frecuente en México es la malformación de Chiari. Otra causa es la hemorragia intraventricular relacionada con prematurez. En los recién nacidos de peso bajo la incidencia de la hemorragia intracraneal reportada es de 30% a 50%, de éstos el 35% a 60% (aquellos con hemorragia grado III y IV) desarrolla un incremento del tamaño ventricular que requerirá posteriormente colocación de sistemas de derivación.[3,7,8]

Cuadro clínico

Los signos y síntomas de la hidrocefalia están relacionados directamente con los de la hipertensión intracraneana y dependen del tiempo de instalación del proceso (agudo o crónico) y de la edad del paciente. Se manifiesta con la presencia de vómitos e irritabilidad que evolucionan hacia la somnolencia y la letargia. Además pueden presentarse parálisis del VI nervio craneal, hiperreflexia, signo de Babinski y papiledema. Sólo en el 10% de los casos se presenta la clásica tríada de Cushing (hipertensión arterial, bradicardia y bradipnea o apnea) que antecede a la muerte. La hidrocefalia crónica generalmente es congénita y se encuentra más relacionada con procesos en los que se van estableciendo lentamente alteraciones al flujo de LCR. Se presentan los signos y síntomas ya mencionados arriba pero con progresión más lenta.[3,4,7,8] La edad del paciente es importante, ya que en la etapa neonatal y la lactancia las suturas craneales no están fusionadas, por lo que el primer signo puede ser el crecimiento del perímetro cefálico que puede llegar a macrocefalia extrema, retraso en el cierre de las fontanelas e incremento de su amplitud y el signo del "sol naciente", además de retraso psicomotor. En los casos con malformación de Chiari, puede presentarse rigidez de nuca.[1,7,8]

Diagnóstico

Además del cuadro clínico ya comentado, del incremento del perímetro cefálico por arriba de la percentila 90 y de un índice de Miller > 1.36 (para la etapa neonatal y del lactante), se aplican otros métodos diagnósticos para la confirmación de la hidrocefalia. Entre estos están:

1. *Ultrasonido transfontanelar*. Se utiliza en el recién nacido y lactante. Permite observar la magnitud de la dilatación del sistema ventricular y ayuda a diferenciar si se trata de una hidrocefalia comunicante o no comunicante. Es el método ideal para evaluar la formación de tabicaciones dentro de las cavidades ventriculares, una de las complicaciones de la ependimitis ventricular.[4,7-9]

pdfelement

3
Elimina la filigrana digital ahora
1023

Cuadro 3. Causas de hidrocefalia.[7]

Hidrocefalia no comunicante	Hidrocefalia comunicante
A. Lesiones congénitas I. Obstrucción del acueducto (estenosis) 1. Gliosis 2. Bifurcación 3. Estrechamiento verdadero 4. Un tabique II. Atresia u obstrucción en los forámenes: 1. Del agujero de Luschka y Magendie. 2. Del agujero de Monro. 3. Dandy-Walker. III. Lesiones ocupantes de espacio: 1. Quistes intracraneanos benignos 2. Malformaciones vasculares 3. Tumores B. Lesiones adquiridas I. Inflamación y cicatrices: 1. Estenosis del acueducto (gliosis) 2. Formación de tabicaciones. III. Tumores	A. Lesiones congénitas I. Malformación de Chiari II. Encefalocele III. Inflamación leptomeníngea IV. Ausencia congénita de las granulaciones aracnoideas. B. Lesiones adquiridas I. Inflamación leptomeníngea 1. Infecciones 2. Hemorragia II. Platibasia e impresión basilar C. Hipersecreción de LCR (papiloma de los plexos coroideos) D. Obstrucción venosa: 1. Trombosis. 2. Ruptura de senos venosos. 3. Infiltración neoplásica.

2. *Tomografía computada.* Permite evaluar la presencia de hidrocefalia, el tamaño de los ventrículos, la presencia de edema cerebral y de lesiones que ejercen efecto de masa, etc.
3. *Cisterno-gammagrafía.* Permite evaluar la velocidad de ascenso y eliminación de LCR desde el espacio subaracnoideo lumbar hasta la convexidad en casos de hidrocefalia comunicante.
4. *Resonancia magnética.* Además de los datos que aporta la tomografía, pueden observarse cambios inflamatorios periventriculares o del acueducto y puede realizarse un estudio de dinámica de LCR.[4,9]

TRATAMIENTO

Existen diferentes modalidades de tratamiento para la hidrocefalia, la más frecuentemente usada es la colocación de sistemas de derivación ventricular (DV).

Tratamiento no quirúrgico. La utilización de algunos diuréticos y esteroides disminuye la producción de LCR; son aún utilizados en la etapa neonatal para la hidrocefalia post-hemorrágica (HPH). No obstante, algunos estudios multicéntricos demostraron que los diuréticos pueden generar mayor morbilidad y mortalidad, por lo cual su administración no es recomendable. Además, la administración de estos medicamentos no resuelve el problema por el que fueron indicados, la hipertensión endocraneana. Afortunadamente la incidencia de HPH ha disminuido debido, fundamentalmente, a la mejoría en los procedimientos de cuidado intensivo del recién nacido.[8]

Tratamiento quirúrgico. Es el tratamiento más efectivo de la hidrocefalia. Para los pacientes con hidrocefalia no comunicante el método de elección es quitar la causa de la obstrucción. Cuando esto no es posible y la lesión está por detrás del piso del tercer ventrículo el método ideal es la tercera ventriculostomía endoscópica. En los casos restantes de hidrocefalia tanto comunicante como no comunicantes el método ideal es la derivación.[2,3,10]

Los sistemas de DV consisten de tres partes básicas:[11]

1. Catéter ventricular.
2. Válvula unidireccional.
3. Catéter distal.

La válvula permite sólo la salida de LCR. Los sistemas más utilizados son los regulados por mecanis-

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

mo de presión. Éstas se clasifican como: (1) de baja presión, cuando su presión de apertura es cercana a los 4 cmH_2O; (2) de presión media, cuando abren con aproximadamente 6 cmH_2O; y (3) de alta presión, cuando requieren 8 a 10 cmH_2O para su apertura. Esto permite seleccionar la válvula para cada paciente de acuerdo a su edad, a la etiología de la hidrocefalia y al grado de atrofia cerebral asociado. Además existen sistemas regulados por flujo y aditamentos que evitan el sobre-drenaje (sistema antisifón).[4,11]

Procedimientos de derivación ventricular

Los procedimientos disponibles son los siguientes: [3-5,9]

1. Derivación ventricular externa o ventriculostomía.
2. Derivación ventrículo-peritoneal (DVP)
3. Derivación ventriculopleural (DVPL)
4. Derivación ventriculoatrial (DVA)

1. *Ventriculostomía*. Es utilizada como una medida temporal en el manejo inicial de la hidrocefalia cuando la condición del paciente se está deteriorando rápidamente o para la administración intraventricular de antibióticos en ependimitis ventricular. La principal complicación de este procedimiento es la infección, con una incidencia de 2 a 3% cuando se mantiene durante un promedio de 5 días. Otras complicaciones importantes son el sobre-drenaje, el hematoma epidural, subdural o intraparenquimatoso, la salida de LCR por el sitio de entrada y la salida accidental del catéter. [3,4,9]
2. *DVP*. Este tipo de procedimiento es de alta efectividad, por lo cual es el que con mayor frecuencia se utiliza. Como con la ventriculostomía se puede complicar con infección del sistema, hematomas y sobre-drenaje, además de falla mecánica y migración.
3. *DVPL*. Cuando la cavidad peritoneal no puede ser utilizada por la presencia de infecciones, adherencias o mala absorción peritoneal, se deben considerar otros sitios, tales como el atrio y la pleura. Se reserva para pacientes escolares y mayores. La principal es la acumulación de líquido (derrame pleural) que puede dar lugar a falla respiratoria.
4. *DVA*. Fue de elección a finales de la década de 1950 y consiste en la colocación del catéter distal en el atrio cardíaco derecho a través de la vena yugular interna. Da lugar a más complicaciones que la DVP, entre las cuales están: embolismo pulmonar, endocarditis, arritmias cardiacas, émbolos sépticos, migración del catéter dentro del seno coronario y nefritis, entre otros.[3-5,9]

Características de los sistemas de DV

Las prótesis valvulares se fabrican de silicona, ya que se considera a este material como inerte, estable, no-tóxico, no-inmunogénico y no carcinogénico. Varios estudios han demostrado que la silicona promueve más que otros materiales, como el poliuretano, polivinil y teflón, infección persistente. La razón de esto es que el silastic tiene microporos que favorecen la adhesividad bacteriana.[11]

Respuesta biológica a los sistemas de DV

La implantación de materiales extraños dentro del organismo genera reacciones en éste, y los sistemas de DV no son la excepción. La biocompatibilidad de un material se refiere a los efectos de un cuerpo extraño sobre el tejido del huésped, así como a los cambios que genera el tejido huésped sobre el material. La respuesta inmediata del tejido del SNC a la colocación de la DV es la hemorragia focal y el edema de los tejidos vecinos al catéter. El edema generalmente no dura más de 24 horas después de la colocación del sistema, pero es probable que la barrera hematoencefálica no se recupere durante 2 a 3 semanas. Las bacterias, en especial estafilococos, se adhieren al silicón y su adhesión es incrementada por las irregularidades de la superficie y por la presencia de proteínas de adsorción que pudieran estar presentes.[11]

Complicaciones de los sistemas de DV

En general se considera que existen tres formas por las cuales las válvulas de DV presentan disfunción:

1. Alteración mecánica.
2. Alteración funcional.
3. Infección de la DV.

4
Elimina la filigrana digital ahora
1024

1. *Alteración mecánica*. Dentro de este grupo, la obstrucción es una de las causas más comunes de disfunción, explicando más del 50% de los casos. La obstrucción puede ocurrir en la región proximal (dentro del ventrículo), en la válvula y/o en la región distal. La obstrucción proximal es más frecuente que la distal, debido generalmente a la obstrucción generada con plexo coroide, células ependimarias, tejido glial, detritus celulares, fibrina, sangre y la colocación o migración del catéter dentro del parénquima cerebral. La obstrucción distal puede deberse a enroscamiento del tubo, desconexión de los catéteres, infección intra-abdominal, obstrucción por epiplón, formación de un pseudoquiste o por detritus celulares. Otra causa de falla mecánica es la fractura del catéter (15%).
2. *Alteración funcional*. Puede ser debida a sobredrenaje o hiperfunción del sistema, lo cual puede dar lugar a higroma o hematoma subdural, o a infradrenaje (hipofunción) que condiciona persistencia de hipertensión endocraneana.[4,12]
3. *Infección de la DV*. Esta causa de disfunción de las DV en discutida en la segunda parte de esta revisión.

PRONÓSTICO DE LA HIDROCEFALIA

El pronóstico de la hidrocefalia no tratada es pobre. El 50% de los niños cuya hidrocefalia no recibe tratamiento mueren antes de los tres años de edad y sólo el 20 a 23% alcanza la vida adulta. Con el tratamiento quirúrgico actual, la mortalidad es baja, 5 a 15% a los 10 años. Cuando la causa de la hidrocefalia no comunicante es resuelta o cuando se realiza una tercer ventriculostomía, el paciente no requerirá de ningún otro procedimiento en alrededor del 80% de los casos. El promedio de duración funcional de una DV es de tres años, independientemente del tipo de sistema. Por lo tanto, el paciente requerirá de cambios periódicos de los sistemas, lo que contribuye a aumentar la morbilidad. Un porcentaje importante de estas muertes son evitables y se atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la DV. Desarrollan déficit de tipo motor el 60%, déficit visual o auditivo el 25%, epilepsia el 30% e infección el 50%. En el aspecto funcional, los pacientes con hidrocefalia y con DV alcanzan un CI (Coeficiente intelectual) mayor de 80 el 50 a 55% y entre los niños que sobreviven hasta la edad escolar, alrededor del 60% asisten a la escuela y el 40% requieren de educación especial.[3,5]

REFERENCIAS

1. Gaskill SJ, Marlin AE. Hydrocephalus. In: Gaskill SJ, Marlin AE: Handbook of Pediatric Neurology and Neurosurgery. USA: Little Brown and Company, 1993:57-60.
2. Saint-Rose C. Hydrocephalus in Childhood. In: Youmans JR, ed: Neurological surgery. 4ª. Ed. USA: WB Saunders, 1996:890-926.
3. Chumas P, Tyagi A, Livingston J. Hydrocephalus what's new? Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2001;85:F149-F154.
4. Andranik M, Conway E. Cerebrospinal fluid shunt problems in pediatric patients. Pediatr Annals 1997;26:613-620.
5. Post EM. Shunt Systems. In: Wilkins RH, Rengachary SS, eds: Neurosurgery update II. USA: McGraw-Hill, 1992:300-308.
6. Del Bigio MR. Biological reactions to cerebrospinal fluid shunt devices: A review of the cellular pathology. Neurosurgery 1998;42:319-326.
7. Quintana RG. Hidrocefalia. In: Jasso GL, González LCD, eds: Manual de procedimientos médico-quirúrgicos. 4ª. Ed. México: Méndez Editores, 1997.
8. Fejerman N, Fernández AE. Neurología pediátrica. 2ª. Edición. Editorial Panamericana, 1998:794-817.
9. Hanekom WA, Yogev R. Cerebrospinal fluid infections. Advan Pediatr Infect Dis 1996;11:29-54.
10. Gonzalez AM, Muñoz O, Fierro HH, González GD. La terapia intraventricular en el manejo de la ependimitis ventricular. Bol Med Hosp Infant Mex 1979;36:805-811.
11. Guevara JA, Zuccaro G, Trevisan A, Denova CD. Bacterial adhesion to cerebrospinal fluid shunts. J Neurosurg 1987;67:438-445.
12. Fishman RA. Intracranial Pressure: Physiology, pathophysiology and clinical aspects. In: Fishman RA, ed: Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990:63-140.

pdfescape
Scitrapic.com

Elimina la filigrana digital ahora

1025

Factores de riesgo de infección de derivativa ventrículo peritoneal en pacientes pediátricos del Hospital Carlos Van Buren

Abigail Peña A., Rodrigo Sandia Z., Rodrigo Riveros P., Cristian Salazar Z., Rosa Herrera O. y Rodrigo Vergara F.

Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
Facultad de Medicina (APA, RSZ, RVF).
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.
Servicio de Neurocirugía. (RRP, CSZ).
Departamento de Control de Infecciones (RHO).

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autónoma.

Recibido: 21 de marzo de 2011
Aceptado: 13 de octubre de 2011

Correspondencia a:
Rodrigo Vergara Fisher
rodrigo.vergara@uv.cl

Risk factors for ventricular peritoneal shunt infection in pediatric patients from the hospital Carlos Van Buren

Hydrocephalus is a common problem in Neurosurgery and Neurology. The usual treatment is the installation of a Ventricular Peritoneal Shunt (VPS). Infection is the most frequent and serious complication. With the aim to identify risk factors associated with infection in the post surgery of VPS in pediatric patients from Carlos Van Buren Hospital a case control study between 1998-2008 was done. Cases were patients with VPS infection reported to the Department of Nosocomial Infections. Results in contingency tables were analyzed to determine Odds Ratio. 264 surgical procedures were studied in 207 patients with 53 infections reported in 26 patients. Significant risk factors were: history of prior ventriculitis, VPS dysfunction and prior external ventricular shunt, concurrent infections at the time of surgery and a neurosurgeon without the specialty of pediatric neurosurgery. We concluded that antibiotic prophylaxis was not an important factor in preventing infection and the neurosurgeon experience is relevant to the development of VPS infections.

Key words: VPS, infection, risk factors, ventriculitis, shunt infections.
Palabras clave: DVP, infección, factores de riesgo, ventriculitis, infección DVP.

Publicación

Introducción

La hidrocefalia es un problema común en neurología y neurocirugía pediátrica, cuya etiología es un desbalance entre la producción, circulación y reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR)[1]. El desarrollo de esta condición en la infancia es frecuente, siendo secundaria a un grupo variado de patologías cerebrales, entre las cuales destacan: cerebrales congénitas, traumáticas, tumorales, infecciosas y vasculares[2].

Una de las opciones para el tratamiento permanente de esta patología es la inserción de un catéter junto a una válvula que conecte el ventrículo cerebral con una cavidad serosa como el peritoneo[3] o derivativa ventrículo peritoneal (DVP) o con una vena profunda, donde el exceso de LCR pueda ser drenado.

Se estima que entre 25 y 46% de las derivaciones tienen un mal funcionamiento durante el primer año después de haber sido instaladas[4,5], siendo la obstrucción mecánica y las infecciones, las dos principales causas de disfunción valvular[6,7].

La tasa de infección post instalación de DVP en la población infantil se estima en 10% y fluctúa entre 0 y 22%[8-11], siendo una causa importante de morbimortalidad[12]. Las infecciones tempranas son causadas por la microbiota bacteriana introducida al momento de la cirugía, mientras que las tardías corresponden a contaminaciones posteriores[13].

Se han identificado diversos factores del paciente y de la atención asociados a una infección de DVP[14]. Entre los factores relacionados con el paciente destacan: prematurez[15], edad menor de cuatro meses, diagnóstico antenatal de hidrocefalia[16], enfermedad sistémica concomitante[17], requerimientos previos de derivativa ventricular externa (DVE), estado de conciencia alterado y uso de terapia oncológica adyuvante (quimioterapia y radioterapia)[15].

También debemos considerar dentro de este grupo la etiología de la hidrocefalia, la cual pudiese llegar a ser un factor predictor en sí mismo de la infección de derivativa. De hecho, la hemorragia intraventricular o intracerebral (HIC)[9,16,17], la hemorragia subaracnoídea[17] y el mielomeningocele[16], han mostrado tener una mayor tasa de infecciones que otras patologías que requieren de derivación[18].

Respecto a los factores relacionados con la atención en salud, se cuentan: una deficiente técnica quirúrgica[19],

Elimina la filigrana digital ahora

tiempos operatorios prolongados[15, 20] y el rasurado de la piel a intervenir [21, 22].

Otros factores neuroquirúrgicos identificados son: presencia de una fístula de LCR, craneotomía, hipertensión endocraneana (presión intracraneal > 20 mmHg), ventriculostomía de duración prolongada (particularmente en los primeros 7 a 10 días), irrigación del sistema y recambio valvular a repetición[9,17].

A pesar de lo anteriormente señalado, actualmente todavía falta conocimiento acerca de los factores de riesgo para infección de DVP, dado que la información publicada es muy variada y muchas veces contradictoria, careciendo aún de estudios con alto nivel de evidencia que corroboren los hallazgos de estudios retrospectivos. Además, a la fecha no encontramos información originada en el medio nacional.

En el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso (HCVB) no existe evidencia demostrada respecto a los factores determinantes de infecciones de las DVPs. El objetivo principal de este trabajo es identificar en este centro aquellos factores de riesgo asociados a la infección de las derivativas, tanto dependientes del paciente como de la atención. Secundariamente, pretendemos determinar las tasas de incidencia de infección de DVP, determinar el perfil microbiológico de las infecciones y conocer la susceptibilidad antimicrobiana de los microorganismos aislados.

Finalmente, deseamos aportar en el avance de la prevención de infecciones en dicho centro hospitalario, contribuyendo además con esta experiencia a la realización de nuevos estudios en otros hospitales, que permitan conocer más a cabalidad los factores involucrados en la infección de DVP.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles, en que los participantes fueron todos los niños con hidrocefalia entre 0 y 15 años, y que se les hubiese instalado una válvula DVP entre enero de 1998 y junio de 2008 en el HCVB de Valparaíso.

Los pacientes estudiados fueron identificados según la revisión de todos los protocolos de cirugías del Servicio de Neurocirugía del HCVB en el plazo ya mencionado. Cada instalación de derivativa se consideró como un evento de estudio, ya que algunos pacientes contaban con más de una intervención registrada.

Definición de infección de DVP

Diagnóstico médico hecho en aquellos pacientes con parámetros clínicos compatibles (cefalea, vómitos, aumento del perímetro craneano), parámetros de laboratorio alterados (leucocitosis > 12.000 céls/mm^3, PCR > 6 mg/L) y/o con signos imagenológicos indirectos a la tomografía axial computada de cerebro (aumento del tamaño ventricular respecto a imágenes previas), cuya confirmación se realiza a través del análisis de LCR obtenido desde una punción lumbar, exploración intra-operatoria o punción del reservorio de la DVP.

Para identificar las infecciones de DVP (los llamados "casos" o "eventos") se revisaron los registros del Departamento de Epidemiología e Infecciones Intrahospitalarias del HCVB, donde la notificación de infección de DVP se hace solamente una vez (al primer evento) en cada paciente, sin importar que presente infecciones posteriores de la misma causa.

Los eventos infecciosos posteriores en los pacientes se identificaron por la revisión de fichas clínicas, sin hacer distinción de la forma en la cual se obtuvo el diagnóstico (clínica, imágenes, laboratorio o análisis de LCR).

Se utilizó como criterio de exclusión de casos, que el paciente hubiera presentado infección de su DVP después de un año de la instalación de la misma. Según este criterio no hubo pacientes excluidos. Además fueron excluidos aquellos pacientes con notificación de infección pero cuya ficha clínica no estuviera disponible impidiendo un análisis del caso.

Se determinó elegir mediante azar simple, para cada paciente notificado, el evento infeccioso que sería incorporado al estudio, con el fin de considerar sólo un evento de infección valvular por paciente.

Se decidió arbitrariamente que el número de controles serían dos por cada caso, para lo cual se calculó en forma proporcional por año, el número de eventos no infecciosos equivalentes a las infecciones presentadas en ese mismo lapso de tiempo. Para obtener los controles que entrarían al estudio, se seleccionaron en forma aleatoria los pacientes anualmente hasta obtener el número de eventos necesarios previamente calculado para el período estudiado.

Se calculó la incidencia anual de la infección de DVP, sin estudiar posibles causas de variación de la incidencia en los distintos períodos.

Las variables consideradas en el estudio se ordenaron en dos grupos:

- Factores asociados al paciente, entre los cuales estuvieron la edad, sexo, la causa de hidrocefalia, ventriculitis previa, antecedente de disfunción de DVP, siendo estas dos últimas variables consideradas sólo si ocurrieron dentro del mismo año de la infección de DVP registrada; además se consideraron los antecedentes de infecciones concomitantes graves (sepsis, infección del tracto urinario (ITU), meningitis, neumonía) que el paciente hubiera presentado dentro del mismo período de hospitalización que precedió a la instalación de su DVP (sin evaluar la similitud etiológica de la infección concomitante con la infección de DVP), y el número de DVP y DVE instaladas sin un límite de tiempo en relación al evento de DVP estudiado.
- Factores asociados a la atención, donde se consideraron

variables asociadas al procedimiento quirúrgico: oportunidad de profilaxis antimicrobiana (administración del fármaco, 30 minutos a una hora previa al inicio de la cirugía), tipo de antiséptico intra-operatorio, profesional tratante que realizó el procedimiento (distinguiendo entre neurocirujanos con especialización certificada en neurocirugía pediátrica y los que no la tienen), tipo de cirugía realizada (programada o de urgencia), pabellón en el cual se realizó la intervención (pabellón neuroquirúrgico o de urgencia), realización de craneotomía durante la operación y tiempo empleado en la cirugía.

Tabla 1. Características de los pacientes con derivativo ventrículo peritoneal y causa de la hidrocefalia

	Total n (%) 78	Casos n (%) 26	Controles n (%) 52	valor p
Sexo				
Femenino	34/78 (43,6)	15/26 (57,7)	19/52 (36,5)	NS*
Edad (meses)	3,7 (mediana)	4,9 (mediana)	3,7 (mediana)	NS†
Causa de hidrocefalia				
HIC	25/78 (32)	11/26 (42,3)	14/52 (26,9)	NS*
MMC	4/78 (5,1)	1/26 (3,8)	3/52 (5,8)	NS*
meningitis	6/78 (7,7)	3/26 (11,5)	3/52 (5,8)	NS*
malformación	6/78 (7,7)	2/26 (7,7)	4/52 (7,7)	NS*
tumor	21/78 (26,9)	6/26 (23)	15/52 (28,8)	NS*
congénita	1/78 (1,3)	0	1/52 (1,9)	NS*
TEC	1/78 (1,3)	0	1/52 (1,9)	NS*
sepsis	5/78 (6,4)	1/26 (3,8)	4/52 (7,7)	NS*

NS: No significativo HIC: hemoragia intracraneal. MMC: mielomeningocele. TEC: traumatismo encéfalo-craneal. *Prueba de χ^2; †Prueba de Mann Whitney.

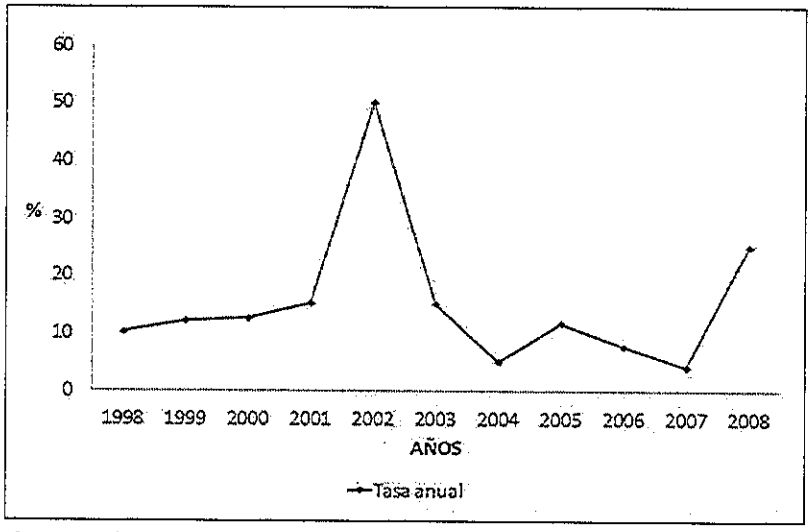


Figura 1. Incidencia anual de infección de DVP.

Para la obtención de los datos se procedió a la revisión de 78 fichas clínicas en el archivo central del HCVB, previa autorización de las autoridades correspondientes.

El análisis estadístico fue realizado íntegramente en el programa *SPSS 11.5 ® para Windows*. Se comparó la presencia o ausencia de los distintos factores de riesgo en relación al posterior desarrollo de infección de la DVP separando las variables estudiadas en dos grupos: casos y controles.

Los datos fueron comparados con las prueba de Mann Whitney y χ^2 según correspondiera. Además fueron calculados los odds ratios (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95% de las variables consideradas como factores de riesgo. Para la estadística descriptiva del total de pacientes (Tabla 1), los datos fueron descritos en medianas y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Se consideró como significativos valores de p menores a 0,05 e IC 95% que no incluyeran el uno.

Para analizar el OR del neurocirujano (NC) que realizó el procedimiento, agrupamos esta variable de tres categorías (NC adulto, NC infantil y becado de neurocirugía) en dos categorías, generando así una nueva variable dicotómica. En la primera categoría estuvieron agrupados dos variables (ejemplo: NC infantil y becados) y en la segunda categoría solamente se consideró una variable (ejemplo: NC adulto). De esta forma se midió el OR de infección de DVP de un cirujano respecto al riesgo de los otros dos cirujanos. Cabe destacar que del total de procedimientos quirúrgicos efectuados por el grupo considerado dentro de los becados de neurocirugía, 85% fue supervisado por un NC infantil, y del 15% restante de las intervenciones no se pudo obtener un registro.

Las medidas básicas de prevención de infecciones (lavado de manos, uso de guantes, utilización de materiales y equipo estéril, etc.) fueron las mismas tanto para casos como para controles, por lo que no se consideraron en nuestra investigación.

Resultados

En el período estudiado se registraron 264 instalaciones de DVP en 207 pacientes, con un total de 34 pacientes notificados con infección. Hubo una pérdida de ocho pacientes infectados debido a que no se pudo acceder a la ficha clínica ni a otro tipo de registros médicos. La incidencia de infección fue variable en los distintos años de estudio, con un mínimo de 4,1% en 2007 y un máximo de 50% en 2002 (Figura 1).

En los 26 pacientes notificados de los que sí se pudo obtener historial médico, se presentaron 53 eventos infecciosos de DVP. Las características generales de los casos y controles se muestran en la Tabla 1, donde se observa que entre los grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo y causa de hidrocefalia.

Elimina la filigrana digital ahora

Respecto a los microorganismos causantes de la infección de la DVP, 13 de las 26 infecciones fueron causadas por *Staphylococcus* coagulasa negativa, seguido por seis infecciones por *Staphylococcus aureus* y luego por *Klebsiella* spp, *Escherichia coli*, *Streptococcus* grupo viridans *y Pseudomonas* spp, cada uno de ellas responsable de un caso. Hubo tres casos en los que no se obtuvo información.

Con respecto al patrón de susceptibilidad, si bien varios de los registros tenían información incompleta, se pudo determinar que de los 13 *Staphylococcus* coagulasa negativa, ocho fueron resistentes a meticilina (cloxacilina) y sensibles a vancomicina, uno sensible a vancomicina y cotrimoxazol, dos fueron sensibles a cloxacilina y en dos casos no se obtuvo registro de susceptibilidad.

Dos aislados de *S. aureus* fueron informados resistentes a meticilina y sensibles a vancomicina, dos sensibles a cloxacilina y en dos casos no se obtuvo registro de susceptibilidad.

Las cepas de *Klebsiella* spp y *E. coli* fueron sensibles a cefalosporinas de tercera generación y a aminoglucósidos mientras que la cepa de *Streptococcus* grupo viridans solamente era sensible a vancomicina.

Del aislado de *Pseudomonas* sp, no se pudo obtener el registro de susceptibilidad.

Las variables que mostraron significativamente ser factores de riesgo para la infección de DVP fueron: el antecedente de disfunción valvular, ventriculitis previa, presencia de infecciones sistémicas concomitantes al momento de la instalación de la derivación y cirugía realizada por un neurocirujano sin especialización en neurocirugía pediátrica.

El uso de profilaxis antimicrobiana con cefazolina (30 a 50 mg por kg de peso) al inicio del procedimiento anestésico no mostró ser un factor protector. No hubo variaciones en la profilaxis efectuada en casos y en controles, como tampoco tratamientos profilácticos intensificados en ninguno de los dos grupos.

No se encontraron diferencias significativas entre los tiempos operatorios de los casos y los controles, así como tampoco se encontraron diferencias en el pabellón donde se hizo la cirugía (central o de urgencia), el tipo de cirugía (electiva o de urgencia), la realización de craneotomía y el tipo de antiséptico utilizado.

En este último aspecto, cabe destacar que el antiséptico utilizado en los procedimientos quirúrgicos durante el período de estudio correspondió a povidona yodada al 10%, exceptuando en los procedimientos realizados por los especialistas en neurocirugía pediátrica, donde en la totalidad de las oportunidades el antiséptico utilizado fue clorhexidina gluconato 0,5%.

Otras variables de interés, así como el detalle de algunas de las variables antes señaladas, se muestran en la Tabla 2.

Los casos mostraron un historial de mayor número de recambios tanto de DVP (mediana de 1 *versus* 0) como de DVE (mediana de 2 *versus* 0) respecto a los controles; ambas diferencias mostraron ser estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Como dato anexo, 19 de los casos (73%) y 36 de los controles (69,2%) tenían antecedentes de DVE previas, y el antecedente de DVP estuvo presente en 15 casos (57,7%) y 22 controles (42,3%).

Tabla 2. Factores de riesgo de infección de derivación ventrículo-peritoneal

Variable	Casos (26)	Controles (52)	OR	IC 95% Límite inferior	IC 95% Límite superior
Profilaxis antimicrobiana	17	36	0,8	0,30	2,28
Ventriculitis previa	18	19	3,9	1,42	10,68
Infecciones concomitantes	15	14	3,7	1,37	9,96
Disfunción DVP previa	14	5	10,9	3,29	36,47
Neurocirujano pediátrico	9	26	0,5	0,20	1,40
Neurocirujano adulto	17	26	2,8	1,04	7,80
Craneotomía	8	20	0,7	0,26	1,93
Clorhexidina 0,5%	9	26	0,5	0,20	1,40

*Infecciones concomitantes: sepsis de cualquier foco, neumonía, infección urinaria, meningitis.

Discusión

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de factores de riesgo de ventriculitis asociada a DVP en Chile. La incidencia de ventriculitis asociada a DVP en nuestro centro es similar a lo encontrado en otros reportes, en los que fluctúa entre 4 y 15%[1,23]. Si bien es cierto que en algunos períodos como 2002 y 2008 esta tasa se elevó, llegando hasta valores de 50%, no pudimos encontrar causales válidas que explicaran los resultados obtenidos, porque no hay una evidencia concreta que muestre diferencias técnicas, humanas o instrumentales que pudiesen explicar esta alza.

Un punto controversial dentro de nuestra metodología es la selección al azar de un evento infeccioso por paciente. Quizás el haber considerado únicamente el primer evento infeccioso pudiera haber establecido de una manera más pura los resultados respecto a los factores de riesgo, pero quisimos con nuestra medida, representar de una mejor manera a la población pediátrica de nuestro centro, que generalmente tiene antecedentes de DVP o DVE instaladas previamente al episodio infeccioso de la DVP en particular. Por otra parte, nuestro razonamiento también se basa en que muchas veces existe un período de tiempo distante (más de un año) entre la infección de DVP estudiada y las DVP o DVE infectadas previamente, por lo

que es conveniente considerarlas como sucesos independientes. En otro sentido, y pese a no ser claramente factor de riesgo, los casos presentaron mayor número de recambios de DVE y DVP, lo que sugiere que la probabilidad de infecciones de las DVP aumenta proporcionalmente al número de procedimientos invasores a los que el paciente haya sido expuesto. Sin embargo, nuestro trabajo no pudo establecer una correlación temporal entre estos eventos, por lo que no sería prudente establecer conclusiones.

Entre los factores relevantes a considerar se encuentra la presencia de infecciones concomitantes, que constituyeron un importante factor de riesgo para infección de DVP. Sin embargo, una importante debilidad de nuestra metodología, es la inexistencia de la correlación microbiológica entre estas infecciones concomitantes y el agente aislado en la infección de DVP, ya que no se puede asumir *a priori* una causa directa y única entre los focos concomitantes de infección.

La profilaxis antimicrobiana mostró una discreta tendencia favorable en la prevención de las infecciones en pacientes con DVP, pero sin una significancia estadística. Con respecto a este punto, los resultados y las recomendaciones en la literatura médica también son controversiales[24] y con beneficios no establecidos, a pesar de lo cual algunos autores siguen recomendando su uso[25,26]. Sería interesante en este sentido complementar nuestros hallazgos con una investigación con profilaxis diferenciadas, que no tan sólo se base en la oportunidad, sino que considere el microorganismo específico a cubrir en la eventualidad de que los pacientes tengan el antecedente de un cultivo o infecciones previas por microorganismos multi-resistentes, lo cual creemos ayudaría a establecer de una mejor manera la utilidad de la profilaxis en las infecciones de DVP.

Dentro de los factores de la atención se identificó como elemento de riesgo la intervención realizada por un neurocirujano sin especialización pediátrica (e inversamente apareció como protector –aunque sin significancia estadística– la intervención realizada por un neurocirujano pediátrico). Es probable que el número de intervenciones realizadas por uno y otro implique diferencias en la técnica quirúrgica que pudieran resultar claves en el riesgo diferencial de infecciones. Esto último se condice con lo reportado en otros centros, donde también se considera la experiencia del neurocirujano como un factor importante en la infección de DVP[19]. Como dato adicional, 36% de las cirugías de revisiones de derivativas (evaluación del funcionamiento del *shunt* después de que éste ha sido instalado) son potencialmente evitables con una mejor técnica quirúrgica[19]. En algunos estudios científicos internacionales se han encontrado más fracasos y aparición de complicaciones después de intervenciones realizadas por los médicos becados o por neurocirujanos con menos años de ejercicio. De esto, podría inferirse que la tasa de infecciones de DVP aumenta cuando el procedimiento es realizado por un facultativo con poca experiencia. No quisimos establecer tasas o riesgos individuales por cirujano dentro de nuestra investigación, para evitar hacer críticas o establecer distinciones personales al respecto; sin embargo, es prudente recalcar que una óptima técnica quirúrgica y realizada por un facultativo calificado, en este caso un neurocirujano pediátrico, pareciera ser razonable en las estrategias para reducir la frecuencia de revisiones de derivativas[19]. Otro dato a considerar es el hecho de que los facultativos en neurocirugía pediátrica utilicen otro tipo de antiséptico en relación a los otros neurocirujanos. Si bien es cierto que el uso de clorhexidina no mostró ser un factor protector en sí, pudiera haber una tendencia a la disminución de las infecciones de DVP con su utilización, por lo que en nuestro centro hospitalario puede ser recomendable establecer protocolos que indiquen y fomenten esta práctica.

Esta investigación aparece como el primer reporte de un centro neuro-quirúrgico nacional y regional, respecto a factores de riesgo para infección de pacientes portadores de DVP. Tiene la limitación de ser retrospectivo, haciéndose necesario, idealmente, una cohorte multicéntrica, que confirme los hallazgos reportados para así plantear estrategias racionales en la prevención de estas complicaciones postquirúrgicas. Además, por el hecho de haber obtenido la información y los datos del estudio a través de la revisión de fichas clínicas, siempre existe la posibilidad de la subnotificación o de una mala interpretación de los datos.

Pese a todas las limitaciones existentes en nuestro estudio y a la posible pérdida de información que pudiese haber alterado alguno de nuestros resultados, parece razonable insistir en seleccionar adecuadamente el momento de la intervención quirúrgica basado en adecuados criterios clínicos infectológicos. Además, todas las intervenciones en forma ideal, debieran ser realizadas por un operador habituado a este procedimiento y con especialización en neurocirugía pediátrica.

Resumen

La hidrocefalia es un problema común en neurocirugía y neurología. Su tratamiento habitual es la instalación de una válvula derivativa ventrículo peritoneal (DVP) cuya complicación más grave y frecuente es la infección. Con el propósito de identificar los factores de riesgo de infección post-operatoria en pacientes con DVP del Hospital Carlos Van Buren (HCVB), se realizó un estudio caso-control en la población pediátrica con DVP instalada entre 1998 y 2008. Los casos fueron pacientes con una infección de DVP notificada en el Departamento de Infecciones

Elimina la filigrana digital ahora

Intrahospitalarias (IIH), y controles los que no presentaron infección. Se analizaron los resultados en tablas de contingencia para determinar los Odds Ratio correspondientes. Se estudiaron 264 procedimientos quirúrgicos, 207 pacientes y 53 infecciones notificadas en 26 enfermos. Los factores de riesgo significativos fueron el antecedente de ventriculitis previa, disfunción de DVP previa, derivativa ventricular externa previas, infecciones concomitantes al momento de la cirugía, y que el neurocirujano no tuviera la especialidad en neurocirugía pediátrica. Se concluyó que la profilaxis antimicrobiana no fue un factor importante en la prevención de infecciones y que la experiencia del neurocirujano es relevante en el desarrollo de infecciones de DVP.

Referencias

1.- Turgut M, Alabaz D, Erbey F, Kocabas E, Erman T, Alhan E, et al. Cerebrospinal fluid shunt infections in children. Pediatr Neurosurg 2005; 41: 131-6.

2.- Kulkarni A V, Drake J M, Lamberti-Pasculli M. Cerebrospinal fluid shunt infection: a prospective study of risk factors. J Neurosurg 2001; 94: 195-201.

3.- Vinchon M, Baroncini M, Laurent T, Patrick D. Bowel perforation caused by peritoneal shunt catheters: diagnosis and treatment. Neurosurgery 2006; 58: 76-82.

4.- Caldarelli M, Di Rocco C, La Marca F. Shunt complications in the first postoperative year in children with meningomyelocele. Childs Nerv Syst 1996; 12: 748-54.

5.- Kim T Y, Stewart G, Voth M, Moynihan J A, Brown L. Signs and symptoms of cerebrospinal fluid shunt malfunction in the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care 2006; 22: 28-34.

6.- Blount J P, Campbell J A, Haines S J. Complications in ventricular cerebrospinal fluid shunting. Neurosurg Clin N Am 1993; 4: 633-56.

7.- Lee J Y, Wang K C, Cho B K. Functioning periods and complications of 246 cerebrospinal fluid shunting procedures in 208 children. J Korean Med Sci 1995; 10: 275-80.

8.- Aucoin P J, Kotilainen H R, Gantz N M, Davidson R, Kellogg P, Stone B. Intracranial pressure monitors. Epidemiologic study of risk factors and infections. Am J Med 1986; 80: 369-76.

9. Mayhall C G, Archer N H, Lamb V A, Spadora A C, Baggett J W, Ward J D, et al. Ventriculostomy-related infections. A prospective epidemiologic study. N Engl J Med 1984; 310: 553-9.

10.- Stenager E, Gerner-Smidt P, Kock-Jensen C. Ventriculostomy-related infections--an epidemiological study. Acta Neurochir (Wien) 1986; 83: 20-3.

11.- Thompson D N, Hartley J C, Hayward R D. Shunt infection: is there a near-miss scenario? J Neurosurg 2007; 106: 15-9.

12.- Tuli S, Drake J, Lawless J, Wigg M, Lamberti-Pasculli M. Risk factors for repeated cerebrospinal shunt failures in pediatric patients with hydrocephalus. J Neurosurg 2000; 92: 31-8.

13.- Baird C, O'Connor D, Pittman T. Late shunt infections. Pediatr Neurosurg 1999; 31: 269-73.

14.- Simon T D, Hall M, Riva-Cambrin J, Alberg J E, Jeffries H E, LaFleur B, et al. Infection rates following initial cerebrospinal fluid shunt placement across pediatric hospitals in the United States. Clinical article. J Neurosurg Pediatr 2009; 4: 156-65.

15.- Ritz R, Roser F, Morgalla M, Dietz K, Tatagiba M, Will B E. Do antibiotic-impregnated shunts in hydrocephalus therapy reduce the risk of infection? An observational study in 258 patients. BMC Infect Dis 2007; 7: 38.

16.- Vinchon M, Dhellemmes P. Cerebrospinal fluid shunt infection: risk factors and long-term follow-up. Childs Nerv Syst 2006; 22: 692-7.

17.- Lozier A P, Sciacca R R, Romagnoli M F, Connolly E S Jr. Ventriculostomy-related infections: a critical review of the literature. Neurosurgery 2002; 51: 170-81.

18.- McGirt M J, Leveque J C, Wellons J C 3rd, Villavicencio A T, Hopkins J S, Fuchs H E, et al. Cerebrospinal fluid shunt survival and etiology of failures: a seven-year institutional experience. Pediatr Neurosurg 2002; 36: 248-55.

19.- Enger P O, Svendsen F, Sommerfelt K, Wester K. Shunt revisions in children-can they be avoided? Experiences from a population-based study. Pediatr Neurosurg 2005; 41: 300-4.

20.- National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report. 2004 en http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nnis/2004NNISreport.pdf (accedido: 25 agosto 2009).

21.- Alexander J W, Fischer J E, Boyajian M, Palmquist J, Morris M J. The influence of hair-removal methods on wound infections. Arch Surg 1983; 118: 347-52.

22.- Ratanalert S, Saehaeng S, Sripairojkul B, Liewchanpattana K, Phuenpathom N. Nonshaved cranial neurosurgery. Surg Neurol 1999; 51: 458-63.

23.- Livni G, Yuhas Y, Ashkenazi S, Michowiz S. In vitro bacterial adherence to ventriculoperitoneal shunts. Pediatr Neurosurg 2004; 40: 64-9.

24.- Camboulives J, Meyrieux V, Lena G. Infections of cerebrospinal fluid shunts in the child: prevention and treatment. Ann Fr Anesth Reanim 2002; 21: 84-9.

25.- Kanev P M, Sheehan J M. Reflections on shunt infection. Pediatr Neurosurg 2003; 39: 285-90.

26.- Filka J, Huttova M, Tuharsky J, Sagat T, Kralinsky K, Kremery V. Nosocomial meningitis in children after ventriculoperitoneal shunt insertion. Acta Paediatr 1999; 88: 576-8.

Lifelemental

26 8
Elimina la filigrana digital ahora
1028

Hidrocefalias – Síndrome de colapso ventricular

Alberto Puche Mira

S. de Neuropediatría. Hospital U. Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia)

INTRODUCCIÓN

La hidrocefalia *se define* como un incremento del volumen total de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal, lo que conlleva un aumento del tamaño de los espacios que lo contienen (ventrículos, espacios subaracnoideos y cisternas de la base).

El LCR circula desde el interior de los ventrículos, en donde se produce (plexos coroides), hasta los espacios subaracnoideos en la superficie del cerebro y médula, lugar en donde se reabsorbe pasando a los senos venosos a través de las granulaciones aracnoideas de Pacchioni. La cantidad total de LCR en un adulto es de 130 a 150 ml y la producción diaria se estima en 400 a 500 ml. Cualquier alteración del equilibrio entre la producción y la reabsorción de LCR podrá provocar hidrocefalia.

El LCR tiene tres funciones vitales: Envuelve por completo médula y cerebro lo que supone un mecanismo antichoque que les protege de traumatismos. Sirve de vehículo para trasportar nutrientes al cerebro y eliminar desechos. Fluye entre el cráneo y canal raquídeo para compensar los cambios de volumen de sangre intracraneal, con el fin de evitar incrementos excesivos de presión intracraneal.

CLASIFICACIÓN

Existen tres formas principales de hidrocefalia, la llamada "hidrocefalia activa" con presión aumentada en las cavidades de LCR, la "hidrocefalia pasiva" también conocida como hidrocéfalo *"ex vacuo"* y una "hidrocefalia idiopática del lactante" con evolución habitual hacia la resolución espontánea.

La "hidrocefalia activa" es aquella que se produce como consecuencia de un desequilibrio en la producción, circulación o reabsorción de LCR, bien por un aumento de la producción a nivel de los plexos coroides, por obstrucción a la circulación a través de sus vías de drenaje o por disminución de la reabsorción en los corpúsculos aracnoideos de Pacchioni.

La hidrocefalia activa con aumento de la presión del LCR debe distinguirse de la "hidrocefalia pasiva" o hidrocéfalo *"ex vacuo"*, consistente en una dilatación de las cavidades de LCR por disminución de la masa cerebral.

Por último existe una hidrocefalia que se conoce como "Hidrocefalia externa idiopática del lactante", en donde el LCR se acumula en los espacios subaracnoideos, con ventrículos laterales moderadamente dilatados. En este cuadro se aprecia un crecimiento rápido del perímetro cefálico, provocando como único síntoma clínico una megacefalia. La evolución suele ser hacia la resolución espontánea, con estabilización del crecimiento cefálico al final del primer año. Debe diferenciarse de otras causas de macrocefalia que tienen peor pronóstico y precisan de un tratamiento específico. La velocidad en el crecimiento cefálico es el aspecto más importante del seguimiento de estos pacientes.

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

Elimina la filigrana digital ahora

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dependen de la edad de inicio de la hidrocefalia, dado que la compliance craneal mucho más reducida en el niño mayor de dos años con suturas craneales cerradas, no puede compensar con el crecimiento cefálico el aumento de LCR, dando lugar a una sintomatología más intensa y rápidamente progresiva de hipertensión endocraneal (tabla I).

DIAGNÓSTICO

Como en todos los procesos neuropediátricos, el diagnostico se basa en la realización de una minuciosa anamnesis y exploración del paciente, que permitirá al clínico experimentado elaborar una hipótesis diagnóstica, cuya confirmación precisará de la realización de los exámenes complementarios pertinentes.

Tabla I. Etiopatogenia de las hidrocefalias

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS HIDROCEFALIAS	
HIPERSECRECIÓN de LCR	Papiloma de plexo coroides Coroidoplexitis.
OBSTRUCCIÓN de la circulación de LCR	
Bloqueo intraventricular:	
Agujero de Monro	Tumores (Astrocitoma células gigantes)
III ventrículo	Craneofaringioma. Quiste coloide.
Acueducto de Silvio	Tumores, malformaciones, procesos inflamatorios (hemorragia, infección).
IV ventrículo	Tumores y malformaciones (Dandy-Walker, Arnold Chiari).
Bloqueo extraventricular:	
Bloqueo basilar	Procesos inflamatorios (infección o hemorragía).
Bloqueo de la convexidad	Procesos inflamatorios.
REABSORCIÓN deficiente de LCR	
Hipertensión venosa	Compresión de senos venosos. Obstáculos venosos extracraneales (trombosis venosa).
Anomalías de los corpúsculos aracnoideos de Pacchioni	Ausencia congénita. Atasco por LCR hiperproteico.
MECANISMOS DESCONOCIDOS	
Tumores medulares. Síndrome de Guillain – Barré.	

pdfelement

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

9
Elimina la filigrana digital ahora
1029

ANAMNESIS

No se debe olvidar recoger antecedentes familiares de hidrocefalia, que podrían orientar hacia un origen congénito malformativo de base genética. También es importante insistir en los antecedentes personales sobre la posible existencia de infecciones maternas durante el embarazo y si se realizó diagnóstico ecográfico prenatal de la hidrocefalia.

Las manifestaciones clínicas estarán presididas por un síndrome de hipertensión endocraneal, que variará de acuerdo a la edad del paciente (tabla II) y a la evolución más o menos aguda de la hidrocefalia. En los neonatos y lactantes predominará la megacefalia, la irritabilidad y la depresión neurológica. En el niño mayor apreciaremos una clínica de cefalea, vómitos y letárgia.

Si la instauración de la hidrocefalia ha sido lentamente progresiva (algunos procesos arreabsortivos, estenosis de acueducto congénitas), los retrasos en el desarrollo psicomotor, la torpeza motora, las dificultades en el aprendizaje y los problemas visuales (estrabismo, ambliopia) pueden dominar el cuadro clínico.

En los casos de hidrocefalias obstructivas secundarias a procesos tumorales se podrán recoger síntomas deficitarios neurológicos, como signos cerebelosos en los tumores de la fosa posterior, asimetrías en la motilidad de miembros, trastornos deglutorios o de lenguaje, anomalías endocrinológicas, como precocidad sexual, diabetes insípida, hiperfagia, etc, que pueden verse en tumores de línea media.

En situaciones de descompensación aguda se puede apreciar una paresia de VI par craneal uni o bilateral, como expresión de la hipertensión endocraneal. También pueden apre-

pdfelement

Tabla I. Clínica de las hidrocefalias según la edad

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS HIDROCEFALIAS SEGÚN EDAD DE INICIO (tabla II).
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS: Crecimiento excesivo del perímetro cefálico (MACROCEFALIA). Desproporción craneofacial. Fontanela abombada o tensa. Diástasis de suturas / venas pericraneales dilatadas. Signos oculares (ojos en sol poniente/estrabismo). Irritabilidad vómitos. Retraso psicomotor.
NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS: Cefalea. Vómitos. Letargia. Estrabismo (endotropia por afectación VI par. Edema de papila en el fondo de ojo.

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

Elimina la filigrana digital ahora

ciarse síntomas focales como expresión de herniaciones cerebrales entre los diferentes compartimentos intracraneales, así en la herniación uncal aparecerá anisocoria por afectación de III par craneal, o tortícolis con desviaciones de cabeza a un lado por herniación de amígdalas cerebelosas en tumores de fosa posterior. La aparición de estos signos suponen una situación de alarma con grave riesgo para el paciente y precisan de una actuación urgente.

EXPLORACIÓN

En el neonato y lactante se buscara fundamentalmente el incremento del perímetro cefálico, el abombamiento de la fontanela, la diástasis de suturas y la dilatación de venas pericraneales. Es frecuente encontrar también signos oculares, sobre todo el de los ojos en puesta de sol, secundario a la compresión de tubérculos cuadrigéminos. El fondo de ojos no suele mostrar signos de edema de papila a estas edades, pero debe valorarse para descartar signos de coriorretinitis o atrofia óptica.

En el niño mayor es importante descartar signos de alarma que puedan estar indicando la existencia de herniaciones cerebrales, como la posición inclinada de la cabeza en la herniación de amígdalas cerebelosas a través de agujero occipital o la anisocoria por afectación del III par craneal con hemiparesia contralateral propias de la herniación transtentorial con compresión mesencefálica (hernia uncal). La parálisis del VI par y la existencia de un edema de papila son signos de una situación grave de hipertensión endocraneal, que requiere ingreso urgente en Hospital con Servicio de Neurocirugía.

La auscultación craneal en niños con megacefalia de cualquier edad, permitirá constatar la existencia de soplos, que orientarán hacia la existencia de una malformación vascular como causa de la hidrocefalia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico de la hidrocefalia se basa sobre todo en la neuroimagen. La ecografía transfontanelar puede ser una técnica inocua de diagnóstico, aunque tiene sus limitaciones cuando se trata de valorar estructuras laterales separadas de la línea media. Como técnica inicial se prefiere la TAC de cerebro, que da una visión de conjunto del sistema ventricular, cisternas de la base y espacios subaracnoideos. En caso necesario puede estar indicada la realización de una RM de cerebro, que permitirá visualizar mucho mejor algunas estructuras como el acueducto de Silvio y el IV ventrículo, así como toda la patología tumoral y malformativa causante de hidrocefalia.

Para el diagnostico prenatal de la hidrocefalia congénita puede utilizarse tanto la Ecografía como la RM con buenos resultados.

En ocasiones puede ser necesario recurrir a otro tipo de exámenes complementarios, como estudios neurofisiológicos (EEG y potenciales evocados), genéticos y metabólicos (aciduria glutárica tipo I).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hidrocefalia es básicamente el de la causa que la provoca, procediendo siempre que sea posible a la extirpación de masas ocupantes de espacio (tumores, quistes, malformaciones vasculares).

No obstante una gran mayoría de hidrocefalias secundarias a procesos hemorrágicos, inflamatorios o malformativos, precisan de tra-

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

10
Elimina la filigrana digital ahora
1030

tamientos derivativos del LCR con sistemas de derivación extracraneal.

El tratamiento médico puede valorarse en casos de dilatación ventricular moderada y lenta progresión de la hidrocefalia, empleando Acetazolamida a la dosis de 25-100 mg/Kg de peso/día o Furosemida a la dosis de 1 mg/Kg de peso/día, en un intento de disminuir la producción de LCR.

Recientes publicaciones desaconsejan el tratamiento basado en la realización de punciones lumbares evacuadoras, para la reducción de la presión y eliminación de sangre y proteínas del LCR en recién nacidos prematuros con hemorragia intraventricular, dado que no mejora la mortalidad, ni la aparición de secuelas y tampoco evita la necesidad de una derivación extracraneal.

Últimamente se viene empleado con éxito la ventriculostomía endoscópica del III ventrículo en casos de hidrocefalia obstructiva. Este método puede aplicarse a niños con hidrocefalia obstructiva de cualquier edad, considerando que es seguro, tiene pocas complicaciones y obtiene buenos resultados. La ventriculostomia endoscópica del III ventrículo es el tratamiento de elección para niños menores de un año con hidrocefalia secundaria a hemorragia intraventricular o meningitis. Este método está sobre todo indicado en grandes prematuros con pesos inferiores a 1200 g y proteínas elevadas en LCR por encima de 500 mg/dl, logrando buenos resultados en la mitad de los casos intervenidos y evitando la colocación de una derivación extracraneal.

A pesar de los 50 años trascurridos desde que se inició el empleo de válvulas de derivación ventrículo-peritoneales y de los importantes avances tecnológicos actuales con el uso de válvulas programables en función de las necesidades, seguimos encontrando gran número de complicaciones en el funcionamiento de estos sistemas de derivación (tabla III). La tasa de complicaciones de los sistemas de derivación es más alta en los prematuros con hidrocefalia poshemorrágica y revisiones retrospectivas recientes no muestran mejoría significativa en los resultados con relación a

Tabla III. Complicaciones de los sistemas de derivación ventrículo-peritoneal

COMPLICACIONES DE LOS SISTEMAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL
Infecciones (meningitis, ventriculitis)
Obstrucción mecánica del sistema.
Peritonitis.
Ascitis de LCR / quistes abdominales.
Hernias inguinales.
Migración de la derivación al interior de la cavidad abdominal.
SÍNDROMES DE HIPERDRENAJE de LCR.
Obstrucción del extremo ventricular de la derivación.
Colapso ventricular sintomático (slit ventricle syndrome).
Hematoma subdural.
Cuarto ventrículo aislado

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

Elimina la filigrana digital ahora

décadas anteriores. Por todo esto se recomienda evitar el empleo de válvulas de derivación, utilizando en su lugar y siempre que sea posible, técnicas de neuroendoscopia.

SINDROME DE COLAPSO VENTRICULAR (SCV)

Entre los síndromes de hiperdrenaje, tiene especial interés el SCV, definido como la presencia esporádica y recidivante de episodios de cefalea, vómitos y grados variables de afectación de la conciencia, en pacientes portadores de válvulas de derivación extracraneal, en los que se aprecia la existencia de unos ventrículos pequeños en la neuroimagen (ventrículos como ranuras, de ahí su denominación en lengua inglesa *slit ventricle syndrome)*.

Existe unanimidad a la hora de considerar que la causa del SCV reside en un drenaje excesivo de LCR desde los ventrículos, en pacientes portadores de derivaciones ventriculares. El cuadro se produce tras un periodo más o menos largo de funcionamiento aparentemente normal de la derivación. El resultado del drenaje excesivo y prolongado de LCR desde los ventrículos provoca una reducción del tamaño ventricular, con disminución de la presión intraventricular y sobre todo, reducción de la amplitud de la presión de pulsación cerebral. El crecimiento craneal normal requiere de la existencia de un volumen cerebral creciente y de una presión ventricular y presión de pulsación cerebral normales. Estos estímulos se ven mermados en el SCV, lo que ocasiona una excesiva rigidez del cerebro y sus cubiertas, con pobre crecimiento craneal. Esto hace que el cerebro se encuentre comprimido en el interior del cráneo por las cubiertas meníngeas y craneales que han perdido su elasticidad.

Se sabe que el SCV es más frecuente en niños intervenidos a muy corta edad y en pacientes en los que se emplean válvulas de presión baja. También es más frecuente en pacientes intervenidos de hidrocefalia posthemorrágica y postinfecciosa, aunque no se ha encontrado que la prematuridad sea un factor predisponente. La incidencia del SCV es muy variable según las diferentes series publicadas, presentándose entre el 1.3% y el 37% de los pacientes intervenidos de hidrocefalia con sistemas derivativos extracraneales.

El diagnóstico del SCV se basa en la clínica característica con episodios de naturaleza intermitente caracterizados por cefalea, vómitos y afectación de la conciencia en grado variable. Para la confirmación del diagnostico se emplean diferentes exámenes complementarios (tabla IV).

pdfelement

TRATAMIENTO DEL SCV

Para el tratamiento del colapso ventricular es preciso considerar la forma de presentación:

- *Forma de presentación crónica:* Niños con neuroimagen de microventrículos que sufren de forma crónica cefaleas esporádicas que no interfieren su vida normal y que no se asocian a síntomas de hipertensión endocraneal. En este caso pueden ser tratados con antimigrañosos sin tomar otras medidas.
- *Forma de presentación subaguda:* Cuando la sintomatología crónica aumenta en intensidad o frecuencia, interfiriendo en la vida normal del niño. En este caso será necesario tomar medidas de tratamiento quirúrgico, que variará desde las técnicas para evitar el hiperdrenaje (aumento de la presión de apertura valvular, mecanismos antisifón, etc), hasta

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

11
Elimina la filigrana digital ahora
1031

Tabla IV. Diagnóstico del SCV	
DIAGNÓSTICO DEL SCV	
Radiografía de cráneo	Engrosamiento de la bóveda. Esclerosis de suturas (coronal). Fosa posterior pequeña. Aumento tamaño de senos paranasales.
EEG	Frecuentes alteraciones focales y difusas de la actividad bioeléctrica cerebral.
Registros de PIC	Pueden mostrar valores elevados, normales e incluso disminuidos.

intervenciones para aumentar la capacidad craneal como la craniectomía bitemporal.

- *Forma de presentación aguda:* Es la más grave llegando a poner en peligro la vida y la integridad del sistema nervioso central, dado que puede afectar a las habilidades cognitivas. El paciente inicia un cuadro de cefalea intensa con alteración del estado de conciencia, que obligan a una rápida consulta al Servicio de Urgencias. Al igual que en las formas subagudas, es preciso poner en marcha medidas de tratamiento quirúrgico, como las señaladas antes.

Se han descrito otras formas de tratamiento para el SCV, como la ventriculostomía endoscópica del III ventrículo con notable éxito. También se ha indicado el tratamiento mediante una derivación lumbo-peritoneal en los casos que cursan con PIC elevada. Por último se ha sugerido que el tratamiento con dexametasona oral a la dosis de 0.5 mg/Kg de peso/día, mejora la sintomatología y acorta su duración, por lo que puede ser útil para lograr el alivio temporal de los pacientes afectos de SCV, mientras se programa la cirugía.

Algoritmo modificado de Olson para el tratamiento del SCV (Figura 1).

INFORMACIÓN A PADRES

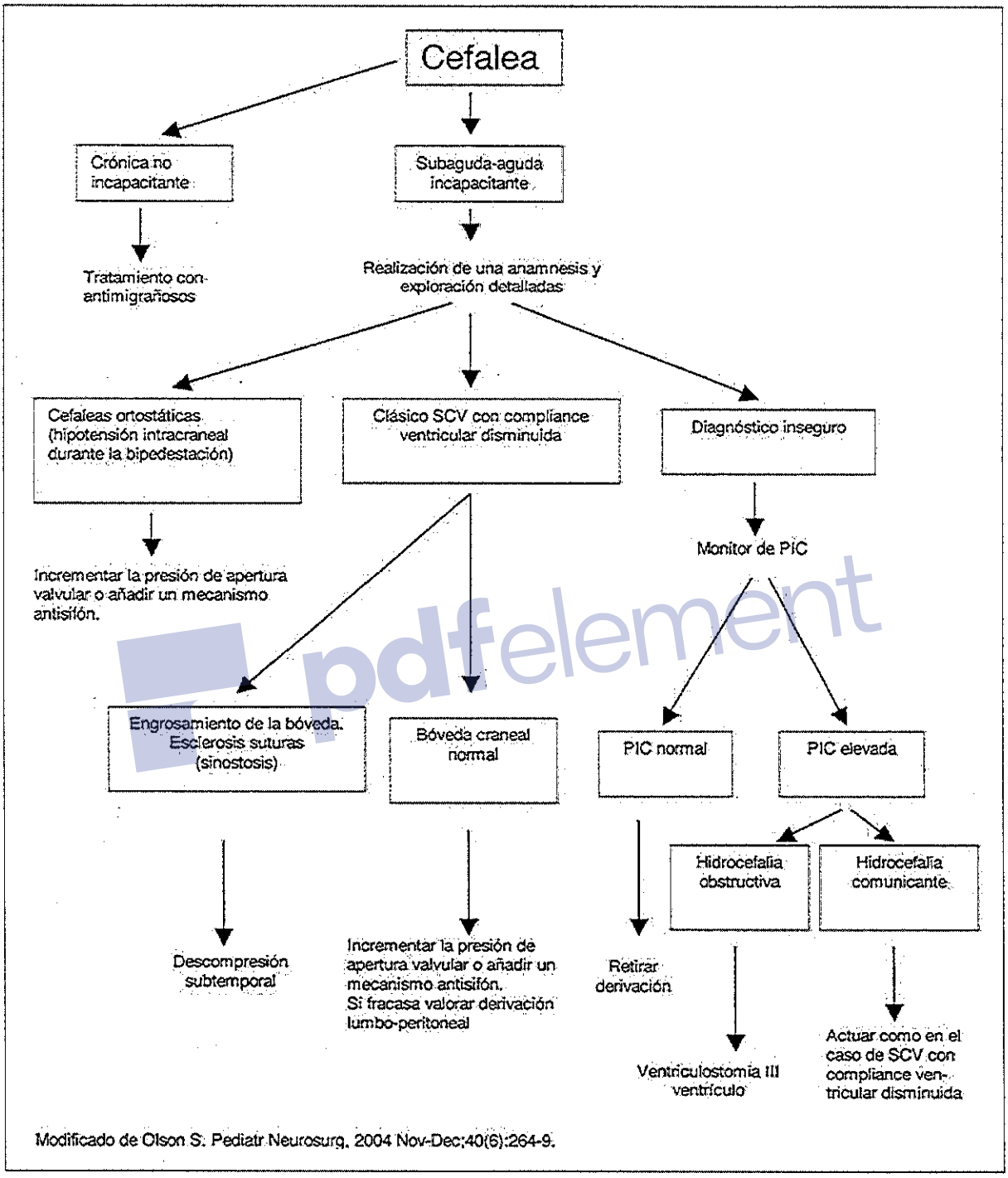
En la información a los padres se debe tener en cuenta que el pronóstico del paciente con hidrocefalia depende de la etiología del proceso y de la necesidad de emplear mecanismos derivativos de LCR, dadas las frecuentes complicaciones que estos sistemas suelen presentar como hemos podido apreciar.

Parece que las nuevas técnicas de tratamiento endoscópico, están mejorando los resultados que hasta ahora se obtenían con los sistemas derivativos extracraneales.

En los niños con hidrocefalia correctamente tratados, hasta un 65% logra mantener una capacidad intelectual normal, lo que es un dato alentador a la hora de la información los padres, a los que hay que indicar que una buena parte de los pacientes intervenidos quedarán sin secuelas significativas y podrán lograr una vida independiente y de calidad.

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

Elimina la filigrana digital ahora



pdfelement

Figura 1. Algoritmo de actuación ante hidrocefalia y colapso ventricular

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

12
Elimina la filigrana digital ahora
1032

BIBLIOGRAFIA

1. KeucherTR, Mealey J. Long-term results after ventriculoatrial and ventriculo-peritoneal fluid shunting for infantile hydrocephalus. J Neurosurg 1973; 50: 179-186.

2. Serlo W, Heikkinen E, et al. Classification and management of the slit ventricle syndorme. Child´s Nerv Syst 1985; 1: 194-199.

3. Rodríguez-Costa T. Casas C, Domingo R, Martínez-Miravete MT, Martínez Lage J, Puche A, Recuero E, Vicente T. Incidencia y evolución del colapso ventricular (Slit ventricle) en hidrocefalias posthemorráticas neonatales y secundarias a mielomeningoceles. Rev Neurol 1994; 22: 167-170.

4. Di Rocco C. Is the slit ventricle always a slit ventricle syndrome?. Child´s Nerv Syst 1994; 10: 9-58.

5. Baskin JJ, Manwaring KH, Rekate HL. Ventricular shunt removal: the ultimate treatment for slit ventricle syndrome. J Neurosurg 1998; 88: 478-484.

6. Reddy K, Fewer HD, West M, Hill NC. Slit ventricle syndrome with aqueduct stenosis: third ventriculostomy as definitive treatment. Neurosurgery 1998; 23: 756-759.

7. Libenson MH, Kaye EM, Rosman NP, Gilmore HE. Acetazolamide and furosemide for posthemorrhagic hydrocephalus of the newborn. Pediatr Neurol. 1999; 20: 185-191.

8. Whitelaw A: Repeated lumbar or ventricular punctures in newborns with intraventricular hemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2001; CD000216. Review.

9. Le H, Yamini B, Frim DM: Lumboperitoneal shunting as a treatment for slit ventricle syndrome. Pediatr Neurorug 2002; 36: 178-182.

10. Olson S: The problematic slit ventricle syndrome. A review of the literature and proposed algorithm for treatment. Pediatr Neurosurg 2004; 40: 264-269.

11. Martínez-Lage JF, Pérez-Espejo MA, Almagro MJ, Ros de San Pedro J, López F y col: Síndromes de hiperdrenaje de las válvulas en hidrocefalia infantil. Neurocirugía 2005; 16: 124-133.

12. Fattal-Valevski A, Beni-Adani L, Constantini S: Shot-term dexamethasone treatment for syntomatic slit ventricle syndrome: Childs Nerv Syst 2005 Nov; 21: 981-4. Epub 2005 Jun 3.

13. Peretta P, Ragazzi P, Carlino CF, Gaglini P, Cinalli G: The role of Ommaya reservoir and endoscopic third ventriculostomy in the management of post-hemorrhagic hydrocephalus of prematurity.Childs Nerv Syst.2007; 23: 765-771. Epub2007 Jan 17

14. Kouzo Moritake, Hidemasa Nagai y col: Análisis of a Nationwide Survey on Treatment and Outcomes of Congenital Hydrocephalus in Japan. Neurol Med Chir (Tokyo) 2007; 47: 453-461.

© Asociación Española de Pediatría. Prohibida la reproducción de los contenidos sin la autorización correspondiente.
Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en www.aeped.es/protocolos/

Elimina la filigrana digital ahora

1033

Capítulo 25 - HIDROCEFALIA EN EL NIÑO

Daniel Palanca Arias, Isabel Cristina Cordeiro Costa, Victoria Caballero Pérez

INTRODUCCIÓN-ETIOLOGÍA

La hidrocefalia consiste en la dilatación de los ventrículos cerebrales por una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal debido a un desequilibrio entre la producción (papilomas de plexos coroideos fundamentalmente) y la absorción-circulación (procesos expansivos, malformaciones congénitas, hemorragias o infecciones) que genera un aumento de presión intracraneal (PIC).

El LCR circula a través del sistema ventricular y se absorbe en la circulación sistémica.

El volumen total de LCR en neonatos es de unos 50 ml, en comparación con los 130- 150 ml del adulto. La cantidad de producción en adultos es de unos 20 ml/h, siendo menor en los RN y niños pequeños (varía con la edad entre 0,1 y 26,5 ml/hora) y asemejándose en un 65% al total de un adolescente de 15 años a los 2 años de vida.

pdfelement

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la hidrocefalia congénita e infantil se ha estimado en torno a 0,48-0,81 por cada 1.000 nacidos vivos y muertos y la prevalencia de las derivaciones del LCR en los EEUU se estimó en más de 125.000.

TIPOS DE HIDROCEFALIA

1- "Hidrocefalia pasiva" o hidrocéfalo "ex vacuo"

Dilatación de las cavidades de LCR por disminución de la masa cerebral.

2- "Hidrocefalia activa"

Como consecuencia de un desequilibrio en la producción, circulación o reabsorción de LCR.

Elimina la filigrana digital ahora

OBSTRUCTIVA O NO COMUNICANTE: mecanismo más común, incluso ante disfunción valvular. La producción de LCR suele ser normal. La obstrucción se produce a nivel de las vías de drenaje (agujero de Monro, acueducto de Silvio o cuarto ventrículo y sus orificios) lo que conlleva la dilatación del sistema ventricular proximal al bloqueo.

ALTERACIÓN DE LA ABSORCIÓN: mecanismo menos común, donde se altera la absorción venosa, por lo general debido a la inflamación de las vellosidades subaracnoideas. Esto da lugar a hidrocefalia comunicante, en el que el sistema ventricular entero se dilata.

EXCESO DE PRODUCCIÓN: causa rara (papiloma funcional plexo coroideo), conduce a la ampliación del sistema ventricular completo.

3- "Hidrocefalia externa idiopática del lactante"

El LCR se acumula en los espacios subaracnoideos, con ventrículos laterales moderadamente dilatados. Destaca un crecimiento rápido del perímetro cefálico (PC) hasta el final del primer año como único síntoma clínico, siendo la evolución natural hacia la resolución espontánea. Es importante descartar otras causas de macrocefalia de peor pronóstico. La velocidad en el PC es el aspecto más importante del seguimiento de estos pacientes.

pdfelement

DIAGNÓSTICO

1- Anamnesis, exploración y pruebas complementarias (pruebas de imagen).

2- Antecedentes familiares de hidrocefalia: orientan hacia un origen congénito malformativo de base genética.

3- Antecedentes personales: infecciones maternas durante la gestación, ecografías prenatales. La prematuridad al nacimiento (<1.500 g) tienen un elevado riesgo de hemorragia intraventricular (HIV), hidrocefalia progresiva y algunos pueden llegar incluso a precisar derivación de la hidrocefalia.

4- Signos de sospecha: en un lactante cuyo PC es muy elevado al nacimiento, o las mediciones seriadas de dichos percentiles indican un crecimiento excesivo. En niños con cefalea severa y clínica de hipertensión endocraneal (HTIC), variando la clínica según la edad del paciente (Tabla 1) y la evolución más o menos aguda de la hidrocefalia.

Elimina la filigrana digital ahora

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS HIDROCEFALIAS SEGÚN EDAD DE INICIO	
NIÑOS < 2A	
	Macrocefalia (aumento PC)
	Desproporción craneofacial abombamiento frontal, frente prominente.
	Fontanela abombada-tensa
	Diástasis de suturas/venas pericraneales dilatadas
	Ojos en sol poniente (compresión en el cerebro medio, tubérculos cuadrigéminos) /diplopía (afectación III/VI par)
	Irritabilidad somnolencia
	Vómitos
	Retraso psicomotor
NIÑOS > 2A	
	Cefalea
	Vómitos
	Letargia cambios en su personalidad y comportamiento indiferencia y la pérdida de interés
	Estrabismo (endotropia por afectación VI par)
	Edema de papila en fondo de ojo.
	Espasticidad de las extremidades inferiores

Tabla 1. Clínica de las hidrocefalias según la edad.

pdfelement

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Son debidas a la distensión ventricular y la PIC aumentada, que al generar presión sobre las diferentes estructuras cerebrales generan una sintomatología variada y no siempre específica que varía según:

1- LOCALIZACIÓN: ventrículos→ataxia, espasticidad; III ventrículo→alteraciones endocrinas, disfunción visual; acueducto→ojos en puesta de sol.

Si la hidrocefalia obstructiva es secundaria a procesos tumorales, dominarán síntomas deficitarios neurológicos que orienten la localización del tumor: ataxia (fosa posterior), asimetrías en la motilidad de miembros, trastornos deglutorios o de lenguaje, anomalías endocrinológicas (tumores de línea media).

2- EDAD: (Tabla 1).

3- EVOLUCIÓN aguda* (náuseas-vómitos, más frecuente el niño mayor de 2-3 años con suturas craneales cerradas) o lenta (retrasos en el desarrollo psicomotor, torpeza motora, dificultades en el aprendizaje y problemas visuales).

Elimina la filigrana digital ahora

La **cefalea**: es causada por la distorsión de las meninges y los vasos sanguíneos. Si es por aumento de la PIC suele ser matutina con náuseas y vómitos. El dolor varía en intensidad y la ubicación puede ser intermitente o persistente. El aumento de la PIC en la fosa posterior a menudo asocia náuseas, vómitos y disminución del apetito. La espasticidad de las extremidades inferiores se puede observar en cualquier momento.

Exploración física (debido al aumento de PIC)

Alteraciones del tronco cerebral (bradicardia, HTA, y cambios en la frecuencia respiratoria).

Aumento del PC en las curvas de crecimiento. Sin embargo, la dilatación de los ventrículos significativa puede ocurrir antes del aumento del PC.

Soplos en la auscultación craneal (niño con macrocefalia): sospechar la existencia de una malformación vascular.

Signos de alarma que precisan actuación urgente e interconsulta a neurocirugía

1- ESTRABISMO: paresia de VI par craneal (uni/bilateral), como expresión de la HTIC

2- ANISOCORIA: por afectación de III par craneal, indicando herniación uncal.

3- TORTÍCOLIS: desviaciones de cabeza a un lado por herniación de amígdalas cerebelosas en tumores de fosa posterior.

DISFUNCIÓN VÁLVULA VENTRÍCULO-PERITONEAL

Sistemas de derivación del LCR: Colocación de un catéter en el que se encuentra una válvula que se abre al alcanzarse una determinada presión. Las derivaciones se denominan según la ubicación del origen de la derivación y la cavidad donde se coloca el extremo distal. El origen habitual es el ventrículo lateral pero puede ser también el espacio subdural, un quiste aracnoideo o el espacio subaracnoideo lumbar. El extremo distal se coloca en la cavidad peritoneal frecuentemente "ventriculoperitoneal" (DVP), pero puede ubicarse en aurícula derecha, cavidad pleural o bulbo de la vena yugular. Ante todo niño portador de VDVP con deterioro clínico, sobre todo si asocia síntomas neurológicos se debe descartar un mal funcionamiento del sistema.

Elimina la filigrana digital ahora
1035

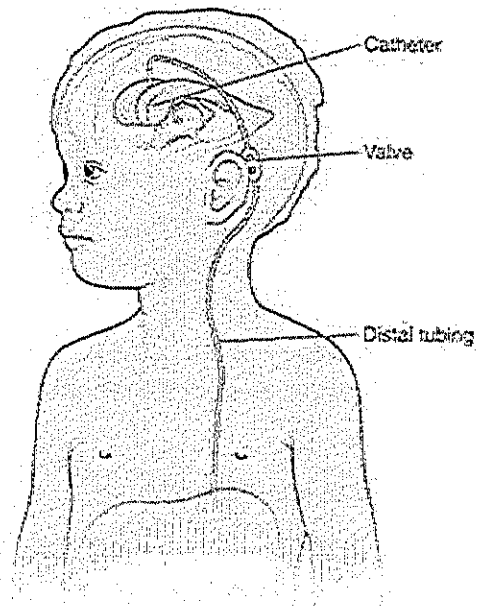


Fig. 1. Válvula de derivación VP.

CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO PARA SOSPECHAR FALLO DE LA DVP

pdfelement

ANAMNESIS "IMPRESCINDIBLE"

* Revisar siempre el historial (enfermedad de base y complicaciones asociadas a su enfermedad, tratamientos, fecha última intervención quirúrgica, número de recambios valvulares) y estudios radiológicos previos si fuera posible (fecha última neuroimagen).

* Proceso actual: tiempo de evolución y síntomas.

* Síntomas de HTIC según edad (Tabla 1). La presencia de fiebre puede indicar una infección del sistema (más probable si hay intervención reciente en los últimos 2 meses, sucesivas revisiones de la DVP, colocación < 1 año, afectación del estado general sin foco, mielomeningocele). El germen más frecuente es el Estafilococo epidermidis. Los síntomas más específicos de disfunción valvular son la somnolencia, letargia, irritabilidad , o tumefacción a nivel de la derivación, mientras que otros como la cefalea y los vómitos son mucho más inespecíficos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

* Exploración neurológica completa (Glasgow, pupilas y oculomotricidad, asimetrías motoras, inestabilidad, etc.) que incluya fondo de ojo (no necesario si niño no colabora y síntomas de pocas horas de evolución). La presencia de papiledema (no evidenciado en controles previos) indicará la realización de neuroimagen urgente.

Elimina la filigrana digital ahora

* Palpación del trayecto de la DVP, sobre todo a nivel cervical, y la comprobación de la elasticidad del reservorio nos pueden orientar hacia un problema mecánico-obstructivo (más frecuente en el extremo proximal o ventricular; por presencia de parénquima cerebral, plexo coroideo, taponamiento proteico o células tumorales). La desconexión tiene más riesgo en la zona de mayor movilidad, como es la zona lateral del cuello. En ocasiones pueden surgir complicaciones abdominales por el catéter distal (obstrucciones intestinales, perforación de vísceras) o si queda corto la longitud al crecer se debe recambiar. Debe evitarse, por lo general, la manipulación del sistema valvular (bombeos o punciones del reservorio).

* Palpación del reservorio en los sistemas que tengan:

Obstrucción proximal (deprimes y tarda mucho en rellenar o persiste deprimido).

Obstrucción distal (no se deprime o difícil de deprimir pero se rellena con facilidad)

COMPLICACIONES A CORTO/LARGO PLAZO

Aproximadamente el 40% de las derivaciones fallan <1 año después de la colocación. A más recambios valvulares mayor probabilidad de complicaciones.

* Infecciones (meningitis, ventriculitis): 5-10%. La mayoría ocurren <6 meses. Puede darse a distintos niveles del trayecto, con el riesgo de diseminación posterior.

* Obstrucción mecánica del sistema, peritonitis, ascitis de LCR/quistes abdominales, hernias inguinales, migración de la derivación al interior de la cavidad abdominal.

COMPLICACIONES TARDÍAS

*Síndromes de hiperdrenaje de LCR: obstrucción del extremo ventricular de la derivación, hematoma subdural, cuarto ventrículo aislado, síndrome de colapso ventricular (SCV) (*Slit ventricle síndrome*) incidencia: 4,2-11,5%: síntomas de HTIC (episodios intermitentes de cefalea, vómitos y grados variables de afectación de la conciencia) en niños portadores de VDP que en la TAC se evidencian unos ventrículos pequeños. Comparar con imágenes previas. El funcionamiento de la derivación suele ser aparentemente normal durante el período previo. Suele ser más frecuente en niños con válvulas de presión baja y que han sido

Elimina la filigrana digital ahora

1036

intervenidos a corta edad, y en hidrocefalias posthemorrágicas o postinfecciosa con más frecuencia. Contactar con Neurocirugía (valorar únicamente la posibilidad de añadir dexametasona 0,5mg/kg/d como alivio previo a la intervención)

* Epilepsia.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

En niños con fontanela abierta: **ECO cerebral.**

Si hay claros síntomas de **HTIC:**

Estabilización inicial.

TAC craneal urgente: comparar si tiene imágenes previas.

Consulta a Neurocirugía: valorar la punción del reservorio** previa a la revisión del sistema en quirófano; en caso de urgencia vital por HTIC aguda o ante posibilidad de ventriculitis o meningoencefalitis. Consultar a Neurocirugía si ha habido cirugías recientes (colocación/revisión/recambio valvular en los 2 últimos meses)

** *Punción del **reservorio*** (Fig. 2): localizarlo por palpación, no rasurar la zona ni aplicar lidocaína local, usar antiséptico e introducir la aguja con suave aspiración, sin forzar. Contraindicaciones: coagulopatía, niños sépticos con foco infeccioso evidente (salvo sospecha de infección del sistema elevada). Complicaciones: infección, HIV. Si el LCR no fluye espontáneamente o tras suave aspiración se debe sospechar obstrucción del catéter. Material necesario: guantes y gasas estériles, antiséptico, tubos para muestra de LCR, aguja palomilla (butterfly) de 25G (es posible a través del catéter que llevan medir la PIC, levantando el catéter de la palomilla en vertical y midiendo su altura).

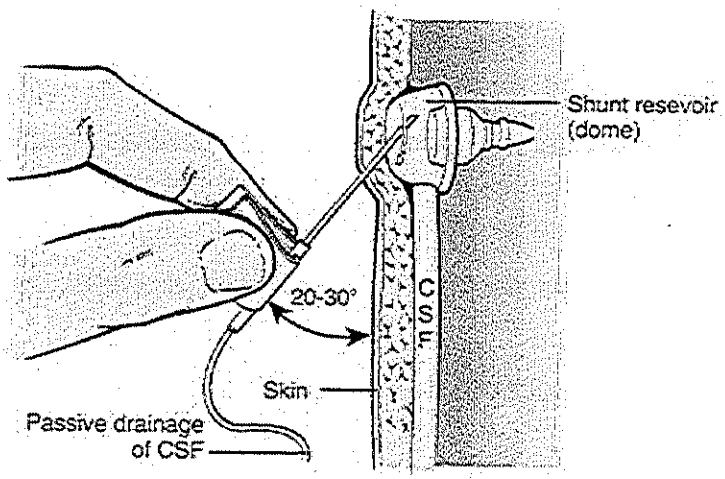


Fig. 2. Técnica de punción de reservorio.

Elimina la filigrana digital ahora

- Si **encefalopatía** aguda/Glasgow <15 valoraremos de entrada traslado e ingreso en UCIP.

Si el niño no impresiona de gravedad con síntomas inespecíficos y buen estado general: (Glasgow 15 y en todo caso somnolencia y/o irritabilidad con cefalea sin focalidad neurológica y vómitos aislados) permanecerá en Unidad de Observación hasta realización de TAC y decisión de traslado por parte de Neurocirugía. Valorar última neuroimagen realizada, etc

Valorar las **siguientes pruebas** tras contactar con neurocirugía:

- Trayecto valvular (TV): radiografías craneal (AP/LAT), torácica-cervical y abdominal): buscando acodamientos, desconexión. Es recomendable realizarlas aunque se haga TAC cerebral o éste sea normal (12).

- ECO abdominal/Rx abdomen para descartar la presencia de obstrucción distal por pseudoquiste de LCR peritoneal (clínica de peritonitis sin fiebre).

- Si fiebre añadida valorar la extracción de LCR del reservorio, (tras TAC cerebral) si es posible.

- Bombeos repetidos de la válvula, especificando el neurocirujano el número de compresiones y frecuencia de las mismas.

pdfelement

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico se confirma mediante técnicas de neuroimagen, que además pueden detectar malformaciones del SNC o tumores asociados. En algunos casos, el diagnóstico se realiza mediante ecografía prenatal.

Ecografía transfontanelar: de elección en RN y en niños con fontanela abierta. Tiene sus limitaciones cuando se trata de valorar estructuras laterales separadas de la línea media.

TAC craneal: valora en conjunto el sistema ventricular, cisternas de la base y espacios subaracnoideos. Evalúa la posición del Shunt.

RM de cerebro: visualiza mucho mejor algunas estructuras como el acueducto de Silvio y el IV ventrículo, así como toda la patología tumoral y malformativa causante de hidrocefalia.

Localización de la obstrucción del flujo de LCR según la dilatación ventricular.

* Estenosis del acueducto: dilatación de ventrículos laterales y III ventrículo. IV ventrículo normal.

Elimina la filigrana digital ahora

* Obstrucción extraventricular: dilatación simétrica de todos los ventrículos.

Punción lumbar (PL): si existe una sospecha de infección que causa aracnoiditis adhesiva o ependimitis. Contraindicado si hay evidencia de una lesión ocupante de espacio (tumor intracraneal o un absceso cerebral), debido al riesgo de herniación cerebral.

Conclusiones:

Hay que mantener un alto índice de sospecha en la evaluación de los niños con una válvula DVP ya que la presentación de disfunción es muy diversa. Un diagnóstico erróneo puede llevar a secuelas neurológicas permanentes o incluso la muerte.

TRATAMIENTO DE LA HTIC

El primer objetivo es la estabilización cardiopulmonar inicial. Una vez que el niño está estable, realizar la TAC craneal sin contraste.

Tratamiento agudo de la HTIC:

Medidas de primer nivel

* Control de constantes vitales. Mantener oxigenación, ventilación (pCO2), volemia, temperatura y glucemia adecuadas para prevenir cambios hemodinámicos que afecten a la homeostasis cerebral. (Vasodilatación cerebral = hipercapnia-acidosis/vasoconstricción cerebral = hipocapnia-alcalosis)

* Elevación de cabecera 15-30º

* Evitar agitación y dolor (sedoanalgesia, relajantes musculares)

*Detección y tratamiento precoz de las convulsiones

* Si hay clínica de HTIC:

** Suero salino hipertónico (SSH) (Bolus 2-6 mL/Kg a pasar en 15-20 min); SSH 3% (85ml SSF + 15 ml ClNa 20%) o 7,5% (70ml SSF + 30 ml ClNa 20%).

** Manitol al 20% diurético osmótico (Bolus 0,25-0,5 g/Kg/dosis IV) en 20 minutos. Máx. (10 mg/dosis). Reponer la diuresis con SSF en las siguientes 2 horas. Osm < 320 mOsm/L. Contraindicaciones relativas: Hipovolemia, rotura de BHE. Osm<360 mOsm/L y Na <155 mEq/L.

** Hiperventilación moderada (pCO2 30-35 mmHg): puntualmente si signos de herniación cerebral. Contraindicaciones: Lesiones isquémicas.

Elimina la filigrana digital ahora

** En caso de disponer de catéter intraventricular: evacuación de LCR 2-10 mL de LCR (no más de 20 mL en adolescentes).

** Intervención quirúrgica urgente por neurocirugía: tratamiento más eficaz y frecuente (válvula DVP derecho frecuentemente, ventriculostomía, extirpación si existe masa): si progresa el deterioro neurológico, para detener la progresión de la hidrocefalia y minimizar daños neurológicos. Ventriculostomía endoscópica: comunicar el sistema ventricular (III ventrículo) con el espacio subaracnoideo (cisternas peritronculares) De elección en niños <1 año, grandes RNPT, con hidrocefalia secundaria a HIV o meningitis (obstructivas). y proteínas elevadas en LCR.

** Corticoides: controvertidos. Útil en edema cerebral vasogénico que envuelve a los procesos expansivos tumorales y en el edema perilesional. Dexametasona 0,25 mg/Kg/dosis/6 horas ev (máximo 4 mg/6h).

Medidas de segundo nivel (HTIC refractaria)

Ingreso en UCIP, hiperventilación intensa ($paCO_2$<30 mmHg), coma barbitúrico, craniectomía descompresiva, EEG continuo.

Otros tratamientos

* Hidrocefalia lentamente progresiva: acetazolamida: 25-100 mg/kg/d (niños de 2 semanas a 10 meses si presentan hidrocéfalo comunicante progresivo) o furosemida: 1mg/kg/d. Ambos descienden la producción de LCR

* Punciones lumbares seriadas: se han usado como medida temporal en RNPT con hidrocefalia posthemorrágica, aunque poco efectivas y con riesgos.

PRONÓSTICO

El resultado de la hidrocefalia depende de la etiología, anomalías y complicaciones asociadas, como la infección. Según algunas series de niños seguidos con hidrocefalia y válvula de derivación VP acuden a la escuela normalmente el 59%, y aquellos con hidrocefalia causada tras infección o HIV son más propensos a necesitar la escuela especial que aquellos con hidrocefalia congénita.

Elimina la filigrana digital ahora

1038

BIBLIOGRAFÍA

Azcunaga Santibáñez B, Disfunción válvula ventrículo-peritoneal. En: J Benito, S. Mintegui, J. Sánchez.Urgencias Pediátricas. *Diagnóstico y tratamiento*. 5ª edición. Capítulo 10.5. Ergon: 591-596

Casey AT, Kimmings EJ, Kleinlugtebeld AD, et al. The long-term outlook for hydrocephalus in childhood. A ten-year cohort study of 155 patients. *Pediatr Neurosurg* 1997; 27: 63.

Drake JM, Kestle JR, Milner R, et al. Randomized trial of cerebrospinal fluid shunt valve design in pediatric hydrocephalus. *Neurosurgery* 1998; 43: 294.

Fernell E, Hagberg G, Hagberg B. *Infantile hydrocephalus epidemiology: an indicator of enhanced survival*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1994 Mar;70(2): F123-8.

Frederick K. Korley Roberts. Clinical Procedures in Emergency Medicine, 5th ed. Chapter 60. *Neurologic procedures. Management of increased intracranial pressure and intracranial shunts*.

Hydrocephalus in Children. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Maziotta J editors. *Bradley's neurology in clinical practice*. 6th ed. Philadelphia: Butterworth-Heinemann (Elsevier); 2012. (in press).

Javadpour M, Mallucci C, Brodbelt A, et al. The impact of endoscopic third ventriculostomy on the management of newly diagnosed hydrocephalus in infants. *Pediatr Neurosurg* 2001; 35: 131.

Kim TY, Stewart G, Voth M, Moynihan JA, Brown L. Signs and symptoms of cerebrospinal fluid shunt malfunction in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2006 Jan;22(1): 28-34.

Lesión encefálica traumatica y coma. En: Marcdante K J, Kliegman R M, Jenson H B, Behrman R E. (Ed). *Nelson Pediatría esencial*. 6ªedición. España. Elsevier Saunders 2011.Cap.184. Sección 24: 701.

Libenson MH, Kaye EM, Rosman NP, Gilmore HE. Acetazolamide and furosemide for posthemorrhagic hydrocephalus of the newborn. *Pediatr Neurol* 1999; 20: 185.

Muñoz-Santanach D, Trenchs-Sainz de la Maza V, Curcoy-Barcenilla A.I., Navarro R., Luaces-Cubells C., Pou-Fernández J. Diagnóstico de disfunción valvular en la edad pediátrica: valor predictivo de los síntomas y signos clínicos. *Rev neurol* 2009;49: 467-471

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Pitetti R. Emergency department evaluation of ventricular shunt malfunction: is the shunt series really necessary?. *Pediatr Emerg Care*. 2007 Mar;23 (3): 137-41.

Puche Mira A. *Hidrocefalias - Síndrome de colapso ventricular.Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEPED*. Año 2008. Capítulo 26. Disponible en: URL: http://www.aeped.es/protocolos.

Rekate HL. Treatment of Hydrocephalus. In: *Pediatric Neurosurgery*, 3, Cheek WR (Ed), WB Saunders Company, Philadelphia 1994.

Técnicas y procedimientos más habituales en urgencias de pediatría. Punción del reservorio de un shunt de derivación ventrículo-pritoneal. En: J Benito, S. Mintegui, J. Sánchez Etxaniz. *Urgencias Pediátricas. Diagnóstico y tratamiento.* 4ª edición. Capítulo 4.4. Ergon: 51-54

Whitelaw A. *Repeated lumbar or ventricular punctures in newborns with intraventricular hemorrhage*. Cochrane Database Syst Rev 2001; CD000216.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII (618) 69-74, 2016

1039

NEUROLOGÍA

VENTRICULITIS

Alexandra Cerrato*
Pablo Mora**

SUMMARY

Ventriculitis is an infectious disease that affects the central nervous system cavities called ventricles. This condition is linked to patients with ventricular shunts due to an impaired circulation system of cerebrospinal fluid. The wrongful diagnosis of this condition with meningitis and inappropriate use of antibiotics can mask a case of ventriculitis, which leads to therapeutic failure with use of resistant antibiotics and persistent infection. It is important to know the risk factors and symptoms that a patient may present because this condition must be diagnosed as early as possible to receive an adequate treatment and prevent possible life threating sequels.

INTRODUCCIÓN

Ventriculitis es un proceso inflamatorio el cual involucra a las cuatro cavidades denominadas ventrículos. Los ventrículos forman parte, juntos con las meninges y el plexo coroideo, del sistema de producción y circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el sistema nervioso central (SNC). El sistema ventricular está compuesto por dos ventrículos laterales, un tercer y cuarto ventrículo. El LCR es producido por los plexos coroideos, de los cuales 60% se localizan en los ventrículos laterales. La velocidad de producción es de 20mL/hora y la cantidad total de LCR puede variar en adultos y niños. Se estima que alrededor de 20-30 cc de total de LCR se localizan en el sistema ventricular. El LCR fluye de los ventrículos laterales hacia el tercer ventrículo atravesando el agüero de Monro, y llega al cuarto ventrículo al pasar por el acueducto cerebral de Silvio. El agujero de Magendie y Luschka

* Médico General.
** Médico General.

pdfelement

guían el LCR del SNC hacia la cisterna magna, quien se continúa a la medula espinal[10] .El LCR en un paciente sano es transparente, y está compuesto 99% por agua. El 1% restante contiene glucosa (50-80 mg/dL), proteínas (15-40 mg/dL), leucocitos (0-3 cels./uL), eritrocitos (0 cels./ uL) y múltiples electrolitos. El sistema de reabsorción se da en las vellosidades aracnoideas, que se proyectan hacia los senos venosos durales, principalmente el seno venoso sagital. La velocidad de reabsorción es igual a la de producción (20mL/hora) [10]. En pacientes con alteración del sistema de LCR (como lo es la ventriculitis) la reabsorción no se puede efectuar de manera apropiada por el cambio de composición del LCR y esto puede llevar a hidrocefalia y aumento de presión intracraneana. Ventriculitis es una patología que pocas veces se presenta de forma aislada, la mayoría de veces se asocia a un cuadro de meningitis.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que principalmente influyen para un cuadro de ventriculitis son los procedimientos invasivos al SNC del paciente y la edad del paciente. Los procedimientos invasivos, en otras palabras cirugía, que en su mayoría de los casos se realizan con el fin de corregir un aumento de la presión intracraneana. Los procedimientos invasivos que se asocian de mayor manera con el cuadro son las ventriculostomias externas y las derivaciones ventriculares. Las *ventriculostomias externa* se realizan principalmente por la presencia de hidrocefalia. Existe una directa relación con el tiempo: a mayor tiempo se encuentra el paciente con una ventriculostomía colocada, mayor riesgo a presentar cualquier infección del SNC, principalmente ventriculitis. Es importante mencionar que 25% de los pacientes con ventriculostomía externa presentan meningitis o ventriculitis. Las *derivaciones ventriculares* se colocan como corrección fija en un paciente con alteración permanente de la producción o circulación de LCR. Existen 2 principales derivaciones que se usan para realizar esta corrección: la derivación ventrículo peritoneal (DVP) o la derivación ventrículo atrial (DVA). La incidencia de ventriculitis asociado a colocación de DVP o DVA es de 0-22% de los casos.[1] La colocación de una derivación en el paciente no es el único factor de riesgo que influye en el riesgo para presentar ventriculitis, también incluye cirugías con duración mayor a 60 minutos o en el cual se manipule el área quirúrgica por más de 3 cirujanos. El grupo etario que presenta mayor riesgo a presentar infecciones ventriculares son aquellos que son menores de 6 meses de edad. Esto se debe principalmente a madurez inmunológica y a los agentes bacterianos que colonizan en infecciones a esta edad.[1]

ETIOLOGÍA

Las causas de ventriculitis incluyen trauma, colocación de derivaciones ventriculares, ruptura de abscesos, entre otros. La ventriculitis puede ser una complicación pos quirúrgica o complicación de un cuadro de meningitis. Pacientes con inmunodeficiencia por HIV o pos trasplante también pueden verse afectados por esta patología. Los posibles agentes causales de ventriculitis se deben asociar principalmente a la causa de fondo. En el caso de meningitis las bacterias gram negativas son las más frecuentes, principalmente en casos de meningitis en menores 6 meses. En las derivaciones ventriculares los cocos gram positivos de piel son los más asociados a ventriculitis: *Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus capitis, Staphylococcus aureus.* En los pacientes que han presentado trauma los agentes causales más comunes son Streptococcus pneumoniae y otros gram negativos.[1,7]

pdfelement

FISIOPATOLOGÍA

El principal factor que influye en el inicio de un cuadro de ventriculitis es el acceso directo de un medio bacteriano a los ventrículos cerebrales. El origen de la comunicación puede ser cualquiera de la etiología ya mencionadas, ya que todos permiten, por un medio u otra, que las bacterias del medio externo ganen acceso al medio estéril que son los ventrículos. Las bacterias ingresan a los ventrículos, se inicia el proceso de colonización. La colonización estimula una respuesta inflamatoria que causa un aumento de células inflamatoria en el LCR. El aumento de bacterias en los ventrículos causa además una alteración de la bioquímica del LCR: disminución en la glucosa (<25 mg/dL.) y un aumento en las proteínas (>50 mg/dL). El estímulo del sistema inmunológico corporal causa la liberación de sustancias mediadores de inflamación y su reacción con los distintos antígenos causa edema e inflamación en el sistema ventricular. Esto puede causar obstrucción de los acueductos o agujeros que comunican los ventrículos, causando que el paciente presente hidrocefalia si no es tratado a tiempo. La hidrocefalia, si no es resuelta, puede llevar a un aumento de la presión intracraneana, causando una serie de alteraciones a nivel del SNC.

CLÍNICA

Los pacientes que presenten ventriculitis pueden presentar síntomas de sepsis. La clínica que estos pacientes incluye: fiebre (>39°C), sintomatología típica de meningitis (rigidez nucal, fotofobia, alteración del sensorio, déficit neurológico, convulsiones). En infantes la presencia de ventriculitis puede causar inflamación de los acueductos, que evolucione a obstrucción del paso del LCR, y conlleve a hidrocefalia. Es importante recordar que muchas casos se hace el diagnóstico equivoco de meningitis y el uso inadecuado de antibióticos puede enmascarar un caso de ventriculitis. Esto puede causar falla terapéutica con uso de antibióticos e infección persistente. Existen múltiples factores involucrados en el avance de la enfermedad entre ellos: la causa, el agente, el tratamiento brindado previo al diagnóstico o la duración de la antibiótico terapia que reciba el paciente. Todos influyen en la evolución y el pronóstico de cada paciente. La ventriculitis es una enfermedad que debe ser diagnosticada lo más antes posible para recibir el tratamiento indicado y así prevenir posibles secuelas en los pacientes. La clínica de esta patología es muy variada, ya que los síntomas van a depender de distintos factores ya mencionados y siempre considerar que puede presentarse como sintomatología de meningitis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de ventriculitis se debe basar en una buena historia clínica, un examen físico adecuado y los exámenes complementarios (análisis de LCR, TAC de cerebro, y RMN de cerebro).

Los criterios diagnósticos para esta patología son listados en la Tabla 1, e incluye análisis del LCR, sangre y la sintomatología del paciente. El **análisis del líquido cefalorraquídeo** es la base diagnóstica de un cuadro de ventriculitis. La presencia de un cultivo de LCR positivo por un organismo bacteriano es suficiente para el inicio de tratamiento antibiótico[3,5]. Alteración en la sintomatología del paciente (fiebre, irritabilidad, cefalea, rigidez nucal) asociados a cambios metabólicos, tinción de Gram y análisis o cultivos de sangre también orientan al diagnóstico. Es importante mencionar que el cultivo de LCR puede salir negativo por el uso temprano de antibiótico terapia. Se ha determinado ciertos parámetros que ayudan al diagnóstico

pdfelement

22
Elimina la filigrana digital ahora
1042

Tabla 1. Criterios Diagnósticos. CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections.

Criterios diagnósticos	
1. Organismos cultivados a partir del líquido cefalorraquídeo (LCR).	2. El paciente tiene al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa: - Fiebre > 38C - Cefalea - Rigidez nucal - Signos Meníngeos - Irritabilidad Por lo menos 1 de los siguientes alteraciones: a. Presencia de neutrófilos pleocitosis (>10 cels/uL), proteínas elevadas (>50 mg/dL) y / o disminución de la glucosa (<25 mg/dL)en el líquido cefalorraquídeo b. Organismos vistos en la tinción de Gram del LCR. c. Organismos cultivados de la sangre d. Prueba del antígeno positivo de LCR, sangre u orina e. Diagnóstico único título de anticuerpos (IgM) o aumento de 4 veces en sueros pareados (IgG) para patógenos.
Disponible: www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf.[3]	

temprano como la presencia de inmunoglobulinas G, M o lactato en el LCR.[3] La correlación con métodos no invasivos son muy importantes para el diagnóstico de esta patología. Los estudios radiológicos como **tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN)** son los principales métodos no invasivos que se utilizan. El hallazgo principal es la presencia de bridas ventriculares que se puede detectar en >90% de los casos.[9] En el caso de RMN las bridas son hipointensas en T2 e hiperintensas en T1. La presencia de hidrocefalia puede ser detectada en el estudio de imágenes y se detecta con un aumento de las cavidades ventriculares. También puede presentarse hipertintensidad periventricular en estos pacientes. Existen pocos casos reportados en donde se ha podido documentar las imágenes radiológicas en los pacientes con ventriculitis. Actualmente existen muchos investigadores que están tratando de identificar las características de TAC/RMN con el fin de poder ayudar al diagnóstico temprano de la patología.[4,9]

RATAMIENTO

El tratamiento rápido de ventriculitis es de gran importancia para prevenir posibles secuelas. Actualmente las guías de manejo utilizan las mismas directrices que se usan en el manejo médico de la meningitis bacteriana El tratamiento se basa en el uso de antibiótico terapia específica para el agente casual. En pacientes donde no se observa mejoría clínica y no pueden someterse a cirugía, la administración de antibióticos vía intraventricular debe considerarse, sin embargo ningún antimicrobiano ha sido aprobado por la FDA para uso intraventricular y las dosis aún están por definirse. El tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro puede ser utilizado mientras se obtienen los resultados de cultivos de LCR en busca de un agente específico, aunque la combinación de vancomicina con ceftriaxona o cefotaxima se usa en niños y en infantes. Algunos autores incluso lo recomiendan en adultos como tratamiento empírico. Esto debido a que el *S.pneumoniae* es el principal agente etiológico en los casos de meningitis, sin embargo debido a que la

Tabla 2: Niveles de evidencia

NIVEL A	Basada en buena y consistente evidencia científica
NIVEL B	Basadas en evidencia científica limitada e inconsistente
NIVEL C	Basada en consenso y opinión experta

Tabla 3: Antibiótico terapia recomendada basado en agentes aislados, sus dosis y nivel de evidencia para su uso.

Agente	Antibiótico	Nivel de Recomendación	Dosis Antibiótica		
			Neonatos	Niños	Adultos
Staphylococcus aureus	Vancomicina: primera elección	A	20-30 mg/kg/ c/ 8-12 horas.	60 mg/kg/ c/6 horas	30-45mg/kg/ c/6-12 horas
	Meropenem: terapia alternativa	B	----------	120 mg/kg/ c/8 horas	6 g c/ 8 horas
Staphylococcus epidermidis	Vancomicina: primera elección	A	20-30 mg/kg/ c/ 8-12 horas.	60 mg/kg/ c/6 horas	30-45mg/kg/ c/6-12 horas
	Meropenem: terapia alternativa	B	----------	120 mg/kg/ c/8 horas	6 g c/ 8 horas
Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidima: Primera elección	A	100-150 mg/kg/ c/8-12 horas	150 mg/kg/ c/8 horas	6 g c/ 8 horas
	Meropenem: Terapia Alternativa	B	----------	120 mg/kg/ c/8 horas	6 g c/ 8 horas
Streptococcus Pneumoniae	Ceftriaxona	A	----------	80-100 mg/kg c/ 12-24 horas	4g c/ 12-24 horas
	Vancomicina + Ceftriaxona	B	20-30 mg/kg/ c/ 8-12 horas.	60 mg/kg/ c/6 horas	30-45mg/kg/ c/6-12 horas

pdfelement

contaminación de las derivaciones ocurre más frecuentemente por gérmenes de piel como ya se mencionó, debe tomarse en cuenta el uso de medicamentos contra estafilococos meticilino resistentes en pacientes con derivaciones que comienzan con cuadros compatibles con infección del sistema nervioso central[12]. La elección del antibiótico se basa en la efectividad que presenta este antibiótico contra el agente, su nivel de evidencia (Tabla 2) en múltiples estudios 12 y la edad del paciente. Los principales agentes causales se muestran junto con sus terapias más utilizadas actualmente (Tabla 3).

En el caso de los pacientes con infección de la derivación, el método más efectivo para tratarla es remover todos los componentes de la derivación infectada en combinación con terapia antibiótica adecuada. La colocación de un catéter de dreno puede ser necesario para prevenir complicaciones tales como hidrocefalia. La recolocación posterior de la derivación va a depender del patógeno causal de la infección, de la evolución del paciente con la terapia antibiótica y de parámetros observados en el análisis seriado de líquido

cefaloraquídeo.[12]

ONCLUSIÓN

La ventriculitis como infección primaria en pacientes con colocación de sistemas de drenaje puede ser un diagnóstico más sencillo de realizar comparado con una complicación de un cuadro de meningitis bacteriana ya que esta última puede pasar desapercibida y complicar el pronóstico y evolución de un paciente. Debido a la gravedad de las complicaciones es necesario tener un alto índice de sospecha y estar alerta para realizar el abordaje multidisciplinario necesario. Además es importante recalcar que este es un tema poco revisado en la literatura médica, ya que se sigue percibiendo dentro del área de las complicaciones de una infección en el sistema nervioso central y no como una entidad nosológica propia. La implementación de guías con dosificación adecuada de medicamentos puede además reducir los posibles efectos secundarios de su uso a nivel de sistema nervioso central.

ESUMEN

La ventriculitis es un cuadro infeccioso que afecta las cavidades del sistema nervioso central denominados ventrículos. Esta patología se relaciona con la colocación de derivaciones ventriculares en pacientes con alteración del sistema de circulación del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico equivoco del cuadro por meningitis y el uso inadecuado de antibióticos puede enmascarar un caso de ventriculitis, esto lleva a falla terapéutica con uso de antibióticos resistentes e infección persistente. Es importante conocer los factores de riesgo y sintomatología que un paciente puede presentar, ya que es una enfermedad que debe ser diagnosticada lo más antes posible para recibir el tratamiento indicado y así prevenir posibles secuelas en los pacientes.

IBLIOGRAFÍA

1. Agrawal, Amit MCh; Cincu Rafael, MD, PhD; Timothy, Jake, MBBS, MD, FRCS. Current Concepts and Approach to Ventriculitis. Infect Dis Clin Pract 2008;16:100–104.
2. Aguilar Calvillo María Elena; Gil Roger. Derivación ventriculo-peritoneal y ventriculitis. Universidad de San Carlos Guatemala, –2005.
3. CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. January 2014. Disponible: www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf
4. Fukui MB, Williams RL, Mudigonda S. CT and MR imaging features of pyogenic Ventriculitis. AJNR Am J Neuroradiol.2001 Sep;22(8):1510-6.
5. Horan Teresa C. MPH; Andrus Mar RN, BA, CIC, and Dudeck Margaret S. MPH. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. AJIC mayor articles. Atlanta, Georgia. January 2013.
6. Jung Gordon W, MD; Parkins Michael D, MD FRCPC,; Church Deirdre, MD PhD FRCPC. Pyogenic ventriculitis complicating Aggregatibacter aphrophilus infective endocarditis: A case report and literature review. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2009 Autumn; 20(3): e107–e109.
7. Mckena Guanci, Mary. Ventriculitis of the central nervous system. Crit Care Nurs Clin N Am 25 (2013) 399–406.
8. Mihan, Suyash, MD, PDCC; Jain, Krishan K., MD, PDCC; Arabi, Mohammad MD; Sha, Gaurang V., MD. Imaging of Meningitis and Ventriculitis. Neuroimag Clin N Am 22 (2012) 557–583.
9. Moon, H. Clinical Analysis of External Ventricular Drainage Related Ventriculitis. Journal of Korean Neurosurgical Society. 2007; 41: 236-240.
10. Latarjet, M; Ruiz Liard, A. Anatomía Humana. (2006). Anatomía Humana. 4ta Edición. Argentina: Panamericana.
11. Odio Carla M, Huertas Eduardo. Infecciones del líquido cefalorraquídeo en pacientes con derivaciones ventrículo peritoneales. Acta pediátr. costarric v.15 n.1 San José 2001.
12. Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clin Infect Dis. 2004;39: 1267-1284.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Síndrome de hipertensión intracraneana

*Erick Sánchez Pérez**

El compartimiento intracraneal contiene un volumen más o menos constante constituido por tres elementos importantes: sangre 10%, líquido cefalorraquídeo 10% y encéfalo 80%. A medida que la masa intracraneal aumenta, se produce un desplazamiento del LCR seguido por el compartimiento intravascular craneal como mecanismo de compensación para mantener una presión intracraneana dentro de límites normales. Se considera que los valores normales oscilan entre 10 y 20 mmHg; sin embargo, suelen encontrarse variaciones frecuentes con cifras más altas, como respuesta fisiológica ante la elevación de la presión torácica al toser o fluctuaciones periódicas normales relacionadas con cambios de la presión arterial, respiración o presión de CO^2.

Los principales mecanismos generadores de hipertensión endocraneana incluyen aumento en la producción del LCR, disminución de la absorción de LCR, incremento de la presión venosa, obstrucción a la circulación del LCR, aumento del tejido cerebral (neoplasias intraaxiales, abscesos, etc.,) edema cerebral de origen isquémico o combinación de los anteriores. Todos estos factores se pueden relacionar mediante la aplicación de la ley de Poiseuille, según la cual, el flujo a través de un tubo es directamente proporcional a la diferencia de presiones entre los extremos de éste (PPC, en el caso del cerebro) y su radio elevado a la cuarta potencia, e inversamente proporcional a la viscosidad del líquido.

FISIOPATOGENIA DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA

Ante la presencia de un incremento en la presión intracraneana, lo primero que ocurre es la disminución del LCR, que es traducida como la desviación del mismo líquido de la cavidad craneana hacia el saco dural espinal, con compresión de algunas venas epidurales. Si persiste el incremento de la PIC, este mecanismo se hace insuficiente por lo que otro de los componentes debe disminuir dentro de la cavidad craneana, es aquí donde se produce un desplazamiento del tejido encefálico hacia el agujero occipital. Si persiste el incremento de la presión ocurre una disminución en el volumen sanguíneo cerebral, disminuyendo así el tercer componente existente en la bóveda craneana.

Manifestaciones clínicas de la hipertensión intracraneana

Este síndrome neurológico se caracteriza por cefalea progresiva, asociada a nauseas, vómito, papiledema, compromiso de pares craneanos y alteración del estado de conciencia.

Elimina la filigrana digital ahora

Signos clínicos de hipertensión endocraneana siempre presentes

- Deterioro del nivel de conciencia (somnolencia, estupor, coma).
- Hipertensión con o sin bradicardia.

Síntomas y signos que usualmente se presentan

- Cefalea.
- Vómito.
- Papiledema.
- Parálisis de sexto par craneal uni o bilateral.

RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANENA Y LOS SIGNOS VITALES

La variación de la frecuencia cardíaca ha recibido menos atención aun cuando se haya demostrado como el signo autónomo de mayor importancia ante la expansión de un hematoma epidural.

El compromiso respiratorio es muy frecuente en estos pacientes planteándose como posible causa, mecanismos autonómicos por inhibición de la supresión supramedular. En el compromiso diencefálico del deterioro rostrocaudal, algunos pacientes tienen un patrón de respiración normal, pero la mayoría presenta respiración de Cheyne-Stokes. Cuando el compromiso es de tipo mesencefálico y protuberancial alto, la respiración se modifica apareciendo hiperventilación neurogénica, para convertirse al final en una respiración atáxica, apnea y paro respiratorio por lesión del bulbo.

La modificación del pulso y de la presión arterial son características en la hipertensión endocraneana aguda. La mayoría de pacientes presentan hipertensión arterial moderada con disminución paulatina del pulso hasta llegar a bradicardia severa. En la fase terminal aparecen trastornos respiratorios con disminución del ritmo o respiración de Cheyne-Stokes y finalmente paro respiratorio sin paro cardíaco, el cual ocurre tardíamente por anoxia.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

La hipertensión endocranena se clasifica como primaria y secundaria. La primaria se denomina hipertensión intracraneana idiopática y puede tener o no papiledema. La secundaria aparece generalmente asociada a las siguientes patologías: hidrocefalia, lesiones tumorales, ECV, hematomas, infecciones del SNC, trauma craneoencefálico, trombosis

28
Elimina la filigrana digital ahora
1048

HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA (HII)

Conocida a
intracraneana benigna", algunos autores la describen como una enfermedad típica de mujeres obesas, aun cuando puede presentarse en hombres entre un 10 a 15% del total de
encia es aproximadamente de 1 por 100.000, con una mayor prevalencia en mujeres entre 15 y 44 años, variando la sintomatología desde leve a severa.

Criterios diagnósticos
• Presión intracraneana elevada (> 25 mmHg). • Estudio citoquímico dentro de límites normales. • Neuroimágenes normales (TAC, RM).
Características del paciente
• Mujeres (65-95 %). • Pico edad: 21-34 años. • Obesidad (44-94%).
Síntomas
• Cefalea (75-99%). • Cambios visuales (30-68%). • Diplopía (20-36%). • Tinitus y acúfenos (0-60%).
Signos
• Papiledema (98-100%). • Paresia VI par (14-35%). • Defectos campos visuales (3-51%). • Disminución agudeza visual (2-25%).

pdfelement

Friedman D., Jacobson D. *The Pseudotumor cerebri*. American Academy of Neurology. Annual Courses 1999.

Elimina la filigrana digital ahora

venosa cerebral, medicamentos como vitamina A, ácido nalidíxico, esteroides y enfermedades sistémicas dentro de las cuales pueden citarse, lupus eritematoso sis hipoparatiroidismo o enfermedad renal.

CONDICIONES ASOCIADA DE LA PRESIÓN INTRAC

Hematoma subdural.

-
- Hemorragia intracerebral.
  Tumor cerebral.
-

Incremento del volumen del líquido cefalorraquídeo

- Hidrocefalia.

Incremento del volumen cerebral

- Hipertensión intracraneal idiopática (seudotumor cerebri).
  Infarto intracerebral.
-
- Síndrome de Reye.
  Hiponatremia aguda.
- atía hepática.

Incremento del volumen cerebral y sanguíneo

- Trauma de cráneo.
  Meningitis.
-
- Eclampsia. Encefalopatía hipertensiva.
  Trombosis de senos venosos cerebrales.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

TRATAMIENTO
DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA

La mayoría de las medidas empleadas para obtener la normalización de la presión intracraneana van dirigidas a reducir el volumen de los constituyentes de la bóveda craneana.

Tratamiento de la causa primaria

Se debe considerar como primer objetivo, el control definitivo de la hipertensión endocraneana por medio de craneotomía o ventriculostomía según el caso.

Posición del paciente

La elevación de la cabecera 30 ó 45 grados con respecto al tronco se ha aceptado como una de las medidas generales más importantes para disminuir la PIC. Se calcula que la resistencia que impone el cerebro a la circulación de LCR es de 7 mm Hg min./ml. Al aumentar esta resistencia, comienza a elevarse la PIC. Cuando se eleva la cabecera del paciente, esta resistencia disminuye considerablemente y el LCR se absorbe con mayor eficiencia.

pdfelement

Hiperventilación

La reducción de la PCO2 entre 25-30 mm Hg produce disminución del volumen sanguíneo intracraneal y, una vez instaurado, debe disminuirse gradualmente en las siguientes 12 a 24 horas (2mm Hg/hora). La hiperventilación hasta valores menores de 25 mmHg puede originar isquemia cerebral con mayor aumento del a hipertensión intracraneal. *(Nivel de evidencia III – V, grado de recomendación C).*

Diuréticos osmóticos

Su mecanismo de acción se realiza a través del paso de agua del tejido cerebral sano al espacio plasmático, con aumento en la viscosidad sanguínea que produce una vasodilatación periférica con la consiguiente disminución del volumen sanguíneo cerebral. Existen otras teorías que mencionan que los diuréticos osmóticos disminuyen la producción de LCR.

Manitol

Es el agente osmótico de mayor uso, utilizándose un bolo de 0.75 gr/kg IV, para continuar con una dosis de 0.25 gr/kg IV cada 4 horas, llevando en lo posible la osmolaridad de 305 a 315 mosm /l durante 48 horas luego de lo cual se debe retirar lentamente para no producir

Elimina la filigrana digital ahora

un aumento de la PIC como mecanismo de rebote. (*Nivel de evidencia V, grado de recomendación C).*

Efectos benéficos

- Reduce la resistencia del parénquima cerebral a la compresión.
- Provoca vasocostricción cerebral.
- Modifica las características reológicas de la sangre, por hemodilución y aumento en la deformabilidad eritrocitaria, disminuyendo la viscosidad sanguínea.
- Disminuye la resistencia vascular cerebral.
- Aumenta el volumen intravascular circulante, aumentando el gasto cardíaco y la presión de perfusión cerebral.
- Reducción de la presión intrecerebral.

Barbitúricos

Este grupo de sustancias se utiliza en el tratamiento de la hipertensión endocraneana cuando las demás medidas han fracasado. (Nivel de evidencia III recomendación C).

pdfelement

Efectos benéficos

- Produce vasoconstricción en el tejido normal y reduce la PIC.
- Fenómeno de Robin Hood. Por el mecanismo anterior, desplaza sangre del tejido sano al lesionado.
- Disminuye la actividad metabólica el encéfalo.
- Disminuye la formación de edema y la acumulación de calcio intracelular.
- Actúa como colector de radicales libres.
- Estabiliza las paredes lisosomales.
- Inhibe la formación de prostagladinas.

Elimina la filigrana digital ahora

Control de la presión arterial

Al existir lesión en áreas del tejido cerebral los mecanismos autorregulatorios se pierden y los cambios en la presión arterial producen alteraciones en la presión de perfusión cerebral. La presión de perfusión cerebral es uno de los principales estímulos para la autorregulación cerebral; cuando se aumenta (100-120 mmHg) la vasculatura cerebral se constriñe y disminuye el volumen sanguíneo cerebral, y cuando es baja (menor de 60 mmHg), ocurre vasodilatación (nivel de evidencia V recomendación C).

Control de la Temperatura

Cuando se presenta hipertensión endocraneana debe evitarse en lo posible la hipertermia. El metabolismo cerebral aumenta 5 a 7% por cada grado centígrado que aumente la temperatura. Lo ideal es mantener una temperatura entre 35 y 37° C en las primeras 14 horas de haberse producido la lesión cerebral manteniéndose durante las siguientes 72 horas. La hipotermia aumenta el riesgo de neumonía y puede estar asociada con arritmia cardíaca y pancreatitis. (nivel de evidencia V, recomendación C).

Efectos clínicos

- Disminuye los requerimientos energéticos neuronales.
- Disminuye la liberación de glutamato y serotonina.
- Disminuye la presión intracereblral.
- Altera la expresión de genes involucrados en la apoptosis.

pdfelement

Esteroides

En general no se usan los corticoesteroides debido a las múltiples complicaciones que implican su utilización y a que los estudios no demuestra efectos clínicos favorables (nivel de evidencia II grado de recomendación B). Es importante señalar que sólo son útiles, cuando la causa de la hipertensión endocraneana produce edema vasogénico, (neoplasias), donde su uso está sustentado.

Relajantes musculares

La parálisis neuromuscular combinada con una adecuada sedación reduce la hipertensión endocraneana previniendo el incremento de la presión intratorácica y la presión venosa asociada por ejemplo, a la tos (nivel de evidencia III-V, recomendación C).

32
Elimina la filigrana digital ahora
1058

Monitoreo de presión intracraneana

Todos los métodos de medición de presión intracraneana son invasivos en algún grado y los menos invasivos, son menos confiables y más difíciles de utilizar. La mayoría requieren de alguna conexión intracraneal y un trasductor extracraneal. Los sistemas de presión intracraneana se pueden dividir en aquellos que requieren un fluido y aquellos que no lo necesitan.

El tornillo subaracnoideo es insertado en el cráneo a través de un agujero en el lado no dominante, anterior a la sutura coronal y su extremo colocado en el espacio subaracnoideo o en el subdural.

El monitoreo de PIC en el espacio subdural se puede hacer con un catéter de silástico que tenga una apertura en la parte distal. Igualmente se puede realizar un monitoreo de pic en el espacio epidural, siendo una alternativa disminuyendo el riesgo de infección y de lesión cerebral.

Los sistemas de fibra óptica son más versátiles y pueden medir la PIC intraventricular, intraparenquimatosa o subdural. En estos sistemas la luz es reflejada desde un diafragma sensible a presión en la punta del catéter. Los monitores de fibra óptica pueden medir presiones mayores de 6 mm de Hg por 5 días sin ser recalibrados.

Incluyen complicaciones directas debidas a la naturaleza invasiva de los sistemas e indirectas debidas a errores iatrogénicos en la medición e interpretación de la presión intracraneana. El riesgo directo es la infección y la hemorragia; el riesgo indirecto está relacionado con las decisiones terapéuticas en respuesta a un error en la medición de la PIC.

pdfelement

* *Neurólogo, Director Departamento Neurociencias, Pontificia Universidad Javeriana.*

Elimina la filigrana digital ahora

1053

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Asbury A., McKhann G., McDonald W. *Diseases of the nervous system and clinical neurobiology*, Ed W.B. Saunders Company, 1986.

2. Brazis P., Masdeu J. *Localization in clinical neurology*, 3rd ed. Boston. Little Brown and Company , 1996.

3. Friedman D., Jacobson D. *The Pseudotumor cerebri*. American Academy of Neurology. Annual Courses 1999.

4. Fishman R., *Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system*. 2nd edition. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1992.

5. Newman N., *The "Swollen" Optic Disc*. American Academy of Neurology Annual Courses, 1998.

6. Bradley W., Daroff R., Fenichel G. *Pocket companion to neurology in clinical practice. Washington*. 2 nd Ed Butterworth-Heinemann, 1996.

7. Kingsley R., *Concise text of Neuroscience*. Philadelphia. 2nd Ed Lippincott Williams e Wilkins, 1999.

8. Ilberstain S., *Spontaneous Intracraneal Hypotensión and Idiopathic Intracraneal Hypertension*. American Academy of Neurology. Annual Course 1999.

9. Gleason P., Black P., *The Neurobiology of Normal Pressure Hydrocephalus*. Neurosurgery Clinics of North America. Vol. 4 n° 4; 1993: 667-675.

10. Wall M., George D. *Idiopathic Intracranial Hypertension*. A prospective study American Academy of Neurology Annual Courses. Vol. 4 n° 4; 1996: 667-675.

11. Cheng Mary Ann, *Intravenous agents and intraoperative neuroprotection*. Critical care clinics. Vol. 13: n° 1. Jan 1997:185-196.

12. Diringer Michael., *Evidence based guidelines for the management of severe traumatic brain injury*. American Academy of Neurology of North America. Annual course; 2001.

13. Suarer, J.I. *Neurointensivismo en pacientes con aumento de la presión intracraneal*. Rev neurología. 1999; 29: 1337-1345.

14. Stephan A. Mayer. *The meaning of ICP, y ITS measurent*. American Academy of Neurology of North America. Annual course, 2001.

pdfelement

34
Elimina la filigrana digital ahora
1054

IATREIA

Iatreia
ISSN: 0121-0793
revistaiatreia@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

pdfelement

Bedoya Hernández, Mauricio Hernando; Builes Correa, María Victoria
El acto médico como ética de la relación
Iatreia, vol. 22, núm. 1, marzo, 2009, pp. 47-54
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513868005

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

35
Elimina la filigrana digital ahora
1055

El acto médico como ética de la relación

Mauricio Hernando Bedoya Hernández[1], María Victoria Builes Correa[2]

Resumen

El presente trabajo, de carácter documental, aborda el problema de las éticas posibles en la vivencia del acto médico, el cual es concebido no solamente como acto terapéutico sino también ético llevado a cabo por el profesional de la salud. Se concluye que el acto médico puede ser vivido como expresión de dos grandes posiciones éticas: una de ellas ha sido denominada *ética instrumental*, en la que la palabra desplegada en el acto que realiza el profesional tiene un valor instrumental; la otra se ha llamado *ética intersubjetiva*, en la que la palabra ocupa un lugar privilegiado como posibilidad de restitución de la subjetividad del paciente y de construcción de un tejido relacional médico-paciente en el que acontezca la acción curativa. Se concluye, acorde con esta segunda posición ética, que la vocación médica implica que el médico cultive para sí y para sus pacientes una vida buena, virtuosa y estética, que promueva el bien pleno como criterio ético fundamental.

Palabras clave

Acto médico. Bien pleno. Ética intersubjetiva. Ética instrumental

Summary

Medical action as the ethics of relationships

This documentary paper approaches the issue of the possible types of ethics that can be used in the medical practice, conceived as both therapeutic and ethical actions carried out by health professionals. It is concluded that medical action can be carried out as the expression of two main ethical approaches, namely: The *instrumental ethics* in which the discourse used by the professional during medical actions has an instrumental value. The second one is called *intersubjective ethics*, which considers that the aforementioned discourse has a special role, since it may restore the patient's subjectivity and build a relational weave between the patient and the physician in which healing action can take place. It is concluded, in accordance with the second ethical approach, that medical vocation implies that physicians should develop a good, virtuous, and aesthetic life for themselves and for their patients.

[1] Psicólogo, Magíster en Psicología. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (Departamento de Psicología), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
[2] Médica, Terapeuta familiar. Docente con especialización en Terapia Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Dirección de correspondencia: mbuiles_correa@hotmail.com

Recibido: mayo 19 de 2008
Aceptado: septiembre 23 de 2008

36
Elimina la filigrana digital ahora
1056

Key words

Instrumental ethics, Intersubjective ethics, Medical action, Full welfare

INTRODUCCIÓN

La vivencia del médico está configurada por su vocación de hacer que los otros, especialmente los enfermos, lleven una vida más vivible, menos sufriente y más duradera. Es decir, la razón de ser del quehacer médico es, como lo dice Córdoba, la búsqueda del "bien" entendido como *"todo aquello que inspire y permita el desarrollo, el crecimiento total, pleno del hombre en todas sus dimensiones, orgánicas o corporales, espirituales, mentales, sociales, incluyendo la trascendente a un absoluto absolutamente absoluto"*[1] Así vista, la praxis médica no es exclusivamente una práctica terapéutica, sino fundamentalmente una experiencia ética, como también lo sostiene el autor cuando afirma que *"el valor universal y permanente en el que se fundamenta toda ética no ha de ser otro que el respeto sumo por toda persona"*.[1] La pregunta que surge se refiere a las posiciones éticas posibles en el ejercicio de la medicina, sobre todo cuando se van imponiendo en nuestro sistema de salud prácticas de mercantilización que ponen en riesgo la búsqueda del bien pleno del paciente como fin de la vocación médica. Aquí se describen dos posibles polos éticos, aunque entre ellos se despliega una serie de alternativas también posibles en esta praxis.

El acto médico es lo que permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica. El ejercicio que se estructura está determinado por el lugar que el médico le asigna a su acto. Este ha evolucionado no solamente en sus formas de ser concebido, sino en las maneras concretas de ser manifestado.

NOCIÓN DE ACTO

Cuando se realiza un acercamiento al acto médico, resulta fundamental indicar algunas de las tradiciones que, provenientes de la filosofía, la medicina y las ciencias sociales, acuden a problematizar el concepto de acto y la praxis emergente de él. En la tradición aristotélica está asociado profundamente con la realidad del ser: es anterior a la potencia, el acto determina ontológicamente al sujeto, es su realidad propia y su principio, el acto es *"lo que hace ser a lo que es"*.[2] Así, ser y acto se mantienen como realidades indivisibles, en tanto que el ser es lo que es gracias a los actos. Esto no es una suerte de develamiento del ser por el acto, sino que es en este mismo donde el ser se hace. Desde la perspectiva fenomenológica de Husserl, los actos no son actividades psíquicas, sino vivencias intencionales.

Según Parra, Zubiri halla una ambigüedad en el concepto aristotélico de acto, cuando contrapone esta noción a la de potencia.[3] El acto tiene, en Aristóteles, dos connotaciones: por una parte, es la realización de una potencia y, por otra, al asociarlo a la acción (en tanto posibilidad), indicará que *"La acción es un sistema funcional, un sistema funcional de actos, un sistema rigurosamente hablando"*.[4] Por eso para el autor, la vida humana no está compuesta de hechos [acto de una potencia] sino de sucesos [acto de una posibilidad]. Ciertamente, hay muchos hechos en la vida humana, pero no constituyen un momento de la vida si no son reabsorbidos justamente en forma de sucesos. La posibilidad, entonces, introduce un dinamismo a la condición humana, en tanto que ella ha de elegir continuamente entre muchas posibilidades. Por eso el ser humano es proyecto, lo que coincide con el *Dasein* heideggeriano.[5,6]

La proximidad de los términos acto y acción también se hace evidente desde el lugar de las ciencias sociales. El acto para Schutz se asocia al concepto de acción: *"El término 'acción' designará la conducta humana concebida de antemano por el actor, o sea, una conducta basada en un proyecto preconcebido* [...] *el término 'acto' designará el resultado de este proceso en curso, vale decir, la acción cumplida."*[7]

En ese sentido, el agente se imagina el acto ya cumplido en el futuro y esto le permite proyectar su acción. Lo que resulta interesante dentro de este planteamiento es la manera como el acto termina siendo una proyección que guía la acción: es decir, el acto si bien es la acción cumplida, está en el orden del proyecto del agente. Para Arendt[8] son la acción y el discurso los que diferencian a los sujetos, en lugar de hacerlos meramente distintos. De esta manera, acción y discurso hacen emerger la subjetividad y, como consecuencia de ello, el mundo intersubjetivo. Para ella una vida sin acción y sin discurso

37
Elimina la filigrana digital ahora
1057

es una vida muerta. Como derivaciones de estos dos conceptos, la palabra y el acto son los que introducen al sujeto en el mundo de lo humano. Es como si le significaran un segundo nacimiento, que tiene su impulso en el primer nacimiento, pero nunca está condicionado por él; su impulso surge desde el primer nacimiento. Actuar es tomar una iniciativa, comenzar, gobernar, poner algo en movimiento. Sin la presencia del discurso, la acción perdería su carácter revelador; mediante el discurso y la acción, los sujetos muestran quiénes son, su identidad acontece en lo que hacen y dicen.

En las perspectivas aristotélica y arendtiana, la acción emerge como categoría que soporta la identidad del sujeto. Es decir, la identidad subjetiva es una construcción que se realiza en la acción. Por otra parte, Husserl y Arendt localizan el problema de la acción en el lugar de articulación con la problemática del lenguaje. El acto, considerado en su relación con la acción, es fuente de sentido, en tanto intención (Husserl); es posibilidad de ingreso a lo humano (Arendt). Para Heidegger, el ser-en-el-mundo es en tanto lenguaje.

Así se ha dejado ver la manera como en el acto humano se articulan ser/identidad, lenguaje e intersubjetividad. La pregunta que surge es cómo es proyectada la acción por el agente/médico, qué actos emergen de allí, de qué forma su acto médico le permite hacerse sujeto, construir su identidad y, finalmente, cómo es vivida la alteridad en ello. El acto médico puede ser narrado y, de esta forma, es discurso que se hace cuerpo en la relación con el consultante.

LA PALABRA COMO *EPODÉ*

Desde la antigüedad misma la palabra se ha localizado en el centro de las prácticas humanas frente al *pathos* subjetivo. De esta forma, la vivencia médica en sus orígenes sostuvo acto y palabra como dos dimensiones indisociables a la hora de intervenir la enfermedad. Es decir, la palabra siempre hizo parte del acto llevado a cabo para sanar, para conjurar los malos espíritus que poseían a los hombres, para acompañar a quienes estaban muriendo.[9]

En el *epos homérico* la enfermedad siempre estuvo acompañada por la palabra, siendo esta la condición fundamental de la intervención sobre aquella. Es posible, por lo tanto, hallar tres formas de palabra: la palabra como *plegaria elevada a los dioses*, una *eukhé*. Ella no se dirige directamente al enfermo, sino a los dioses o a las potencias divinas e invisibles que gobiernan la enfermedad.

La palabra como un conjunto de *ensalmos mágicos* (*epodé*). Desde el paleolítico y a lo largo de casi todas las formas primitivas se usaban ensalmos o conjuros en los actos de curación. De la misma manera que en la *eukhé*, la *epodé* era dirigida a los dioses.

La palabra como *decir sugestivo (terpnós logos) o placentero (thelkterios logos)* va dirigida al enfermo. En este caso la palabra no es un recurso al sujeto moral, en tanto culpabilización emergente de la idea del origen mismo de la enfermedad. El decir se refiere menos a los actos del enfermo, a las causas divinas de su enfermedad, a las consideraciones acerca de lo bueno o lo malo del individuo enfermo, y sí más bien a su ánimo, en razón de que en la antigüedad clásica pareciera construirse la certeza de que el ánimo es capaz de producir efectos en el mundo de las emociones y del cuerpo.

Esta tercera forma de palabra permite entonces descubrir la manera como el acto del que cura, la palabra por él dicha, las vivencias emocionales del enfermo y el cuerpo aparecen como diferentes dimensiones de una misma experiencia: la evidencia de la enfermedad y su curación.

Si bien es cierto que la palabra tiene, dentro de este contexto, una dimensión profundamente psicológica, o al menos unos efectos marcadamente psicológicos, el acto médico que recurre a la palabra excede este ámbito, en tanto que sus efectos impactan la existencia total del sujeto. De esta manera, es posible apreciar que en la Ilíada el decir placentero de Patroclo ejerce una acción terapéutica, no por la virtud mágica de su decir, sino porque la acción de cura del decir es natural. Y en Homero es factible reconocer que su naturalidad consiste en la regularidad con que sus palabras y la entonación de estas manifiestan su latente facultad modificadora del ánimo de quienes menesterosamente lo oyen.

La *epodé*, en la Grecia poshomérica, es manifestación de la forma como evolucionó la inclusión de la palabra no solamente en la vida cotidiana, sino en el acto llevado a cabo alrededor de la experiencia de enfermarse y ser curado. La palabra adquiere un marcado carácter de persuasión y de esta manera, como si hubiera sido hechizado, el sujeto cambia de condición bajo la acción de la palabra persuasiva. Es a Gorgias, maestro de Hipócrates, y a Antifonte a quienes se les ocurre la idea

pdfelement

38
Elimina la filigrana digital ahora
1058

de aplicarla. Es posible mediar con la palabra persuasiva la intervención curativa de ciertas enfermedades, logrando, de paso, localizar la palabra en la relación misma con la enfermedad y su curación. Platón llama también *epodé* a la palabra sugestiva que es bello discurso y produce en el alma *sophrosyne*, que ordena la vida anímica, creencias, sentimientos, saberes. La *sophrosyne*, en tanto virtud del alma, tiene efectos médicos, produce beneficios somáticos y es así mismo la condición previa para que obren eficazmente los fármacos.

En los médicos hipocráticos es posible hallar una focalización en los aspectos más somáticos de la enfermedad, lo cual los lleva a conducir a la palabra a una especie de destierro. Ellos usan la palabra con el propósito de lograr la confianza del enfermo y mantener la moral de su ánimo en alto, para, de esta forma, poder intervenir. Así entendido, el médico habrá de proceder con la suficiente calma que le permita ocultar al enfermo, mientras actúa, la mayor parte de las cosas.

El lugar de cenicienta dado a la palabra en el acto médico de la tradición hipocrática obedece a la repulsa de la *epodé* mágica en nombre de la medicina fisiológica y la tendencia del hipocrático a ver y entender la naturaleza del sujeto desde el punto de inflexión de lo somático.

Si bien es posible apreciar dos formas de situar la palabra en lo que a la enfermedad y su curación se refiere, es también cierto que a ambas maneras de concebir el acto médico les subyace un hilo conductor: la relación establecida entre quien enferma y quien cura. Ya sea que la palabra ocupara un lugar central en lo que a la mejoría del soma se refiere, ya sea que esta fuera localizada en un lugar periférico lo que ahora aparece claro es que la vivencia de enfermar y ser curado por alguien requería una relación de confianza entre aquel que cura y el que sería curado. Con ello es posible decir que lo más fundante del acto médico es la relación establecida entre el médico y el enfermo.

LA ILUSTRACIÓN: LAS POSITIVIDADES DEL ACTO MÉDICO

Para Foucault, la clínica médica de orden positivo que surge a finales del siglo XVIII, en el olor mismo a Revolución Francesa, es una mutación de discurso: antes de la época mencionada existía la región en la que "cosas" y "palabras" no estaban aún separadas, una región donde *aún se pertenecen, al nivel del lenguaje, la manera de ver y la manera de decir.*[10] Así, en el *epos homérico*, como se indicó, la palabra es dicha en la "cosa" (estar enfermo, estar sometido al *pathos*, ser curado) y es inherente a la cosa misma. Sin embargo, a finales del siglo XVIII el vínculo fantástico del saber y del sufrimiento se ha complejizado porque esos síntomas son objetivados, son discutidos en su objetividad por el discurso reductor de la mirada positiva. Esto llevó a una modificación semántico-sintáctica que transformó el lenguaje en discurso racional.

El nacimiento de la medicina moderna se da en los últimos años del siglo XVIII cuando, por un lado, reflexionó sobre sí y, por otro, identificó el origen de su positividad en la modestia eficaz de lo percibido. Y de aquí surgen nuevas alianzas entre las palabras y las cosas, asignando a la percepción (visual específicamente) el privilegio del acceso a la verdad. Así, el ojo se convierte en depositario y fuente de claridad. La palabra, como otrora fuera en el *epos homérico*, fue desterrada. La racionalidad médica es conducida a la preeminencia de la percepción, de la experiencia, la mirada atenta, la vigilancia empírica. El lecho del enfermo se convierte en escenario para investigar y construir discurso La clínica médica inaugurada bajo el pedido de la mirada exige no ser turbada con la palabra.

Puede concluirse que la mirada positiva que se funda en la medicina en los inicios del siglo XIX destierra del acto médico la palabra en tanto relación médico-paciente, que en adelante se denominará *palabra-relación*, y encumbra la mirada auscultadora del médico, quien le habla a su paciente para que este informe de sus dolencias o para que confirme sus observaciones. Aquí la palabra es interrogación y tiene un carácter fundamentalmente instrumental. Ella es denominada en el presente ensayo *palabra-instrumento*.

Es reconocido por todos los clínicos que la eficacia del acto médico se asocia directamente con la confianza depositada por el paciente en quien lo trata. En términos de lo que ha enseñado el psicoanálisis, solo una transferencia positiva dirigida por el paciente hacia el médico promueve una mayor eficacia del acto que realiza el clínico para curar al consultante. Y como bien es sabido, la confianza no se refiere exclusivamente al nivel de formación del médico, sino, quizá fundamentalmente, a la relación que este establece con el paciente, la cual se tramita en la *palabra-relación*. Esta

pdfelement

39
Elimina la filigrana digital ahora
1059

idea es promotora de un cambio contemporáneo en lo que a la concepción y práctica del acto médico se refiere. De ello se hablará a continuación.

RETORNO A LA PALABRA EN EL ACTO MÉDICO: DE LA ÉTICA INSTRUMENTAL A LA ÉTICA INTERSUBJETIVA

La medicina occidental tuvo en la hipocrática su nodriza, de tal manera que heredó su tradición frente a la palabra. Desde Virgilio, la medicina era la ciencia muda. Un buen médico era aquel que curaba con remedios y no con palabras. Esto es más aplicable para los médicos de los hombres que no son libres. Algunos de los seguidores de Hipócrates se afianzan en esta concepción, de tal manera que la acción del médico se instituyó alrededor de este discurso. Con la Ilustración, la *palabra-relación* se torna *palabra-instrumento*. El discurso médico ilustrado conlleva una exigencia ética cifrada en la objetividad.

En la actualidad se acude a un deterioro de la práctica médica que, además de ser un eco de la instrumentalización del acto médico, es fruto de la ya mencionada mercantilización de la medicina. Se promueve el ejercicio de la distancia con respecto al paciente y de una mayor proximidad con respecto al signo. De esta forma, importa menos recordar el nombre del consultante que la caracterización de los signos y síntomas que lo hacen enfermar, olvidando, de esta manera, que la vocación del médico ha de llevarlo a emprender una serie de prácticas que lo conduzcan a la búsqueda del bien pleno del paciente. Córdoba hace notar que en, muchos casos, el médico justifica un trato distante y poco cortés hacia el enfermo en el poco tiempo que las instituciones que intermedian los servicios de salud le ofrecen. De esta manera, se realiza una atención mecánica del paciente.[11] Esto obliga a considerar al enfermo como una entidad nosológica y no como una persona que tiene una enfermedad.

Naturalmente, esta posición objetivadora se lleva a cabo de buena fe, con el profundo deseo de ayudar al paciente en su enfermedad, pero de manera ingenua se niega que ella se asienta en prácticas de mercado de la salud.[11] El inconveniente es que el paciente no se siente restituido en su subjetividad frente al médico. Como dice Foucault,[10] el paciente se convierte en caso. Y el caso, como tal, no posee el nombre del sujeto enfermo, sino la denominación de la enfermedad. Una consecuencia de ello, sobre la que también alerta Córdoba[11] es la violación del sigilo profesional. Claro, si al frente hay un caso, una enfermedad y no una persona, su intimidad es expuesta muy a pesar de los efectos negativos que esto pueda traer sobre el enfermo o la enferma. El sigilo se rompe. Un aspecto que puede ponerse en peligro es lo que denomina el autor *consentimiento libre, idóneo e ilustrado*. La práctica médica a veces conlleva el riesgo de no informar al paciente, o de no hacerlo a tiempo, o de hacerlo en el momento preciso pero con un lenguaje ininteligible para el enfermo.

No es posible asimilar lo legal y jurídicamente instituido con lo ético.[12] Por esta razón, no todo acto médico es ético por el solo hecho de ajustarse a la normatividad vigente en una sociedad. Además, Hoyos ha enfatizado en la manera como el ser del paciente, vía objetivación del signo, tiene como efecto un desencuentro entre el médico y el paciente y una especie de olvido de la palabra de este último.[13]

La situación descrita, que, si bien es propia de la contemporaneidad, no es un rasgo común a la práctica de todo médico, deja ver una suerte de posición ética que aquí se denomina *ética instrumental* del ejercicio médico.

¿Será posible la promoción de una ética en la que la persona enferma sea restituida en su nombre, en su identidad y en su intersubjetividad? ¿Será posible una reinstalación de la *palabra-relación* en el cúmulo de prácticas que comprenden el acto médico en un contexto en el cual este se ha visto limitado por leyes e instituciones que, en función de la «optimización del recurso», hacen peligrar la vocación misma del médico?

En la actualidad se erige la necesidad de una ética que sostenga y le dé sentido al quehacer médico. Este lugar debe privilegiarse si se piensa que todo acto, y esto incluye el acto médico, debe tender a la *areté* (virtud) y, en última instancia, al bien pleno de la persona.

Por muchos años, la tradición de Comte privilegió el restriccionismo, es decir, la perspectiva de que la ciencia debe evitar los juicios de valor, a diferencia de la antigüedad, donde la ciencia era expansionista en tanto la acción humana y el conocimiento como acción humana, estaban comprometidos con los valores.[14] Hoy, múltiples voces coinciden en el hecho de que la ciencia misma es una construcción social[15-19] y las prácticas humanas están social y culturalmente constituidas, lo que

40
Elimina la filigrana digital ahora
1060

deja ver claro que todo acto de los hombres emerge de un mundo intersubjetivo. Y, por esta razón, la alteridad conlleva la construcción de una ética.[20]

Al arribar a este punto, resulta ineludible el problema ético dentro del quehacer médico. Todo acto humano, incluido el del médico, revela una posición ética. La interrogación de fondo es ¿qué posición ética revelan los actos que realiza un médico en particular? El acto médico en tanto práctica que lleva al profesional a poner al servicio de su paciente todos los recursos de que dispone en función de la cura de su enfermedad, según la propuesta de este trabajo, puede manifestarse como expresión o de una ética instrumental focalizada en la *palabra-instrumento* o de una ética intersubjetiva, centrada en la *palabra-relación*.

En Sócrates ética es un modo de vida. No es tanto aquello sobre lo que se medita, sino el hecho mismo de vivir para meditar, con lo que la sabiduría se convierte ella misma en una ética. En última instancia, el fundamento de la ética resulta ser el logro de una vida buena. Para Nietzsche, Bergson y otros contemporáneos reaparece, después de algunos siglos en los que la filosofía fue considerada una disciplina académica, esta idea socrática. En general, la ética en tanto *areté*, es el arte de vivir.[21]

Como ya se ha dicho, en la perspectiva arendtiana el acto introduce a la condición humana, así como también introduce al valor, en tanto que a todo acto le subyace una posición axiológica. Así vista, la ética más que un discurso es acto.

En Ricoeur la ética aparece como una dimensión indisociable de la propia identidad del sujeto. Con su noción de ipseidad sostiene que la identidad subjetiva no es una suerte de núcleo de permanencia que se torna inmodificable, sino que ella es devenir, por cuanto se constituye narrativamente y en el ámbito de la alteridad. Esto resulta ser más gráficamente expuesto en su título «Sí mismo como otro».[20] El otro, como el más claro anclaje de la alteridad en la cual se funda la identidad subjetiva, es el que le da existencia al sí mismo.[22-24] Por otra parte, la identidad es narrativa, en tanto que la existencia subjetiva con el tiempo subjetivo vivido emerge narrativamente, en el relato, en la trama que la persona ha tejido de sí misma.[25]

Al enfatizar lo narrativo como trama construida en el relato, el autor señala la manera como la subjetividad aparece vía palabra, especialmente vía palabra hablada. Justo aquí es posible hallar un punto de cruce con la hermenéutica gadameriana, para la cual la conversación se constituye en la expresión más viva de la manera como el lenguaje hace que el sujeto sea.[26]

Narratividad y alteridad se constituyen entonces en dos pilares fundamentales en lo que a la promoción de esa subjetividad y el buen vivir se refiere. ¿Qué implica entonces esto para la vocación médica y particularmente para el acto médico?

La clínica médica, lugar de inscripción del acto médico, ha sido regida por una metáfora: el término clínica surge en la medicina: del griego *Kliniké*, cuyo significado es lecho; y de *Klinein*, que indica inclinar, acostar. Se entiende la clínica como asistir al enfermo en su lecho para su buen morir o para curarlo, de ser posible. No obstante, en el acompañar en su lecho al enfermo, hay otra experiencia no nombrada: dos sujetos que se relacionan y se encuentran, cada uno con su ser, con su vivencia y con un lugar en el mundo. Esta es, de hecho, una experiencia más primaria en la metáfora descrita. Lo más primario de la clínica no es la asistencia, la curación, sino la relación, el encuentro. La clínica es intersubjetiva, es relación y encuentro que acaecen entre un clínico y un sujeto-consultante.

El acto médico, como ya se ha indicado, puede ser vivido desde una ética instrumental o desde una ética intersubjetiva (nombrada por los autores del presente trabajo, en otro lugar, como ética de la relación).[27] Se propone aquí que es en el interior de la relación terapéutica donde se teje entonces la ética.

A esa relación van dos sujetos que tienen historias diversas, discursos convergentes y divergentes, pasiones *(pathos)*, creencias y valoraciones alternas. En la conversación, el horizonte de cada uno de los interlocutores puede modificarse, en un ejercicio de fusión de horizontes gadameriano que hace que cada sujeto devenga otro. La palabra se torna *epodé* que teje *sophrosyne*. Si en la modernidad el acto médico era dirigido por el médico, hoy hay quienes proponen que este acto sea dirigido por el consultante. La propuesta del presente trabajo es que la dirección del acto médico viene dada por la relación, la cual integra las dimensiones de alteridad y narratividad en una experiencia que hace al sujeto-médico y al sujeto-consultante copartícipes en un objetivo: la promoción del buen vivir en cada uno de ellos, la búsqueda del *bien pleno* de cada uno de los participantes de la relación terapéutica. Este cometido solo se puede lograr si se prioriza la palabra de cada uno,

141
Elimina la filigrana digital ahora
1061

única forma de acceso al ser del otro. Esto conlleva la necesidad de que el médico se resista a ocupar el lugar que le quiere asignar la mercantilización de la medicina, lo que lo conduce a la instrumentalización de la relación con su paciente.

Cuando una persona tiene un padecimiento físico, es todo su ser el que padece, incluida la manera como se mira a sí misma. Por lo tanto, todo padecer físico impacta directamente la historia que un sujeto construye de sí mismo -«siempre he sufrido de cefalea», «me recuerdo como una persona ansiosa»-, la forma como se relaciona con los otros a partir de ello -alteridad- y la manera de narrarla -narratividad-. Cuando una persona acude *buscando ayuda*, lo hace porque la historia tejida de sí ha devenido sufriente, angustiante, dolorosa; la urdimbre que ha devenido en historia ha tomado y tejido hechos y situaciones, produciendo dolorosas configuraciones en el sujeto. Y bien podría decirse sin temor a dudas que la persona que consulta busca dejar de sufrir y lo que requiere es construir una historia diferente de sí mismo. La palabra, puesta como centro del acto médico, contribuye decisivamente a esto, produciendo relatos de buen vivir.

En la relación clínica el centro no es ninguno de los dos sujetos, sino la relación misma. Es a partir de ella como debe leerse qué decir y qué no decir. Cuando se recupera la relación, el rostro de cada uno se visibiliza y el otro se reconoce como un fin en sí mismo, no como un medio y se convierte en cómplice en tanto deja de ser extraño,[28] gracias al hecho de que su palabra ha sido traída al escenario clínico.

La verdad del paciente y la verdad del médico hacen que la verdad del acto médico resulte incompleta. Cuando el médico localiza su formación técnica y su conocimiento de cuadros nosológicos en el lugar de la verdad del paciente, está perdiendo la dimensión fundamental de su acto, a saber, la verdad proveniente de la vivencia del propio enfermo. Sin embargo, si el médico supone que la verdad solo puede ser conocida por lo que dice el paciente, también está perdiendo una dimensión fundamental de la comprensión de la enfermedad: el significado técnico de las manifestaciones del paciente. La pregunta que surge es ¿dónde se inscribe la verdad del acto médico? La verdad del acto médico solo puede emerger en la relación misma que establecen el médico y el paciente. La sapiencia del médico solo puede ser conducida por un paciente que le permite acceso a su síntoma, a los significados de este padecer. Si el paciente no informa acerca de la cefalea o la epigastralgia, el médico nada puede hacer. Es la relación médico-paciente el escenario en el que acontece el acto médico.

La ética del rostro ofrece entonces al acto médico una acción moral, donde los sujetos de la relación pueden alcanzar a través de sus manifestaciones la vivencia de unos valores. En ese encuentro moral, el cómplice se siente afirmado, reconocido. La propuesta ricoeuriana frente al reconocimiento plantea una trama, que al igual que el hilo de Ariadna (hilo de un ovillo con el cual ella planea salvar la vida del amado) se convierte en el indicio para salir del laberinto, una pista para encontrar soluciones en la cotidianidad del sujeto, para tejer identidad y eticidad.[29]

Cuando la relación médico-consultante privilegia la ética del rostro hace a los sujetos capaces de *hacer* acontecer, *poder decir* y significar, ser interlocutor válido, sentirse al *contar* protagonista de la trama de enfermedad o alivio, *hacerse cargo* de los actos u omisiones y de sus consecuencias; así mismo *dar y recibir* generosamente del cómplice. Todo esto mediado por la palabra. La cura emergerá en tanto cuidado mutuo y el acto médico en tanto relación se convierte en acontecimiento estético para quienes quieran leerlo.

Si lo que habría que cultivar entonces es la relación, si se trata de visibilizar nuevamente historias, el acto médico tendría que comprenderse como acontecimiento en tanto irrumpe en el transcurrir del tiempo cotidiano, y esta irrupción es tejida por el sujeto.[30] Por eso resulta definitiva la historia con la que sale el paciente del consultorio del médico: si fue mirado a los ojos, si se le dio la mano, si fue llamado por su nombre, si el médico estuvo todo el tiempo detrás de un computador y nunca lo miró, si lo auscultó pacientemente, si fue amable o indiferente, si su vivencia de la enfermedad fue incluida. En fin, si el médico dio indicios de un *ethos* fundamentado en su *bien pleno*.[3] Aquí cobran importancia las actitudes que, según Córdoba, caracterizan la intervención del galeno: honestidad, comprensión, humanismo, humildad, dignidad y prudencia frente a su paciente.[11]

Del lugar que le haya sido asignado a ese paciente depende no solamente el éxito de la relación clínica y de la transformación de la historia dolorosa del paciente, sino el sentido mismo del acto médico y las posibilidades de eficacia en su intervención.

pdfelement

42
Elimina la filigrana digital ahora
1069

La vocación médica fundamentada en una ética intersubjetiva implica el compromiso del médico de cultivar su propia existencia para hacerla vivible, bella y estética, y promover lo propio en sus pacientes. En último término, su vocación es trabajar sin descanso por el logro del *bien* pleno en sí mismo y en su paciente. No es en la curación de la enfermedad donde esta vocación se realiza, exclusivamente, pues algunas enfermedades no se curan y otras aun cuando se curen no generan felicidad en la persona. Quizá haya que pensar que la realización de la vocación médica exceda el ámbito de la curación y se inscriba en la urgencia de promover estilos de vida estéticos, restituyendo el enfermo a su propia subjetividad.

Construir una *vida buena* implica tener unas prácticas cotidianas que den cuenta del propio y recíproco reconocimiento. Este se hace visible en la vida privada pero también en la vida pública de los sujetos y sociedades. El acto médico se convierte entonces no solo en acto privado sino también en acontecimiento político que propugna por el bien.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdoba R. Ética médica en la práctica actual de la medicina. Pers Bioét 2003; 7: 47-53.
2. Ferrater J. Diccionario de filosofía. 1ª ed. Barcelona: Editorial Ariel; 1994. p. 54.
3. Parra F. Desafío del tiempo, memoria y esperanza. Teología y Vida 2007; 48: 449-469.
4. Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. 2ª ed. Madrid: Alianza; 1995. 229 p.
5. Vattimo G. Ética de la interpretación. 1ª ed. Barcelona: Paidós Studio; 1991. 224 p.
6. Heidegger M. El concepto de tiempo. Revista electrónica de filosofía. Universidad de Arcis [consultada 12-03-2007] www.philosophia.cl
7. Schutz A. El problema de la realidad social. Escritos I. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003. p. 49.
8. Arendt H. La condición humana. 3ª ed. Barcelona: Editorial Paidós; 1999. 336 p.
9. Laín P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. 2ª ed. Barcelona: Anthropos; 2005. 237 p.
10. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 1ª ed. México: Siglo XXI; 1966. 293 p.
11. Córdoba R. El elemento ético religioso en la relación médico paciente. Pers Bioét 2007; 11: 156-169.
12. Gómez C. Anotaciones sobre unas ideas de la Corte Constitucional. Iatreia 2006; 19: 155-163.
13. Hoyos J. La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. Iatreia 2001; 14: 141-148.
14. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad y derechos. OPS/OMS 2000.
15. Freund J. Las teorías de las ciencias humanas. Barcelona: Península; 1993. 158 p.
16. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1997. 507 p.
17. Ibáñez T. Municiones para disidentes. 1ª ed. Madrid: Gedisa; 2001. 270 p.
18. Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. 1ª ed. Barcelona: Antropos; 1991. 415 p.
19. Molinari J. Psicología clínica en la posmodernidad. Perspectivas desde el construccionismo social. Psykhe 2003; 12: 3-15.
20. Ricoeur P. Sí mismo como otro. 2ª ed. México: Siglo XXI; 2003. 415 p.
21. Montoya C. Sobre el cuidado: entre filosofía de medicina. Rev Col Psiquiatría 2006; 35: 570-582.
22. Mitchell S, Black M. Más allá de Freud. 1ª ed. Barcelona: Herder; 2004. 429 p.
23. Mitchell S. Las variaciones relacionales en contextos culturales cambiantes. Ponencia Forum Internacional de la IFPS. Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid 2002; New Cork. http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista/a3Mitchell.htm
24. Mitchell S. Conceptos relacionales en psicoanálisis Una integración. 1ª ed. México: Siglo XXI; 1993. 369 p.
25. Ricoeur P. Historia y narratividad. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1999; 230 p.
26. Gadamer HG. Verdad y método. 1ª ed. Salamanca: Sígueme; 1977. 697 p.
27. Builes M, Bedoya M. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. Rev Col Psiquiatría 2006; 35: 463-475.
28. Mèlich J. Del extraño al cómplice. Barcelona: Editorial Anthropos; 1994. 202 p.
29. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento. 1ª ed. Fondo de Cultura económica. México; 2006. 330 p.
30. Arendt H. Entre el pasado y el futuro. 1ª ed. Barcelona: Península; 1996. 315 p.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Revista Médica La Paz
versión On-line ISSN 1726-8958

Rev. Méd. La Paz v.19 n.2 La Paz dic. 2013

Servicios Personalizados
Articulo
Español (pdf)
Articulo en XML
Referencias del artículo
Como citar este artículo
Traducción automática
Enviar articulo por email
Indicadores
Citado por SciELO
Accesos
Links relacionados
Compartir
Otros
Otros
Permalink

EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO

Dr. Oscar Vera Carrasco*

* Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA).
Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Miembro del Comité de Ética de la Facultad de Medicina-UMSA.
Email: oscar4762@yahoo.es.

pdfelement

INTRODUCCIÓN

La medicina se sustenta en el principio del servicio al ser humano en función de su salud. Sus objetivos son: propiciar su bienestar físico y mental, curar o por lo menos aliviar su enfermedad. Su ética es antroprocéntrica es decir humanista.

El **acto médico** se refiere a lo que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona. Es toda acción o disposición que el médico realiza en el ejercicio de su profesión en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico así como los que se deriven directamente de éstos.

Las características del acto médico son: a) la Profesionalidad, sólo ejecutable por el profesional médico; sujeto a las normas de excelencia profesional vigentes (lex artis ad hoc), teniendo en cuenta el desarrollo científico, complejidad del acto médico, disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente; b) Beneficiencia: búsqueda del bien del paciente. No maleficencia (primum non nocere), obligación de No producir daño; Prevenir el daño; Eliminar lo que está haciendo daño y Promover lo que hace bien al paciente.

La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. La ética médica

Elimina la filigrana digital ahora

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia.

El decoro, la honestidad, el altruismo y la integridad moral, constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en comunidad. La docencia e investigación médicas son parte constitutiva de la práctica médica y su realización se inscribe en las más antiguas tradiciones y son esfuerzos sociales corporativos de la más alta responsabilidad por lo que su orientación y control se fundamenta en los principios éticos más relevantes de nuestra época.

Responsabilidad profesional del médico

Es la obligación que tienen los médicos de reparar o satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones, y errores dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión; el enfoque del tema desde el punto de vista médico-legal se describe con el siguiente esquema: el actor es un médico con diploma y título habilitado; el acto es el accionar médico, quirúrgico, etc.; el elemento objetivo es el daño en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte; el elemento subjetivo es la culpa por impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de normas y reglamentos; y la relación de causalidad entre el acto médico y el daño, debe ser una línea directa sin ninguna interferencia.

Principios éticos del acto médico

Los principios del acto médico son: la ***Beneficiencia*** o búsqueda del bien del paciente; la ***no maleficencia*** (primum non nocere), obligación de no producir daño, prevenir el daño, eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente; la ***autonomía*** que es el respeto por las decisiones del paciente informado; tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su personal proyecto de vida y código de valores; la ***Justicia*** es que todas las personas deben ser tratadas por igual; nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

Mala praxis médica

Se define como la omisión por parte del Médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste; o también cuando el médico a través de un acto propio de su actividad, y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo. El accionar del médico produce daño no justificable. ***Por omisión:*** el profesional no cumple con el deber a que está obligado lo que puede ocasionar daño al paciente: Ej. Examen clínico incompleto. ***Por comisión:*** efectuar una acción que está prohibida por la norma.

Según *Alberto Agrest* (2000), la mala praxis es "Toda acción médica errada de acuerdo con la opinión de expertos médicos no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado".

Ejemplos de mala praxis:

Defectuoso examen del paciente; errores groseros de diagnóstico y tratamiento; daños causados por uso indebido (o en mal estado) de objetos (aparatos e instrumental) y medicamentos; omisión de pautas esenciales para el diagnóstico de una enfermedad; falta de control hacia los auxiliares del médico y los daños que los mismos puedan culposamente ocasionar; cirugía sin diagnóstico ni pronóstico establecidos; cirugía sin planeación pre quirúrgica; insuficiente evaluación clínica preoperatoria; descuido y falta de vigilancia en el postoperatorio; cirugía innecesaria, no justificada por un diagnóstico previo; cirujano no capacitado técnicamente para determinada operación (imprudencia). Causas: codicia, práctica quirúrgica inescrupulosa

TIPOS DE MALA PRÁCTICA MÉDICA

Negligencia médica: incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace.

Impericia: falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional. Ej. cirujano que hace una cirugía compleja que no es de su especialidad.

Imprudencia: el daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias. Ej. el director del centro quirúrgico tolera que los anestesiólogos abandonen el quirófano durante una intervención para ir a otros quirófanos; técnica de enfermería que lesiona el nervio ciático de un niño por no tomar las precauciones debidas; abandono de la guardia o la emergencia.

Elimina la filigrana digital ahora

TIPOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

1. Responsabilidad civil, en la que se obliga la indemnización de los daños y perjuicios. SI se daña se debe reparar, afecta al patrimonio. **2. Responsabilidad penal** surge del interés del estado y de los particulares, interesados en sostener la armonía jurídica y el orden público; por lo que las sanciones (penas) son las que impone el código penal (prisión, reclusión, multa). **3. Administrativa:** a) no tiene nada que ver con las dos anteriores responsabilidades, b) la pena que se aplica es el apercibimiento o la inhabilitación.

De acuerdo a la Técnica Jurídica:

Responsabilidad objetiva: es la que surge del resultado dañoso, no esperado, que el accionar del médico puede provocar, independientemente de la culpa que le cabe.

Responsabilidad subjetiva: es la que surge de la subjetividad del médico, puesta al servicio de una determinada acción penada por ley, (por ejemplo abortos, certificados falsos, violación del secreto profesional).

Responsabilidad Contractual: es la que surge de un contrato, no necesariamente debe ser escrito (puede ser tácito o consensual), y cuyo incumplimiento puede dar lugar a la acción legal.

Responsabilidad Extracontractual: es la que no surge de contrato previo. Su aplicación en el campo médico es excepcional, por ejemplo asistencia médica inconsulta por su estado de inconsciencia (TEC, shock), o por alienación mental.

En otras palabras, la responsabilidad médica significa la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios dentro de ciertos límites, y cometidos en el ejercicio de su profesión. Es decir, el médico que en el curso del tratamiento ocasiona, por culpa, un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene un presupuesto en los principios generales de la responsabilidad, según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad, genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona.

Causalidad

Para ser incriminado judicialmente debe existir una relación causa-efecto (médico-daño/muerte) que debe ser directa, próxima y principal del resultado.

Ejemplos:

- Realizar actos positivos o negativos que provoquen daño
- Omisión o no aplicación del tratamiento adecuado, que prive al enfermo de su posibilidad de curación
- Falta de rapidez en una intervención médica o quirúrgica
- Cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulta de las consecuencias posibles de los hechos.
- No hay delito si el daño se produce por culpa de la propia víctima o de terceros.
- Cuando se ha adoptado todas las precauciones, no se puede reprochar penalmente negligencia, no obstante el resultado dañoso.

CULPA MÉDICA

"La culpa es un defecto de la conducta debida, de la voluntad o del intelecto, positiva o negativa (comisión u omisión), para evitar o prever un daño; incumpliéndose obligaciones y deberes preexistentes que causan un daño a otro y que la ley ordena la reparación".

Se considera a la culpa médica como una infracción a una obligación preexistente, fijada por la ley o el contrato. Falta necesariamente la intención de dañar, pero hay una falta de idoneidad, negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia, que produce perjuicio a otro o que frustra el incumplimiento de una obligación, y debe ser imputada a quien la causa. El acto médico no se hizo

Elimina la filigrana digital ahora

con intención de daño pero éste se produjo por falta de previsión para evitar el daño: negligencia, impericia o imprudencia.

Dolo: Hay intención deliberada, es decir, cuando la previsión del resultado como seguro, no detiene al autor. Por ejemplo: Aborto, Certificado falso. La Responsabilidad es plena.

Culpa: Falta necesariamente la intención de dañar, pero hay una negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia, que produce perjuicio a otro o que frustra el incumplimiento de una obligación, y debe ser imputada a quien la causa.

Caso Fortuito: Los hechos son extraños al hombre, ocurren por azar, es decir, es una consecuencia extraordinaria o excepcional de la acción. El médico no ha previsto el resultado porque éste no era previsible, por lo tanto no puede serle imputado.

Por estado de necesidad: cuando se causa un mal menor tratando de evitar un mal mayor. No existe responsabilidad médica.

Por "con causa": respuestas anormales a un tratamiento ligadas a factores del propio paciente. No hay responsabilidad médica.

Por falibilidad o por error médico: surge por el riesgo de equivocarse como ser humano ("errare humanum est"). Imponderables que surgen a pesar del cuidado médico. No cabe responsabilidad médica.

Pseudoiatrogenia: aquellas que procuran obtener un beneficio secundario a costa del acto médico y/o del propio médico. No hay responsabilidad profesional.

FORMAS DE CULPA MÉDICA

El ordenamiento jurídico impone al médico la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actividad profesional. Se refiere al comportamiento (actuación) profesional del Médico y Paramédico. Comprende:

- Impericia
- Imprudencia
- Negligencia
- Iatrogenia
- Mala conducta profesional

pdfelement

Impericia

Es la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina. La impericia puede ser: a) De origen: Es cuando nunca lo aprendió, b) De olvido: es cuando se aprendió, se aplicó y luego se olvidó y c) De practica: es cuando solo se sabe la teoría. En síntesis, la impericia es: incompetencia, ineptitud, inhabilidad, inexperiencia, insuficiencia, falta de conocimientos, falta de experiencia.

Impericia y Terapéuticas peligrosas: el uso de terapéuticas peligrosas en algunas afecciones, requiere la adecuada preparación del profesional.

Impericia y Cirugía: la muerte del paciente o la existencia de secuelas de diversos tipos son causa de responsabilidad médica.

En Impericia y Cirugía, son elementos de valoración: El riesgo operatorio y la oportunidad de realización.

Diagnóstico pre-operatorio.

Técnica usada, sin perjuicio del carácter personal de acuerdo con la experiencia propia del cirujano.

Los recaudos previos a la operación: hospitalización, exámenes preoperatorios (Tiempo de coagulación y sangría, VDRL, HIV, etc.)., existencia de otras afecciones, posibilidad de anomalías anatómicas, alergias, antisepsia, etc.

Elimina la filigrana digital ahora

Cuidados post-operatorios.

Errores de diagnóstico debido a:

Ignorancia

Errores groseros de apreciación.

Examen insuficiente del enfermo.

Equivocaciones inexcusables.

Errores de tratamiento en cuanto a la: Administración de un producto que no es de elección.

Dosis o vías inadecuadas o indebidas.

En Impericia y Cirugía, son elementos de valoración:

El riesgo operatorio y la oportunidad de realización.

Diagnóstico pre-operatorio.

Técnica usada, sin perjuicio del carácter personal de acuerdo con la experiencia propia del cirujano.

Los recaudos previos a la operación: hospitalización, exámenes preoperatorios (Tiempo de coagulación y sangría, VDRL, HIV, etc.)., existencia de otras afecciones, posibilidad de anomalías anatómicas, alergias, antisepsia, etc.

Cuidados post-operatorios.

IMPRUDENCIA

Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones; es decir, es la carencia de templanza o moderación. O también, la conducta contraria a la que el buen sentido aconseja, emprender actos inusitados fuera de lo corriente, hacer más de lo debido; es o implica una conducta peligrosa. Es enfrentar un riesgo o peligro sin necesidad. El sujeto obra precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía desembocar el obrar irreflexivo. Se hace más de lo que se debe (Sobremedicación, Sobredosificación).

El daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias.

Ejemplos:

- Transfundir sangre sin establecer el grupo sanguíneo, HIV, VDRL, hepatitis, etc.
- Dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal.
- Realizar un acto innecesario (histerectomía abdominal con apendicectomía profiláctica).
- El director del centro quirúrgico tolera que los anestesiólogos abandonen el quirófano durante una intervención para ir a otros quirófanos.
- Técnica de enfermería que lesiona el nervio ciático de un niño por no tomar las precauciones debidas.
- Abandono de la guardia o la emergencia.

NEGLIGENCIA

Se define como el incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace. Es el descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe.

Elimina la filigrana digital ahora

Es sinónimo de descuido y omisión. Es no enfrentar un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo. Se omite cierta actividad precautoria que habría evitado el resultado dañoso. Se hace menos de lo que se debe hacer no tomar las debidas precauciones En otros términos es: No hacer lo que se debe hacer, Hacer lo que no se debe hacer, Hacer menos de lo que se debe hacer o Postergar lo que se debe de hacer.

Ejemplos:

- No medicar cuando es necesario No internar existiendo riesgos No solicitar estudios pertinentes
- No sujetar al paciente a la mesa de operaciones o camilla.
- No controlar al paciente en el postoperatorio.
- No informar al paciente o familiares sobre su enfermedad o pronóstico.
- Abandonar al enfermo (guardia, emergencia o huelga).
- No ordenar la biopsia ante una sospecha de cáncer.
- Negarse a atender a un paciente en caso de emergencia.
- No esperar en casos graves, el relevo por otro médico.
- Omisión de información.
- No solicitud del consentimiento informado.
- Historia clínica defectuosa

La **imprudencia y** la **negligencia** suelen ser las caras de una misma moneda. Por ejemplo:

Indicar PNC (imprudencia) sin haber realizado previamente la prueba de sensibilidad (negligencia).

Dejar instrumental (imprudencia) y no sacarlos (negligencia).

Hacer un legrado uterino (imprudencia) sin vigilar el estado de la paciente, ni dar aviso al familiar o persona responsable (negligencia), y autorizar el alta si se siente mejor; constituyéndola en juez (Médico) de su propio estado (imprudencia).

Un ejemplo de culpa médica muy didáctico es el del semáforo: ***IMPERICIA****:* no se manejar, ***IMPRUDENCIA****:* excedo la velocidad, ***NEGLIGENCIA****:* maneje bebido, ***INOBSERVANCIA****:* no respeto el semáforo

IATROGENIA (Gr. Iatrós, Médico; genneá, origen)

Es toda alteración del estado del paciente producida por el médico. Una acción médica puede ser, benéfica, inocua o perjudicial. Es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente, causado por el médico a través de sus acciones profesionales, conductas o medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y que este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente. Es decir, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino es producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente, causado por el médico a través de sus acciones profesionales, conductas o medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y que este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente. Es decir, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino es producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

La iatrogenia con algún perjuicio para el paciente es frecuente y lamentablemente inevitable. Pretender que no ocurre es olvidar la condición humana del médico siempre expuesto, en virtud de diversos factores, a la falibilidad de sus acciones

49
Elimina la filigrana digital ahora
1069

Ejemplos:

- Daño por un medicamento considerado inofensivo.
- Ulcera duodenal aguda generada por la administración de dosis altas de corticoides, siendo este el tratamiento indicado.
- Incompetencia cervical uterina en los casos de conización.
- Secuela de biopsias, que determinan abortos a repetición en mujeres jóvenes.
- Formación de queloides.

TIPOS DE IATROGENIA

- **Aleatoria.**
- **Necesaria.**
- **Innecesaria.**

Iatrogenia aleatoria (inesperada): Tecnológica: Falla de los equipos. Pileflebitis después de la extirpación de un apéndice gangrenado.

Iatrogenia predecible: El riesgo de la acción médica es previsto, puede presentarse en algún momento. El riesgo/beneficio evaluado por el médico es favorable al paciente. El bien logrado supera al mal concomitante. Ej. Efectos de la quimioterapia en cáncer.

Iatrogenia medicamentosa: reacción indeseable o inesperada a un medicamento.

Morbilidad entre el 2% y 25%, el 28% son evitables. Por desconocimiento de la farmacología y toxicología del medicamento prescrito. Descuido en la revisión de la historia clínica. Enfermería: descuido en el cumplimiento de las prescripciones. **Farmacia:** error en la dispensación. Recomendación: en el pregrado es imprescindible una buena formación en farmacología clínica (farmacocinética, farmacodinamia, reacciones adversas de los medicamentos).

Psico iatrogenia:

Verbal (iatrolalia): comentarios imprudentes en la ronda hospitalaria en la propia cabecera del enfermo que afectan la autoestima o causa angustia al paciente. En los hospitales docentes la disquisición clínica imprudente del profesor con sus alumnos delante del paciente. Explicación incompleta o inadecuada al paciente sobre su enfermedad.

No verbal (iatromimia): actitudes, gestos; no recibir al paciente con un saludo (hipócrates: "la amistad médica"); no hacer el examen físico, es un dependiente de la computadora.

INOBSERVANCIA

Es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional.

FINALIDAD E IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA

El ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, está basada en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos.

Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, las historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba

Elimina la filigrana digital ahora

documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la Atención médica.

Docencia e investigación

Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad.

Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias

Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Código de ética y deontológico del Colegio Médico de Bolivia.

Tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

Testimonio documental de ratificación/ veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.

Instrumento de dictamen pericial: el objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal

Defecto de gestión de los servicios clínicos

Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración

Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

pdfelement

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Confidencialidad: El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan

Disponibilidad: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

Única: La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión

Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente legible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

Coetaneidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente

Elimina la filigrana digital ahora

Completa: Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médicolegales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

1071

Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos

RECOMENDACIONES PARA EVENTUAL DEMANDA POR MALA PRÁCTICA

Documentar cuidadosamente los hallazgos clínicos positivos y negativos.

Cuidadosa redacción de la historia.

De ser necesario referir el paciente a un especialista.

En la comunicación con los familiares usar un lenguaje sencillo, no el tecnolecto.

Para reducirla al mínimo ineludible:

Protocolizar los procedimientos.

Evitar a toda costa el sufrimiento del paciente.

El médico actualizado: ofrece la mejor alternativa de tratamiento.

Evitar la polifarmacia y prescribir lo indispensablemente necesario.

Referir al enfermo al profesional con más experiencia o preparación.

Respetar el principio de autonomía: el paciente informado es corresponsable de la decisión adoptada.

pdfelement

Hospitales: comités de tejidos y mortalidad, auditoría interna y externa para analizar y sacar lecciones de los errores.

RESPONSABILIDAD DE LA AUTORIDAD DE SALUD

Debe ofrecer la garantía de condiciones indispensables para el buen desempeño profesional.

El médico debería exigir a las autoridades o responsables de las instituciones en que presta servicio, que provean los medios físicos necesarios y apropiados para la realización del acto médico en condiciones de calidad.

COMIOGENIA (Gr. Komein, cuidado, atención, como en nosocomio)

Según Sharpe y Faden: la mala práctica incluye a todos los proveedores responsables de la debida atención a los pacientes en un establecimiento de salud.

Daño comiogénico: es el causado por los efectos negativos de la atención y tratamiento sufridos por el paciente en un establecimiento de salud.

Incluye a todos los componentes del sistema sanitario: médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, técnicos, personal administrativo y de apoyo así como a los productores de medicamentos, instrumental y equipo médico. También las decisiones y normas inadecuadas implantadas por los ejecutivos y administradores (sobrecarga laboral, reducción del tiempo por tarea, turnos inadecuados, falta de supervisión).

Prevención del daño comiogénico

Elimina la filigrana digital ahora

Actualización profesional continua de médicos, enfermeras y del personal sanitario de apoyo; Por ejemplo los profesionales deben actualizarse. Sobre incompatibilidades medicamentosas: la combinación de la terfenadina (antihistamínico H1) con eritomicina es un riesgo de arritmia maligna. El deficiente diseño organizacional del sistema sanitario condiciona riesgos de daño. Las fallas de calidad de atención pueden deberse al mal diseño de sistemas, de procesos y políticas equivocadas.

La debida atención no es una responsabilidad individual sino colectiva en un establecimiento de salud. Involucra a todos los niveles de atención al paciente.

ÉTICA EN LAS SITUACIONES DE ENFERMEDAD INCURABLE Y TERMINAL

En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del ser humano.

Establece la obligación del médico de asistir al paciente incurable y moribundo y cuidarle en la fase terminal de su enfermedad. La *distanasia o encarnizamiento terapéutico* es antiético. El abuso tecnológico causa en el paciente y en los familiares, sufrimiento, humillación e indignidad.

CONCLUSIÓN

La mala práctica debe ser estudiada y analizada por los médicos y no dejarla en las manos y plumas de los no pocos críticos de la medicina cuya retórica encuentra en la iatrogenia un blanco demasiado fácil.

Las facultades de medicina: deben incluir en los currículos el estudio del derecho médico, medicina legal y bioética.

En los hospitales debe fomentarse la buena práctica médica y el respeto de los derechos del paciente.

pdfelement

REFERENCIAS

1. Localio AR. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence, results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J 1991; 325: 245-51. [Links]

2. Colegio Médico de Bolivia. Estatuto orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia. Oruro 2004. [Links]

3. Levinson MD. La comunicación médico paciente: relación con las demandas por mala praxis en los médicos de atención primaria y los cirujanos, JAMA (ed esp) 1997; 6: N° 7.

4. León-Correa FJ. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. Acta Bioética 2009; 15 (1) 70-8 [Links]

5. Beckman HB. The doctor plaintiff relationship: lessons form plaintiff depositions. Arch Inter Med 1994. 154: 1365-70. [Links]

6. Modell J. Aspectos éticos y legales. En: Anestesia Ronald D. Miller 4ª Edición en español 1998, 2509-32

7. Fajardo-Ortiz G. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. Rev Med IMSS (Mex.) 1991; 29: 55-9 [Links]

8. Velez-Correa LA. Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte, 2ª. edición. Medellin, Colombia 1996; 251-5 [Links]

9. Gracia D. Principios y metodología de la ética. Bioética para clínicos. Ed.Azucena Couceiro Ed. Triacastela 1999

10. Perez-Tamayo R. Ética médica, salud y protección social. Salud pública de México,vol 47,No.3, mayo-junio 2005

Elimina la filigrana digital ahora

Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Calle Ballivian No. 1266

eMail

vidasantander@hotmail.com

pdfelement

54
Elimina la filigrana digital ahora
1074

Comunicaciones y conceptos

El acto médico

Implicaciones éticas y legales

Fernando Guzmán, Eduardo Franco, María Cristina Morales de Barrios, Juan Mendoza Vega

"Guérir parfois,
soulager souvent
consoler toujours "
(Curar aveces, aliviar a menudo, consolar siempre)
(Ambroise Paré)

INTRODUCCION

La relación médico-paciente, esencia del ejercicio de la medicina, se produce cada vez que un profesional, a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento .

Como lo expresa la Ley 23 de 1981 (título I, capítulo I, artículo 4): "La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico..." (1).

De acuerdo con dicha ley, la relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos: Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes, por acción unilateral del médico, en caso de emergencia, por solicitud de terceras personas, por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están al cargo de una entidad privada o pública", título II, capítulo I, artículo 5. Ley 23 de 1981.

Dr. Fernando Guzmán Mora: Cirujano Cardiovascular y de Tórax, Fundación Santa Fé de Bogotá, Profesor de Cirugía Escuela Colombiana de Medicina, Consiliario, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Eduardo Franco Delgadillo: Abogado, Ex juez Profesor de Ética y Obligaciones, Universidad Libre de Pereira; María Cristina Morales de Barrios: Abogada, Profesora de Derecho Procesal Civil, Universidad Externado de Colombia y Universidad de los Andes; Dr. Juan Mendoza Vega, MD: Médico Neurocirujano, Profesor de Etica Médica, Colegio Mayor de Nuestra Sra del Rosario, Jefe Centro de Etica Médica, Asofame.

Solicitud de separatas al Dr. Guzmán.

Qué es el acto médico?

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alteración en su salud, a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente.

A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal es para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Cuatro características principales distinguen al acto médico: la profesionalidad, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico. La ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada "*Lex Artis ad Hoc* " (ver adelante), sujeta a las normas de excelencia de ese momento. El tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo y la licitud, o sea su concordancia con las normas legales (2).

Acto médico directo. Se llaman actos médicos directos aquellos en los cuales mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo. Ellos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.

La prevención hace referencia a la recomendación de medidas para evitar la aparición de proce-

55
Elimina la filigrana digital ahora
1075

sos patológicos. El diagnóstico es la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio del paciente. La terapéutica se refiere a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad. La rehabilitación es el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al individuo a su entorno personal y social.

No nos referimos a los actos médicos indirectos, ni a los denominados extracorpóreos (investigación, experimentación, autopsia, etc.), los cuales requieren para su análisis otro capítulo completo.

El acto médico documental

Es en realidad complementario de actos anteriores y su importancia legal en su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso. En este grupo se incluyen el certificado médico, la receta o fórmula médica y la historia clínica, el más importante de todos.

La historia clínica (motivo de un artículo adicional por parte nuestra) tiene importancia desde varios puntos de vista (3): asistencial, pues sus notas permiten al paciente continuar su tratamiento aun si falta el médico que lo inició; docente, investigativo, social, de control de calidad, administrativo y médico-legal. En este aspecto se plasman hechos como la justificación de los procedimientos, los exámenes practicados (clínicos y de laboratorio), la responsabilidad tanto de pacientes como de médicos que intervengan en su tratamiento y en general todas las pruebas escritas de las formas de tratamiento y su respuesta individual en cada enfermo.

La historia clínica debe ser parte de la reserva profesional del paciente y del secreto profesional del médico. Debe ceñirse a la más alta calidad científica. Existe un aspecto relevante y es el de la historia clínica como documento reservado, calidad que se le reconoce sin dudas en Colombia, como lo prueba el ejemplo reciente del 29 de septiembre de 1993: el magistrado Carlos Gaviria, de la Corte Constitucional, declaró que los jerarcas de las Fuerzas Armadas no pueden violar la reserva de la historia clínica de quien pertenece a la institución castrense, pues eso va en contra de derechos elementales de la persona.

La Ley 23 ya lo había contemplado en su título III, capítulo III, artículo.34: "La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. 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". Asimismo en el artículo 38: "Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga; a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento; a los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley; a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia".

Esta norma tiene a su vez repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (artículo 214 del Código de Procedimiento Civil.)

Acto médico y acto jurídico. Cuando el médico actúa como tal, manipula técnicas y conocimientos con miras a un resultado concreto. Este fin buscado por el ejercicio de la medicina tiene implicaciones ante la ley. Es pues, el acto médico, cualquiera que sea, una fuente de la que emanan consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto de esta actividad. Aunque no la única fuente, como se verá.

Desde la óptica que nos interesa en este escrito, los actos médicos se efectúan sobre una persona llamada paciente (sujeto pasivo) que como ser humano tiene derechos; el médico tendrá que preservar estos derechos y se comprometerá a defenderlos y recuperarlos. Los principales son la vida, la salud, las buenas condiciones físicas o mentales y la integridad corporal.

56
Elimina la filigrana digital ahora
1276

Esos derechos han sido reconocidos previamente por la ley (es obvio que las personas solamente podemos alegar en nuestro favor aquellos derechos que el ordenamiento legal previamente nos haya concedido). Existen dos momentos: el primero, de consagración abstracta e impersonal; el segundo, de aplicación de esa norma abstracta al caso concreto. Por ejemplo, del consagrado constitucionalmente "toda persona tiene derecho a la vida" puede pasarse, en un evento determinado, al reclamo judicial por parte del médico que ha ganado sus honorarios, o contra el médico por cuya culpa alguien falleció.

El primer momento se denomina derecho objetivo mientras que el segundo se llama derecho subjetivo (prerrogativa consolidada en una persona determinada, en una circunstancia dada).

Como dicen Marty y Raynaud, el problema de las fuentes de las obligaciones no es sino un aspecto del problema de los derechos subjetivos. Y como el derecho subjetivo encuentra su fuerza en la norma de derecho objetivo, hay que concluir que el derecho subjetivo tiene su fuente en la ley. Sólo que el nacimiento de ese derecho subjetivo supone un elemento concreto que en determinado momento desencadene la aplicación de la norma objetiva. En consecuencia y a pesar de su infinita variedad, esas circunstancias generadoras de derechos pueden ser reducidas a dos categorías: el acto jurídico y el hecho jurídico.

Es una clasificación estrecha que deja por fuera otras fuentes de las obligaciones, pero sirve muy bien para resaltar de qué manera el acto médico puede ser ese "elemento concreto que en un determinado momento desencadena la aplicación de la norma objetiva". Las obligaciones del médico, frente al derecho, provienen de su actividad consciente, y, por lo tanto, son la contrapartida de los derechos del enfermo que ha acudido en busca de ayuda o atención; derechos y obligaciones que están establecidos en la ley.

Sin embargo, hay que dejar constancia que esta teoría puede ser un poco rígida, pues el ordenamiento jurídico no sólo incluye las normas positivas, sino también las normas de conducta que la moral y las buenas costumbres nos transmiten generacionalmente.

Todo acto médico desde esta perspectiva, es un acto jurídico o un hecho jurídico; es decir, de todo acto médico se derivan consecuencias en el ámbito del derecho.

Los actos jurídicos, por otra parte, se distinguen de los hechos jurídicos: mientras aquellos buscan un resultado jurídico concreto, por ejemplo un contrato de prestación de servicios profesionales busca la recuperación de la salud del paciente a cambio de los honorarios médicos, éstos no encuentran sus implicaciones jurídicas en la voluntad o intención con que se realizan (por ejemplo, en un accidente de tránsito, la lesión -hecho producido por el hombre- no ha sido voluntaria sino, antes por el contrario, ha procurado evitarse). La responsabilidad jurídica se desprende acá del incumplimiento o violación de una norma, porque así lo ha querido la ley, sin importar lo que se haya propuesto el autor (responsabilidad extracontractual). Con mayor razón, si lo que se desea y obtiene con el hecho es esta violación del derecho; la consecuencia de este hecho antijurídico (querido o no) la define el Código Penal bajo la denominación de "pena".

Del acto médico, por lo que se ha visto hasta ahora, pueden desprenderse dos tipos de consecuencias en derecho: las que resultan del acto jurídico y las que resultan del hecho jurídico (o antijurídico con implicaciones jurídicas -léase delito-).

Ambos tipos de consecuencias están contemplados en la ley (en los Códigos Civil o Penal) y tienen que ver con los derechos subjetivos de las partes que intervienen en el acto médico: profesional de la medicina y paciente (por sí o por sus allegados): responsabilidades y perjuicios.

El "acto médico" es un hecho del hombre específicamente capacitado en esta ciencia, que acarrea consecuencias porque se realiza voluntariamente y tiene como "objeto" la vida o la salud de otro hombre (paciente), de manera que el resultado del actuar del médico siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un "sujeto de derechos"; por afectar los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos.

57
Elimina la filigrana digital ahora
1011

Cabe la consideración de si al ser realizado mediante fuerza (física o moral), podría también implicarse para el médico su responsabilidad profesional y, aunque estaría viciado de nulidad como contrato, no eximirá al profesional de su correcto desempeño. El hecho médico acarrea también derechos y responsabilidades para las personas que intervienen, pues aunque su fuente no sea el acuerdo de voluntades, su ocurrencia genera, para el médico especialmente, el estricto desempeño de su profesión con base en su juramento.

En general, estas actuaciones van precedidas de un acto jurídico (contrato consensual); si el médico lo cumple, genera derechos a su favor y si lo incumple, genera sanción. Es preciso, no obstante, advertir que, tratándose (en la mayoría de los casos) de una obligación "de medio" y no "de resultado", el acto jurídico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido), o lo incumple si no actúa con la propiedad que la ciencia exige.

Si el resultado es bueno surge en favor del profesional de la salud un crédito, un derecho a cobrar honorarios. Si el resultado afecta derechos del enfermo, surge en su contra la responsabilidad, la cual se juzga, precisamente, con base en la *Lex Artis,* a la cual nos referimos en seguida.

La *Lex Artis ad hoc.* La locución latina *Lex Artis,* literalmente "Ley del Arte" o regla de la técnica de actuación de la profesión de la cual se trata, ha sido empleada para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse; en definitiva, si corresponde con la actuación de un buen profesional, un buen técnico o un buen artesano. Es decir, se intenta calificar si la actuación del profesional se ajusta al concepto de excelencia en el momento en que se juzga dicha actuación (4).

La *Lex Artis* se aplica para la medición de la obra o el resultado obtenido por un profesional.

"...Es el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación a actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado..." (3).

EL ACTO MEDICO COMO CONTRATO

Se ha discutido ampliamente en el campo de la jurisprudencia qué tipo de contrato es el que se establece entre el paciente y su médico. Varias teorías han sido estudiadas y desechadas parcialmente. Ellas incluyen la del mandato, la de locación de servicios, la de locación de obra, la de contrato innominado y otras muchas, para terminar aceptando que el acto médico es una forma especial de contrato denominado, precisamente, de asistencia médica (5).

El contrato de servicios o asistencia médica es de las llamadas "obligaciones de medio y no de resultado". El médico no promete curar al enfermo. Por lo tanto, el único resultado que se puede anticipar es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución, sin prometer, asegurar ni garantizar nada.

Esto no es patrimonio exclusivo de la profesión médica. En la misma forma, el abogado no puede garantizar que va a ganar un pleito, ni el economista que va a sanear por completo las finanzas de una empresa. Solamente garantizan que van a actuar para tratar de obtener un resultado deseado, es decir, la ejecución de una conducta.

Este contrato es bilateral, pues origina responsabilidades para ambas partes. Es además un contrato de tipo consensual, es decir, que se perfecciona con el acuerdo de voluntades de los contratantes (médico y paciente), sin que la ley exija solemnidad alguna para su existencia y validez. Por lo tanto, todo documento que se suscriba tiene un carácter "*ad probationem*", que para este contrato específico es de gran utilidad, si se presenta

pdfelement

58
Elimina la filigrana digital ahora
1070

cualquier conflicto que en últimas genere responsabilidades para las partes (6).

¿Cuáles son los elementos de ese contrato? En primer lugar los sujetos son el paciente y el médico, que actuando bajo el amparo de la ley ejercitan su principio de libertad y voluntad, alrededor de un objeto: la recuperación o conservación de la salud del enfermo. Como hemos mencionado, es una obligación de medios, es decir, el compromiso es utilizar todos los elementos adecuados para la consecución del fin, sin ofrecer ninguna garantía. De esta obligación "de medio" se ha excluido en parte a la cirugía plástica. Sin embargo, presentaremos algunos puntos de vista opuestos en un próximo artículo.

Los motivos o móviles que llevan a las partes a contratar merecen atención especial. El médico es la persona más próxima al ser humano a todo lo largo de su existencia (7), pues lo mueve una combinación de vocación de ayuda, conocimiento científico, debe ser funcionario social y ejercicio del propio oficio. Pero por encima de todo, el ejercicio de la voluntad al servicio del ser humano como un todo, basada en conocimientos científicos. Es una combinación de filantropía (amor al ser humano) y filotecnia (amor al arte de curar) (8).

El acto médico tiene como base fundamental el amor del médico por la vida humana, por el enfermo y por la misma profesión con la cual se ha comprometido.

Título II, capítulo I, artículo 11 de la Ley 23 de 1981: "La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas".

En el Eclesiástico aparece una cita interesante: "...Puesto que hay un tiempo en que has de caer en manos de los médicos y ellos rogarán al Señor que te aproveche lo que te recetan para tu alivio, y te conceda la salud, que es a lo que se dirige su profesión..."

Por lo tanto, como dice Lain Entralgo (2), es una relación que presenta varios aspectos: interhumano, de ayuda y técnico, mediante los cuales el médico puede ofrecer una de tres opciones: consejo en la toma de una decisión, educación y asistencia médica.

De acuerdo con este mismo autor, la dinámica de esta relación tiene varios momentos: afectivo (amistad entre el médico y su paciente), cognoscitivo (diagnóstico) y operativo (terapéutica), regidos por una serie de normas éticas y en un contexto histórico-social.

Sin embargo, a algunos médicos los mueven motivos completamente diferentes al simple altruismo y amor a la humanidad. Tal es el caso del afán económico desmedido, la búsqueda de prestigio, el ascenso en la escala social, la curiosidad científica especial por una enfermedad en particular, etc.

En lo que respecta al enfermo, varias cosas pueden motivar la búsqueda de la ayuda médica: el deseo de recuperarse, la necesidad de saber lo que pasa con su organismo, la búsqueda de una especie de refugio cuando existe una preocupación por la enfermedad y el conocimiento de lo que será el futuro, principalmente.

De acuerdo con el Dr. J. Tissnesh (9) "...el paciente busca atención para su salud, pero también busca amor, comprensión, atención integral, esperanza. Detrás de todo enfermo hay un ser humano angustiado y necesitado que ha confiado al médico su don más preciado, su vida. La respuesta a la solicitud del paciente, requiere ciertas cualidades especiales: disposición para ayudar, competencia y claridad científica, destreza, honradez profesional, conocimiento del hombre y de la sociedad, una recia estructura moral y ética..."

Por supuesto, el paciente también tiene una serie de obligaciones en esta relación. Para empezar, debe expresar siempre la verdad.

Un padre de la Iglesia Católica, San Jerónimo, decía con sobrada razón: "...Si el enfermo se avergüenza de descubrir su llaga al médico, la medicina no cura lo que ignora..." Sin embargo hay que tener en cuenta que, en no pocos casos, los motivos del enfermo pueden ser muy diferentes: deseo de buscar una incapacidad para no asistir a sus obligaciones cotidianas, búsqueda de medicamentos controlados, exploración de conceptos para "perfeccionar" una

El pafernent

59
Elimina la filigrana digital ahora
1079

queja contra otro médico e incluso, atracción física hacia el médico, entre otros.

¿Cuáles son los deberes de las partes a que nos hemos referido previamente?

OBLIGACIONES Y DEBERES DEL MEDICO

Las obligaciones del médico, en opinión de algunos tratadistas (10) son, con algunas variaciones, las siguientes: secreto profesional, información adecuada y consentimiento, obligación de conocimiento, obligación de diligencia y técnica, continuidad en el tratamiento, asistencia y consejo y certificación de la enfermedad y del tratamiento efectuado

Secreto profesional

En el juramento Hipocrático se estipula: "...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Según Uribe Cualla (11), existen tres tipos de secreto profesional médico: **absoluto:** el médico debe callar siempre, todo, bien sea en privado o ante la justicia; **relativo:** no debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad y **de conciencia:** el médico debe divulgar la verdad.

De acuerdo con Uribe Cualla se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional: que el infractor tenga una profesión u oficio, que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional, aunque no tenga nada de confidencial, que cuando el médico con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo, cause algún perjuicio o haya la posibilidad de causarlo, que se haga con plena conciencia (delito) o inadvertidamente (falta moral).

La violación del secreto se contempla en el Código Penal: "...El que teniendo conocimiento, por razón de su profesión, arte u oficio, de un secreto, lo revelare sin justa causa, incurrirá en arresto de tres meses a un año y suspensión para ejercer tal profesión, arte u oficio por el mismo tiempo..."

Existen limitaciones al secreto profesional, especialmente en casos de algunas enfermedades infectocontagiosas, en donde lo que más llama la atención es la contradicción misma de las normas sanitarias.

El Decreto 559 de febrero 22 de 1991 (12), que hace referencia a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente en lo relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), obliga a *notificar* a las autoridades tanto en los enfermos de Sida como a los infectados por HIV, así sean asintomáticos, so pena de incurrir en el delito de violación de normas sanitarias consagrado en el Código Penal. "... De conformidad con la Ley 09 de 1979 y el Decreto 1562 de 1984, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector, están obligadas a notificar los casos de enfermos de Sida y los de infectado por el HIV, so pena de ser sancionados de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El procedimiento de notificación deberá garantizar la confidencialidad..." Y el artículo 21: "...La información epidemiológica en relación con la infección con el HIV es de carácter confidencial. El secreto profesional no podrá invocarse como impedimento para suministrar dicha información en los casos previstos en las disposiciones legales y reglamentarias..."

Dice además el artículo 33: "Por razones de carácter sanitario, cuando la persona tenga la condición de infectado asintomático, el médico tratante podrá informar de su estado de salud al cónyuge, compañero permanente o pareja sexual permanente, previo consentimiento informado para su respectivo estudio diagnóstico. Asimismo,

pdfelement

60
Elimina la filigrana digital ahora
1082

cuando el médico considere pertinente se informará a las personas que estén expuestas al riesgo, para que asuman las medidas de protección pertinentes"

Y el artículo 34: "en cumplimiento del artículo 18 de la Ley 23 de 1981, cuando la condición del paciente infectado por el HIV sea grave, por cualquier causa, o haya desarrollado el Sida, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados."

Artículo 32: "...Los integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el virus de inmunodeficiencia humana, HIV, asintomática o sintomática, están en obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad. De igual manera, se observará tal disposición con personas con conducta sexual de riesgo cuyo estado no sea seropositivo..."

Otros casos que merecen especial consideración son los referentes a estudios de investigación (en donde debe guardarse celosamente el nombre de los pacientes) y algunos casos médico-legales.

Información adecuada y consentimiento. Como hemos analizado en otra publicación (13), los actos humanos, en nuestro sistema jurídico, para que produzcan efectos plenos, deben ser realizados con consentimiento. Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo (artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

En los actos médicos consensuales la situación es compleja. Las condiciones mínimas para que pueda existir un acto de consentimiento médico son, de acuerdo con varias legislaciones (3):

Capacidad. Pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas.

Posesión del derecho. Es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico.

Libertad. Atentan contra esta condición la coacción de cualquier tipo (física, moral, intelectual, económica, etc.) y la falsa información o engaño por parte de cualquiera de los sujetos.

La base es el conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido. La decisión que tome el enfermo es absolutamente personal e individual.

Información adecuada. La información que se presenta al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo. Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino está vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

A este respecto puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y más bien someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronóstico es pésimo.

La Ley 23 de 1981 habla de la responsabilidad en caso de riesgo previsto (título II, capítulo I, artículo 16): "La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados". Aunque el médico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente, las circunstancias actuales obligan a ofrecer la información en forma clara. De lo contrario, se está agrediendo el derecho de la persona

61
Elimina la filigrana digital ahora
1981

a conocer la verdad y proceder según sus necesidades. De cualquier forma, una buena práctica consiste en informar siempre a la familia acerca de la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del médico.

Causa o motivo del acto. Por parte del paciente es la sintomatología secundaria a su patología la que lo lleva a buscar la asistencia profesional, sea de un médico determinado o de un equipo especializado de atención.

Por parte del médico, como hemos mencionado, su especialidad, el interés humano, académico y científico de cada caso.

Documento. Es recomendable la existencia de un documento en donde expresamente se consienta la práctica del acto médico, particularmente cuando se vaya a efectuar un tratamiento riesgoso o un procedimiento invasivo. En casos de extrema urgencia, el documento puede obviarse por estar de por medio la vida del paciente, dejando una clara nota en la historia clínica a este respecto. Aunque este documento no exime de responsabilidad al médico, es un principio, una prueba pertinente de que se actuó de acuerdo con la voluntad del enfermo, además de que materializan las condiciones del contrato de prestación de servicios médicos.

Reversibilidad. Es la posibilidad de revocar el consentimiento por parte del paciente. El enfermo no solamente puede arrepentirse de aceptar el tratamiento propuesto, sino que puede además cambiar de médico en cualquier momento.

Esto puede explicar también al médico en forma de terminación unilateral del contrato de prestación de servicios médicos, en casos específicos, también contemplados en la Ley 23 de 1981.

OBLIGACION DE CONOCIMIENTO

Es indispensable que la formación y los conocimientos del médico sean adecuados y actualizados. Para lograr esto se requieren muchos años de estudio y práctica (14). El médico se forma en las facultades de medicina aprobadas para tal efecto por el gobierno del respectivo país.

Aprender es, en esencia, establecer nuevas conexiones interneuronales para elaborar y almacenar porciones de conocimiento que, una vez asimilado, entra a formar parte de la estructura individual en la respuesta a interrogantes, problemas y análisis de conductas.

En el período de adiestramiento médico, se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible para poder formar un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible. En este período no se aprende mediante actitudes pasivas o teóricas basadas en dogmas o preceptos arbitrarios, sino a través del ejercicio de una mente creativa y disciplinada (15-18).

En resumen, el médico debe saber cómo utilizar su arte, cuándo aplicarlo, por que utilizarlo y en quién hacerlo.

OBLIGACION DE DILIGENCIA Y TECNICA

Está ligada a la anterior. El médico debe colocar la máxima diligencia y utilizar sus habilidades al máximo para atender a su paciente. El profesional de la salud debe entonces tener una habilidad básica, basada en la ciencia de su oficio, disposición de ánimo y conocimientos claros, para poder utilizar el cerebro, las manos y los instrumentos con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la malfunción orgánicas, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad (19).

Como dice R. Clark: "Podemos estar errados, pero nunca estar en duda en el momento de tomar decisiones cruciales para el enfermo" (16).

El médico debe ser claro de propósitos, definitivo en el juicio, decisivo en la autoridad y autoritario con su propia vida, lo cual implica poseer lo más altos niveles de responsabilidad y compasión humanas.

Para el ejercicio de cada especialidad el médico debe ser experto en el manejo de las herramientas, equipos y máquinas correspondientes.

Si en un momento dado el "estado del arte" de un área médica específica incluye el uso de un equipo que se encuentre en el país y al alcance del paciente, el médico deberá hacer la remisión del enfermo al especialista o institución que, por po-

62
Elimina la filigrana digital ahora
1082

seer tal elemento le brinden un mejor beneficio. Obviamente en este aspecto se encuentran las limitaciones de tipo económico.

OBLIGACION DE CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

Una vez el médico establezca una relación profesional con su paciente, la terapéutica deberá continuar hasta que el enfermo sane, o cambie voluntariamente de médico, o sea remitido a manos de otro especialista. Sin embargo, existe el área de la medicina institucional, en donde por razones de organización burocrática el paciente debe ser controlado por el médico de turno. En éste caso, la relación médico paciente que ya ha sido alterada por el tipo de ejercicio, también cambia debido al manejo "impersonal" de los enfermos.

OBLIGACION DE ASISTENCIA Y CONSEJO

Como hemos mencionado , la medicina es por esencia una carrera humanística y su objetivo es apoyar en todo momento al enfermo. Baste recordar de nuevo la famosa frase: "Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre". El médico de constituirse en consejero, buscando siempre la decisión que sea más conveniente a su enfermo.

CERTIFICADO MEDICO

Es el documento en el cual el médico hace constar un hecho o característica de un paciente, para que tenga efecto algún hecho jurídico adicional. En otras palabras, se deja constancia de alguna enfermedad o estado de salud, aptitud o daño orgánico específico, para que posteriormente tenga aplicabilidad en otro hecho o acto. De acuerdo con lo anterior, el contrato de asistencia médica y el acto médico con el cual se cumple puede ser de dos tipos: privado e institucional.

ACTO MEDICO PRIVADO

Hace referencia a la relación directa entre el enfermo y el médico escogido por él mismo, sea por voluntad propia, recomendación de otras personas o remisión privada de otros colegas.

Ente el paciente privado y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

ACTO MEDICO INSTITUCIONAL

Esta forma de relación puede ser de varios tipos: a través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo, a través de instituciones como el Seguro Social, mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato, por medio de empresas de medicina prepagada. Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que más bien involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, quien paga al médico por su trabajo y garantiza al enfermo la mejor atención posible.

La atención institucional es una forma de permitir el acceso a la salud a gran cantidad de personas que en forma individual y privada no lo pudieran conseguir. Sin embargo, se ha encontrado una relación distinta con el paciente, si no en el aspecto profesional, sí por lo menos en el área afectiva.

No se puede negar la burocratización e ineficiencia en muchas de las entidades prestadoras de servicios y el predominio de la parte económica, circunstancia que puede resumirse en el sustituir "hacer lo que sea mejor para el paciente" por "hacer lo que sea mejor para la empresa-industria de salud".

DERECHOS DEL PACIENTE

De acuerdo con la Asociación Médica Mundial, se incluyen los siguientes derechos: escoger libremente el médico, tomar decisiones respecto de su organismo, a la información sobre su enfermedad, morir con dignidad, recibir o rehusar apoyo espiritual.

pdfelement

63
Elimina la filigrana digital ahora
10

A su vez, en la Resolución 13437 de 1991, la ley colombiana expresa, en resumen, los derechos de los pacientes así (Yepes): elección libre del médico dentro de los recursos disponibles en el país, comunicación plena y clara con el médico, confidencialidad en la historia clínica, respeto de decisiones en caso de enfermedad irreversible, explicación de costos por parte de médicos e instituciones, atención no condicionada a pago de honorarios en caso de urgencia, recibir o rehusar ayuda espiritual, respeto a la decisión de participar en investigaciones, respeto a la voluntad de donación de órganos, derecho a morir con dignidad.

DEBERES DEL PACIENTE

El paciente, en su condición de actor principal del acto médico considerado como un contrato de servicios, tiene también una serie de obligaciones. Colaborar en el cumplimiento de las normas institucionales, tratar con respeto al médico, a los paramédicos, a otros pacientes y a los acompañantes y firmar el documento de salida voluntaria o de no aceptación de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida.

DERECHOS DEL MEDICO

Yepes (20) los resume a partir del Código de Etica (Ley 23 de 1981) así: ejercer la profesión una vez cumplidos los requisitos legales, recibir un trato digno por parte de pacientes y familiares, no prestar servicios en casos que no sean de urgencia, en casos específicos contemplados en la ley, recibir remuneración por su trabajo, intervenir sin autorización en casos de urgencia, solicitar junta médica, propiedad intelectual sobre sus trabajos, al buen nombre y honra, al debido proceso y a la defensa.

LA INVERSION DE LA CARGA DE LA PRUEBA

Por lo anterior, siendo el acto médico en general un contrato de medio, el paciente y la justicia no pueden colocar al profesional en la posición de ejercicio de "actividad peligrosa", por varias razones que motivarán en el futuro próximo una discusión adicional de parte nuestra. Una de esas razones es que la actividad médica se encuadra dentro de un estado de necesidad y en el ejercicio de un oficio social.

Además, como bien dice Martínez Calcerrada (3): "... Forzar al médico a garantizarse un salvoconducto consensual o cargarle rígidamente con la carga de la prueba precisamente en aquellos supuestos en que mayor es la dificultad para realizarla, no es sino dar la razón al eminente doctor Gregorio Marañón, quien... avisaba sobre la red legislativa que se iba tejiendo en torno al facultativo, impidiéndole desarrollar con normalidad su humanitaria labor..."

ABSTRACT

This review is a complete discussion of the essence of medical practice: that is, the patient-physician relationship. This relationship occurs when the professional legally authorised to practice medicine accepts the petition of other member of the society who asks for his opinion, advice and treatment. This paper also reviews the legal aspects in force at present time in Colombia, that regulate the Medical Act and the patient-physician relationship.

REFERENCIAS

1. Ley 23 de 1981. Normas sobre Etica Médica.
2. **Lain Entralgo P.** Antropología Médica. Barcelona: Ed Salvat. 1984.
3. **Martínez-Calcerrada L.** Derecho Médico General y especial. Madrid, Ed Tecnos. 1986
4. **Morales, MC.** Alegato de Conclusiones. Proceso de Demanda Médica. Juzgado V Civil del Circuito de Santafé de Bogotá. 1993
5. **Yungano A.** Responsabilidad profesional de los médicos. Buenos Aires. Ed Universidad. 1982
6. **Morales MC, Franco E, Guzmán F, Mendoza J.** Aspectos Civiles del Consentimiento en Medicina. Foro Colombiano. En Prensa.
7. **López A.** Palabras en la ceremonia de graduación de la primera promoción de médicos de la UPB. *Medicina UPB* 1982; 1:9-11.
8. **Córdoba R.** Qué entendemos por "Ser Médico". Medicina UPB. 1982; 11-16.
9. **Tissnesh J.** Vocación médica. *Medicina UPB* 1989; 8 97.
10. **Fernández-Hierro J.** Responsabilidad civil médico sanitaria. Pamplona, 1984.
11. **Uribe Cualla G.** Conferencias de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad del Rosario. Bogotá, 1973.
12. Decreto 0559 de 1991. Diario Oficial. Lunes 25 de febrero de 1991:5-7
13. **Guzmán F, Franco E, Morales MC, Mendoza J.** El consentimiento del enfermo para el acto médico. Aspectos del Derecho Civil. *Rev Col Cirugía.* En prensa.
14. **Guzmán F.** El precio de ser cirujano. *Rev Colomb Cirugía* 1991; 3 52-55.

64
Elimina la filigrana digital ahora
1084

15. **Drake C.** The craft of surgery. Its changing face. *Ann Surg* 1987; **206**: 233-241.
16. **Clark. R.** Who, Hobbies, and Heroes. *Ann Thorac Surg* 1990; **49**: 515-521
17. **Linn B, Zeppa R.** Does surgery atract students who are more resistant to stress. *Ann Surg* 1988; **200**: 838-843.
18. **Moore E.** Swimming with the sharks without the family being eaten alive. *Surgery* 1990; **108**: 125-134.
19. **Starr P.** The social transformation of american medicine. New York. Basic. 1983; 23.
20. **Yepes S.** La responsabilidad civil médica. Medellín: 1993. Biblioteca Jurídica Dike.

pdfelement

65
Elimina la filigrana digital ahora
108

Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol 4 Nº 4. En la sección: Investigación

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EL SECRETO PROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Angel Mota López, Jefe de Servicio UCI del H.G.U. de Elche
Alberto Mota Moreno, Licenciado en Derecho

"In necessariis, únitas; in dubiis, líbertas; in omnibus cáritas."

San Agustín

(Unanimidad en lo necesario, libertad y diversidad de opinión y acción ante la duda, y ante todo y por encima de todo, caridad)
(Traducción libre del autor)

pdfelement

I.-INTRODUCCIÓN.-

Antes de iniciar quisiera concretar que el tema que vamos a desarrollar, está visto y acotado dentro de la perspectiva clínica del ***derecho a la confidencialidad, la protección de datos, el derecho a la intimidad, el derecho a la información y el respeto al poder del principio de autonomía que todo paciente debe tener.***

Si en todas las profesiones, en las que haya relación contractual entre individuos se da el Secreto Profesional; es en la Medicina donde éste secreto adquiere una especial relevancia e interés específico; habiéndosele comparado, en ocasiones, como un verdadero sacerdocio. Ello se debe al carácter depositario del paciente en el médico de sus manifestaciones más profundas de alma y cuerpo, que alcanza el mismo nivel, o al menos semejante, al que realiza la persona en el acto de catarsis de la confesión.

La intimidad del ser humano constituye uno de los valores más preciados que el hombre posee; más aún que los bienes materiales, y por ello tiene derecho a que esos valores sean respetados, tanto o más que la mayor herencia material que pudiera recibir, pues estos valores se encuentran mucho más enraizados con la libertad y la dignidad de la persona humana que cualquier otro.[1]

66
Elimina la filigrana digital ahora
1080

Hasta hace poco tiempo, e incluso en algunos momentos actuales, las relaciones médico-paciente, estaban y están presididas por lo que se ha venido en llamar "Paternalismo Médico". Personalmente, y siguiendo a autores, sin lugar a dudas controvertidos como Loftus y Fries, Hart, Dworkin[2,3,4] y otros, nunca lo he entendido desde el punto de vista peyorativo con que en ocasiones se le ha considerado o interpretado.

Pasando por alto el Paternalismo Médico, tal como se entendía en la antigüedad, y en el cual, el médico, investido de su carisma, cierto autoritarismo y carácter sacerdotal de la medicina que practicaba, era aceptado a los ojos del paciente ya que se trataba de una dominación gratificante en la relación médico-enfermo. Esta situación se ha venido trasmitiendo a lo largo de la historia médica e incluso en la actualidad está lejos de desaparecer totalmente, incluyendo, incluso, las corrientes arraigadas de paternalismo y antipaternalismo[5], que nada tienen que ver con las realidades clínicas que practicamos actualmente, y en las que incluso aquí, en España, y a pesar de la obligación normativa del consentimiento informado que determina la Ley General de Sanidad de 25 de Abril 14/1986[6] está muy lejos de desaparecer.

El debate, casi siempre se establece, según la consideración y enfoque con que practiquemos dicho "Paternalismo" en el paciente. Pues, si por paternalismo médico entendemos la imposición anulativa de la total voluntad del paciente en sus poderes de decisión, a esto se le debería dar otra interpretación, que por supuesto, no se acerca para nada al "paternalismo", como lo entendemos o deberíamos entender desde la semántica de la acepción de dicha palabra. Si de otra forma, consideramos la relación médico-paciente, como la confianza que el enfermo deposita en el médico, como ente que entiende y comprende sus problemas, como persona con la cual se establece una relación fiduciaria y de contrato de confianza, entonces no entendemos para nada la palabra paternalismo, ya que entrambos se ha establecido un mutuo acuerdo desde sus específicas libertades de decisión, y por ende el incumplimiento de las responsabilidades inherentes del uno hacia el otro caerían por completo dentro del derecho penal, civil o administrativo que compitiera en ley establecida.

pdfelement

En el caso, de que el paciente no pudiera tomar decisiones por sí mismo, o por sus familiares o deudos o responsables legales, ¿ No sería el médico el que ante la falta del Principio de Autonomia, tendría que recurrir al Principio de Beneficiencia o bien al de No Maleficiencia, dejando un poco entre paréntesis el Principio de Justicia, que por otra parte dependerá de otras variables, como son: la conciencia, las Leyes positivas y las normas que en cada momento se den?

Si este último supuesto entra dentro de lo que conocemos como "Paternalismo", no nos quepa la menor duda que perdurará por mucho tiempo...pues, al fin y a la postre, es el eterno debate de todos y cada uno de nosotros en la toma de decisiones diarias en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos.

El resto, de otra manera, ante las disensiones, que se han venido manteniendo en los últimos tiempos, en torno a la acepción de la palabra "paternalista", dentro de la relación médico-paciente, hemos de considerar que, la mayoría de las veces, van encubiertas de una filosofía, si no antimédica, al menos cercana a la paramedicina, o a la política, cuando no, de discurso semántico en busca de otros procederes, posiblemente no tan dentro de la ética médica, que hasta ahora se venía practicando. Si

67
Elimina la filigrana digital ahora
1067

por otra parte, partimos de premisas veraces o cuanto menos que deban tener como fin primordial, lo mejor para el paciente, - que es al fin y a la postre -, el primum movens del debate, deberán coincidir con nosotros en que en la relación contractual fiduciaria con que hemos partido de inicio, sin por supuesto, eliminar ni un ápice la libertad de poder de decisión en el enfermo, el paternalismo médico, entendido desde esta filosofía, va a durar todavía mucho tiempo.

Con ideas de Mark Siegler[7], que a su vez sigue pensamientos de Platon[8], dice que: "La mejor medicina es la que se ejerce cuando el médico y el paciente han llegado a una relación en la que los aspectos científicos de la asistencia se enmarcan en el contexto de una relación personal. A este respecto, la relación médico-paciente que hace que surja un vínculo sanador de confianza entre dos individuos, está destinada a perdurar."

Pero por supuesto, lo que vamos a decir o a expresar hoy y aquí no versará sobre la compleja relación contractual, anteriormente citada, ni nada con el paternalismo médico, del que acabamos de hablar, sino que trataremos sobre aquellos términos concretos de dicha relación y que, a raíz de la misma, y de los principios anteriores enunciados, deben concretar el "*Deber del médico de guardar secreto respecto de las dolencias y circunstancias de los pacientes o usuarios de la salud como elementos integrantes de la relación*".

II.-TRADICIÓN HIPOCRÁTICA, ETICA MÉDICA Y LEYES EN EL SECRETO PROFESIONAL.-

pdfelement

La historia de la relación médico-paciente en la medicina occidental la podemos dividir en tres periodos bien determinados y característicos:

1°.- La era del paternalismo o era del médico empírico.

2°.- La era del razonamiento científico o de la autonomía del paciente y

3°.-La era de la medicina gestionada y burocratizada o del contribuyente.

1°.-La era del paternalismo o era del médico empírico.-

Esta etapa o era de la medicina, abarca más o menos desde 600 a 500 años a.d C., con Hipócrates, en el lugar de Epidauro (Grecia), consagrado al culto de Asclepio=Esculapio[1] y donde se cree que enseñaba la medicina; hasta aproximadamente las décadas de los cuarenta-cincuenta-sesenta años actuales (1945-50-60).

Se caracteriza esta etapa predominantemente por un modelo de medicina basada específicamente en el empirismo, no por ello menos curativa que la actual, y con predominancia del autoritarismo médico responsable de todo. La talla moral del médico, la confianza del paciente en las habilidades médicas y la ética de beneficencia, estaban por encima de todas las demás constantes que conocemos actualmente, y eran,

[1] .-ASCLEPIO (ESCULAPIO).- La mitología griega dice que era hijo de Apolo y Corónide. Corónide fue asesinada por Apolo por su infidelidad. Asclepio fue confiado por su padre Apolo al Centauro Quirón que le enseñó la Medicina. Con sus conocimientos, Asclepio era capaz de devolver la vida a los muertos por lo que Zeus lo mató temiendo que Asclepio desbaratase el orden del mundo.

Elimina la filigrana digital ahora

prácticamente, la norma de relación médico-paciente con el paternalismo que anteriormente hemos visto como principio ineludible en esas relaciones.

En esta Etapa se tiene como norma ética el Juramento Hipocrático que es un compromiso solemne realizado ante Dios, por tanto poniéndole por testigo y aceptando su castigo en caso de transgresión o incumplimiento. Juramentos de este tipo se conocen desde los tiempos de los sumerios, en los milenios cuarto y tercero antes de Cristo[9] con variaciones según los pueblos y culturas que se traten, pero siempre poniendo a la divinidad por testigos del trance importante que con ello se quería significar.

.....
Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él
oyere en relación con la vida de los hombres,
aquello que jamás deba divulgarse,
lo callaré, teniéndolo por secreto.
.....

Este Juramento Hipocrático ha inspirado todas las declaraciones deontológicas internacionales conocidas y hasta hoy formuladas, como reacción a los abusos del nacionalsocialismo alemán al termino de la segunda Guerra Mundial y aunque dicho Juramento en la actualidad carezca de aplicación, como principio general, aún perdura lo concerniente al secreto médico[10]. Sin lugar a dudas, esta ha sido a lo largo de la historia de la medicina, la forma de preservar la intimidad del paciente sobre todo aquello que este hubiera confiado al médico con motivo de su actuación.

2°.- La era del razonamiento científico o de la autonomía del paciente.-

Esta etapa parte, como ya hemos insinuado anteriormente, desde el Final de la Segunda Guerra Mundial y llega hasta prácticamente el final del siglo XX, y se caracteriza por el avance desorbitado de la ciencia y la técnica que ha deslumbrado y está encandilando a la sociedad y se ha desarrollado a expensas del razonamiento de la Revolución Francesa (1789-99), la Carta de los Derechos del Hombre, los distintos Códigos Deontológicos Médicos desarrollados por los Estados a lo largo de estos años y por último el Informe Belmont[11] de los EEUU.

En esta época los derechos de los pacientes hay que ponerlos en el marco de los derechos humanos, institucionalizados en múltiples conferencias de consenso internacionales que no vienen al caso citar, en normas pragmáticas de las distintas constituciones estatales, así como en Códigos de Etica y Deontología Médica, aconsejados por la OMS y la Asociación Médica Mundial, como es el caso de la Declaración de Madrid sobre Autonomia y Autorregulación Profesionales, promulgada por la Asociación Médica Mundial en Octubre de 1.987[12].

Podemos decir, que a partir de los años 1960-70, se despierta un nuevo talante ético el del "autonomismo", que se concreta en un lenguaje el de los "derechos", que van a dar lugar a las Normas y Leyes de Protección del Paciente y que incluso se van a encauzar dentro de una nueva "asignatura docente" que conocemos como Bioética[13].

En el año 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprueba un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales, en el que invita a los Gobiernos de los dieciocho Estados miembros a tomar medidas necesarias a fin de

Elimina la filigrana digital ahora

que los pacientes puedan recibir alivio a sus sufrimientos, se les tenga perfectamente informados sobre sus dolencias y sobre los tratamientos propuestos, y cuenten con la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte. Aconseja así mismo **crear dos comisiones nacionales**; *la primera* para establecer unas normas éticas para el tratamiento de los moribundos, de determinar principios médicos orientativos en el uso de medidas especiales para prolongar la vida y de examinar la situación de los médicos en la hipótesis de sanciones previstas por las leyes civiles y penales, cuando han renunciado a poner medios artificiales para prolongar el proceso de la muerte de los enfermos en estado de agonía ya iniciada y cuya vida no pudiera llegar a salvarse con los actuales conocimientos médicos, o bien cuando hubieran intervenido con la adopción de ciertas medidas destinadas, primordialmente, a aliviar los sufrimientos susceptibles de ejercer un efecto secundario en el proceso de la muerte. *La segunda* , tendría por objeto, examinar las demandas presentadas contra el personal médico por errores o negligencias profesionales, y ello sin atentar contra la independencia de los tribunales ordinarios.

En los considerandos que preceden a las recomendaciones, el documento enumera los siguientes derechos básicos de los enfermos: *Derecho a la libertad, derecho a la dignidad e integridad personal, derecho a la información, derecho al adecuado tratamiento* y, en fin, *el derecho a no sufrir.*[14]

En este sentido, y con respecto al tema que hoy nos ha correspondido del Secreto Profesional, en España, y durante esta época, han aparecido:

-Constitución Española de 1978: Norma fundamental de nuestro ordenamiento jurídico, que contempla lo relativo al secreto profesional en el Art. 20 (1) de la Sección 1ª, de los Derechos Fundamentales y de las Libertades Públicas, correspondiente al Cap. 2°, que trata de los Derechos y Libertades, Título 1° de los Derechos y Deberes Fundamentales:

-Ley General de Sanidad, en BOE, 29 de Abril de 1986.[15] con su carta de derechos y deberes de los pacientes.

-LA LORTAD-1 (Ley Orgánica de Regulación y Tratamiento Automatizado de Datos) 5/1992 de 29 de Octubre.

-Código Penal Español, en sus artículos 367, 368, 497 y 499.

-LA LORTAD- 2; de 13/12/1999, n° 15/1999 sobre Protección de datos de carácter personal: Regulación/Renovación. de la Ley Orgánica de Regulación y tratamiento automatizado de datos, que deroga la LORTAD-1.

- La Renovación del Código Deontológico Médico Español, que trata ampliamente sobre el Secreto Profesional en sus Art. 16.1; 16.2; 16.3; 16.4; 17.1; 17.2; 18; 19.1; 19.2; 19.3; 20.

Podemos concretar a tenor de lo expresado que la Sanidad Española ha aceptado y acoplado a sus leyes institucionales, aunque con una idiosincrasia en muchos casos muy especial y particular, las corrientes del Modelo Autonomista de Sanidad, frente al

Elimina la filigrana digital ahora

viejo modelo paternalista tan arraigado en nuestra sociedad y que por ello mismo no deja de ser constante en muchas de las normas y leyes actualmente vigentes.

3º.- La era de la medicina gestionada y burocratizada.-

En la actualidad y desde hace unos años, y por corrientes liberalizadoras para unos o de tendencia americana, para otros; estamos inmersos en otro tipo de dar o hacer sanidad y que siguiendo a Mark Siegler se ha dado en llamar gestionada y burocratizada. *Gestionada,* porque combinan incentivos y penalizaciones para los médicos con el fin de que estos equilibren el bienestar del paciente con otros objetivos institucionales y sociales. *Burocratizada,* porque los médicos tendrán que enfrentarse a lealtades divididas, entre sí, puesto que se verán obligados a atender las demandas contrapuestas de justicia social que se les impondrá por parte de la comunidad y de atención personal y contractual por parte del paciente.

En esta etapa, y ya casi lo estamos viviendo en España, y en especial en nuestros hospitales, y con más fuerza en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos, con los enfrentamientos diarios de "La última cama"[2], el bien del paciente se sopesará frente a otros bienes como, por ejemplo, las necesidades de la sociedad, (El problema de la cronicidad de las enfermedades, la senectud, la retracción de las enfermedades al último tramo de la vida, las prolongaciones oncológicas, etc.) Es por ello, que la toma de decisiones médicas, la mayoría de las veces, vienen condicionadas por presiones burocráticas de gestores sanitarios, que si no directa, sí indirectamente te las hacen ver.

Consideraciones a las tres etapas enunciadas.-

Así pues, el Paternalismo Médico, de la primera etapa y que como hemos dicho duró desde 600 años antes de Cristo, hasta prácticamente los años 1960-70 y que se basaba en la confianza, en la habilidad técnica del médico, en su talla moral, en la ética de beneficencia y se caracterizaba por la dependencia del paciente del control del médico; se pasó a la de la Autonomia del paciente, que en contraste con la anterior, dice, que la relación médico- paciente, debe basarse en los Derechos del Paciente y en el Consentimiento Informado. En esta época, como vemos, la palabra clave es "El Consentimiento Informado", graciable o desgraciadamente, en España y así mismo en los países Occidentales y de la Comunidad Europea, no ha tenido la fuerza como se ha desarrollado en los Estados Unidos, por aquello del paternalismo médico muy occidentalizado; sin embargo, en estos momentos y cada día se nos está exigiendo con más interés y acucio en todas las actuaciones médicas.

Si, como estamos viendo en las dos etapas anteriores, la preocupación dominante en los médicos era el "Bien del Paciente", en **la primera** –paternalista- con el "mejor interés y honradez del médico"; en **la segunda** - Autonomista libertaria - "era el derecho de libertad y autodeterminación"; en **la tercera** , las dos anteriores se verán sustituidas por "consideraciones sobre la eficiencia, la eficacia y la conveniencia social e institucional basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales"

[2] .- Entendemos en Medicina Intensiva, por "Última cama", aquella que sistemáticamente y en muchas ocasiones, a lo largo de la guardia, tenemos que defender, sopesando el paciente que vamos a ingresar en ella, ante las acuciantes demandas de ingreso por parte de otros compañeros de guardia. Bien y Producto escaso.

71
Elimina la filigrana digital ahora
1091

Todo ello, nos lleva a considerar que se están produciendo drásticos cambios en la tradicional relación médico-paciente y así mismo en el proceso de Información, Comunicación y Consentimiento Informado, principios básicos en el respeto a la guarda y tutela del Secreto Profesional.

III.- El SECRETO PROFESIONAL COMO TAL.-

El Secreto Profesional, lo podemos considerar o tratar desde dos vertientes totalmente distintas pero en sí complementarias:

1°.-Desde el punto de vista médico; y
2°.- Desde el punto de vista legal.

1°.-El Secreto Profesional desde el punto de vista médico.-

Debemos, de inicio, comenzar por definir qué es lo que entendemos por Secreto Profesional, para después pasar a analizarlo y encuadrarlo dentro de las normativas, reglamentos y leyes de nuestro acervo cultural médico.

¿Qué es el Secreto Profesional Médico).- *"El secreto profesional es una modalidad de secreto comiso implícito, basado en la comunicación privilegiada derivada de la relación médico-paciente"*(Reverte).

Se entiende por **Secreto Comiso o pactado:** El que obliga en virtud de la voluntad expresada de quien lo confía, comprometiéndose la persona que lo recibe a no revelarlo. Se llama **Profesional**, por derivar de una profesión, en este caso la Profesión Médica y es de **Comunicación Privilegiada,** porque en dicha comunicación se recoge todo aquello que tiene relación con la vida privada y la intimidad de la persona.

Se puede definir así mismo , como *"La obligación o deber del médico de no divulgar todo aquello que ha conocido por razón del ejercicio de su profesión, excepto en aquellos casos que la no revelación suponga un perjuicio para terceras personas."* (Casado)

La existencia del secreto médico viene de antiguo, incluso de antes del Juramento Hipocrático, como hemos visto anteriormente, y tiene sus raíces en la misma idiosincrasia de la dignidad de la persona humana, que en su situación de enferma debe guardar también su intimidad, y así mismo del hecho de que, al ser el hombre un ser social por naturaleza se deba respetar su privacidad, incluso en aquellos momentos en que de una manera u otra la persona no pueda disponer de sí misma. De otra parte, la sociedad necesita también que se preserven los secretos profesionales, de la misma manera que se requiere el secreto profesional de los sacerdotes, abogados, de los procuradores, de los notarios, de los ingenieros, de cargos responsables en la industria, etc. puesto que ninguno de ellos podría cumplir su misión si las confidencias que se les hace en el ejercicio de su profesión no tuvieran la garantía de ser inviolables.

Elimina la filigrana digital ahora

Podemos decir, sin lugar a equivocarnos, que el Secreto Médico, va mucho más allá de otros secretos profesionales, e incluso debería estar más protegido por las leyes que dirimen estas cuestiones, por la simple razón, de que su objeto no se restringe ni acaba exclusivamente por la confidencia que el paciente hace al médico, si no porque también abarca todo aquello que el médico pueda deducir de la esfera íntima del paciente, y que, la mayoría de las veces, incluso el mismo paciente, no desearía fuera conocido ni siquiera por su propio médico.[16]

La progresiva colectivización de la vida social y así mismo médica, hace que podamos ya dividir el Secreto Profesional en :

A) ***Secreto Profesional Médico Individual,*** es aquel que atañe específicamente a un médico con su paciente en todas las vertientes de su actuación sobre él.

B) ***Secreto Profesional Médico Compartido,*** el que se deviene cuando sobre el paciente intervienen múltiples elementos para un fin común que es el de darle salud. Este Secreto Profesional Compartido, puede dividirse a su vez en:

B-1) Secreto Profesional Médico Personal Compartido.- Es aquel en el que intervienen personas de diverso rango, categoría, y compromiso hacia el paciente (Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Celadores, Trabajadores hospitalarios, otros)

B-2) Secreto Profesional Médico Institucional, es aquel que adquiere la Institución Hospitalaria o cualquiera de otro tipo, de guardar secreto de todos los documentos que le hayan sido confiados, así como de las bases de datos de las que fuera partícipe.

Abundando más en la problemática actual que plantea el secreto médico, podemos decir, que cuando en las actuales circunstancias de tratamiento a los pacientes nos movemos en grandes instituciones, en donde los enfermos son vistos por varios médicos y seguidos mediante funciones burocráticas administrativas, de gestión, de asistencia, de pruebas en las que participan muchas personas diferentes, no son muy propicias para la celosa guarda de la confidencialidad[17]. En especial, el tratamiento informatico de los datos médicos, que proporcionan tantas ventajas para la gestión sanitaria, conlleva riesgos de inseguridad física de los datos almacenados y de invasión por parte de extraños.

Estamos y vivimos en una sociedad sedienta de datos, de estadísticas, de medios de comunicación que apelan a todos los entresijos y tejemanejes para enterarse de "intimidades", principalmente de personas públicas y que no reparan en medios para burlar las barreras, no sólo físicas, si no personales que protegen la intimidad del individuo, en este caso enfermo.

Elimina la filigrana digital ahora

Es posible por ello, que el Secreto Médico, en las Unidades de Cuidados Intensivos, de cualquiera de los Hospitales en el que nos desenvolvemos, no se le de importancia alguna, o se tenga como algo anodino o fuera de contexto actuarial del acto médico que estamos desarrollando. Pues, ¿qué secreto profesional puede tenerse ante un paciente que desde que entra en el hospital es visto y seguido por varios profesionales, cada uno de los cuales toma su iniciativa y decisión particular; cuya historia clínica es conocida por cada una de esas personas y así mismo es traída y llevada por múltiples manos, que nunca suelen ser profesionales de la medicina; cuyos datos diagnósticos se graban en bases de datos de interés económico, científico; y cuyo tacto y contacto diario con el paciente es seguido por y desde el Residente Médico de la especialidad, pasando por el Médico coordinador, por las Enfermeras, Auxiliares de clínica, Trabajadores de la limpieza y otros?

A pesar de todo lo anteriormente expresado, volvemos a reiterar, que el secreto profesional médico es un deber contractual inherente a su profesión, y así mismo, el paciente tiene derechos "prima facie" por y como persona con derechos de libertad y con autonomía propia para la toma de decisiones.

2º.- El Secreto Profesional desde el punto de vista legal.

Para entender el concepto de Secreto Profesional en nuestro Ordenamiento Jurídico, nos habremos de remitir a las Normas que recogen e integran, en su conjunto, este Derecho/Deber al que nos referimos.

1º.- El Secreto Profesional, se encuentra ya expresamente reconocido en la **Constitución Española de 1978**, concretamente en el:

> **Titulo. I:** ***De los Derechos y Deberes Fundamentales,***
> **Capitulo II:** ***Derechos y Libertades,***
> **Sección 1ª:** ***De los Derechos Fundamentales y de las Libertades Públicas.***
>
> **Art. 20, Apartado 1º,**...*Se reconocen y protegen los derechos:*... **párrafo d)** *"a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.*

La redacción del Art. 20 de la Constitución Española, no debe interpretarse de forma aislada, sino que debe ser entendida, dentro del marco en el cual se incardina; esto es, el **Titulo, El Capitulo** y **la Sección,** no olvidemos por tanto, que nos estamos refiriendo a **Derechos y Deberes,** de todos los ciudadanos.

No empero lo anterior, el **Secreto Profesional**, tema del que venimos hablando, ha de tener una especial relevancia, no por el solo hecho de ser un "secreto", entendiendo por "secreto" aquello que no se desea que se conozca por la generalidad, o aquello que debe permanecer oculto para toda persona distinta del legítimo depositario, sino que debe estar revestido de especial relevancia, por el hecho de ser además de un Secreto, un Secreto conocido en el marco de una relación de confianza, confianza

74

Elimina la filigrana digital ahora

1094

surgida por la interacción/relación de dos personas, una de las cuales reviste la condición de Profesional, de actor de una profesión, particularidad esta, que debe suponer un respeto, no sólo por parte del "No Profesional", si no también por el "Profesional", que ha de ser consciente de su especial condición en esa relación y adoptar el "Status" que en la misma le corresponde, tanto en sus funciones profesionales, como en la integridad y confianza que en el ejercicio de las mismas se le suponen.

Siguiendo con los aspectos generales del Secreto Profesional, sin introducirnos en especialidad concreta del mismo, y continuando también, con el estudio del concepto en su relación con la Constitución Española, ha de hacerse especial y necesaria referencia, no sólo al Articulo 20, que ya hemos mencionado anteriormente y en el cual se encuentra expresamente redactado el término **Secreto Profesional,** sino también al **Art. 18 de nuestra Norma Fundamental**, que articula el derecho al **Honor,** la **Intimidad personal y Familiar** y a **la Propia Imagen.** Es evidente la necesaria relación entre ambos artículos, puesto que la vulneración del Secreto Profesional, significaría conculcar el derecho a la intimidad reconocido en el Art. 18 de la Constitución.

Hay, en este sentido, dos aspectos que se han de diferenciar, el primero sería referente a la **PRIVACIDAD,** y el segundo, a la **INTIMIDAD,** para diferenciar ambos términos, es preferible remitirse a la exposición de motivos contenida en la ya mencionada **LORTAD** y a la que mas adelante nos referiremos de nuevo: "***La privacidad es más amplia que la intimidad, pues en tanto la intimidad protege la esfera en que se desarrollan las facetas mas singularmente reservadas a la vida de las personas –el domicilio donde se realice, su vida cotidiana, las comunicaciones en las que se expresa, sus sentimientos, por ejemplo- la privacidad constituye un conjunto más amplio, mas global, de facetas de su personalidad que, aisladamente consideradas, pueden carecer de significación intrínseca pero que coherentemente enlazadas entre si, arrojan como precipitado, un retrato de la personalidad del individuo que éste tiene derecho a mantener reservado...***"[18]

A tenor de lo expuesto, se ha de mencionar que existe una esfera de privacidad que debe ser protegida jurídicamente contra intromisiones, planteándose únicamente si la protección puede ser penal o administrativa, pero no coinciden la divulgación de secretos y el ataque a la intimidad. Puede vulnerarse la intimidad sin conculcar secreto alguno, y violarse un secreto profesional que no afecte tanto a la privacidad cuanto a la relación profesional y a la confianza del cliente.[19]

Así pues, el derecho a la Intimidad se configura como uno de los derechos de la personalidad más sutiles y difíciles de delimitar y proteger por el Ordenamiento Jurídico, sobre todo en su vertiente más coercitiva, esto es, la protección que otorga el Derecho Penal.[20]

2º.- Continuando nuestro periplo por el Ordenamiento Jurídico español, nos detenemos ahora en el Código Penal.

El Código Penal en su art. 199.1 establece en su tipo, ***el que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o relaciones laborales...***

75
Elimina la filigrana digital ahora
1095

pero no nos confundamos, no es el tipo del art. 199.1 el que nos ocupa, sino el tipo que se contiene en el apartado 199. 2 del meritado artículo, esto es " ***El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona...***"

La razón de advertir acerca de no cometer la confusión entre el tipo del 199.1 y el tipo contenido en el 199.2 es la calificación de **PROFESIONAL** que específicamente se contiene en el 199.2. Se puede ponderar de "avance" esta redacción del Código Penal vigente, puesto que el anterior Código Penal no recogía esta calificación ni la especial relevancia de la condición de profesional en la revelación de secretos, de esta suerte, el sujeto activo de este delito tan sólo puede serlo el *profesional* y ello convierte a la infracción en un delito especial propio.

Así pues, lo primero que debemos hacer, es determinar y delimitar el concepto de profesional, puesto que, como ya hemos visto, el mismo código penal diferencia entre **oficio** y **profesión,** no sólo en el ya examinado art. 199, sino también en el Art. **417.1** cuando establece "*la autoridad o funcionario público que revelare secretos o informaciones de los que tenga conocimiento por razón de su oficio y que no deban ser divulgados...*".

A medio de esta delimitación con el funcionario o la autoridad y con los oficios o relaciones laborales, se intenta una limitación del Sujeto Activo, ya que la extensión de la obligación penal de secreto de toda actividad termina ridiculizando el secreto profesional, cuando de lo que se trata, imponiendo una especial nota de coerción a los profesionales que revelen secretos, es de que los mismos se conciencien de la capacidad, que por sus relaciones con las personas debidas a su trabajo, poseen de causar un daño moral sobre un determinado sujeto o incluso una comunidad, no se trata en modo alguno de castigar más a los profesionales que a los funcionarios o particulares, sino de tener en cuenta que todas las profesiones necesitan estar revestidas de un mínimo de confianza, respeto y honestidad, pero alguna de ellas, como la de médico y abogado, por estar más en contacto con el hombre y sus problemas, exigen una mayor seriedad y discreción.

Así pues, una vez observada la delimitación entre **profesión, oficio** y **funcionario**, que la propia ley establece, estaríamos en condiciones de determinar el concepto de profesión, en relación con la legislación y más específicamente con la Constitución que al delimitar en su **Art. 36** lo referido a los Colegios Profesionales, podemos entender como **profesional,** el ejercicio de profesiones tituladas, siempre que no concurra en el colegiado el carácter de funcionario público, como ocurre con los notarios, registradores y corredores de comercio.[21]

Una vez acotado el término profesional, al referirnos más concretamente al profesional de la medicina y así mismo, al secreto médico, esta obligación se extiende a todos los que profesionalmente están encuadrados entre las personas dedicadas al acto de curar (Secreto Profesional Personal Compartido). Así, el Código Penal suizo cita expresamente entre el grupo de los sanitarios a "médicos, dentistas farmacéuticos, comadronas, auxiliares...". Se deben incluir también en el **199.2 de Nuestro Código Penal,** los arriba enumerados, entre ellos también los farmacéuticos, por considerar, que como el propio médico, y en la sociedad en la que vivimos, el paciente o cliente se relacionan tanto o mas con el farmacéutico como con el propio médico.

Elimina la filigrana digital ahora

De este modo, en la obligación de guardar Secreto Profesional, se deben incluir también a los estudiantes de medicina en prácticas, que sin ser profesionales titulados, su ámbito de conocimiento --en tanto en cuanto que sirviendo a algún facultativo-- se amplia puesto que se trasforman en auxiliares del cumplimiento de las labores del facultativo. No obstante, ya hemos visto la redacción del art. **199.1 del Código Penal**: ***"...Conocimiento por razón de su oficio o relaciones laborales..."***, no cabe la menor duda a tenor de lo que hemos venido desarrollando, que la palabra "oficio", permitiría cobijar la conducta del estudiante en prácticas y por ende, sería sujeto activo del delito y seria factible el exigir las responsabilidades derivadas de sus actuaciones.

La acción principal del delito recogido en el artículo 199.2 del Código Penal, es **DIVULGAR;** según la etimología del Diccionario de la Real Academia Española, *"publicar, extender, poner al alcance del público una cosa"*. La mera publicación de algo no constituye el delito en sí, sino la divulgación de un secreto, es decir, algo oculto que se desea mantener cuidadosamente reservado. A mayor abundamiento, el tipo se cumple cuando se revela un secreto *"con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva"*, o lo que es lo mismo, la revelación del secreto sin causa justificada.

Ha de tenerse en cuenta, que no es lo mismo Divulgar que **Revelar, la Revelación** significa, *sacar a la luz lo escondido*, la **Divulgación** es *comunicar el secreto a un grupo o circulo indeterminado o ilimitado de personas*. Las leyes no suelen exigir la divulgación contentándose con la mera Revelación.

3º.- La Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos Personales (LORTAD).

La LORTAD, es sin duda, una Ley que necesitaba adecuarse a la realidad de la sociedad y las tecnologías actuales, de ahí la modificación que tuvo lugar en la LORTAD en 1999. La LORTAD, tiene por objeto garantizar y proteger, en lo concerniente al tratamiento de los datos personales, los derechos fundamentales de las personas físicas, y en concreto, lo referente a su honor e intimidad personal y familiar, tal y como establece el Art. 1 de la mencionada Ley.

El ámbito de aplicación se recoge en su Art. 2, al señalar ***"los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptible de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores públicos o privado"***. Observando la redacción de este articulo, y en general, lo dispuesto en la exposición de motivos de la Ley, el legislador tiene la intención de salvaguardar la intimidad personal y familiar, y el honor de las personas, en el marco de un entorno de la información en el cual existen multitud de ficheros y datos, públicos o privados, relativos a las personas que pueden ser susceptibles de un uso poco adecuado, se pretende por tanto, tener un control de los ficheros públicos y privados, mediante la sumisión al régimen jurídico general contenido en la LORTAD de los datos de carácter personal que se puedan contener en todo soporte físico.[22]

La Ley dispone en su articulado, lo relativo a la cesión de datos entre ficheros, tanto públicos y privados, especificando que esta cesión o comunicación de datos, sólo se podrá hacer con el consentimiento expreso del titular de los datos, sin embargo este consentimiento expreso a la cesión o comunicación de datos, se encuentra con las

77
Elimina la filigrana digital ahora
1041

excepciones que la propia Ley establece en su Art. 11.2, siendo una de esas excepciones la recogida en el párrafo f), cuando habla de datos relativos a la salud necesarios para solucionar una urgencia.

En el trasfondo de estos dilemas, se perciben las virtualidades de lo que se ha denominado el **Principio de Autodeterminación Informativa**[23], entendiéndose como tal, la *libertad del ciudadano para determinar quien, que, y conque ocasión puede conocer y/o utilizar datos que le afecten, sobre todo "cuando el ejercicio de actividades sanitarias se llevan a cabo de forma autoritaria, masificada, o de anonimato", es decir, de deshumanización.*[24]

En síntesis, la singular relación dialéctica en el apartado que estamos analizando, se centra de una parte[25] en el derecho a la protección de la salud que crea entre la administración y los ciudadanos obligaciones de información recíproca; de otra, cada ciudadano tiene derecho a conocer su propio estado de salud y también derecho a que no la conozcan los demás, o, al menos, a que no lo conozcan a través de la información que la administración sanitaria proporcione.

En lo referente a los ficheros de titularidad privada, la Ley exige en su Art. 26.1, que toda persona o entidad que proceda a la creación de ficheros de datos de carácter personal lo notificará previamente a la Agencia de Protección de Datos. Acerca de este artículo, únicamente mencionar que si entendemos por "persona", persona física profesional, lo sorprendente es, que no parece que todos y cada uno de las personas, por ejemplo médicos, abogados, dentistas, etc., que posean ficheros de datos personales, ya sea en soporte informático o en cualquier otra modalidad de soporte físico, lo hayan notificado a la Agencia de Protección de Datos.

pdfelement

4°.-Excepciones al Secreto Médico

Llegados a este punto, hasta el momento, hemos podido ver la importancia del Secreto Profesional en la salvaguarda de los derechos al Honor, la Intimidad personal y familiar y la Propia imagen, derechos inherentes a las personas y reconocidos en la Constitución, pero, ¿Qué se puede decir del momento en el cual el profesional, por una causa u otra se ve abocado a la revelación de determinados datos o información por él conocida?.

Hay una nota común en todas las situaciones jurídicas que hemos visto con anterioridad y es que el deber de guardar Secreto por parte del Profesional fenece en el momento en que expresamente se otorga el consentimiento por el titular del secreto al profesional para el uso de esa información o esos datos.

En estos casos, no hay la menor duda de la ausencia de antijuridicidad en la conducta del profesional. Por otra parte, sería del todo ridículo obligar a un profesional a revelar un secreto, cuando lo puede hacer con toda facilidad aquel que lo confió.

Pero hay otro tipo de situaciones en las que lo profesionales, en concreto la mayoría de los médicos, se encuentran del todo incómodos, y es, sin lugar a dudas, la declaración en un proceso, ya sea de índole penal o civil.

78
Elimina la filigrana digital ahora
1098

Como causa que exonera la de la conservación del secreto profesional suele citarse la obligación de denunciar, cuando la propia ley impone denunciar determinados hechos delictivos. Con carácter general, se señala el **Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal**, "***Los que por razón de sus cargos o profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público están obligados a denunciarlo inmediatamente...***". Como supuestos estados de necesidad se suele citar el médico que debe dar parte de la enfermedad infecciosa de su paciente. En estos casos se da preferencia al interés de rango superior. Debe también citarse el médico que para defenderse en causa penal por homicidio o lesiones culposas, debe revelar con todo detalle el curso de la enfermedad del paciente, así como el tratamiento utilizado.

Cuando por otro motivo el profesional, en este caso el médico, que ha de otorgar un informe pericial, exista la posible vulneración de la intimidad, se soluciona, en opinión de algunos teóricos, aplicando la doctrina general sobre el consentimiento, es decir, cuando la prueba pericial es a instancia de parte, el interesado está relevando al médico de su obligación de secreto. En estos casos, se produce un choque frontal entre el deber de guardar secreto profesional y el deber de colaborar con la justicia, este conflicto se encauza en **vía penal**, mediante la aplicación de las eximentes del Código Penal:

Art. 20.5, "El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurran los siguientes requisitos:

1º.-Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.
2º.-Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.
3º.-Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo obligación de sacrificarse.

pdfelement

Art. 20.7 del Código Penal " **El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo**".

En cualquier caso, **la Doctrina del Tribunal Constitucional** ha dejado claro que **el Secreto Profesional**, así como la intimidad de la persona, pueden llegar a ceder en ciertos casos, como se refleja en su *Sentencia 37/1989 de 15 de febrero*, en cuyos Fundamentos Jurídicos dice que "*La intimidad personal, puede llegar a ceder en ciertos casos y en cualquiera de sus diversas expresiones ante exigencias públicas, pues no es este un derecho de carácter absoluto, pese a que la Constitución, al enunciarlo, no haya establecido de modo expreso la reserva de intervención judicial, que figura en las normas declarativas de la inviolabilidad del domicilio o del secreto de las comunicaciones.*", la Sentencia del Tribunal Constitucional continua diciendo "*Tal afectación del ámbito de la intimidad es posible sólo por decisión judicial que ha de prever que su ejecución sea respetuosa de la dignidad de la persona y no constitutiva, atendiendo a las circunstancias del caso, de trato degradante alguno.*"[26]

En cuanto a las excepciones al secreto médico, debemos también citar aquellas que, aun justificándose, una cierta lesión del interés del paciente en relación con el ámbito general protegido, nada puede justificar las medidas incompatibles con la

Elimina la filigrana digital ahora

dignidad de la persona. De tal forma, la posición del médico respecto del Secreto debe ser consecuencialista, ya que debe valorar las situaciones en las que los efectos de su revelación no serán los mismos, así podemos citar:

1°.-Si de la revelación del Secreto médico se obtiene un beneficio cierto y el paciente lo considera correcto y no perjudicial para su intimidad. (Ejem.: Póliza de seguros en las que el paciente consiente que el médico informe al asegurador de su estado de salud)

2°.-Si de la revelación del secreto no hay un perjuicio para el paciente y sí un beneficio social directo. (Ejem.: Denuncia de una meningitis en un determinado alumno de un colegio.)

3°.-Si de la revelación del secreto no hay un perjuicio para el paciente ni un beneficio social directo. (Ejem.: Embarazo no deseado en una discapacitada.)

4°.-Si de la revelación del secreto se deriva un beneficio cierto para terceras personas indefensas, aun en el caso de que exista un relativo perjuicio del paciente.[27] (Ejem.: Prostituta VIH positivo y no adopta prevención alguna al respecto, infectando a todo aquel que mantenga relaciones con ella.)

CONCLUSION.-

Se hace un revisión generalizada desde la historia en todo aquello que atañe al secreto profesional médico, valorándolo y ajustándolo en las distintas corrientes de la relación médico paciente que se han dado a lo largo de la historia hasta el momento actual.

Se concretan algunos aspectos y leyes por las cuales nos regimos actualmente sin entrar en concreciones específicas, y concluimos, a tenor de lo expuesto que la polémica en dicha materia está servida.

Pues como hemos dicho en anteriores premisas, cuando la colectivización de la vida social médica, nos lleva a la falta de libre elección de médico, de hospital, de relación médico-paciente, etc.; es prácticamente imposible dirimir, cuando, cómo y en qué circunstancias el secreto profesional pueda tener algún valor que no pase de la mera anécdota de polémicas periodísticas, radiofónicas o televisivas de individuos públicos o de aquellos otros de causas interesadas y de conflictos reivindicativos.

En ésta última exposición de controversias y a modo de resumen, hecho mano del Art. 18 del Código de Etica y Deontología Médica que nos dice:

"Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico revelará el secreto en los siguientes casos:

1°.-Por imperativo legal. Si bien en sus declaraciones en los Tribunales de Justicia deberá apreciar si, a pesar de todo, el secreto

80
Elimina la filigrana digital ahora
1000
1100

profesional le obliga a reservar ciertos datos. Si fuera necesario, pedirá asesoramiento a su Colegio.

2º.-Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste sea el autor voluntario del perjuicio.

3º.-Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o un peligro colectivo.

4º.-En las enfermedades de declaración obligatoria.

5º.- Cuando el médico comparezca como acusador ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria. No obstante, tendrá derecho a no revelar las confidencias del paciente.

Ante todo lo expuesto y en algunas circunstancias, existe el peligro de que el médico sea visto por la sociedad como un simple confidente de la justicia ordinaria, de las autoridades sanitarias y/o de intereses deletéreos de empresas...con lo que se puede crear una natural desconfianza social. Ante ello, hemos de oponer el que el secreto médico, deberá seguir siendo un deber fundamental del médico, sin olvidar por otra parte que no es una obligación absoluta, ya que siempre se ha reconocido que, por encima del bien secreto, hay otros bienes superiores ante los que aquél ha de ceder. Se ha de tratar pues de imperativos de fuerza mayor.

" Es por ello, que, aún en el caso de las derogaciones del secreto médico que antes hemos expuesto, el médico debe actuar como guardador celoso de las confidencias de sus pacientes. Será siempre discreto, parco, restrictivo en sus declaraciones que hará exclusivamente ante quien esté titulado para recibirlas y para hacer de ellas el uso debido"[28]

pdfelement

BIBLIOGRAFIA

[1] .-REVERTE COMA, JM.: Límites éticos, científicos y jurídicos. 1983. Ed. Diez Santos SA. Madrid.
[2] .-LOFTUS, ELISABETHF and FRIES, JAMES F.:Informed consent may be hazardous to health. Science 204 (6/IV/1979):11
[3].-HART,H.L.A.:Law,liberty and morality. 1963, Stanford. Stanford University Press, 31-33.
[4].-DWORKIN,G.:Monist, 56;Enero 1972;65.
[5].-BEAUCHAMP,T.L and McCULLOUGH,L.B.:Ética Médica pp. 93-123; Edit. Labor 1987, Barcelona.
[6].-CASADO GONZÁLEZ, M.:Bioética ,derecho y sociedad. 1998; Edit.Trotta S.A.
[7] .-SIEGLER, M.: La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada. En la Rev. "Etica y Humanidades- "Limitacion de Prestaciones Sanitarias". 1997. Ed. Doce Calles, S.L.Aranjuez (Madrid)
[8] .-PLATON.:Leyes IV; 347-348 a.d.C; Edic. de J.M Pabón y M Fernández-Galiano. Madrid:Instituto de Estudios Políticos, 1960, pp.152-53.
[9] .-GRACIA, D.: Fundamentos de bioética. 1989;Eudema SA. Madrid.
[10].-Ibidem nº 6.

81
Elimina la filigrana digital ahora

[11].-The Belmont Report:Ethical Principles and guidelines for the Protection of Human Subjets. DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978.
[12].-HERRANZ RODRIGUEZ, G.: Comentarios al Código de Ética y Deontologia Médica. 2ª Ed. 1993.EUNSA. Pamplona. (España).
[13].-MOTA LÓPEZ, A.: El asesoramiento bioético como tarea pastoral; Bioética y Ciencias de la Salud; 1998;2:1.
[14].-Ibídem nº 6.
[15].-LEY GENERAL DE SANIDAD. BOE, 29 de Abril; pp 15;209-15;210; 1986
[16].-Ibídem nº 6.
[17].-Ibídem nº 12.
[18].-CASTELLS ARTECHE, JM.: Derecho a la privacidad y procesos informáticos: Análisis de la Ley Orgánica 5/92 de 29 de Octubre (LORTAD) en Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poderr Judicial-1994.
[19].- MARTINEZ-PEREDA, J.M.: Actualidad Penal nº 10/4- 10 marzo 1996

[20].-MUÑOZ CONDE, F.: Derecho penal (Parte Especial).Tirant lo blanch libros. 1996.
[21].-Ibibem nº 17
[22].- LEY ORGANICA 13/12/1999; num. 15/1999; BOE 14-12-1999, num. 298; pag. 43088.
[23].-LUCAS MURILLO, P.: Informática y protección de datos personales (Estudio sobre la LO 5/1992) Madrid 1993.
[24].-COBRERO, E.: Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. (Estudio sistemático de los ordenamientos Italiano y Español. Oñati. 1988)
[25].- SAINZ MORENO, F.: Secreto e información en el Decreto Público; Trabajo publicado en el "Libro-Homenaje al Prof. E. García Denterría. Tomo III; pag 2917; Madrid 1991.
[26].- STC 37/1989 de 15 de febrero de 1989; BOLETIN DE JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL. Marzo 1989, nº 95. CORTES GENERALES
[27].-Ibidem nº 6.
[28].-Ibídem 12.

pdfelement

82

Elimina la filigrana digital ahora

2002
1102

Rev Med Uruguay 2001; 17: 17-23

Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención

Dr. Hugo Rodríguez Almada[1]

Resumen

La mayoría de los reclamos por responsabilidad médica derivan del mal manejo de unos pocos aspectos del acto médico.
Se definen como aspectos críticos en responsabilidad médica *un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, justificadas o no.*
Los aspectos críticos de mayor importancia son: relación médico-paciente, lex artis, *historia clínica y consentimiento médico.*
Los reclamos por responsabilidad médica no suelen originarse en un error técnico sino en el fracaso de la relación médico-paciente.
Lex artis *es el criterio clave para determinar si existió responsabilidad médica y en él cada vez cobran más valor los aspectos éticos del acto médico.*
La historia clínica integra el acto médico y la cantidad y calidad de lo registrado es decisivo para determinar la adecuación a lex artis.
En nuestro país, la práctica médica en materia de consentimiento está rezagada respecto de la doctrina, la jurisprudencia y la normativa, dando lugar a hipótesis de responsabilidad médica.
Se concluye que, independientemente de la complejidad jurídica de la cuestión de la responsabilidad médica, es posible orientar la prevención desde una perspectiva estrictamente médica.

Palabras clave: *Responsabilidad legal.*

Introducción

La responsabilidad jurídica surgida de su actuación profesional es una preocupación de los médicos a nivel universal. En nuestro país, a partir de 1988, desde las organizaciones médicas se han desarrollado esfuerzos interdisciplinarios orientados para mejorar su comprensión y proponer medidas de prevención[1-9].

Además de las repercusiones individuales sobre pacientes y médicos, el fenómeno de los reclamos por responsabilidad médica incide en la práctica asistencial, la relación médico-paciente y las economías institucionales (medicina defensiva, pólizas de seguros, conciliaciones, liquidaciones de sentencias judiciales)[7-21].

La responsabilidad profesional es un terreno jurídico de singular complejidad y dinamismo, y está en pleno desarrollo teórico. Problemas como la naturaleza de la obligación surgida del contrato asistencial (de medios, de resultado, de seguridad), la existencia de la responsabilidad objetiva (sin culpa), el régimen de la responsabilidad (aquiliana o contractual), entre muchas otras cuestiones, reciben soluciones doctrinarias y jurisprudenciales diver-

Médico legista. Médico forense del Poder Judicial. República Oriental del Uruguay.
Institución: Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico.
Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez Almada
Br. Artigas 1515 C.P. 11200 Montevideo-Uruguay
hrodrigu@mednet.org.uy
Recibido: 20/10/00.
Aceptado: 30/03/01.

83
Elimina la filigrana digital ahora
2007
T103

sas en el derecho comparado[8,9,22-25]. Esta realidad genera una sensación de inseguridad entre los médicos, lo que se agrava por la incomprensión –por razones de formación– de las categorías manejadas por el derecho y por la existencia de una *"racionalidad diferente"* entre médicos y abogados[26].

Aspectos críticos en responsabilidad médica

Sin perjuicio de lo anterior, la experiencia mundial, muy particularmente en el área iberoamericana, enseña que la gran mayoría de las reclamaciones por responsabilidad médica se vincula a un inadecuado manejo de unos pocos aspectos del acto médico. Por ello parece de utilidad para el médico práctico, tanto para la compresión del fenómeno como a los efectos de su prevención, la introducción del concepto de *aspectos críticos en responsabilidad médica*, entendidos como *un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar o no justificados*[8,9].

Sin pretender otorgarle un carácter taxativo, no hay duda de que relación médico-paciente, *lex artis*, la historia clínica y el consentimiento médico son aspectos críticos de la mayor importancia práctica.

Relación médico-paciente

Los reclamos por real o presunta responsabilidad médica generalmente tienen origen en una ruptura de la relación médico-paciente, antes que en un daño o un error médico inexcusable.

Para referir a la relación médico-paciente también se han ensayado expresiones como *relación equipo de salud-paciente-familia* o, simplemente, *relación clínica*, para expresar la complejidad de un vínculo en que inciden otros actores, como el personal no médico o la familia[3,27].

Cualquiera sea la denominación elegida, esta relación se ha visto afectada por las transformaciones experimentadas en los aspectos organizativos de la asistencia médica, así como por profundos cambios culturales en los actores del proceso asistencial y sus relaciones recíprocas[8,9,27-31]. Todo ello ha contribuido a un proceso de cambio de paradigma, que tiende a desplazarse desde el *paternalismo* a la *autonomía*, aunque algunos autores proponen la idea de la *relación responsable* como síntesis de esos dos modelos antagónicos referidos[32].

Es así que el trato adecuado, la buena comunicación, la información suficiente, el consentimiento médico y el respeto al conjunto de los derechos del paciente son elementos claves en la prevención de los reclamos por responsabilidad médica[33,34].

Lex artis

La *lex artis* (ley del arte) constituye el criterio clave para determinar la existencia o no de responsabilidad médica, de tal modo que en el centro argumental y probatorio de los juicios de responsabilidad médica se ubica la cuestión de si hubo cumplimiento o apartamiento de ella[35-37].

Esta categoría refiere a la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y procederes admitidos en un determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación históricamente concreta *(lex artis ad hoc)*[27]. Así entendida, se comprende su estrecha y natural vinculación con la educación médica continua[33,34,38].

No se trata de valorar cómo hubiera actuado el mejor médico en las condiciones ideales, ni siquiera si el acto médico se corresponde con lo propugnado por la escuela mayoritaria.

El concepto de *lex artis* se ha venido impregnando cada vez más de componentes éticos y es indisoluble de la idea de una buena relación médico-paciente, por lo que no basta el cumplimiento de los aspectos estrictamente técnicos del acto médico[8,9,27,35].

Como ejemplo de lo anterior, véase que un procedimiento quirúrgico de coordinación correctamente indicado, oportuna y técnicamente bien ejecutado, no se ajustará a *lex artis* si no se cumplió con el deber de la información (riesgos, alternativas terapéuticas, etcétera), es decir si el médico no contó con un consentimiento válido. Como tampoco se podrá afirmar que se actuó de acuerdo a *lex artis* si no se registró adecuadamente el procedimiento en la historia clínica o si se infringió el principio ético y jurídico de la confidencialidad[8,9,27].

En suma: a medida que la autonomía de los pacientes gana terreno, en la valoración de la *lex artis* pasan a cobrar creciente importancia la observancia de los derechos de aquellos.

La historia clínica

Fue definida por Laín Entralgo como *"el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad"*[39].

Es un documento de singular importancia en la valoración de la responsabilidad médica, ya que *"es el reflejo de todas las actuaciones médico-sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición"*[40].

Galán Cortés la conceptúa como la *"biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fun-*

84
Elimina la filigrana digital ahora
2001
1104

damental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario". De tal forma que en este documento se refleja, no sólo el acto médico propiamente dicho, sino el cumplimiento de ineludibles deberes del médico como prestar asistencia, informar o recabar el consentimiento[27].

Pero antes que por su importancia medicolegal, la historia clínica resulta imprescindible en lo asistencial, como medio de comunicación. Y en este rol ha acompañado las modificaciones organizativo-administrativas (complejización y socialización del acto médico) y culturales (cambio del paradigma hegemónico en la relación médico-paciente) sufridas por la asistencia médica en las últimas décadas[9,41,42]. La multiplicidad de personal que actúa directa o indirectamente en la asistencia de un paciente (médico, paramédico y aún administrativo) ha llevado a replantear el significado y alcance del secreto médico, incorporando los conceptos de *secreto compartido* y *secreto derivado*[40,43,44].

En el contexto del modelo anterior (relación médico-paciente directa y biunívoca) la historia clínica oficiaba como medio de comunicación en un sentido longitudinal, a modo de ayuda-memoria para el médico. En la realidad actual, la historia clínica mantiene su vigencia de ayuda-memoria para le médico, pero incorpora un trascendente valor como medio de comunicación en un sentido transversal, permitiendo la comunicación entre las muchas personas que intervienen en la asistencia de un paciente en un momento determinado.

Es así que el adecuado registro pasa a formar parte del acto médico y, por ello, se constituye en un criterio de *lex artis*. En este sentido, la cantidad y calidad de lo registrado informa sobre la calidad de aquel del acto médico[9,37].

La historia clínica es entonces un documento medicolegal complejo, que refleja los cambios acaecidos en las formas de la prestación asistencial y, en su condición de medio de comunicación, constituye condición necesaria para la asistencia médica, criterio de *lex artis* y aspecto crítico de la responsabilidad médica.

Por su importancia teórica y práctica en la responsabilidad médica, se reseñarán algunos aspectos de la historia clínica de interés medicolegal.

a) La propiedad

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay dice que *"el médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece"* (art.16, num. 2).

En términos estrictamente jurídicos, la cuestión de la propiedad de la historia clínica es sumamente compleja[9,27,40-42]. Aunque no hay dudas de que el paciente es el legítimo propietario de la información contenida en la historia clínica, por concernirle en forma personal y directa, el soporte material del documento es suministrado por la institución asistencial, quien tiene el deber de su custodia y es responsable de su presentación en caso de reclamo judicial[9]. Tal interpretación se adapta al derecho positivo uruguayo (artículo 42 del Decreto 258/92): *"El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia de la misma, a sus expensas"*. (Decreto 258/992, art. 42).

Por último, no menos importante es el enfoque del problema de la propiedad intelectual por parte del autor ya que la historia clínica no es un mero registro de datos, sino un producto de elaboración intelectual, que justifica tal análisis[9,27,41,44,45].

b) El acceso y confidencialidad

Aunque parece obvia la legitimidad del conocimiento por parte del paciente, *"generalmente, los pacientes no tienen libre acceso a la historia clínica, pues los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud no son muy adictos a permitir la lectura de estos documentos por parte de los enfermos"*[42]. Esta legitimidad no debería trasladarse mecánicamente a parientes y allegados, si bien en determinados situaciones los representantes legales del paciente podrán solicitarla con motivos fundados[27].

El personal (médico y no médico) tiene derecho a acceder a la historia clínica. Y con fines estadísticos, de investigación, docencia o de control de calidad, la institución podrá acceder al contenido de las historias, en el supuesto de una utilización anónima de la información recabada[9,43,46].

Los jueces penales podrán solicitar las historias clínicas cuando ellas constituyan medios de prueba en casos a su cargo[9,27,47]. En un sentido análogo, el Decreto 288/81 impone que se entregue fotocopia de la historia clínica de los fallecidos que pasen a la Morgue Judicial[46].

Sin perjuicio de lo anterior, se acepta como una justa causa de relevamiento del secreto profesional la situación en la que un médico hace uso de esa información para defenderse de una demanda por presunta responsabilidad médica. Dentro de este criterio, podría aceptarse la entrega a la sede judicial de la historia clínica bajo custodia del médico[9]. El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay menciona como causa válida de revelación de secreto profesional la hipótesis de *"defensa legal del médico contra acusación del propio paciente"* (art. 22, num. 5).

En cualquier otro caso en que se plantee el acceso a la historia clínica se debería privilegiar el derecho a la intimidad.

parelemento

88 DR
Elimina la filigrana digital ahora
2005
1108

dicina: Iniciaçao a Bioética. Brasilia: CFM, 1998: 269-84.

44. **Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M.** El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. In: Gisbert Calabuig: Medicina Legal y Toxicologia. 5ª edición. Barcelona: Masson, 1998.
45. **Bofarull Piugdengoles JI.** Historia clínica. Valoración médico-legal. Valencia: Valenciana, 1987.
46. **Ricciardi N, Berro G, Borges F, Pintos I.** Documentos médico-legales. In: Departamento de Medicina Legal: Medicina Legal, 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro, 1995: 277-81.
47. **Arias Valverde O.** El secreto médico en Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica 1990; 7(2): 45-9.
48. **Luna Maldonado A.** Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal 2000; 1: 39-47.
49. **Rodríguez H, Grille A, Mederos D.** Responsabilidad civil derivada del acto médico. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 205-15.
50. **Berro G, Lucas H, D'Attole A.** La Pericia Médico Legal y otros medios probatorios. IX Jornadas de Derecho Procesal. Montevdeo: Universidad, 1997: 195-207.
51. **Lorenzetti R.** Responsabilidad civil de los médicos. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 1986: 330.
52. **Castaño P.** El consentimiento informado en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis, 1997: 461.
53. **Galán Cortés JC.** La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Med Uruguay 1999; 15: 5-12.
54. **Galán Cortés JC.** El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid: Colex, 1997: 162.
55. **Sosa Aguerre T.** Relación vinculante entre médico y paciente: el consentimiento. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 147-52.
56. **Zuccherino MR.** La praxis médica en la actualidad (legislación, doctrina y jurisprudencia). Buenos Aires: Despalma, 1994: 204.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

2009
1109

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.

RADICACION No.7601-31-03-007-2015-00132-00-

AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Abril veintiséis-26- de dos mil diecisiete (2017).

En atención al escrito que antecede, el Juzgado

RESUELVE:

El anterior escrito junto con los anexos presentados por el Dr. DIEGO LEON VILLAMARIN IDROBO en su condición de apoderado judicial del demandado señor JAMES ARTURO ZAMBRANO NARVAEZ, agréguense a los autos para que conste su recibo, para ser tenidos en cuenta a su debida oportunidad, de lo cual se da conocimiento a la parte interesada. Obran a folios del 969 al 2008.

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

parelement

JUZGADO 7° CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
El auto No 064 se notificó
hoy
28 ABR 2017 a las
El Secretario.

Elimina la filigrana digital ahora

1110

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.

RADICACION No.7601-31-03-007-2015-00132-00.

AUTO DE TRAMITE.

Santiago de Cali, Abril veintiocho -28- de dos mil diecisiete (2017).

Se corrige el auto de fecha Abril -26- de 2017 que obra al folio 1109, en el sentido de que el escrito y anexos presentados referidos en dicho proveído, obran es folios del 969 al 1108. (Art. 268 del C.G.P.).

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

066

- 3 MAY 2017

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.
RADICACION No.76001-31-03-007-2015-00132-00.
AUTO DE TRÁMITE.

Santiago de Cali, Mayo diecinueve -19- de dos mil diecisiete (2017).

REQUIERASE a la señora ANGELA MARIA ECHEVERRI RAMIREZ en su calidad de AGENTE ESPECIAL LIQUIDADORA DE SALUDCOOP E.P.S. EN LIQUIDACION, a fin de que se sirva dar cumplimiento a lo solicitado por el Despacho en auto del -2- de Agosto de 2016 que obra al folio 514 del cuaderno No. 1 A.

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

pdfelement

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
El anterior No 80 de este mismo se
notificó por
Cali, 24 MAY 2017 se
El Secretario

CONSTANCIA SECRETARIAL

Elimina la filigrana digital ahora

1112

SEÑOR
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIADAD CIVIL CONTRACTUAL POR FALLA MÉDICA
RADICACIÓN No. 2014-00586

DEMANDANTES: NOREIDY ACEVEDO CARDONA Y OTROS

DEMANDADOS: SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP Y OTROS

NOREIDY ACEVEDO CARDONA, mayor y vecina de esta ciudad e identificada como parece al pie de mi firma, actuando en calidad de parte demandante en el proceso referido y progenitora de la niña KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO víctima inocente en este proceso, respetuosamente Señor Juez, le manifiesto que autorice expresamente a la Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ para utilizar apartes o la totalidad de la Historia Clínica de mi hija KIMBERLY para la redacción de los hechos de la demanda, mismos que personalmente revise y corregí.

Lo anterior conforme a las disposiciones legales pertinentes conforme a la Ley 23 de 1981 y a la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron las normas pertinentes al manejo de la historia clínica.

pdfelement

Señor Juez,

Noreidy Acevedo C
NOREIDY ACEVEDO CARDONA
CC 1.130.655.342 de Cali

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Proceso Verbal
Radicación: 76001 3103 007 2015 00132 00
Demandante: JHON JEINNYS PAPAMIJA Y OTROS
Demandado: SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTROS

Santiago de Cali, mayo treinta y uno (31) de dos mil diecisiete (2017)

El escrito que antecede, presentado por la demandante NOREIDY ACEVEDO CARDONA, agréguese a los autos para que conste su recibido y póngase en conocimiento su contenido.

NOTIFIQUESE

JOSE ANTONIO DUQUE
Juez

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA

EN ESTADO No. 064 DE HOY NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.

CALI, - 1 JUN 2017

EDWARD OCHOA CABEZAS
SECRETARIO

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

08 JUN 2017

Cali, 8 de Junio de 2017

Señores:
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO
Cali-Valle
E. S. D.

REFERENCIA:	APORTE DOCUMENTOS SOLICITADOS
CLASE DE PROCESO:	ORDINARIO. PRIMERA INSTANCIA
RADICACION:	76001310300720150013200
DEMANDANTE:	JHON JENNYS PAPAMIJA
DEMANDADO:	SALUDCOOP EPS

ÁLVARO HERNÁN ROJAS PUERTAS, identificado con cédula de ciudadanía 6446409 y titular de la tarjeta profesional de abogado 179534 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de Abogado Externo de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 800.250.119-1 para los procesos y trámites judiciales en la ciudad de Cali, me permito hacer entrega de los documentos requeridos por el suscitado despacho, los cuales acreditan la calidad de Agente Especial Liquidadora de la Señora ANGELA MARIA ECHEVERRI.

pdfelement

ALVARO HERNÁN ROJAS
C.C. No. 6.446.409 de San Pedro, Valle

REPUBLICA DE COLOMBIA

Elimina la filigrana digital ahora

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 001731 DE 2016

(21 JUN 2016)

Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1,

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial las que le confieren la Ley 100 de 1993, el numeral 4 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 28 de la Ley 510 de 1999, el numeral 2 del artículo 296 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2462 de 2013 y

CONSIDERANDO

Que la Superintendencia Nacional de Salud en uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, mediante Resolución No. 00801 del 11 de mayo de 2011, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO.**

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2414 del 24 de noviembre de 2015, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, identificada con NIT. 800.250.1191 y designó a LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.405.054, como Agente Especial Liquidador.

Que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 28 de la Ley 510 de 1999, la Superintendencia Nacional de Salud está facultada para designar al Liquidador y removerlo de su cargo.

Que el numeral 2 del artículo 296 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para hacer seguimiento de la actividad de los liquidadores teniendo en cualquier tiempo, acceso a los libros y papeles de la entidad y a los documentos y actuaciones de la liquidación, sin que le sea oponible reserva alguna, con el objeto de examinar la gestión y eficacia de la actividad del liquidador, sin perjuicio de la facultad de removerlo libremente.

Que de acuerdo con lo previsto en el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Liquidador actúa como auxiliar de la justicia y, por tanto, para ningún efecto podrán reputarse trabajador o empleado de la entidad objeto de la medida de intervención o de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 1947 de 2003 estableció los requisitos para el nombramiento y posesión de los Agente Especiales Interventores, Liquidadores o Contralores, así como los requisitos para ser incluidos en el Registro de Interventores y Liquidadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Es fiel copia del documento que reposa en esta entidad
SECRETARIA GENERAL

Elimina la filigrana digital ahora

"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1"

Que el doctor Luis Martín Leguizamón Cepeda, presentó renuncia irrevocable al cargo de Agente Especial Liquidador de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO** mediante comunicación 1-2016-081041, la cual fue aceptada a través de comunicación 2-2016-055707.

Que el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las funciones a que se refiere el artículo 3 de la Resolución 000461 de 2015 en sesión del 21 de junio de 2016, recomendó al Superintendente Nacional de Salud, previa recomendación del Superintendente Delegado para las Medidas Especiales, designar como Agente Especial Liquidador de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, a la doctora ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 42.979.642 de Medellín, quien se encuentra inscrita en el Registro de Interventores, Liquidadores y Contralores de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que en mérito de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. DESIGNAR a la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ**, como Agente Especial Liquidador de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1.

PARÁGRAFO PRIMERO. La doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRY RAMÍREZ** ejercerá las funciones como Agente Especial Liquidador a partir de la fecha de su posesión y deberá rendir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información prevista en las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2555 de 2010 y en los numerales 1 y 2 del Capítulo Tercero del Título IX de la Circular Única expedida por esta entidad.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El Agente Especial Liquidador designado ejercerá las funciones de Representante Legal **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, en intervención forzosa administrativa para liquidar y tendrá la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad, junto con los demás deberes y facultades de ley.

PARÁGRAFO TERCERO. El Agente Liquidador designado de conformidad con el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, actuará como auxiliar de la justicia y para ningún efecto podrán reputarse trabajador o empleado de la entidad objeto de la medida de intervención o de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO SEGUNDO. El doctor **LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA** deberá hacer entrega de los bienes, haberes y negocios de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, en intervención forzosa administrativa para liquidar y rendir un informe consolidado de las actividades realizadas como Agente Especial Liquidador ante la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.4 del Capítulo Tercero del Título IX de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, so pena de iniciar las actuaciones administrativas sancionatorias a que haya lugar.

ARTÍCULO TERCERO. COMUNICAR el contenido del presente acto administrativo al doctor **LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA**, identificado con cédula de ciudadanía 79.405.054 en la Calle 128 No. 54 – 07 Prado Veraniego, o al correo electrónico luis@luisleguizamon.com, o al sitio que se indique para tal fin, por parte del Grupo de Notificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO CUARTO. NOTIFICAR PERSONALMENTE el contenido de la presente resolución a la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRY RAMÍREZ**, identificada con cédula de

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SECRETARIA GENERAL

Elimina la filigrana digital ahora

"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1"

ciudadanía No. 42.979.642 de Medellín, en la calle 43A No. 7-50 Of. 611 de Medellín, o al correo electrónico angelamer@outlook.es al sitio que se indique para tal fin, por parte del Grupo de Notificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011.

PARÁGRAFO. El liquidador designado tomará posesión ante el Superintendente Delegado para las Medidas Especiales, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto administrativo.

ARTÍCULO QUINTO. PUBLICAR el contenido de la presente resolución en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO SEXTO. La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con los artículos 76 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo de lo Contencioso Administrativo.

Dada en Bogotá a los 21 JUN 2016

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Elaboró: Walter Romero Alvarez
Director de Medidas Especiales EAPB
Revisó Dr. Francisco Morales Fajardo
Jefe de Oficina Asesora Jurídica (e)
Dr. Javier Antonio Villarreal Villaquirán
Superintendente Delegado para las Medidas Especiales

pdfelement

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Es fiel copia del documento que reposa en esta entidad
SECRETARIA GENERAL

Elimina la filigrana digital ahora

Supersalud	PROCESO	ADOPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES	CÓDIGO	MEFL02
	FORMATO	ACTA DE POSESIÓN INTERVENTOR LIQUIDADOR CONTRALOR	VERSIÓN	01

ACTA DE POSESIÓN S.D.M.E. 013

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital a veintiuno (21) de junio de dos mil dieciséis (2016), el Superintendente Delegado para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la Resolución No. 000466 del 10 de marzo de 2014 de esta Superintendencia, procedió a posesionar a la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía 42.979.642 de Medellín (Antioquia), como **AGENTE ESPECIAL LIQUIDADORA** de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN** designada mediante Resolución No. 001731 del 21 de junio de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud *"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1,"*

Para su posesión, la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** presentó la Cédula de Ciudadanía 42.979.642 de Medellín (Antioquia) y manifestó que no tiene ningún impedimento para desempeñar las funciones como Agente Especial Liquidadora de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN.**

La doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** prestó el juramento de rigor, para lo cual se comprometió a cumplir bien y fielmente con las funciones que como Agente Especial Liquidadora de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN** le asiste.

En constancia, se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, a los veintiún (21) días del mes de junio de dos mil dieciséis (2016).

pdfelement

EL SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA MEDIDAS ESPECIALES	LA POSESIONADA
JAVIER ANTONIO VILLARREAL VILLAQUIRAN	ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ CC. 42.979.642 de Medellín (Antioquia) Agente Especial Liquidadora

Elimina la filigrana digital ahora

1119

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.
RADICACION No.76001-31-03-007-2015-00132-00.
AUTO DE TRÁMITE.

Santiago de Cali, Junio dieciséis -16- de dos mil diecisiete (2017).

En atención al escrito que antecede, el Juzgado

RESUELVE:

1)El escrito y anexo que anteceden presentados por el Dr. ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS agréguense a los autos para que conste su recibo, con lo cual se da cumplimiento a lo solicitado por el Despacho en auto de fecha Agosto 2 de 2016 que obra al folio 514 del cuaderno 1 A.

2)Requiérase al Dr. ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS a fin de que se sirva dar cumplimiento a lo solicitado en el numeral 1) de la parte resolutiva del auto de fecha Diciembre 14 de 2016 que obra al folio 950 de este cuaderno , con el fin de reconocerle personería como apoderado judicial de la entidad que aquí pretende representar.

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE

JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
El auto No 095 de hoy notificó el
mismo estado
Cali, 22 JUN 2017 de 19
El Secretario.

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

120

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD.
RADICACION No.76001-31-03-007-2015-00132-00.
AUTO DE TRÁMITE.

Santiago de Cali, Julio treinta y uno -31- de dos mil diecisiete (2017).

Requiérase por segunda vez al Dr. ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS a fin de que se sirva dar cumplimiento a lo solicitado en el numeral 1) de la parte resolutiva del auto de fecha Diciembre 14 de 2016 que obra al folio 950 de este cuaderno , con el fin de reconocerle personería como apoderado judicial de la entidad que aquí pretende representar.

NOTIFIQUESE.

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE.

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
El auto No 120 de hoy notifiqué el
Cali, - 1 AGO 2017 de 20
El Secretario

pdfelement

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

3 de agosto de 2017

Señor:
JUEZ 7 CIVIL DEL CIRCUITO
Cali-valle

Referencia:	**APORTE DE DOCUMENTOS**
Demandante:	**JHON JENYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS**
Demandado:	**SALUDCOOP EPS**
Radicado:	**2015-00132**

Mediante el presente escrito me permito, respetuosamente, dar cumplimiento a lo ordenado por este Despacho, mediante Auto notificado por estado el día 15 de Diciembre de 2016, para lo cual me permito allegar los siguientes documentos:

- Resolución 2414 del 24 de Noviembre de 2015, por medio de la cual la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO.
- Acta de posesión S.D.M.E. 013 del 21 de julio de 2016 mediante la cual se posesionada a la doctora ANGELA MARIA ECHEVERRI RAMIREZ, como Agente Especial Liquidadora.
- Escritura Pública No. 1555 del 21 de julio de 2016, otorgado en la Notaría 52 del círculo de Bogotá, a través de la cual la Dra. ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ, en su condición de Agente Especial Liquidadora, le confiere poder General al Dr. **MARTÍN EMILIO RAMÍREZ,** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.552.744.

Se anexa en medio magnético (CD) los documentos anteriormente relacionados.

Atentamente,

ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS
C.C. 6.446.409
T.P. 179.534 del Consejo Superior de la Judicatura

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 002414 **DE 2015**

(24 NOV 2015)

Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.119-1**

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En ejercicio de las atribuciones legales y reglamentarias que le confieren la Ley 100 de 1993, los artículos 113 a 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 2462 de 2013 y

CONSIDERANDO

Que el inciso primero del artículo 2 de la Constitución Política de Colombia precisa como *"fines esenciales del Estado: servir a la comunidad (...) garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución"* y en el inciso segundo que *"Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares"*.

Que de conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo 334 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 003 de 2011, dispone que los servicios públicos son actividades intervenidas por el Estado, a través de la ley y el artículo 365 prescribe: *"Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley"* y agrega, con independencia de quien los preste que *"En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios"*.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, estableció que es deber del Estado "*Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto*".

pdfelement

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, con el fin de garantizar, entre otros, los principios consagrados en la Constitución Política y en los artículos 2 y 153 de la citada ley.

Que según lo dispuesto en el parágrafo 2° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, competencia que fue reiterada por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001.

Que por su parte, el parágrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993 señala que el procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Financiera de Colombia.

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 1015 de 2002 reglamentario del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, *"la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar (...) las Empresas Promotoras de Salud, (...) las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan".*

Que el inciso 3 del numeral 2 del artículo 116 del Decreto - Ley 663 de 1993, modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, prevé que *"Cuando no se disponga la liquidación de la entidad, la toma de posesión no podrá exceder del plazo de un (1) año, prorrogable (...) por un plazo no mayor de un año; si en ese lapso no se subsanaren las dificultades que dieron origen a la toma de posesión, (...) dispondrá la disolución y liquidación de la institución vigilada(...)".*

Que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 296 de 2010, ordenó a **Saludcoop EPS OC**, entre otras, restituir a *"la liquidez de la EPS los recursos utilizados en la adquisición de activos y otras operaciones"* y en el cubrimiento de obligaciones por financiación externa, por un valor total superior a los seiscientos mil millones de pesos ($600.000.000.000) en precios corrientes del año 2010.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución No. 00801 del 11 de Mayo de 2011, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO** por el término inicial de dos (2) meses prorrogables.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución No. 01644 del 12 de julio de 2011, prorrogó por doce (12) meses, el término de la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** a partir del 13 de julio de 2011 hasta el 12 de julio de 2012.

Que el Juzgado Treinta y Siete (37) Civil del Circuito de Bogotá, mediante fallo de tutela de 31 de octubre de 2011, ordenó la suspensión inmediata y provisional de las Resoluciones 0801 del 11 de mayo de 2011 y 1644 del 12 de julio de 2011, proferidas por la Superintendencia Nacional de Salud, por el término de cuatro (4) meses, acto que fue revocado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, mediante sentencia del 17 de noviembre de 2011.

Que en acatamiento de la anterior providencia, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 3373 del 23 de noviembre de 2011, ordenó revocar la Resolución

Elimina la filigrana digital ahora

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

3135 del 4 de noviembre de 2011 que daba cumplimiento al fallo de primera instancia proferido por el Juzgado Treinta y Siete (37) Civil del Circuito de Bogotá y ordenar la reapertura del proceso de intervención.

Que mediante Resolución 2099 del 9 de julio de 2012, la Superintendencia Nacional de Salud, dispuso prorrogar el término de la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** hasta el 12 de mayo de 2013, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 22 de la Ley 510 de 1999, modificatorio del artículo 116 del Decreto Ley 663 de 1993.

Que el Gobierno Nacional, mediante Resolución Ejecutiva 128 del 8 de mayo de 2013, dispuso la prórroga de la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** hasta el 11 de mayo de 2014, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 3° del numeral 2° del artículo 22 de la Ley 510 de 1999, modificatorio del artículo 116 del Decreto Ley 663 de 1993.

Que posteriormente, el Gobierno Nacional mediante Resolución Ejecutiva 120 de 2014, decidió prorrogar el término de la intervención forzosa administrativa para administrar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** hasta el 11 de mayo de 2015, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 3° del numeral 2° del artículo 22 de la Ley 510 de 1999, modificatorio del artículo 116 del Decreto Ley 663 de 1993.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución No. 000899 del 27 de mayo de 2013, designó como Agente Especial Interventor de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** al doctor **GUILLERMO ENRIQUE GROSSO SANDOVAL,** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.436.836 de Bogotá, quien tomó posesión del cargo el día 27 de mayo de 2013, según Acta S.D.M.E. 15 de 2013.

Que la Contraloría General de la República, en proceso de responsabilidad fiscal IP 10 de 2011, mediante fallo 1890 de 2013 confirmado por el auto 019 de 2014, declaró la responsabilidad fiscal, y la obligación de resarcir el patrimonio público en cuantía indexada de $1,4 billones, a **Saludcoop EPS OC** y algunos de sus ex directivos y administradores.

Que la Procuraduría General de la Nación, en proceso disciplinario adelantado contra Carlos Gustavo Palacino y otros sujetos disciplinables miembros del consejo de administración de **Saludcoop EPS OC**, radicado 161 – 5546 (IUS 2012 – 117526) del 4 de marzo de 2013, declaró disciplinariamente responsables a algunos de los sujetos investigados y decidió imponer sanción de multa e inhabilidad para ejercer empleo público, función pública, prestar servicios a cargo del Estado o contratar con el mismo; dado que incurrieron entre otras conductas en el manejo indebido de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

Que el 7 de mayo de 2015, mediante Resolución Ejecutiva 070, el Presidente de la República decidió autorizar la prórroga de la intervención forzosa administrativa para administrar **SALUDCOOP EPS OC** hasta el 11 de enero de 2016, ordenando que dentro de ese término deberían *"tomarse las decisiones definitivas y ejecutarse las acciones correspondientes para lograr la superación del proceso de intervención forzosa administrativa (…) teniendo en cuenta las necesidades del aseguramiento en salud y la garantía de la oportuna y adecuada prestación de los servicios de salud"*.

Que una vez adelantados más de seis meses de la prórroga de que trata el considerando anterior, el agente especial interventor, Guillermo Grosso Sandoval, en concepto técnico

Elimina la filigrana digital ahora

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

remitido a la Superintendencia Nacional de Salud el 18 de noviembre de 2015, consideró y recomendó lo siguiente:

> *"(...) Por todo lo anterior a pesar de haber logrado superar gran parte de los hallazgos que generaron la medida de intervención y de haber subsanado algunas situaciones que afectaban la gestión del riesgo en salud, actualmente se presenta la imposibilidad de dar cumplimiento a las condiciones de (sic) financieras y de solvencia de la EPS y de garantizar el acceso real y oportuno a los servicios y el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los afiliados.*
>
> *(...) En este orden de ideas después de analizar la situación de la entidad, los informes elaborados y los argumentos presentados en los diversos documentos remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, esta interventoría recomienda modificar la medida de intervención para administrar prorrogada por la Resolución 070 de 2015 y ordenar la medida de Liquidación para SALUDCOOP EPS"*

Que la firma BAKER TILLY COLOMBIA LTDA, contralor designado para la intervención forzosa administrativa para administrar **SALUDCOOP EPS OC**, en documento remitido a la Superintendencia Nacional de Salud, presentó informe sobre la situación financiera de la entidad con corte a 30 de septiembre de 2015, en el cual indicó que la entidad tiene un patrimonio negativo superior a los 2.8 billones de pesos; que el costo de la prestación de servicios y los gastos administrativos superan los ingresos de la entidad, por lo que la misma es inviable; que la EPS presenta un incremento en el déficit de capital de trabajo que no permite cubrir las obligaciones corrientes de la entidad; entre otras.

Que de acuerdo con los anteriores hallazgos, la firma contralora concluye que la situación financiera de la entidad es crítica, que la posibilidad de continuar operando es remota y que por lo tanto *"se deberán evaluar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el interventor y la administración las medidas que se deben adoptar en estas circunstancias críticas"*.

Que la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, en ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia, el 9 de noviembre de 2015 produjo informe técnico sobre el comportamiento y evolución de la **EPS SALUDCOOP OC** en los componentes de aseguramiento, monitoreo de indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de servicios de salud y reporte de información de la Resolución 1552 de 2013, a partir de los reportes de obligatorio cumplimiento establecidos por la Circular Única; informe en el que presenta, entre otras, la siguientes conclusiones:

> *6. Saludcoop EPS, no garantiza la totalidad de los servicios de baja complejidad en todos los municipios donde cuenta con afiliados, al analizar la vigencia 2014 y el primer semestre de 2015 se encuentra una cobertura de baja complejidad del 71,12% en el primer semestre de 2014 y del 60.04% para el segundo semestre de dicha vigencia; y una cobertura del 78.45% en el primer semestre de 2015; incumpliendo lo establecido en el parágrafo del artículo 16 de la Ley 1122 de 2007; a cual establece que las EPS "garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.".*
> *7. La Entidad, no garantiza la cobertura de la totalidad de los servicios de "Medicina interna, Cirugía general, Ginecobstetricia, Pediatría, UCI, UCIN, UCIP, Oncología, Infectología, Nefrología, TAB, TAM" entre otros establecidos como trazadores, para la población afiliada, en ninguno de los tres semestres evaluados; observándose, una cobertura de Alta complejidad del 17.03% y del 50.40% para el primer y segundo semestre del 2014, y una cobertura del 31.80% en el primer semestre de 2015.*

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

8. Saludcoop EPS, no aporta contratación a Nivel Nacional para garantizar la red de prestadores de servicios de salud a 123 municipios en el primer semestre del 2014, 173 municipios en el segundo semestre del 2014 y para 96 municipios en el 2015.

9. Saludcoop EPS, mediante NURC 1-2015-137342 de fecha 5 de noviembre del 2015, informa a esta Superintendencia que con corte a 30 de octubre de 2015, presenta 268 entidades con cierre de servicios y 140 con restricción lo cual le impide garantizar la prestación de los servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.

(...)

11. Las gestiones que habría adelantado la EPS para recuperar los recursos anotados en el rubro de cuentas por cobrar, no fueron suficientemente efectivas, ya que al cierre de la vigencia 2014, las sumas dinerarias aumentaron en comparación con el cierre del primer trimestre de dicha anualidad, especialmente la cartera que supera los 360 días de edad.

12. Analizadas las vigencias 2014 y primer semestre de 2015, se evidencia que las cuentas por cobrar de la EPS tienden a aumentarse, al igual que su morosidad, situación que podría acarrearse, entre otros, por una deficiente gestión en el cobro.

(...)

14. (...) la persistencia en el incumplimiento de la cancelación oportuna de los dineros a las IPS, afecta su situación financiera y el flujo de los recursos de la salud.

15. A junio de 2015, de acuerdo a reportes entregados por la EPS SALUDCOOP en Circular Única y Circular 30 de 2013, los recursos registrados en el catálogo de cuentas en el código contable 1305 – Deudores del Sistema, que suman $981.053.972.000.oo, en el evento que la EPS lograra hacerlos efectivos en su totalidad, éstos no serían suficientes para cubrir la sumatoria de los dineros adeudados a los prestadores de servicios de salud, que según Circular 30, ascienden a $1.612.571.641.193.oo; presentando un desfase o descubierto de $631.517.669.193.oo..

16. Del total de las cuentas por pagar con su red, el 31% muestra coincidencia con todas sus prestadoras de servicios de salud, cuyo monto equivale a $690.596.147.540,64.

17. De acuerdo a las auditorías realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud con el objeto de verificar el cumplimiento de lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T 760 de 2008, se evidencia que Saludcoop EPS, incumple lo ordenado frente a la garantía en la autorización y prestación oportuna de los servicios de salud sus afiliados."

Que en virtud de lo anterior, la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional concluyó y recomendó lo siguiente: "*teniendo en cuenta la situación operativa y financiera que se expone en el presente Concepto Técnico, lo cual implica la imposibilidad por parte de Saludcoop EPS de continuar ejerciendo su objeto social, y de conformidad con lo establecido en el numeral 17 del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013, la Delegada para la Supervisión Institucional recomienda la adopción de alguna de las medidas establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, con la finalidad de proteger la adecuada y oportuna prestación de servicios de salud.*"

Que adicionalmente, el día 13 de noviembre de 2015, la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos, en ejercicio de sus facultades de inspección y vigilancia de supervisión basada en riesgos, produjo informe técnico, en el cual concluye que "*existen elementos de riesgo que inciden e impactan de manera negativa la operación y los resultados de SALUDCOOP EPS, que afectan la instabilidad (SIC) financiera del sector y los resultados en salud de la población afiliada a esta entidad (...)*".

Que en particular, la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos, identificó la existencia de los siguientes riesgos legales, operativos y financieros:

"1. Riesgo legal

El incumplimiento de las normas por parte de la SALUDCOOP EPS que se expresa en las sanciones impuestas por la Superintendencia Nacional, en las demandas que diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud han interpuesto y las actuaciones adelantadas por la Contraloría General de la República, han incidido de manera negativa en los resultados financieros de la entidad a través de los gastos asumidos en las defensas de los diferentes procesos, en los aumentos en las pérdidas por los costos asumidas por aquellas sanciones falladas en contra y del aumento de las provisiones por los fallos proferidos por la CGR que están en firme.

2. Riesgo reputacional

SALUDCOOP EPS, se encuentra dentro de un marco de percepción pública negativo, reflejo de la materialización de un riesgo reputacional. A éste hecho se suma el deterioro de la imagen de la entidad entre sus afiliados percibido en el significativo aumento de las PQR en los últimos 3 años, con un incremento del 60% ligado principalmente a motivos relacionados con restricción en el acceso a los servicios de salud (84.94% al cierre del primer semestre de 2015) y la insatisfacción frente a los servicios , lo que puede motivar acciones legales individuales o de grupo a futuro, menoscabando la imagen institucional e incrementando las pérdidas de la entidad, vía procesos fallados en contra.

3. Riesgo en salud y operativo

En atención a que la población afiliada representa cerca del 20% del total de los afiliados al régimen contributivo, y que de acuerdo a los factores que más adelante se relacionan se genera un riesgo en la salud de los usuarios asociado con:

- *Aumento del indicador "número de tutelas por no prestación de servicios POS".*

- *Aumento de las tuteles, demandas, quejas y reclamos relacionados con restricciones o barreras al acceso a los servicios de salud.*

- *Disminución en el porcentaje relacionado con la entrega de medicamentos, indicaría una vulneración de los derechos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud que es la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS que sean formulados por el médico.*

- *Baja en la oportunidad para la asignación de citas para ginecobstetricia que se podría relacionar con el aumento de la razón de mortalidad materna (...)*

- *Baja calidad en los procesos de las actividades de promoción y prevención, así como en los procesos de atención del parto y controles prenatales, indicando*

una desarticulación interinstitucional o deficiencias en la red de referencia y contrareferencia de la EPS (...)

- *Fallas relacionadas con la operatividad y disponibilidad de la red de prestación de servicios (...)*

4. *Riesgo Financiero*

- *La siniestralidad de la entidad a septiembre del 2015 se encuentra en un 114% demostrando que la capacidad de SALUDCOOP EPS para generar recursos que atiendan sus obligaciones, es insuficiente; lo que expresa una alta exposición al riesgo de liquidez, que impactarían de manera negativa la ejecución de sus actividades misionales.*

- *Los indicadores de rentabilidad calculados al mes de septiembre de 2015 sobre activos (ROA) y rentabilidad sobre patrimonio (ROE) muestran un deterioro, al ubicarse en -222% y -88% respectivamente. Por su parte, la relación EBITDA/ingresos fue de -34% frente al -6,6% evidenciado en la vigencia 2013.*

- *La calificación de acuerdo con el indicador asociado a la posición financiera de capital, activos, administración, patrimonio y liquidez (CAMEL) de SALUDCOOP en el régimen contributivo se encuentra en niveles por debajo del promedio nacional, reflejando la difícil situación financiera por la que está atravesando la entidad.*

- *A septiembre del 2015, la EPS SALUDCOOP registró un EBITDA $-874.656 millones, cifra más deteriorada que el promedio alcanzado por la entidad durante los años 2011-2014 ($-59.412 millones).*

- *El deterioro de sus indicadores se contrasta y evidencia con el resultado de la medición del indicador de Patrimonio Adecuado con corte a los meses de junio y septiembre de 2015, los cuales ascienden a $-1,550 mil millones y $-3,734 mil millones.*

- *De acuerdo con los resultados, y conforme a las normas vigentes, la EPS Saludcoop, al cierre de 2015 tendría que hacer capitalizaciones por un valor cercano a los $2,235 mil millones, producto de: i) los 155 mil millones del 10% sobre el defecto calculado a junio, que es el valor que entra en transición, y, ii) $2,080 mil millones por aumento en el deterioro en el periodo de los meses de julio a septiembre.*

- *Igualmente las capitalizaciones que deben realizar al cierre de 2015 las EPS: Cafesalud y Cruz Blanca que conforman el Grupo Saludcoop EPS, ascienden a $137 mil millones, de los cuales corresponden a Cafesalud $87.063 millones a (sic) $50.357 millones a Cruz Blanca EPS.*

- *Es decir, las entidades promotoras de salud que conforman el Grupo Saludcoop al cierre de 2015 tendrán que capitalizar una suma cercana a $2.372 mil millones.*

- *El régimen de inversiones financieras de las reservas técnicas exige unos niveles cercanos a los $190 mil millones (correspondientes al 10% del total de reservas constituidas) de los cuales estarían cubiertos, de acuerdo a la información reportada por la entidad en el archivo tipo 168 en el mismo periodo, en un valor cercano $5 mil millones; es decir, se estaría ante un faltante de $185 mil millones.*

- *Las inversiones de SALUDCOOP EPS reflejan una compleja red de relaciones entre las entidades que conforman el Grupo Económico y sus flujos financieros, que dificulta su seguimiento, distorsiona el cumplimiento de los objetivos asociados a la misión de una entidad aseguradora en el marco del SGSSS y genera incentivos a la creación de figuras jurídicas no permitas en la Ley como es el caso de las situaciones tipificadas como casos de imbricación, de acuerdo al artículo 262 del Código de Comercio; tal hecho es señalado en las Notas a los Estados Financieros con corte a junio 30 de 2015.*

- *Dada la dimensión de SALUDCOOP EPS, su alto riesgo de liquidez podría afectar a múltiples actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto afiliados por la prestación de un servicio con barreras de acceso y deficiente calidad; como instituciones prestadoras de salud y otros proveedores por el no pago de sus servicios; de esta forma, se concluye que existe un importante riesgo sistémico asociado."*

Que en virtud de lo anterior, el Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos, recomienda *"(...) la liquidación de la Entidad Promotora de Salud SALUDCOOP EPS, teniendo en cuenta el deterioro de sus indicadores financieros y de prestación de servicios que son un factor de riesgo para la entidad y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por la imposibilidad de cumplir con sus obligaciones financieras conforme a las normas vigentes".*

Que adicionalmente, de acuerdo con el informe técnico "REPORTE COMPARATIVO DE LAS PQRD SALUDCOOP AÑOS 2014 Y 2015 (ENE-SEP)" del Grupo de Seguimiento a Poblaciones Especiales y Estudios Estadísticos de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, generado en ejercicio de las competencias atribuidas por el Decreto 2462 de 2013, **SALUDCOOP EPS OC** presenta, entre otras, las siguientes situaciones:

"De acuerdo con lo visto hasta aquí, el comportamiento de las PQRD de la EPS Saludcoop durante lo corrido del año 2015 ha tenido una variación considerable, ubicándose como el asegurador con mayor participación porcentual en el total de las peticiones, quejas y reclamos de las EPS del régimen contributivo.

En efecto, SALUDCOOP registra un porcentaje de participación del 29% del total de las PQRD radicadas hasta septiembre de 2015, aspecto que comparado con la vigencia 2014 evidencia un incremento de 39% de las PQR, dejando entrever el crecimiento de la insatisfacción de los usuarios en relación con la prestación de los servicios de salud por parte de dicho asegurador.

Dicha insatisfacción también se encuentra evidenciada en el incremento de PQRD tendientes a que se verifique el cumplimiento de providencias judiciales, pues tal como se mostró en la página 11 del presente informe, las PQRD gestionadas por el grupo interno de trabajo de seguimiento a providencia judiciales en contra de la EPS Saludcoop, tuvo un aumento del 70% en comparación con las presentadas y tramitadas durante los mismos periodos en la vigencia 2014, lo que permite concluir que los usuarios tuvieron que acudir ante los jueces de tutela para que se amparara su derecho a la salud y lograr la consecución de la prestación de los servicios de salud por parte de Saludcoop EPS, dadas las barreras administrativas y las restricciones en la prestación de los servicios por parte de la EPS.

Similar situación se evidencia en relación con los casos que comportan riesgo de vida, en los que de acuerdo con las gráficas plasmadas en la página 14 del presente informe la mayor participación de las denuncias que ha tramitado esta entidad bajo ese criterio han sido en contra de la EPS Saludcoop, cuya participación es del 17.6% de la totalidad que hasta septiembre se tramitaron.

Elimina la filigrana digital ahora

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

En relación con estadística territorial, se evidencia también un incremento exagerado en el porcentaje de PQRD de varios departamentos cuya participación, en términos absolutos y porcentuales era relativamente baja, pues en lugares como Chocó y Putumayo se registró incremento porcentual de PQRD contra la EPS SALUDCOOP durante los meses de enero a septiembre de 2015 respecto al mismo período del año inmediatamente anterior, por encima del 206,12% y 151,16% respectivamente, pasando de 49 a 150 PQRD en el caso de Chocó y para Putumayo de 88 a 216 PQRD.

El motivo con mayor recurrencia en quejas para la EPS SALUDCOOP fue la restricción en el acceso a los servicios de salud, evidenciándose particularmente en la negación de la prestación del servicio, insumos y medicamentos, restricción en el acceso por fallas en la afiliación, restricción en el acceso por falta de oportunidad en la atención y demoras en la autorización, aspectos que en principio, se enmarcan en las conductas establecidas en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

Como se observa, las estadísticas hablan por sí solas y evidencian la constante y generalizada inconformidad de los usuarios (...) resulta forzoso concluir, a partir del análisis de las peticiones, quejas y reclamos presentadas por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en contra de la empresa prestadora de salud Saludcoop, que en lo que va corrido del año 2015 (enero a septiembre) los usuarios del sistema han manifestado mayores restricciones para acceder a sus servicios, teniendo que acudir ante el ente de control para que por su intervención se presten aquellos requeridos para el tratamiento de sus patologías e incluso, acudir ante los jueces de tutela para que medie orden judicial que ampare su derecho y ordene el tratamiento que debe suministrar su EPS.

Que desde el año 2009 se reportan por la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos, un total de ciento trece (113) procedimientos administrativos en contra de Saludcoop EPS, de las cuales se han decidido 34 sanciones por un valor total de tres mil cuatrocientos cincuenta y cinco millones sesenta y dos mil setecientos cincuenta pesos $ 3.455.062.750; siendo una de los motivos más comunes de la imposición de las multas la negación de medicamentos POS y no POS, omisión en la expedición oportuna de autorizaciones para citas médicas, incumplimientos de instrucciones de la Superintendencia, infracciones relacionadas con el SOGC, entre otras.

Que la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales de esta Superintendencia, en ejercicio de las facultades de seguimiento a las medidas de control, concluyó lo siguiente:

" *•Saludcoop EPS O.C., desde el año 2011 viene incumpliendo las condiciones financieras y de solvencia (indicadores de permanencia) para operar el aseguramiento en salud, las cuales presentan una tendencia creciente producto de la revelación de la realidad económica y financiera de la Entidad y de la consolidación de estados financieros razonables de la EPS.*

- *La EPS presenta un deterioro significativo de los indicadores financieros en los últimos años (2010 - 2015) producto de la depuración contable, revelación de la situación financiera, entre otros. Es así como a corte 30 de septiembre de 2015 presenta un nivel de endeudamiento del 350.11% (Corto Plazo: 192.51% - Largo Plazo: 157.60); Liquidez de sólo 0.23; Solidez de 0.29; Capital de Trabajo negativo por valor de $ -1.7 billones y pérdidas recurrentes.*

- *La situación financiera de la Entidad se ha visto afectada por las continuas pérdidas en el desarrollo de su objeto social. Es así como la pérdidas (sic)*

operacional del presente ejercicio a corte 30 de septiembre de 2015, ascienden a la suma de $ 550.544 millones y las pérdidas netas del ejercicio a $2.5 billones. Adicionalmente presenta pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores por valor de $ 665.733 millones, lo cual incide negativamente en el cumplimiento de las obligaciones de aseguramiento en salud a cargo de la EPS.

- *Pese a que durante el proceso de intervención Saludcoop EPS O.C., realizó diferentes actividades encaminadas a superar las causales que dieron origen a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar, aún subsisten hallazgos a nivel financiero y técnico científico, situación que no resulta subsanable en el mediano plazo y que impide garantizar la adecuada y oportuna prestación de servicios de salud a la población afiliada a la EPS.*

- *El modelo de atención propuesto en el marco del proceso de intervención no logró impactar suficientemente, la situación financiera de Saludcoop EPS O.C, ni disminuir el índice de siniestralidad el cual se sitúa a corte 30 de septiembre en un 121.42%*

- *Saludcoop EPS, presenta un deterioro patrimonial que en los últimos años se ha incrementado negativamente (para la vigencia 2013 el patrimonio negativo era equivalente a $-193.542 millones, mientras que para la vigencia 2014 correspondía a $ -330.971 millones y a corte 30 de septiembre de 2015 el patrimonio negativo alcanzó los $2.88 billones de pesos), lo anterior producto de las perdidas recurrentes generadas, lo cual, sumado al continuo cierre o restricción de servicios de salud por parte de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por el no pago de sus obligaciones, impide a la EPS garantizar la continuidad en el aseguramiento en salud de su población afiliada.*

- *En materia de aseguramiento Saludcoop EPS O.C:, a corte 30 de septiembre de 2015 cuenta con 4.640.076 usuarios, (Contributivo 93,7% - Subsidiado 6,3%); presenta un incremento sostenido en el número de afiliados superior al promedio del SGSSS durante el periodo de la intervención; opera en 31 departamentos y 480 municipios del territorio nacional; por lo cual es necesario adoptar medidas conducentes para garantizar la continuidad en el aseguramiento en salud de la población y la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- *En el desarrollo del proceso de intervención forzosa administrativa para administrar la EPS no logró dar cumplimiento a los indicadores de calidad y alerta temprana pese a las diferentes estrategias implementadas en desarrollo del plan de acción propuesto (Oportunidad en la entrega de medicamentos, oportunidad de servicios de imagenología, tutelas por no prestación de servicios POS o POSS, tiempo de espera en la asignación de citas de Pediatría y Obstetricia).*

- *La EPS incumple con la cobertura de red de prestadores de servicios de salud que debe garantizar en forma permanente en los diferentes servicios (Baja complejidad, especialidades básicas, alta complejidad, UCI, Oncología etc), presentando a corte 30 de septiembre de 2015, un total de 288 municipios sin cobertura.*

- *A corte 30 de septiembre de 2015, Saludcoop EPS O.C., presenta un incremento del 39% en el número de peticiones, quejas, reclamos y denuncias presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud a través de los diferentes canales establecidos, principalmente en la PQRD relacionadas con la restricción del acceso a los servicios de la salud, macromotivo que cuenta con una participación del 84.11% (Negación de la prestación del servicio, negación de*

12
Elimina la filigrana digital ahora
11/2

insumos y medicamentos, restricción en el acceso por falta de oportunidad en la atención y demoras en la autorización).

- *Los usuarios de Saludcoop EPS han interpuesto 22.583 tutelas en contra de la EPS de las cuales el 66.29% corresponden a temas asistenciales y 33.71% a temas administrativos, a 30 de septiembre de 2015 se presenta un incremento del 28.5% de las tutelas interpuestas al mismo periodo del 2014, siendo más ostensible el incremento en tutelas asistencias que alcanzó un 38.2% más, esto demuestra que los usuarios al no lograr acceder a los servicios de salud acuden a los mecanismos judiciales para salvaguarda el derecho a la salud*

- *El ritmo acelerado de crecimiento de las afiliaciones a Saludcoop EPS observado hasta el mes de septiembre de 2015, que contrasta con la demora en la implementación del modelo de atención en salud y sus respectivas estrategias (CESAAR- CARMEN- SIGOA- CLINICAS INTERMEDIAS), el incumplimiento de los indicadores de cobertura de red de baja y de alta complejidad de la EPS, el deterioro de los indicadores de cobertura de red en las especialidades básicas y en las especialidades de alta complejidad, la falta de interés por parte de los prestadores de salud para el proceso de suscripción y legalización de los contratos con esta EPS, relacionada con la inoportunidad de pagos, la antigüedad en la cartera e incertidumbre de la misma, el incumplimiento de los indicadores de efectividad y oportunidad en la referencia de pacientes, el franco deterioro observado en el año 2015 para el indicador de oportunidad en la entrega de medicamentos, el deterioro del indicador de domiciliación de medicamentos pendientes, así como el deterioro progresivo de los indicadores de oportunidad en pediatría y en obstetricia, asociado a las fallas del perfil epidemiológico con respecto a los diagnósticos de las enfermedades padecidas por la población afiliada, se evidencia un alto riesgo que amenaza a la población afilisda a Saludcoop EPS".*

Que en virtud de lo anterior, la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales concluye lo siguiente: "*De la evaluación de la situación financiera y operativa de Saludcoop EPS O.C., a corte 30 de septiembre de 2015, y teniendo en cuenta los informes presentados por el Agente Especial Interventor y el Contralor designado, se recomienda adoptar la medida de intervención forzosa administrativa para liquidar de que tratan los artículos 116 y 117 del Estatuto orgánico del sistema financiero, lo anterior de conformidad con el numeral 8 del artículo 26 del Decreto 2462 de 2015*".

Que de los informes presentados por la diferentes Superintendencias Delegadas, el Agente Especial Interventor y el Contralor Designado es notoria la crítica situación financiera de Saludcoop EPS O.C. a corte 30 de septiembre de 2015, en especial por la iliquidez presentada que se evidencia en el capital de trabajo negativo ($ -1.7 Billones de pesos), el nivel de endeudamiento del 350.11% y un patrimonio negativo de $- 2.88 billones de pesos, situación que demuestra que la Cooperativa se encuentra financiada por terceros y que la propiedad de los asociados se encuentra diluida, lo cual impide a su vez garantizar la oferta de servicios y cumplir con sus obligaciones como asegurador.

Que de conformidad con las conclusiones y recomendaciones relacionadas en los anteriores considerandos, dada la situación financiera y operativa de **SALUDCOOP EPS OC**, la misma no puede ser puesta en condiciones de ejercer su objeto social y por lo tanto, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 113 a 116 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificados por los artículos 19 a 22 de la Ley 510 de 1999, debe procederse con su liquidación.

13
Elimina la filigrana digital ahora
1134

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

Que de conformidad con lo establecido en el numeral 2 del artículo 3 de la Resolución 461 de 2015 y según consta en el Acta 145 de 2015, el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud sesionó el 24 de Noviembre de 2015 y recomendó adoptar la medida especial que se ordena en el presente acto administrativo.

Que la Corte Constitucional ha resaltado la necesidad de considerar las funciones de inspección, vigilancia y control como un elemento mismo del derecho fundamental a la salud y, específicamente, ha indicado que *"Los procedimientos y demás medidas administrativas dirigidas a promover la eficacia y eficiencia del sistema, como por ejemplo los mecanismos de inspección, vigilancia y control, siempre deben tener en la mira la satisfacción del derecho a la salud, como fin último del SGSSS. Esto significa que los procedimientos administrativos y las medidas de vigilancia y control deben ser siempre considerados como instrumentos al servicio de la realización del derecho y no como fines en sí mismos (...)."* (Sentencia C-936 de 2011).

Que la medida de toma de posesión e intervención ordenada en el presente acto administrativo, busca proteger los derechos de los usuarios y garantizar la continuidad en la prestación del servicio, en condiciones de calidad y oportunidad, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud autorizará y supervisará los mecanismos necesarios para que no se produzcan suspensiones graves en la prestación de servicios a la población afiliada.

Que de acuerdo con lo anterior, se considera necesario ordenar la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO.**

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. ORDENAR la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO**, identificada con NIT. 800.250.1191, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente Resolución, por el término de dos (2) años.

ARTÍCULO SEGUNDO. COMISIONAR al Superintendente Delegado de Medidas Especiales para ejecutar en nombre de la Superintendencia Nacional de Salud la medida adoptada en el presente acto administrativo, quien podrá solicitar que se decreten y practiquen las medidas necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la toma de posesión.

ARTÍCULO TERCERO. ORDENAR el cumplimiento de las siguientes medidas preventivas:

a) La inmediata guarda de los bienes de la intervenida y la colocación de sellos y demás seguridades indispensables;

Parlament

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

b) La orden de registro del acto administrativo que dispone la Toma de Posesión en la Cámara de Comercio del domicilio de la intervenida y en las del domicilio de sus sucursales; y, si es del caso, la de los nombramientos de los administradores y del revisor fiscal;

c) La comunicación a los jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva, sobre la suspensión de los procesos de la ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de obligaciones anteriores a dicha medida.

d) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al Agente Especial Liquidador, so pena de nulidad;

e) La comunicación a la Superintendencia de Notariado y Registro, para que dicha entidad mediante circular ordene a todos los Registradores de Instrumentos Públicos que dentro de los treinta (30) días siguientes a la toma de posesión, se sujeten a las siguientes instrucciones:

i) Informar al Agente Especial Liquidador sobre la existencia de folios de matrícula en los cuales figure la entidad intervenida como titular de bienes o cualquier clase de derechos; disponer el registro de la toma de posesión en los folios de matrícula de los bienes inmuebles de la intervenida; cancelar los embargos decretados con anterioridad a la fecha de la adopción de la medida de toma de posesión que afecten los bienes de la intervenida; y cancelar los gravámenes que recaigan sobre los bienes de la intervenida a solicitud elevada sólo por el Agente Especial Liquidador mediante oficio.

ii) Se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador; así como de registrar cualquier acto que afecte el dominio de bienes de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada, caso en el cual deben cancelar la respectiva anotación sobre el registro de toma de posesión;

f) La comunicación al Ministerio de Transporte, para que dicha entidad directamente o mediante solicitud a todas las Secretarias de Tránsito y Transporte proceda a realizar la inscripción de la medida de toma de posesión en el registro de automotores correspondiente o en el registro único nacional de tránsito; para que cancelen los embargos decretados con anterioridad a la fecha de la adopción de la medida de toma de posesión que afecten los vehículos de la intervenida; para que cancelen los gravámenes que recaigan sobre los vehículos de la intervenida a solicitud unilateral del Agente Especial Liquidador mediante oficio; para que se abstengan de cancelar los gravámenes constituidos sobre vehículos a favor de la intervenida, cuya mutación esté sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador; y para que se abstengan de registrar cualquier acto que afecte el dominio de vehículos de propiedad de la intervenida a menos que dicho acto haya sido realizado por la persona mencionada;

g) La prevención a todo acreedor y en general a cualquier persona que tenga en su poder activos de propiedad de la intervenida, para que proceda de manera inmediata a entregar dichos activos al Agente Especial Liquidador;

pdfelement

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

h) La advertencia de que el Agente Especial Liquidador está facultado para poner fin a cualquier clase de contratos existentes al momento de la toma de posesión, si los mismos no son necesarios. Si se decide la liquidación, los derechos causados hasta la fecha de la intervención serán reconocidos y pagados de conformidad con las reglas que rigen el proceso de liquidación forzosa administrativa.

i) La prevención a los deudores de la intervenida que sólo podrán pagar al Agente Especial Liquidador, advirtiendo la inoponibilidad del pago hecho a persona distinta, así como el aviso a las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia sobre la adopción de la medida, para que procedan de conformidad;

j) La prevención a todos los que tengan negocios con la intervenida, que deben entenderse exclusivamente con el Agente Especial Liquidador, para todos los efectos legales;

k) Se ordena la suspensión de pagos de las obligaciones causadas hasta el momento de la toma de posesión.

l) La improcedencia del registro de la cancelación de cualquier gravamen constituido a favor de la intervenida sobre cualquier bien cuya mutación está sujeta a registro, salvo expresa autorización del Agente Especial Liquidador designado. Así mismo, los registradores no podrán inscribir ningún acto que afecte el dominio de los bienes de propiedad de la intervenida, so pena de ineficacia, salvo que dicho acto haya sido realizado por la persona antes mencionada;

m) La suspensión de los procesos de ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar por razón de obligaciones anteriores a dicha medida. A los procesos ejecutivos se aplicarán en lo pertinente las reglas previstas por los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006, y cuando allí se haga referencia al concordato se entenderá que se hace relación al proceso de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar. La actuación correspondiente será remitida al Agente Especial Liquidador;

n) La cancelación de los embargos decretados con anterioridad a la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar que afecten bienes de la entidad. La Superintendencia Nacional de Salud librará los oficios correspondientes;

o) La interrupción de la prescripción y la no operancia de la caducidad respecto de los créditos a cargo de la entidad que hayan surgido o se hayan hecho exigibles antes de la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar.

p) El que todos los acreedores, incluidos los garantizados, quedarán sujetos a las medidas que se adopten para la toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar, por lo cual para ejercer sus derechos y hacer efectivo cualquier tipo de garantía de que dispongan frente a la entidad intervenida, deberán hacerlo dentro del proceso de toma de posesión y de intervención forzosa administrativa para liquidar y de conformidad con las disposiciones que lo rigen.

Expediente Digital

ARTÍCULO CUARTO. DISPONER que los gastos que ocasione la intervención ordenada estarán a cargo de la entidad intervenida en los términos de ley.

ARTÍCULO QUINTO. DESIGNAR a **LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 79.405.054, como Agente Especial Liquidador Interventor, quien ejercerá las funciones propias de su cargo de acuerdo con lo previsto en las normas del Sistema General de Seguridad Social, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que le sean aplicables. Para el efecto, podrá solicitar que se decreten y practiquen las medidas necesarias para dar cumplimiento a la toma de posesión. Así mismo, ejercerá las funciones de representante legal de la entidad objeto de la medida especial que se ordena en la presente resolución.

PARÁGRAFO PRIMERO. El Agente Especial Liquidador designado deberá comparecer ante el despacho del Superintendente Delegado para Medidas Especiales, a tomar posesión dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del presente Acto Administrativo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El Agente Especial Liquidador designado ejercerá las funciones propias de su cargo, previa posesión del mismo y tendrá la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad, junto con los demás deberes y facultades de ley. También deberá garantizar la prestación del servicio de salud a la población afiliada hasta tanto no se lleve a cabo el traslado de los afiliados.

PARÁGRAFO TERCERO. De conformidad con lo previsto el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Agente Especial Liquidador ejercerá funciones públicas transitorias, previa posesión, lo cual no constituye ni establece relación laboral alguna con la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO CUARTO. El Agente Especial Liquidador deberá remitir la información de que trata el numeral Segundo del Capítulo Tercero, Título IX de la Circular Única expedida por esta Superintendencia, en los términos y tiempos allí señalados.

ARTÍCULO SEXTO. ORDENAR al Agente Especial Liquidador que una vez ejecutoriado el presente acto administrativo, comience a realizar los traslados de los afiliados conforme a las normas vigentes sobre la materia.

ARTÍCULO SÉPTIMO. DESIGNAR a la **BAKER TILLY COLOMBIA LTDA.**, identificada con el NIT. 800249449, como Contralor de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO,** quien ejercerá las funciones propias de su cargo de acuerdo con lo previsto en las normas del Sistema General de Seguridad Social, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que le sean aplicables.

PARÁGRAFO PRIMERO. La persona jurídica designada como Contralor, acorde a lo dispuesto en el inciso primero, numeral tercero, Capítulo Segundo, Título IX de la Circular Única expedida por esta Superintendencia, ejercerá las funciones propias de un revisor fiscal, conforme al Código de Comercio y demás normas aplicables a la revisoría fiscal y responderá de acuerdo con ellas.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Conforme a lo establecido en la Circular Única Título IX, Medidas Especiales el Contralor deberá remitir un informe preliminar en medio físico a la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la posesión.

Elimina la filigrana digital ahora

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, con NIT 800.250.1191

ARTÍCULO OCTAVO. La presente Resolución será de efecto inmediato y se notificará conforme a lo dispuesto en el artículo 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en concordancia con los artículos 9.1.1.1.3 y 9.1.3.1.2 del Decreto 2555 de 2010.

PARÁGRAFO. Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición en efecto devolutivo, en consecuencia no suspenderá la ejecución de la medida de toma de posesión e intervención forzosa administrativa para liquidar la cual procederá inmediatamente, de conformidad con el inciso 3° del artículo 6° del Decreto 506 de 2005. Dicho recurso podrá interponerse en el momento de la diligencia de notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, ante el despacho del Superintendente Nacional de Salud.

ARTÍCULO NOVENO. COMUNICAR el contenido del presente acto administrativo al Ministerio de Salud y Protección Social, al Director de la Cuenta de Alto Costo, al Administrador Fiduciario del FOSYGA "CONSORCIO SAYP" y a las Entidades Territoriales donde **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO** tenga cobertura geográfica y poblacional.

ARTÍCULO DÉCIMO. PUBLICAR el contenido del presente acto administrativo en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Bogotá D.C., a los 24 NOV 2015

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Revisó:

Javier Antonio Villarreal Villaquirán
Superintendente Delegado para las Medidas Especiales

Eva Katherine Carrascal Cantillo
Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional

José Oswaldo Bonilla Rincón
Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos

Federico Núñez García
Jefe de Oficina Asesora Jurídica

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1138

Supersalud	PROCESO	ADOPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES	CÓDIGO	MEFL02
	FORMATO	ACTA DE POSESIÓN INTERVENTOR LIQUIDADOR CONTRALOR	VERSIÓN	01

ACTA DE POSESIÓN S.D.M.E. 013

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital a veintiuno (21) de junio de dos mil dieciséis (2016), el Superintendente Delegado para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la Resolución No. 000466 del 10 de marzo de 2014 de esta Superintendencia, procedió a posesionar a la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía 42.979.642 de Medellín (Antioquia), como **AGENTE ESPECIAL LIQUIDADORA** de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN** designada mediante Resolución No. 001731 del 21 de junio de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud *"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1,"*

Para su posesión, la doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** presentó la Cédula de Ciudadanía 42.979.642 de Medellín (Antioquia) y manifestó que no tiene ningún impedimento para desempeñar las funciones como Agente Especial Liquidadora de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN.**

La doctora **ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ** prestó el juramento de rigor, para lo cual se comprometió a cumplir bien y fielmente con las funciones que como Agente Especial Liquidadora de **SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN** le asiste.

En constancia, se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, a los veintiún (21) días del mes de junio de dos mil dieciséis (2016).

pdfelement

EL SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA MEDIDAS ESPECIALES	LA POSESIONADA
JAVIER ANTONIO VILLARREAL VILLAQUIRAN	ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ CC. 42.979.642 de Medellín (Antioquia) Agente Especial Liquidadora

1139 19
Elimina la filigrana digital ahora

República de Colombia

Aa033768057

NUMERO ESCRITURA: 1.555

FECHA DE OTORGAMIENTO: 21 JULIO 2016

NATURALEZA JURÍDICA DEL ACTO		
CÓDIGO REGISTRAL	ESPECIFICACIÓN	VALOR DEL ACTO
----------	PODER GENERAL ----------	SIN CUANTÍA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
OTORGANTE O PODERDANTE: ----------	
SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN	NIT. No. 800.250.119-1
APODERADO: ----------	
MARTÍN EMILIO RAMÍREZ PÉREZ	C.C. No. 94.552.744 Cali

No.1.555 MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO ----------

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, de la República de Colombia, a los VEINTIUNO (21) días del mes de JULIO del año dos mil dieciséis (2016), en la Notaría Cincuenta y Dos (52), cuyo notario encargado es LUIS SIMÓN GIL GUZMÁN, ----------

Compareció con minuta cuyo tenor es: "ANGELA MARÍA ECHEVERRI RAMÍREZ, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, domiciliada en Bogotá, de estado civil Divorciada, identificada con la cédula de ciudadanía 42.979.642 expedida en Medellín, quien obra en calidad de AGENTE ESPECIAL LIQUIDADORA DE SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO -SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, identificada con NIT 800.250.119-1, con domicilio en la ciudad de Bogotá, designada por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución No. 001731 del 21 de junio de 2016, lo cual se acredita con copia de la decisión y acta de posesión S.D.M.E. 013 de la misma

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
Cadena s.a. 11/03/2016 10452OKTEDOAAV
Cadena s.a.
pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

fecha, y manifestó: ----------

PRIMERO: Que por medio del presente instrumento público confiere **PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al Doctor **MARTÍN EMILIO RAMÍREZ PÉREZ**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, de estado civil Soltero, identificado con la cédula de ciudadanía número 94.552.744 expedida en Cali, para que en forma individual, en cualquier orden y sin consideración a la cuantía, en su calidad de Gerente Jurídico de **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN**, ejecute las facultades descritas a continuación: ----------

1. Representar a **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN**, ante cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, de carácter nacional o internacional y ante cualquiera cuerpo colegiado o tribunal, asamblea, junta, reunión, sociedad, consorcio, corporación, entidad, patrimonio autónomo, establecimiento, oficina, dirección, sección, etc., que pertenezcan o no, o que estén vinculados o adscritos al Estado o la Nación, a los Departamentos, Distritos, Municipios, ministerios, Departamentos Administrativos, Empresas Industriales y Comerciales del Estado, Establecimientos Públicos, Sociedades de Economía Mixta, Notarías, y en general a toda la rama ejecutiva o administrativa, judicial o jurisdiccional y legislativa del poder público del Estado, en cualquier acto, contrato, petición, actuación, diligencia, trámite o proceso en cualquier calidad. ----------

2. Representar a **SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN** en reuniones de órganos de administración de todas las

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

sociedades, entidades del sector cooperativo, fundaciones, corporaciones y demás entidades en las cuales SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN tenga participación. ----------

3. Ejercer la representación de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, como demandante o demandado o coadyuvante, en cualquier petición, actuación, diligencia o proceso que curse ante las autoridades judiciales y/o administrativas en su calidad de apoderado judicial, con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente mandato, especialmente las de transigir, conciliar, delegar, desistir, reasumir, tachar documentos de falsos, recibir y en general todas las facultades establecidas en el artículo 74 del Código General del Proceso (C.G.P.) ----------

4. Ejercer la representación de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN en calidad de parte, en las diligencias de conciliación extrajudicial, conciliación judicial, y audiencias de pacto de cumplimiento, ante cualquier autoridad judicial y/o administrativa con ocasión a los trámites de cualquier naturaleza que adelante SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN o se inicien en su contra, para que en ellas proponga, o acepte fórmulas conciliatorias que resulten convenientes para los intereses de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN. Para tal efecto, esta cuenta con las facultades de recibir, desistir y transigir.

5. Ejercer la representación extrajudicial de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
"17/05/2016 10471MGAGQQMC9La
Cad 71185851
NOTARIA 72 BOGOTA D.C.
11/03/2016 10433YAOKITa03
Cadenasa Nespresso

Elimina la filigrana digital ahora

COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN como apoderados dentro de todas las actuaciones que cursen ante las autoridades administrativas en el orden Nacional, Departamental, Municipal o Seccional; en cualquier petición, actuación, notificación, investigación, visita, requerimiento o diligencia, así como para el ejercicio como apoderados de todos los recursos que en materia de vía gubernativa procedan contra todo acto administrativo. ----------

6. Acudir en condición de apoderado judicial y representar legamente a SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, en las acciones de tutela, incidentes de desacato, asistencia a audiencias de conciliación y diligencias, prácticas de prueba, interrogatorios de parte, y demás actuaciones relacionadas con el proceso y trámites para el cumplimiento de las sentencias de tutela que se entablen contra la entidad por parte de las autoridades judiciales y organismos de inspección, control y vigilancia. ---

7. Asistir y actuar en nombre de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN en las diligencias en las que se cite al Representante Legal - Agente Especial Liquidador, para la práctica de reconocimiento de documento, a absolver interrogatorio de parte, requerimiento en mora, notificación de cesión de crédito y en general todas aquellas actuaciones procesales o extraprocesales civiles, laborales o administrativas en las que se requiera la asistencia del Representante Legal – Agente Especial Liquidadora. Por virtud de este encargo, el apoderado gozará de la facultad de confesar. ----------

8. Conferir poder especial a abogados en ejercicio para que

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Elimina la filigrana digital ahora

en nombre de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, inicien, tramiten atiendan y lleven hasta su culminación cualquier petición, actuación, diligencia, investigación, requerimiento, visita o proceso que curse ante autoridades judiciales, arbitrales y/o administrativas de Colombia, como apoderado general y judicial de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, con todas las facultades inherentes para el ejercicio de su mandato, establecidas en el artículo 74 del Código General del Proceso (C.G.P), o a su árbitro, con facultad especial para transigir, conciliar, delegar, sustituir, reasumir, recibir y tachar documentos de falsos. ----------

9. El apoderado queda expresamente facultado para asistir como parte y representar legalmente a SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, en las diligencias de conciliación a las que hace referencia el Código de Procedimiento Civil, el Código General del Proceso, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la Ley 640 de 2001 y demás normas que contemplen esta diligencia. ----------

10. Entablar denuncias penales y asistir a ampliaciones de denuncia en nombre y representación de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN, y en general, realizar todo tipo de actuaciones necesarias en este tipo de trámites. ----------

11. Someter a decisión de árbitros cualquier controversia que comprometa a afecte los intereses jurídicos y/o patrimoniales de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN. ----------

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
"17705/2016 10475Q6MQ9CaMMGA
Ca171196850
NOTARIA 62 BOGOTÁ D.C.
10454OOVA3OXTEa 11/03/2016
Cadena s.a. NIT 8909339310
Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

12. Presentar memoriales de desistimiento frente a los procesos, reclamaciones o gestiones en que intervengan a nombre del poderdante, incluidos los recursos que en sede administrativa interponga y los incidentes que promueva. ----

13. Suscribir documentos de transacción de pleitos y diferencias que ocurran al respecto de los derechos y obligaciones del poderdante. ----------

SEGUNDO: REVOCABILIDAD. SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN se reserva expresamente la facultad de REVOCAR total o parcialmente el presente mandato, en cualquier momento y por cualquiera razón. Para ello bastará que SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACIÓN eleve a escritura pública la revocación y solicite al Señor Notario para que este ordene a quien corresponda, hacer la respectiva nota de revocación o cancelación sobre el texto de la presente escritura pública que contiene este poder. El MANDATARIO queda obligado a acatar la revocación y no se podrá oponer a ella o al otorgamiento y autorización de la escritura de revocación, ni a la imposición de la respectiva nota sobre la presente escritura pública. --------

HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA" ----------

<u>CONSTANCIA DE LOS COMPARECIENTES Y ADVERTENCIA DEL NOTARIO:</u> ----------

EL COMPARECIENTE hace constar que ha verificado cuidadosamente su nombre completo, estado civil, el número de su documento de identidad, declara que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas, en consecuencia, asume la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en los mismos. Conoce la ley y sabe que

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Elimina la filigrana digital ahora

1145 25

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1333

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 001551 DE 2016 1555

(21 JUN 2016)

Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1.

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial las que le confieren la Ley 100 de 1993, el numeral 4 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 28 de la Ley 510 de 1999, el numeral 2 del artículo 296 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2462 de 2013 y

CONSIDERANDO

Que la Superintendencia Nacional de Salud en uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, mediante Resolución No. 00801 del 11 de mayo de 2011, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar a SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2414 del 24 de noviembre de 2015, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con NIT 800.250.119-1 y designó a LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.405.054, como Agente Especial Liquidador.

Que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 28 de la Ley 510 de 1999, la Superintendencia Nacional de Salud está facultada para designar al Liquidador y removerlo de su cargo.

Que el numeral 2 del artículo 296 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para hacer seguimiento de la actividad de los liquidadores teniendo en cualquier tiempo acceso a los libros y papeles de la entidad y a los documentos y actuaciones de la liquidación, sin que le sea oponible reserva alguna, con el objeto de examinar la gestión y eficacia de la actividad del liquidador, sin perjuicio de la facultad de removerlo libremente.

Que de acuerdo con lo previsto en el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Liquidador actúa como auxiliar de la justicia y, por tanto, para ningún efecto podrán reputarse trabajador o empleado de la entidad objeto de la medida de intervención o de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 1947 de 2005 estableció los requisitos para el nombramiento y posesión de los Agente Especiales Interventores, Liquidadores o Contralores, así como los requisitos para ser incluidos en el Registro de Interventores y Liquidadores.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Es fiel copia del documento que reposa en esta entidad

República de Colombia Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
17/05/2016 10473TCa3MGAGQQM
Ca171195848
NOTARÍA 52 BOGOTÁ D.C.
Cadena s.a. Nit 890900337-0

1146 26

Elimina la filigrana digital ahora

"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1"

Que el doctor Luis Martín Leguizamón Cepeda, presentó renuncia irrevocable al cargo de Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO mediante comunicación 1-2016-081041, la cual fue aceptada a través de comunicación 2-2016-055707.

Que el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las funciones a que se refiere el artículo 3 de la Resolución 000451 de 2015 en sesión del 21 de junio de 2016, recomendó al Superintendente Nacional de Salud, previa recomendación del Superintendente Delegado para las Medidas Especiales, designar como Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, a la doctora ANGELA MARIA ECHEVERRI RAMIREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 42.979.642 de Medellín, quien se encuentra inscrita en el Registro de Interventores, Liquidadores y Contralores de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que en mérito de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. DESIGNAR a la doctora ANGELA MARIA ECHEVERRI RAMÍREZ, como Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1.

PARAGRAFO PRIMERO. La doctora ANGELA MARIA ECHEVERRY RAMÍREZ ejercerá las funciones como Agente Especial Liquidador a partir de la fecha de su posesión y deberá rendir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información prevista en las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2555 de 2010 y en los numerales 1 y 2 del Capítulo Tercero del Título IX de la Circular Única expedida por esta entidad.

PARAGRAFO SEGUNDO. El Agente Especial Liquidador designado ejercerá las funciones de Representante Legal SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en intervención forzosa administrativa para liquidar y tendrá la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad, junto con los demás deberes y facultades de ley.

PARAGRAFO TERCERO. El Agente Liquidador designado de conformidad con el numeral 6 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, actuará como auxiliar de la justicia y para ningún efecto podrán reputarse trabajador o empleado de la entidad objeto de la medida de intervención o de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO SEGUNDO. El doctor LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA deberá hacer entrega de los bienes, haberes y negocios de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en intervención forzosa administrativa para liquidar y rendir un informe consolidado de las actividades realizadas como Agente Especial Liquidador ante la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.4 del Capítulo Tercero del Título IX de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, so pena de iniciar las actuaciones administrativas sancionatorias a que haya lugar.

ARTÍCULO TERCERO. COMUNICAR el contenido del presente acto administrativo al doctor LUIS MARTIN LEGUIZAMON CEPEDA, identificado con cédula de ciudadanía 79.405.054 en la Calle 128 No. 54 – 07 Prado Veraniego o al correo electrónico luis@luisleguizamon.com, o al sitio que se indique para tal fin, por parte del Grupo de Notificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ARTÍCULO CUARTO. NOTIFICAR PERSONALMENTE el contenido de la presente resolución a la doctora ANGELA MARIA ECHEVERRY RAMIREZ, identificada con cedula de

114727

Elimina la filigrana digital ahora

"Por la cual designa al Agente Especial Liquidador de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO, en Liquidación, identificada con NIT 800.250.119-1"

ciudadanía No. 42.979.642 de Medellín, en la calle 43A No. 7-50 Of. 611 de Medellín, o al correo electrónico angelamer@outlook.es al sitio que se indique para tal fin, por parte del Grupo de Notificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011.

PARÁGRAFO. El liquidador designado tomará posesión ante el Superintendente Delegado para las Medidas Especiales, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto administrativo.

ARTÍCULO QUINTO. PUBLICAR el contenido de la presente resolución en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO SEXTO. La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con los artículos 76 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo de lo Contencioso Administrativo.

Dada en Bogotá a los 21 JUN 2016

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Elaboró: Walter Ramiro Alvarez
Director de Medidas Especiales EAPB
Revisó Dr. Francisco Morales Fajardo
Jefe de Oficina Asesora Jurídica (e)
Dr. Javier Antonio Villareal Villaquirán
Superintendencia Delegado para las Medidas Especiales

NOTARIA 52 BOGOTA D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Es fiel copia del documento que reposa en esta entidad

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
17/06/2016 10472aAMGAGQQMCT
Ca 71165847
pdfelement
Cadena s.a. Nit 8909815551

Elimina la filigrana digital ahora



pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

JUZGADO SEPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI

VERBAL Rad. 2201500132-00

Santiago de Cali- Valle, Dieciséis (16) de Agosto de dos mil Diecisiete (2017).

En vista que la parte demandada SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACION aporto los documentos requeridos por el despacho con el fin de acreditarse dentro del presente proceso y ejercer su derecho de defensa y al debido proceso, el juzgado,

RESUELVE:

1) RECONOCER personería al Dr. ALVARO HERNAN ROJAS PUERTAS, con C. C. **6.446.409** y TP: No.**179.534** del C. S. J, como apoderado Judicial de SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO EN LIQUIDACION en los términos y fines del poder conferido.

2) **ORDENASE** la reanudación del presente proceso de conformidad con la resolución 000025 de 2016 (fl-938/949).

pdfelement

NOTIFIQUESE

El Juez,

JOSE ANTONIO DUQUE

JUZGADO 07 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI

EN ESTADO Nro. 130 DE HOY 17 AGO 2017

NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario.

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA

Juzgado 007 Civil del Circuito de Cali

LISTADO TRASLADO

Informe de traslado correspondiente a:18/10/2017

TRASLADO No. 040

Radicación	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Desc. Actuacion	Fecha Registro	Folio	Cuaderno
76001310300720150013200	Verbal	JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA	CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO	Traslado C.G.P 3 Días OBS. REPOSICION (AUTO ADMISORIO)	17/10/2017	822-829	1B
76001310300720160006800	Verbal	YANETH RESTREPO FLOR	E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S.	Traslado C.G.P 3 Días OBS. excepcion previa - SOC OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A Y LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS S.A - PLEITO PENDIENTE	17/10/2017	1/22	5

Numero de registros:2

Para notificar a quienes no lo han hecho en forma personal de las anteriores decisiones, en la fecha 18/10/2017 y a a la hora de las 8:00 a.m. se fija el presente TRASLADO por el término legal de un (1) día y se defija en la misma a las 5:00 p.m.

EDWARD OCHOA CABEZAS

Secretario

pdfelement

1151
Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO (7°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI-VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado al recurso de reposición presentado por el apoderado judicial de la parte demandada (fl-822 a 829 C:1B), se fija por el termino de tres (3) días. Corriendo los días 18, 19 y 20 de Octubre de 2017.

El Secretario

EDWARD OCHOA CABEZAS

Rad: 2015-00132

pdfelement

1159
Elimina la filigrana digital ahora

LAMAR
INVERSIONES & ASESORIAS S.A.S
Nit 900.327.523-1
Régimen común

SEÑOR
JUEZ SEPTIMO CIVIL DELCIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL POR FALLA MÉDICA

RADICACION: 2015-00132

DEMANDANTES: JHON JENNYS PAPAMIJA, Y OTROS

DEMANDADOS: SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD E.P.S Y OTROS

Yo, **MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ,** actuando en calidad de apoderada de la parte demandante dentro del proceso referido e identificada como aparece al pie de mi firma, por la presente, muy comedidamente Señor Juez le anexo copia del **registro civil de defunción de la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO,** cuyo lamentable deceso se produjo el 13 de noviembre de 2017, luego de padecer una larga batalla por la vida desde el domingo 12 de abril de 2012 cundo una falla medica la había dejado con daño cerebral severo.

Lo anterior para que obre dentro del proceso.

Del Señor Juez,

Atentamente,

MARIA ZULEMA ALBORNOZ R.
T.P. 40.059 D1 del CSJ.

pdfelement

1153

Elimina la filigrana digital ahora

09474635

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 09474635

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	23	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		**Código**	D	W	B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE CALI

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PAPAMIJA ACEVEDO KIMBERLY

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
RCN. 1.104.829.490	FEMENINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE CALI

Fecha de la defunción										Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	1	7	Mes	N	O	V	Día	1 3	11:03	71698700-2

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia			
	Año		Mes	Día

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización Judicial		Certificado Médico	X	MEDICO:CARMEN ELISA OCAMPO.R.M.76-661/04

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

DANIELA BORRAS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.143.868.969	Daniela Borras O.

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción									Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2	0	1	7	Mes	N	O	V	Día 1 4	RAMIRO CALLE CADAVID

ESPACIO PARA NOTAS

RAMIRO CALLE CADAVID NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Dpto. del Valle del Cauca
Notaría 23 del Círculo de Cali
COPIA DE FOLIO DE REGISTRO CIVIL
Art. 115 Dec. 1260 de 1970
EL SUSCRITO NOTARIO 23 CERTIFICA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA DEL FOLIO ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA Y SE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI – VALLE
RADICACIÓN: 201500132
AUTO INTERLOCUTORIO No 1407
Santiago de Cali, Seis (06) de Diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Estando el proceso para continuar con las etapas procesales consiguientes se hace necesario realizar el control de legalidad conforme al artículo 132 del Código General del Proceso haciendo las siguientes consideraciones,

La presente demanda se presentó el día 27 de Marzo de 2015; para fecha 07 de Abril de 2015, el despacho declaró inadmisible la demanda.

Que por auto de fecha 17 de Abril de 2015 se ordenó admitir la presente demanda verbal, ordenó correr traslado a la parte demandada,

Notificado el demandado y en consideración a lo indicado en la resolución 000025 del 12 de enero de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud se ordeno suspender el proceso.

De otro lado se hace necesario mencionar los hechos acaecidos en el Palacio de Justicia Pedro Elías Serrano Abadía con relación al desplome de unos de los ascensores, lo cual dio como consecuencia el cierre del mismo, los días 16 de Agosto al 12 de Octubre del presente año, ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura, tiempo en el cual no se corrió términos.

Ahora bien, teniendo en cuenta las actuaciones arriba mencionadas, en particular la fecha de presentación de la demanda 07 de Abril de 2015, y la providencia de inadmisión de la demanda de fecha 17 de Abril de 2015, se tiene entonces que la norma procesal que presidía era el Código de Procedimiento Civil y en esa medida se concibe que el término que corre para dictar el fallo de primera instancia cambiara de acuerdo a las reglas de tránsito legislativo previstas en el artículo 625 del Código General del Proceso, ya que, de conformidad con esta norma a partir del auto que convoca a la audiencia de instrucción y juzgamiento articulo 373 ibidem de que trata el artículo, el proceso se tramitara con base en la nueva legislación.

En adición a lo anterior, se trae a colación la sentencia de la Honorable Corte Constitucional Sentencia T-341/18, de fecha Veinticuatro (24) de Agosto de 2018, M.P Carlos Bernal Pulido. Que dice:

Elimina la filigrana digital ahora

(...).

25. *De otra parte, en casos como el que se revisa, esto es, procesos iniciados en vigencia del Código de Procedimiento Civil y adecuados con posterioridad a las disposiciones del Código General del Proceso, no resulta viable computar el término de un año con el que el juez cuenta para proferir la sentencia de primera instancia, a partir de la fecha en que se efectuó la última notificación de la demanda a la contraparte.*

26. *Lo anterior, en consideración a lo previsto en el artículo 625 del*
27. *Código General del Proceso, norma que prescribe lo siguiente:*

> *"**Artículo 625. Tránsito de legislación.** Los procesos en curso al entrar a regir este código, se someterán a las siguientes reglas de tránsito de legislación:*
>
> *1. Para los procesos ordinarios y abreviados:*
>
> *(...).*
>
> *b) Si ya se hubiese proferido el auto que decrete pruebas, estas se practicarán conforme a la legislación anterior. Concluida la etapa probatoria, se convocará a la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el presente código, únicamente para efectos de alegatos y sentencia. **A partir del auto que convoca la audiencia, el proceso se tramitará con base en la nueva legislación.***
>
> *(...)." (Negrita fuera de texto).*

Decantado lo anterior y en armonía con la jurisprudencia arriba mencionada, se tiene entonces que, las disposiciones del Código General del Proceso, se aplicara al presente proceso a partir del día en que se fije la audiencia de que trata el artículo 373 del Código General del Proceso.

De tal suerte entonces, el término de un año previsto en el artículo 121 del Código General del Proceso, se aplicara al proceso, a partir del día en que se fije fecha la audiencia de que trata el artículo 373 del Código General del Proceso; no pasando por alto los hechos acaecidos en el Palacio de Justicia Pedro Elías Serrano Abadía con relación al desplome de unos de los ascensores, lo cual dio como consecuencia el cierre del mismo, los días 16 de Agosto al 12 de Octubre del presente año, ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura Seccional Valle, tiempo en el cual no se corrió términos.

Por lo anterior, el juzgado

WWW.RAMAJUDICIAL.GOV.CO

Elimina la filigrana digital ahora

RESUELVE:

El término de un año previsto en el artículo 121 del Código General del Proceso, se aplicará al proceso, a partir del día en que se fije fecha la audiencia de que trata el artículo 373 del Código General del Proceso de conformidad con la jurisprudencia arriba mencionada; no pasando por alto los hechos acaecidos en el Palacio de Justicia Pedro Elías Serrano Abadía con relación al desplome de unos de los ascensores, lo cual dio como consecuencia el cierre del mismo, los días 16 de Agosto al 12 de Octubre del presente año, ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura Seccional Valle, tiempo en el cual no se corrió términos.

Glosar a los autos el escrito procedente de la parte demandante donde aportan el registro civil de defunción de la menor Kimberly Papamija Acevedo, para los fines legales consiguientes.

NOTIFIQUESE,
El Juez,

LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA

pdfelement

03

15 ENE 2019

1156

Elimina la filigrana digital ahora

Alonso Rodríguez González
Abogado

Señor Juez
SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
Ciudad.

3:49

REF: ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DTE: JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS

DDO: SALUDCOOP EPS INTERVENIDA
DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ
OSWALDO CORAL GUERRON
JAMES ZAMBRANO
CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO.

RADICACIÓN No. 2015-0132 -00

ASUNTO:
REQUIERIR A LA PARTE DEMANDANTE SO PENA DE APLICAR ART 317 CGP

ALONSO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, identificado con la C.C. No. No. 6.382.751 de Palmira, y portador de la T.P. No 182.185 del C.S. de la J., apoderado de la Doctora **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO**, demandada en el proceso de la referencia, me permito solicitar al despacho del señor Juez se requiera a la parte demandante para que impulse las actuaciones del proceso so pena de que se aplique lo consignado en el artículo 317 del CGP.

pdfelement

Del señor Juez,

Cordialmente,

ALONSO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
C.C. No. 6.382.751 de Palmira (V)
T.P. No. 182.185 del C.S. de la J.

Oficina: Calle 22N No. 3N-67, Oficina 301, Barrio Versalles
Edificio Casa Verde, Cali – Valle - Colombia
Teléfonos: (+57) 8858961-3052184, Móvil 3216480220
Mail: rodriguezabg@yahoo.com

Elimina la filigrana digital ahora

1157

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Proceso Verbal
Auto Interlocutorio No. 1701
Radicación: 76001 3103 007 2015 00132 00
Demandante: JOHN JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS
Demandado: SALUDCOOP EPS Y OTROS
Santiago de Cali, diciembre nueve (09) de dos mil diecinueve (2019)

Dentro del presente proceso VERBAL instaurado por JOHN JEINYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS contra SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION Y OTROS, el apoderado del demandado JAMES ARTURO ZAMBRANO allega escrito interponiendo recurso de reposición en subsidio de apelación contra de auto de fecha abril 17 de 2015, mediante el cual se admite la demanda, argumentando que no se cumplió con el requisito de procedibilidad que consagra el art. 35 de la Ley 640 de 2001, teniendo en cuenta que no se llamó a conciliación a su prohijado, además de que las medidas cautelares solicitadas no lo afectan.

Adicionalmente indica que los demandados llegan al proceso en calidad de Litisconsorte Facultativos, motivo por el cual cada uno de ellos tiene una relación individual y diferente con el proceso, lo que genera que la medida cautelar solicitada no exime a la parte actora de agotar el requisito de procedibilidad con quienes no recae la medida cautelar, por lo que solicita se revoque el auto de fecha abril 17 de 2015 y en su lugar se rechace la demanda por ausencia del referido requisito.

Vencido el término de traslado, la parte actora no hizo pronunciamiento alguno sobre el recurso presentado.

Teniendo en cuenta que se cumple con los requisitos del art. 318 del Código General del Proceso, se procede a resolver previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

Nuestro ordenamiento contempla los recursos cuando quiera que lo decidido por el Juez de conocimiento, no es conforme al querer de las partes, es así como el artículo 318 del Código General del proceso nos enseña que el Recurso de Reposición, tiene por finalidad que el mismo operador judicial que emitió la decisión, sea el que regrese a ella y si es del caso, la reconsidere para revocarla parcial o totalmente.

La razón de inconformidad del demandado JAMES ARTURO ZAMBRANO se centra en que la demanda carece de formalidades como es el requisito de procedibilidad, conforme se determina en los artículos 35 y 38 de la ley 640 de 2001.

Elimina la filigrana digital ahora

En el caso que nos ocupa, el recurrente pretende atacar requisitos de la demanda señalados en los artículos 35 y 38 de la ley 640 de 2001 y que como consecuencia de ello ésta se rechace o se desvincule del proceso a su poderdante.

Para determinar si le asiste razón o no al recurrente, procede el Despacho nuevamente con la revisión de la demanda y al estudio de las causales de rechazo que establece nuestro ordenamiento procesal.

Examinado el expediente observa el Despacho, que efectivamente la parte actora no agotó el requisito de procedibilidad, consistente en agotar la conciliación prejudicial que para este tipo de procesos se exige, respecto a los demandados Daniel Enrique Medina Jiménez, Oswaldo Coral Guerron, James Zambrano y Claudia Yaneth González Arévalo, además que contra estos no se solicitó medida cautelar alguna que los exima de agotar el referido requisito.

Ahora bien, referente a la solicitud de rechazo de plano de la demanda por la causal aquí expuesta, se debe dejar claro, que esta no es causal de rechazo de plano, pues el inciso tercero del artículo 90 del Código general del Proceso, establece cuando se declara inadmisible la demanda y que propiamente en el numeral 7, indica: "*Cuando no se acredite que se agotó la conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad*".

Atendiendo lo anterior, no le asiste razón al Dr. Carlos Eduardo Nuñez Escarria, en lo que refiere a la solicitud de rechazar de plano la demanda, pues lo procedente en este caso es llamar la atención de la parte actora mediante la inadmisión de la demanda para que dé cumplimiento al requisito de procedibilidad, so pena de ser rechazada.

Conforme a lo expuesto, este despacho repondrá la decisión adoptada en auto de fecha abril 17 de 2015, ordenando la inadmisión de la demanda conforme lo establece el numeral 7 del artículo 90 del C.G del Proceso, concediendo el término de cinco días a la parte actora para que subsane el defecto previsto.

En consecuencia de lo anterior, el Juzgado RESUELVE:

PRIMERO.- REPONER el auto de fecha abril 17 de 2015, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente decisión.

SEGUNDO: INADMITIR la presente demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL, por los motivos expuestos en la parte motiva del presente auto.

TERCERO: Dentro del término de cinco (5) días, subsane la parte actora el defecto que dio origen al presente auto, so pena de ser rechazada la demanda.

NOTIFIQUESE

LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA
Juez

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1158

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA

EN ESTADO No. 191 DE HOY NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.

CALI, 30 DIC 2019

EDWARD OCHOA CABEZAS
SECRETARIO

pdfelement

1159
Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

JUZGADO SEPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
E. S. D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Médica.
Proceso: de Responsabilidad Civil.
Radicación: 2015 - 00132.
Demandante: Jhon Jeinnys Papamija Bonilla y otros. .
Demandados: Oswaldo Coral Guerron y otros.

Asunto: FALLECIMIENTO DEL DEMANDADO OSWALDO CORAL.

JAIRO FRAGA ROSAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 80.222.227 de Bogotá D.C y portador de la tarjeta profesional No. 183.193 del C.S.J, obrando como apoderado del doctor **OSWALDO CORAL GUERRON** con la cédula de ciudadanía No. 12.973.569 en su calidad de demandado, dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, informo para los fines que estimen pertinentes que mi poderdante el Doctor OSWALDO CORAL GUERRON, falleció el día 15 de Septiembre de 2018.
Para prueba de lo anteriormente manifestado anexo el REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION.

Atentamente:

JAIRO FRAGA ROSAS
C.C. No 80.222.227 de Bogotá D.C
T.P. No. 183.193 del C.S. de la J.

1160

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 09598326

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	X	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	D W E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

CORAL GUERRON OSWALDO ANCIZAR

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
CC 12.973.569	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE - CALI

Fecha de la defunción										Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día 1 5	05:00	71962842-8

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
	Año ____ Mes ____ Día ____

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización Judicial		Certificado Médico	X	.....

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

GOMAJOA MORENO LIZA KATIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 29.180.419	

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 8 Mes S E P Día 1 7

Nombre y firma de funcionario que autoriza

LUZ ELENA URTADO AGUDELO

ESPACIO PARA NOTAS

17-09-2018 TIPO DE DOCUMENTO ANTECEDENTE- CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Partement

Elimina la filigrana digital ahora

LAMAR INVERSIONES & ASESORIAS

Nit. 900.637.523-1
Régimen Común

PROMOTORA DE SALUD E.P.S identificada con Nit. 800.250.119-1 y **SALUDCOOP NORTE** identificada con Nit. 900.067.659-6.

Por todo lo anterior, y de acuerdo a las consideraciones antes esbozadas, solicito se dé por subsanada la demanda en comento, e igualmente el trámite procesal respectivo, y consecuente a esto se prosiga con el tramite respectivo de un proceso verbal de responsabilidad civil contractual.

De otra parte y de conformidad con el artículo 154 del C.G.P., depreco al despacho abstenerse de condenar en costas, por cuanto mis representados gozan de Amparo de Pobreza en virtud de su Auto fechado el 30 de abril de 2015.

Agradeciendo su atención,

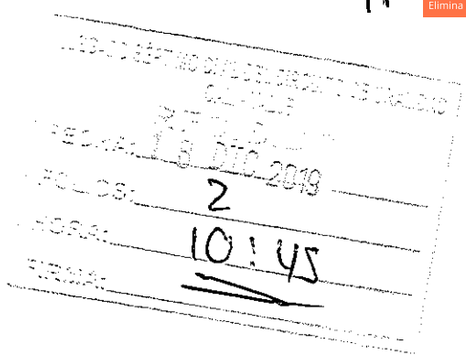
MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ.
C.C. No. 31.837.633 de Cali Valle.
T.P. No. 40.059 del C.S.J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1161

LAMAR
INVERSIONES & ASESORIAS
Nit. 900.637.523-1
Régimen Común



Santiago de Cali, 18 de diciembre de 2019.

Señores

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO.
CALI VALLE.

REFERENCIA: SUBSANACIÓN DE DEMANDA.
PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
RADICADO: 760013103007-2015-00132.
DEMANDANTES: JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS.
DEMANDADOS: SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD E.P.S. Y OTROS.

MARÍA ZULEMA ALBORNOZ RODRÍGUEZ mayor de edad, abogada en ejercicio e identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en calidad de apoderada judicial de los señores **JHON JENYYS PAPAMIJA BONILLA, NOREIDY ACEVEDO CARDONA, MERY CARDONA PÉREZ, JOSÉ HEBERTO ACEVEDO, ELBER ACEVEDO CARDONA** y **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA** demandantes dentro del presente proceso, por medio del presente escrito y en razón al auto interlocutorio No. 1701 de fecha 09 de diciembre de 2019 emanado por su despacho y por el cual se inadmite el proceso antes referenciado, me permito subsanar la presente demanda dentro del término legal concedido de acuerdo a las siguientes consideraciones:

Respecto al único cargo indilgado en el Auto Interlocutorio No. 1701 de fecha 09 de diciembre de la presente anualidad, y donde el despacho en sus consideraciones manifiesta el no agotamiento del requisito de procedibilidad consistente en la conciliación prejudicial respecto de los demandados **DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO** y **CLAUDIA YANETH GONZALES ARÉVALO,** es imperante manifestar por parte de esta apoderada que al despacho le asiste razón, pero de igual manera es de gran consideración indicar que los términos son efímeros y los mismos no sostienen un lapso ostensible para dar trámite al agotamiento de la conciliación prejudicial concerniente a los demandados antes relacionados.

Asi las cosas y atendiendo los presupuestos ya expuestos, manifiesto de forma clara y concisa que desisto de continuar con la demanda de responsabilidad civil contractual antes referenciada contra los señores **DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMÉNEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO** y **CLAUDIA YANETH GONZALES ARÉVALO,** y por consiguiente solicito de manera atenta se continúe diligentemente el presente proceso en contra de **SALUDCOOP ENTIDAD**

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Proceso Verbal
Radicación: 76001 3103 007 2015 00132 00
Demandante: JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS
Demandado: SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTROS
Santiago de Cali, marzo tres (3) de dos mil veinte (2020)

Por auto de fecha diciembre 9 de 2019, este Despacho judicial repuso el auto de fecha abril 17 de 2015, ordenado inadmitir la demanda por no haberse cumplido con el requisito de procedibilidad, consistente en agotar la conciliación prejudicial respecto a los demandados DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO.

La apoderada de la parte actora dando alcance a lo ordenado en auto de fecha diciembre 9 de 2019 y con el fin de corregir el defecto señalado, manifiesta que desiste de continuar con la demanda en contra de los señores DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, solicitando se continúe el proceso contra la entidad SALUDCOOP EPS.

Igualmente solicita la apoderada de la parte actora que no se condene en costas, teniendo en cuenta que sus prohijados se encuentran bajo el amparo de pobreza.

Dadas las anteriores, estima el despacho que no hay lugar al rechazo de la demanda, debiendo continuar la misma en contra de SALUDCOOP EPS.

pdfelement

En consecuencia de lo anterior, el Juzgado RESUELVE:

PRIMERO: ACEPTAR el desistimiento que hace la Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ, de continuar la demanda contra los señores DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMBRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO.

SEGUNDO: CONTINUAR con la presente demanda en el estado en que se encuentra, únicamente en contra de SALUDCOOP EPS.

TERCERO: No hay lugar a condenar en costas a la parte actora teniendo en cuenta que se encuentran cobijados bajo la figura del amparo de pobreza.

CUARTO: Como consecuencia del desistimiento presentado por la parte actora, se desvincula del proceso al llamado en garantía MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

QUINTO: De las excepciones de fondo presentadas por el demandado SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, córrase traslado por el término de cinco (5) días conforme lo establece el art. 370 del C.G. del P.

NOTIFIQUESE

LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA
Juez

Elimina la filigrana digital ahora

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA

EN ESTADO No. 22 DE HOY NOTIFICO A LAS PARTES EL CONTENIDO DEL AUTO QUE ANTECEDE.

CALI, 04 MAR 2020

EDWARD OCHOA CABEZAS
SECRETARIO

49

pdfelement

LINA MARCERLA BORJA RIVERA
ABOGADA
RESPONSABILIDAD Y DAÑO RESARCIBLE

Elimina la filigrana digital ahora

1164

Doctor
LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA
JUEZ SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

3
11:30

Proceso: **Verbal Responsabilidad Civil Médica**
Demandante: **JHON JEINNIYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS**
Demandados: **SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTROS.**
Radicación: **2015-00132-00**

Asunto: **Solicitud Constancia de ejecutoria**

Respetado señor Juez

LINA MARCELA BORJA RIVERA, mayor de edad, vecina de Cali, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en calidad de apoderada judicial del médico especialista Doctor **DANIEL ENRIQUE MEDINA,** demandado dentro del proceso de la referencia, solicito respetuosamente que de conformidad al artículo 115 del C.G.P, se me expida certificación donde se indique que quedo debidamente notificada y ejecutoriada la decisión adoptada por su señoría mediante auto 03 de marzo de 2020, notificado en estado No. 22 el 04 de marzo de 2020, en que se acepta el DESISTIMIENTO DE LA DEMANDA en contra del facultativo que represento.

Anexo: arancel judicial.

pdfelement

JUZGADO SÉPTIMO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
CONSTANCIA SECRETARIAL
Glosar a los autos el anterior escrito
FECHA: 13-3-2020
Póngase en conocimiento para los fines legales consiguientes
SECRETARIO:

Con el acostumbrado respeto,

LINA MARCELA BORJA RIVERA
C.C. No. 1.112.459.279.
T.P. No.262.921 del C.S.J.

Avenida 4 Norte # 7N-46-Oficina 335, Centro Comercial Centenario
Cali-Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 118. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

Elimina la filigrana digital ahora

1165

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/03/2020 08:23:53 Cajero: pmartina

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ04266 Operación: 68564648

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$6,800.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 31968683

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.300- 8

06/03/2020 08:23:53 Cajero: pmartina

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ04266 Operación: 68564648

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$6,800.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 31968683

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

1167

SEÑOR:
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO.
E. S. D.

4
11:29

REFERENCIA: **SOLICITUD DE CONSTANCIA DE EJECUTORIA.**

PROCESO: **VERBAL**
DEMANDANTE: **JHON JEINNYS PAPAMIJA BONILLA Y OTROS.**
DEMANDADOS: **OSWALDO CORAL GUERRON Y OTROS.**
RADICACIÓN: **2015 -00132**

JAIRO ANDERSON FRAGA ROSAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.222.227 y portador de la tarjeta profesional No. 183.193 del C.S.J, actuando en calidad de apoderado del Doctor **OSWALDO CORAL GUERRON,** demandado en el presente proceso, por medio del presente escrito solicito **CONSTANCIA DE EJECUTORIA,** en el entendido de que en el presente proceso frente al Doctor **OSWALDO CORAL GUERRON**, TERMINO DE MANERA ANORMAL POR DESISTIMIENTO.

*"**ARTÍCULO 314. DESISTIMIENTO DE LAS PRETENSIONES.** El demandante podrá desistir de las pretensiones mientras no se haya pronunciado sentencia que ponga fin al proceso. Cuando el desistimiento se presente ante el superior por haberse interpuesto por el demandante apelación de la sentencia o casación, se entenderá que comprende el del recurso.*

*El desistimiento implica la renuncia de las pretensiones de la demanda en todos aquellos casos en que la firmeza de la sentencia absolutoria habría producido efectos de cosa juzgada. **El auto que acepte el desistimiento producirá los mismos efectos de aquella sentencia."***

Es importante resaltar que mediante auto notificado por estados el día 4 de Marzo de 2020, se notificó a las partes que el juzgado acepta el desistimiento realizado por parte de los demandantes frente al Doctor **OSWALDO CORAL GUERRON**, sin que se haya recurrido la providencia.

En este orden de ideas quedo ejecutoriado el auto que para el presente caso produce los mismos efectos de una sentencia.

JUZGADO SÉPTIMO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
CONSTANCIA SECRETARIAL
Glosar a los autos el anterior escrito
FECHA: 13-3-2020
Póngase en conocimiento para los fines legales consiguientes
SECRETARIO:

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO
AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

Elimina la filigrana digital ahora

168

Es importante resaltar que el artículo 115 del Código General del Proceso, consigna:

ARTÍCULO 115. CERTIFICACIONES. El secretario, por solicitud verbal o escrita, puede expedir certificaciones sobre la existencia de procesos, el estado de los mismos y la ejecutoria de providencias judiciales, ***sin necesidad de auto que las ordene****. El juez expedirá certificaciones sobre hechos ocurridos en su presencia y en ejercicio de sus funciones de que no haya constancia en el expediente, y en los demás casos autorizados por la ley.*

ANEXO.

1. Arancel.

Cordialmente,

JAIRO ANDERSON FRAGA ROSAS
C.C. No. 80.222.227 de Bogota D.C
T.P No. 183.193 del C. S. de la J.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1169

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/03/2020 08:23:44 Cajero: pmartina

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ04266 Operación: 68564511

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$6,800.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 31968683

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1170

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/03/2020 08:23:44 Cajero: pmartina

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ04266 Operación: 68564511

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$6,800.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 31968683

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1171

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI VALLE

E. S. D.

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE JHON JENNYS PAPAMIJA Y OTROS

DEMANDADO SALUDCOOP EPS Y OTROS

RADICACION 2015-00132-00

REFERENCIA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EJECUTORIA AUTO DE FECHA 3/3/2020 FOLIO 1163

ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de apoderado de la parte demandada Doctora CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, por medio del presente escrito me permito solicitar me sea expedida CERTIFICACIÓN DE EJECUTORIA AUTO DE FECHA 3/3/2020 FOLIO 1163

ANEXO ARANCEL JUDICIAL

Cordialmente,

ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C. 6382751 de Palmira

T.P. No. 182.185 del CS de la J.

JUZGADO SÉPTIMO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
CONSTANCIA SECRETARIAL
Glosar a los autos el anterior escrito
FECHA: 13-3-2020
Póngase en conocimiento para los fines legales consiguientes
SECRETARIO:

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1171

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI VALLE

E. S. D.

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE JHON JENNYS PAPAMIJA Y OTROS

DEMANDADO SALUDCOOP EPS Y OTROS

RADICACION 2015-00132-00

REFERENCIA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EJECUTORIA AUTO DE FECHA 3/3/2020 FOLIO 1163

ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de apoderado de la parte demandada Doctora CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, por medio del presente escrito me permito solicitar me sea expedida CERTIFICACIÓN DE EJECUTORIA AUTO DE FECHA 3/3/2020 FOLIO 1163

ANEXO ARANCEL JUDICIAL

pdfelement

Cordialmente,

ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C. 6382751 de Palmira

T.P. No. 182.185 del CS de la J.

JUZGADO SÉPTIMO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
CONSTANCIA SECRETARIAL
Glosar a los autos el anterior escrito"
FECHA: 13-3-2020
Póngase en conocimiento para los fines legales consiguientes
SECRETARIO:

Elimina la filigrana digital ahora

3 1172

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/03/2020 09:05:37 Cajero: ccaceres

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ0429X Operación: 68610057

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$8,000.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 16737486

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/03/2020 09:05:37 Cajero: ccaceres

Oficina: 6903 - CALI SUCURSAL
Terminal: B6903CJ0429X Operación: 68610057

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$8,000.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 13476 CSJ-DERECHOS ARANCELES EMO
Ref 1: 16737486

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

1174

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JURISDICCIONAL
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE)
PALACIO DE JUSTICIA PEDRO ELIAS SERRANO ABADIA PÍSO 12

El SUSCRITO SECRETARIO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE).

CERTIFICA:

Que el proceso **VERBAL** propuesto por **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA** en contra de **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO Y OTROS** con radicación No. **76001310300720150013 2,** se resolvió por auto de fecha 03 de marzo de 2020 aceptar el desistimiento que realizo la Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ, de continuar la demanda contra los Señores DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMABRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, el cual se notificó el día 04 de marzo de 2020, quedando ejecutoriado el día 09 de marzo a las 5 de la tarde, sin que se haya presentado recurso alguno.

La presente certificación se expide a solicitud de la Dra. LINA MARCELA BORJA RIVERA

Para constancia se firma en Cali, a los Trece (13) días del mes de Marzo del año dos mil Veinte (2020).

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JURISDICCIONAL
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE)
PALACIO DE JUSTICIA PEDRO ELIAS SERRANO ABADIA PÍSO 12

El SUSCRITO SECRETARIO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE).

CERTIFICA:

Que el proceso **VERBAL** propuesto por **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA** en contra de **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO Y OTROS** con radicación No. **76001310300720150013 2,** se resolvió por auto de fecha 03 de marzo de 2020 aceptar el desistimiento que realizo la Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ, de continuar la demanda contra los Señores DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMABRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, el cual se notificó el día 04 de marzo de 2020, quedando ejecutoriado el día 09 de marzo a las 5 de la tarde, sin que se haya presentado recurso alguno.

pdfelement

La presente certificación se expide a solicitud del Dr. JAIRO ANDERSON FRAGA ROSAS

Para constancia se firma en Cali, a los Trece (13) días del mes de Marzo del año dos mil Veinte (2020).

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario

Elimina la filigrana digital ahora

1176

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JURISDICCIONAL
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE)
PALACIO DE JUSTICIA PEDRO ELIAS SERRANO ABADIA PÍSO 12

El SUSCRITO SECRETARIO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI (VALLE).

CERTIFICA:

Que el proceso **VERBAL** propuesto por **JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA** en contra de **CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO Y OTROS** con radicación No. **76001310300720150013 2,** se resolvió por auto de fecha 03 de marzo de 2020 aceptar el desistimiento que realizo la Dra. MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ, de continuar la demanda contra los Señores DANIEL ENRIQUE MEDINA JIMENEZ, OSWALDO CORAL GUERRON, JAMES ZAMABRANO y CLAUDIA YANETH GONZALEZ AREVALO, el cual se notificó el día 04 de marzo de 2020, quedando ejecutoriado el día 09 de marzo a las 5 de la tarde, sin que se haya presentado recurso alguno.

La presente certificación se expide a solicitud del Dr. ALONSO RODRIGUEZ GONZALEZ.

Para constancia se firma en Cali, a los Trece (13) días del mes de Marzo del año dos mil Veinte (2020).

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario

pdfelement

1122
Elimina la filigrana digital ahora

LAMAR
INVERSIONES & ASESORIAS
Nit. 900.637.523-1
Régimen Común

13
11:07

Doctor
LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA
JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL
DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
RADICACION No. 760013103007-2015-00132

DEMANDANTES: JHON JENNYS PAPAMIJA BONILLA
Y OTROS

DEMANDADO: SALUDCOOP EPS O.C EN INTERVENCION Y/O EN LIQUIDACION

MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ, obrando en condición de apoderada de JHON JENNYS PAPAMIJA BONILLA, NOREIDY ACEVEDO CARDONA,MERY CARDONA PEREZ,JOSE HEBERTO ACEVEDO, ELVER ACEVEDO CARDONA y JORGE ARMANDO ACEVEDO CARDONA, calidad que tengo debidamente acreditada y reconocida en autos, de manera muy respetuosa, por el presente escrito, procedo dentro del término legal, a descorrer el traslado en relación a las *"EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO"* propuestas por el Demandado ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SALUDCOOP ORGANISMO COOPERATIVO **SALUDCOOP EPS O.C EN INTERVENCION Y/O EN LIQUIDACION** y la OBJECIÓN Y OPOSICIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO a través de su apoderado el Dr. JHON JAIRO FLOREZ PLATA que se ha propuesto por el mismo demandado en los siguientes términos:

pdfelement

PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO

El Demandado SALUDCOOP EPS O.C EN INTERVENCION Y/O EN LIQUIDACION ha señalado estas EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO:

1- **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES POR PARTE DE LA EPS SALUDCOOP RESPECTO DE LA PACIENTE.**

Es notoriamente improcedente por los motivos que a continuación expongo:

Como bien lo anota el Demandado, la Ley 100 de 1993 definió en su artículo 177 que son las entidades promotoras de salud EPS y cuál es su función básica : "... ***organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados***..." (Subrayas y resaltado propio).

Elimina la filigrana digital ahora

En razón a ello, SALUDCOOP EPS O.C en intervención y/o en liquidación tenía la ***función básica*** con su afiliada la pequeña niña Kimberly Papamija Acevedo (QEPD), (no Caicedo como indica el Demandado), en organizar y garantizarle directa o indirectamente la prestación del plan de salud de manera eficiente, oportuna e integral conforme a lo pactado al momento que fue afiliada mediante el Nro. 12336496 el 14 de diciembre de 2011.

Pero desde que se inició la atención médica a la niña por parte de la parte Demandada, desde el 23 de diciembre de 2011 cuando Kimberly presentaba fiebre, somnolencia y vomito. (Síntomas de alarma por la condición de la menor) **hubo muchas falencias y demoras es decir no cumplió las obligaciones contractuales y legales con la paciente.**

Recuérdese que pese a que ingreso por Urgencias con un cuadro alarmante que indicaba claramente que debían cambiarle la válvula de Hakin manera inmediata, pues la niña presentaba todos los síntomas de estar infectada, solo fue examinada por el especialista hasta el 25 de diciembre de 2011 quien solo le realizó una punción en la cabeza sin anestesia, para sacarle *la pus* que ya le salía de manera muy evidente por el orificio de la válvula.... lo que indicaba categóricamente una infección y que resulto ser la bacteria *SERRATIA MARCENSES,* pero SALUDCOOP EPS en liquidación, solo autorizo el procedimiento hasta el 27 de diciembre.

En razón a **este PRIMER INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE**, la niña debió permanecer hospitalizada desde el 23 de Diciembre de 2011 hasta el 6 de marzo de 2012; y de haberla intervenido el 23 de diciembre cambiándole la válvula, no se habría infectado en esa forma y su recuperación habría sido más rápida, evitándole a su familia todas los perjuicios generados para soportar esta condición. ***"ES DECIR, DESDE LA PRIMERA URGENCIA SE HICIERON EVIDENTES LAS DEMORAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA LA NIÑA, LA INEXISTENCIA DE LA INTEGRIDAD EN EL SERVICIO PESE A QUE LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS ES PREVALENTE SEGÚN LA LEY. "***

Conforme a los hechos de la demanda que están plenamente certificados con la historia clínica, se evidencia que la niña no fue atendida de manera oportuna e integral, y que en razón a esa falla médica se le desencadeno el daño cerebral severo que termino dejándola como un vegetal hasta su fallecimiento el 13 de noviembre de 2017, luego de librar con toda su familia una larga batalla por la vida.

Menester es resaltar que **EL SEGUNDO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDADA**, se presentó, conforme a los hechos y al soporte de la historia clínica, (que la parte Demandada, para exculparse, pretende dejar sin valor probatorio), el 7 de marzo de 2012 por cuenta de que la herida de la cirugía cuando le cambiaron la válvula a Kimberly había quedado mal suturada y se le abrió, generando que el líquido cefalorraquídeo le chorreara por la cara de la niña, y fue cuando el medico tratante únicamente le realizo punciones sin anestesia, pese a que los síntomas indicaban infección.

Elimina la filigrana digital ahora

Es así como el 20 de marzo de 2012 se confirma la infección con el resultado del laboratorio, pero la entidad Demandada se resistía a ordenar realizar lo que era obvio cuando se presentan síntomas de infección (fiebre, vomito, somnolencia), esto es, proceder a cambiar la válvula... pero preferían someter a dolorosas chuzones a una criatura. De hecho solo hasta el 28 de marzo de 2012 por fin ordenaron el cambio de la válvula, dejando padecer a la niña y a su familia una espera innecesaria y dolorosa por 21 días tal y como se narra en el hecho 15 de la demanda.

EL TERCER INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDADA se presentó el 5 de abril de 2012, en plena semana santa cuando el especialista estaba de vacaciones, emergencia originada en la misma sintomatología, (fiebre, somnolencia...) y entonces Kimberly es atendida por el medico asignado el Dr. Jairo Sánchez quien deja claramente anotado en la historia clínica ***"NO ES CONVENIENTE ESTARLA PUNCIONANDO TANTO".***
En esta oportunidad, de una parte, en razón a que no había médicos especialistas por vacaciones de semana santa, y de la otra parte, como la entidad demandada no había dejado ordenado procedimientos alternos para pese a que Kimberly era paciente frecuente, como la cabeza de la niña se le había agrandado mucho por la retención del líquido a causa del taponamiento de la válvula por la infección, es decir tenía la fontanela llena de líquido, simplemente la entidad Demandada ordena lo más fácil, torturar a la niña con punciones cada cuatro (4) días para extráele el líquido mientras llegaban los especialistas, esto en lugar de remitirla a otro centro médico de nivel idóneo, o en su defecto, colocarle una válvula externa, pero la niña no resistió e hizo un paro respiratorio el domingo 8 de abril de 2012. Por esta razón la familia de Kimberly coloca una queja formal y solicita cambio de médico tratante. Hechos 17 al 22 de la demanda.

EL CUARTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se da por la manera poco profesional como se le hacen los procedimientos a la niña cuando le cambian la válvula de Hakin, generándole a la niña múltiples bridas y una peritonitis e infección, tal y como quedo registrado en la laparoscopia que le realizo el medico Dr. Carlos Alberto Melo Hernandez, todo lo cual se setenta con la Historia clínica. Hechos del 23 al 25 de la Demanda.

EL QUINTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se presenta por la demora injustificada para que la parte Demandada autorizara el procedimiento requerido por una nueva urgencia de Kimberly el 4 de agosto de 2012, cuando se le agudizaron los síntomas de la infección de la válvula, lo que obligó a la madre de la niña, la señora Kimberly Acevedo a presentar una aqueja en la Secretaria de Salud del Departamento del Valle, entidad que acudió de inmediato a la clínica a través de la funcionaria Dra. Viviana Sánchez y cuya presencia fue muy efectiva para que atendieran a esta criatura de inmediato y aunque el diagnostico determino la necesidad de otro cambio de la válvula de Hakin, esto solo se realizó el 9 de agosto de 2012 (5 días después) desencadenado problemas en la salud de Kimberly. Hechos 26 al 28 de la Demanda.

Elimina la filigrana digital ahora

EL SEXTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 23 de enero de 2013 cuando Kimberly es llevada a Urgencias por presentar síntomas evidentes de tener nuevamente infectada la válvula de Hakin pero no pasa de urgencias y la devuelven para la casa. Hecho treinta de la Demanda.

EL SEPTIMO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se presenta el 28 de enero de 2013 cuando Kimberly es llevada a Urgencias por presentar síntomas evidentes de tener nuevamente infectada la válvula de Hakin pero no pasa de urgencias y la devuelven para la casa. Hecho 30 de la Demanda

EL OCTAVO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA acaece el 29 de enero de 2013 cuando Kimberly es llevada a Urgencias tanto en la mañana como en la tarde por presentar síntomas evidentes de tener nuevamente infectada la válvula de Hakin. En la mañana le dan de alta y la envían a la casa pero con el agravante que cuando regresa a urgencias en la tarde, regresar en la tarde, ya presentaba una infección urinaria, es decir por la negligencia de la entidad Demandada en ordenar el cambio de la válvula ya se le habían comprometido otros órganos por la infección. En esa ocasión la trasladan al piso cuarto donde es tratada con antibióticos hasta el 4 de febrero que le dan de lata sin cambiarle la válvula. Hecho 30.

EL NOVENO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se presenta el 07 de febrero de 2013 pues la niña Kimberly continuaba con los síntomas de tener infectada la válvula de Hakin, y además una toz persistente; pero esta vez solo le ordenan un RX de Tórax y como no se encontró novedad en los pulmones, le dan de alta sin atender el problema de salud que la afectaba, ello pese a los pedidos de su madre para que le revisaran la válvula. Hecho 31 al 32 de la Demanda.

EL DECIMO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se presenta el 08 de febrero de 2013 cuando la pequeña Kimberly nuevamente es llevada a urgencias por su madre, ya que todos los síntomas de infección se le habían agudizado y además de ello, la toz le había aumentado. Es esa ocasión un pediatra de la entidad, el Dr. Oscar Herrera determina que la niña tenía neumonía, pero le dan de alta y le sugieren regresar en tres (3) días.
Como la niña empeora, su madre la lleva nuevamente a urgencias dentro de los dos (2) días siguientes, pero la entidad Demandada no ordena el tratamiento adecuado y le dan de alta. Esto se repitió durante toda una tenebrosa semana, hasta que por fin el 12 de febrero la dejan hospitalizada. Ese día se hizo muy evidente la mala atención al punto que la médica de turno Dra. Claudia Janeth González Arévalo fue tan hostil con Noreidy que esta madre, presa del desespero e impotencia rompió en llanto en un pasillo generando la atención de médicos, del personal de urgencias y de la gente que allí se encontraba, por lo que esa medica no tuvo más remedio que examinar a la niña y de mala gana le ordeno un RX de tórax. Hecho 33.

Elimina la filigrana digital ahora

EL DECIMO PRIMER INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA se presenta el 13 de febrero de 2013 estando la pequeña niña aun en urgencias, cuando la médica Patricia Mercedes Castello Mesa de la entidad y quien hacia las rondas en urgencias, al parecer sin leer la historia clínica de Kimberly, le indica a la señora Noreidy que tal vez la niña había bronco aspirado por la manera como tomaba el tetero, desconociendo que la niña completaba dos (2) días sin recibir alimento vía oral. La mama de la niña le sugiere que le revise la válvula, pero no lo hace y la envía a casa. Hecho 34.

EL DECIMO SEGUNDO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 14 de febrero de 2013 cuando gracias a la exigencia airada del tío materno de la niña, el señor ELVER ACEVEDO CARDONA para que atendieran debidamente a la pequeña y entonces la remiten al piso cuarto, donde solo le colocan un catéter en el pecho por a la imposibilidad de hacerlo en los brazos; precisamente porque desde el 4 de febrero de 2013 cuando había acudido a urgencias por los mismos síntomas (infección en la válvula de Hakin) chuzaban a la pequeña niña en sus bracitos y le colocaban suero y cuando la veían algo mejor le daban de alta, esto en lugar de ordenarle el cambio de la válvula de Hakin, lo que debilito sus venas y ya era imposible encontrárselas. Por eso el catéter directamente en el pecho de esta criatura, soportando el dolor que cualquier chuzón genera...

Ya para esta época, y a causa de la negligencia de la parte Demandada, en ordenar de manera oportuna el cambio de la válvula de Hakin, la niña presentaba malas condiciones físicas, **anorexia, deshidratación extrema y glucometría de 77**, tal y como lo consigno en la historia clínica la médica Dra. Ana Bolena Bonilla Bustos. Hecho 35 de la Demanda.

EL DECIMO TERCER INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 16 de febrero de 2013, cuando se equivocan en el diagnostico los médicos de la entidad Demandada, los doctores Diana Patricia López y James Zambrano Narváez, quienes tras revisar un Tac de cerebro determinan que la válvula de Hakin de Kimberly no presentaba ningún taponamiento.
Este diagnóstico errado le provoca a esta criatura una agonía y a sus padres y familiares les ocasiona muchos traumatismos entre los días 16 a 19 de febrero de 2013, ya que la niña permanecía hospitalizada con su madre y por efecto el suero y de los medicamentos la estabilizaban un poco, pero la infección iba ganando terreno en su pequeño cuerpo. Hecho 36.

EL DECIMO CUARTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 20 de febrero de 2013 hacia las 2:00 P.M cuando se equivocan nuevamente en el diagnostico los médicos de la entidad Demandada, esta vez los doctores Maria Ángela Villalobos Pabón y James Zambrano Narváez, que le diagnostican a Kimberly una ***virosis*** ... esto sin revisarle la válvula de Hakin. Hecho 37 de la Demanda.

Elimina la filigrana digital ahora

EL DECIMO QUINTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 20 de febrero de 2013 hacia las 9:00 P.M en cabeza del el Dr. Carlos Alberto González, quien en su ronda ni siquiera examina a la niña y solo se limita a anotar en la historia clínica que Kimberly no había recibido alimentos en todo el día. Hecho 37

EL DECIMO SEXTO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA sucede el 20 de febrero de 2013 hacia las 10:00 P.M , esta vez en cabeza del médico Carlos Alberto Ramírez, quien examinó a la niña por pedido de su madre quien le manifestó que Kimberly había empezado a torcer los brazos, a comportarse extrañamente y a convulsionar . El concepto de este galeno fue que *tal vez la niña tenía algún dolor* y le receto el calmante dipirona que le fue inyectada directamente en la vena de la criatura en lugar de hacerlo en el catéter.... Esto empeora las condición de Kimberly y entonces le aplican otro calmante, concretamente Acetaminofén, pero la niña se torna morada hace paro respiratorio y activan el código azul. Este médico entonces llama a la UCI, solicita máquina de reanimación y con la Pediatra Dra. Diana Jimena Nates entuba a la pequeña niña, ordena una escanografía y el resultado señalo que **la válvula estaba obstruida** generándole *aumento considerable de los ventrilocos con pérdida de surcos, edema cerebral, hiperdensidad en región occipital bilateral clínicamente con compromiso neurológico* y desde ese momento la niña entro en coma. Hecho 38 y 39 de la demanda. Claramente se incumplió por parte de la Demandad en atender sus obligaciones contractuales desatendiendo lo dicho por la Corte : ***"SI BIEN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO ADECUADO ORDINARIAMENTE COMPETE AL MÉDICO TRATANTE, EN EL CASO DE MENORES DISCAPACITADOS ESTA SELECCIÓN DEBE SER PARTICULARMENTE METICULOSA..."*** **SENTENCIA T-412 DE 2004** Subrayas y resaltado propias. Hecho 39 de la demanda.

A causa de esta crisis la menor fue examinada el 21 de febrero de 2013 hacia la 1:00 AM por el medico Dr. Oswaldo Coral quien determinó que Kimberly estaba muy grave y debía ser operada de urgencias, lo cual se hizo encontrándose la niña en estado de coma y por fin le cambiaron la válvula de Hakin, lo que debieron hacerle desde el 23 de enero de 2013. Hecho 40 de la demanda.

EL DECIMO SEPTIMO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES CON LA PACIENTE POR LA PARTE DEMANDA. A causa de que la entidad Demanda promotora de salud omitió organizar los mecanismos para que a Kimberly se le garantizara su derecho a la salud y pudiera acceder a todos los servicios hospitalarios requeridos de manera oportuna e integral, porque queda claramente demostrado que la EPS Demandada **no puso** a disposición de la pequeña niña *toda su infraestructura física, científica y su personal humano, para que de esta manera Kimberly accediera a una prestación y atención de óptima calidad, sin contratiempos y por supuesto, sin restricción alguna.*

En otras palabras, La EPS SALUDCOOP no garantizo el acceso de la menor Kimberly Papamija Acevedo (QEPD) a los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud de manera integral y oportuna como lo afirma el apoderado judicial de la entidad demandada lo cual le genero además del daño cerebral, la menor secuelas definitivas como ceguera y sordera hasta su fallecimiento.

Elimina la filigrana digital ahora

LAS PRUEBAS PARA DEMOSTRAR LO EXPUESTO

Solcito tener en cuenta las siguientes copias que obran en foliaturas:

1- Copia en **DVD+R16X/4.7GB/120MIN MARCA IMATION** de la **HISTORIA CLÍNICA** años 2013 y 2014 de la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO** debidamente marcadas.
2- Copia del formulario de afiliación a SALUDCOOP No. 12336496 y constancia de la afiliación.
3- Queja escrita presentada a la dirección médica de Saludcoop el 10 de abril de 2012
4- Queja escrita presentada a la auditoria de Saludcoop el 10 abril de 2012.
5- Examen denominado POTENCIAL EVOCADO Y AUDITIVO UMBRAL BERA realizado a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO el 26 de Noviembre de 2012 en el Instituto para niños ciegos y sordos del Valle del Cauca determinando : **AUDICIÓN NORMAL BILATERAL**
6- Examen denominado POTENCIAL EVOCADO Y AUDITIVO UMBRAL BERA realizado a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO EL 9 de Septiembre de 2013 en el Instituto para niños ciegos y sordos del Valle del Cauca determinando : **HIPOACUSIA PROFUNDA DE LOS OÍDOS DERECHO E IZQUIERDO (Es decir, sordera o perdida de la capacidad auditiva)**
7- Examen realizado a la menor KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO el 9 de Septiembre de 2013 en el Instituto para niños ciegos y sordos del Valle del Cauca en el LBORATORIO DE ELECTROFISIOLOGIA determinando: **PVE anormal en ambos ojos (LA NIÑA NO VE).**
8- Historia Clínica oftalmológica de KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO
9- Informe evaluativo de KIMBERLY realizado por la entidad CASA MADRE CANGURO ALFA S.A en la que se ratifica la deplorable condición de la niña.
10- fotos tomada a la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO** que demuestran su recuperación al tratamiento con la válvula en las que se puede apreciar como la niña se encontraba muy bien, agarraba cosas, ya se sentaba por si sola sosteniendo su cabeza y se mantenía de pie.
11- Ultimas Fotos tomadas a la menor **KIMBERLY PAPAMIJA ACEVEDO** en las que se verifica **el lamentable estado físico y mental (vegetativo) en que quedo a causa de la mala práctica médica hasta su muerte.**
12- Videos tomados a Kimberly en varias circunstancias en los que se aprecia y verifica que la niña se encontraba en buen estado físico y mental. Es evidente que escuchaba y veía normalmente y que hacia cosas normales para su edad hasta el 23 de Enero de 2013.
13- Certificado de defunción de la pequeña Kimberly Papamija Acevedo quien fallece el 13 de noviembre de 2017 tras haber sufrido un paro respiratorio el 20 de febrero de 2013. Es decir la niña y su familia padecieron cuatro (4) años y nueve (9) meses la tragedia de ver a la niña postrada en cama como un vegetal que debía ser atendida las 24 horas del día.

Elimina la filigrana digital ahora

2- **FALTA DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE LA EPS SALUDCOOP Y LA EVOLUCION DE LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE.**

Es notoriamente improcedente por los motivos que a continuación expongo:

Para empezar, ***el daño*** está demostrado con la la historia clínica, prueba científica en la que consta el daño cerebral irreversible a causa de que la EPS SALUDCOOP no autorizo u ordeno el tratamiento adecuado de manera oportuna e integral a Kimberly y en consecuencia **LA NIÑA SUFRIO UN DAÑO IRREVERSIBLE POR HIPOXIA CEREBRAL Y POR HERNIA CEREBRAL. ES DECIR UNA LESION ENCEFALICA EXTENSA CON COMPROMISO DE ESTRUCTURAS DE TALLO CON DIAGNOSTICO: *"POBRE PRONOSTICO NEUROLÓGICO"*.**

Hay que recordar que la niña después de padecer casi un mes con una infección en la válvula de Hakin, fue finalmente operada para cambiársela el 21 de febrero de 2013 y que posteriormente debió quedarse en cuidados intensivos durante veinte (20) días durante los cuales jamás despertó.... debiendo estar conectada a un respirador hasta que por fin la triste noticia les fue dada a los padres de la niña hasta el 21 de marzo de 2013 por parte de la médica Claudia Marcela Castaño, que Kimberly había sufrido un grave daño neurológico. Hechos 42 y 43 de la Demanda.

Ahora bien, ***el hecho generador*** del daño irreversible se encuentra plasmado en la la Historia Clínica de manera muy detallada con indicación de las fechas y horas, en las que se verifica que hubo negligencia al no haberle ordenado los exámenes de rigor que los habrían alertado sobre la urgencia de la cirugía para el cambio de la válvula de Hakin a la menor en un tiempo oportuno, sino cuando ya la gravedad de Kimberly los alarmo, pero ya era demasiado tarde.

Todo ello se puede verificar en todas las anotaciones de cada uno de los médicos tratantes en la que se evidencia en qué condiciones ingreso la niña Kimberly a la entidad el 23 de diciembre de 2011 y como salió después de sufrir el daño cerebral por no haber sido atendida oportunamente, incumpliendo de esta manera la entidad EPS SALUDCOOP su función básica: organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a su pequeña afiliada.

La relación de causalidad salta entonces a la vista, porque la entidad Demandada EPS SALUDCOOP es la que hace sus convenios administrativos con las IPS, en este caso nada menos que los tenía con la denominada CLÍNICA SALUDCOOP CALI NORTE, a donde la niña fue atendida por urgencias desde la primera vez, de hecho jamás la remitieron a otra parte, luego, si no eran capaces de atender a la niña por falta de médicos especialistas o de equipos o de insumos, debieron haberla remitido oportunamente a una clínica de mayor nivel, pero tampoco lo hicieron.

Elimina la filigrana digital ahora

Alegar que la Entidad demandada no participo en la ejecución de los actos médicos, o que no es un prestador de servicios de Salud, o que cada de IPS es una institución distinta a la EPS SALUDCOOP , es intentar desvirtuar la realidad y es que **la red** prestadora de la EPS SALUDCOOP depende de lo que ordenara la EPS SALUDCOOP. Precisamente por eso se denomina red porque depende de lo que la Demandada ordene.

Y es un secreto a voces que las EPS tienen un control estricto hasta sobre los minutos que un médico puede atender una consulta y sobre lo que puede ordenarle a un paciente haciéndoles responsables por el incumplimiento del contrato que genera una falla en el servicio, anomalía que cuando se trata de la salud y la vida de una persona resultan muy delicados para evitar que se desencadenen tragedias dolorosas como las que nos ocupa.

PRUEBAS: Para demostrar lo indicado solicito se tengan en cuenta las pruebas enunciadas anteriormente

3- LA CULPA DE UN TERECRO COMO EXIMENTE DE LA RESPONSABILIDAD QUE SE IMPUTA A LA EPS SALUDCOOP.

Es notoriamente improcedente por los motivos que a continuación expongo:

Nótese en primer lugar que todas las entidades involucradas en la atención a los afiliados mediante el contrato de salud con la EPS SALUDCOOP, llevan el mismo nombre "***SALUDCOOP***" antes de sus siglas o después de ellas. Es decir hacen parte del mismo circulo así hoy lo quieran hacer ver como si fueran entidades diferentes ajenas y desconocidas entre sí.

La clínica **SALUDCOOP CALI NORTE** efectivamente fue donde se atendió de manera muy deficiente a la pequeña Kimberly, como ya se anotó en precedencia; centro médico habilitado administrativamente por la **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP** dentro de los servicios que eran ofrecidos por la **EPS SALUDCOOP** mediante el contrato referido . Es que a ningún afiliado mediante este tipo de contratos se les permite escoger la clínica ni el médico, es lo que la EPS SALUDCOOP autorice.
Y en este caso particular, la autorización para efectuarle el cambio de la válvula de Hakin a Kimberly se hizo demasiado tarde como ya se explicó suficientemente.

No hay en consecuencia, como lo pretende el apoderado de la entidad EPS **SALUDCOOP** EN LIQUIDACION Y/O EN INTERVENCIÓN eximentes de responsabilidad civil contractual como el alegado ***"inexistencia de culpa "*** en razón a lo que obra en foliaturas bien sustentado con la historia clínica , en la que con solo verificar las fechas de ingreso a urgencias y la fecha de la atención efectiva se vislumbra esa culpa que se pretende hacer valer para evitarse asumir una responsabilidad por un hecho reprobable de una entidad prestadora de la salud, mas con una niña de solo meses de nacida.

Elimina la filigrana digital ahora

Ni que decir del eximente alegado, "***el hecho de un tercero***", olvidando el apoderado invocante, que en la responsabilidad civil contractual del caso que nos ocupa, la red prestadora del servicio de salud estaba integrada por entidades que dependían de la EPS SALUDCOOP y hasta llevaban el nombre SALUDCOOP como anote, antepuesto o pospuesto a sus siglas.

Echarle ahora la culpa a la **CLÍNICA SALUDCOOP CALI NORTE** en estos momentos cuando la misma desapareció a la vida jurídica por el proceso de intervención públicamente conocido que se le hizo a toda la organización de SALUDCOOP es francamente improcedente.

PRUEBAS: Para demostrar lo indicado solicito se tengan en cuenta las pruebas enunciadas anteriormente.

4- EXIGENCIA DE CULPA PROBADA

Es notoriamente improcedente lo que señala el apoderado de la parte demandada ya que la pretensión indemnizatoria no tiene causa contractual con ninguno de los médicos que intervinieron a lo largo de todo el proceso de Kimberly, cuyos nombres quedaron indicados en el texto de la demanda y que aparecen en la precitada historia clínica.

Además desistimos de la demanda contra los médicos que originalmente fueron vinculados ya que no se había agotado la audiencia de conciliación prejudicial y mediante el auto del 3 de marzo de 2020 acepto dicho desistimiento.

Para esta causa subsiste la demanda contra la **EPS SALUDCOOP** EN INTERVENCIÓN O EN LIQUIDACIÓN y no contra la responsabilidad civil de los médicos referidos.

Los hechos narrados en la Demanda no son apreciaciones subjetivas de la parte accionante, como trata de definirlo el apoderado de la parte Demandada, es la narración puntual de unos hechos basados en lo que le sucedió a estas familias cuando Kimberly Papamija Acevedo, a su corta edad, sufrió las consecuencias de un sistema de prestación del servicio de salud deficiente por cuenta de la parte demandad **EPS SALUDCOOP**, todo lo cual tiene sustento probatorio científico en la historia clínica.

5- EXCESIVA TASACION DE PRETENSIONES

Es al igual que todas las anteriores excepciones, esta es notoriamente improcedente y hasta ofensiva por cuanto mis representados están en todo su derecho de presentar las reclamaciones por los daños y por el gran perjuicio moral y en la vida de relación que se les causo con el incumplimiento contractual de la demandada por una falla en el servicio al no prestarle a la menor KIMBERLY una atención oportuna integral y eficiente como ya se ha explicado en líneas anteriores.

pdfelement

Elimina la filigrana digital ahora

Solo atina al indicar que el Juez esta envestido de la facultad de tazar los perjuicios de manera oficiosa, lo que acataremos.

Reitero las jurisprudencias que invoque en la Demanda y que resultan procedentes también frente a esta excepción:

Consejo de Estado, Secc. Tercera, Auto 26036, feb.22/07, C.P. Dr. Ramiro Saavedra Becerra, que con base en las recomendaciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la indemnización por muerte de menores, determinó que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte, la fórmula para indemnizarle a la familia de la víctima cuando este es un menor de edad, es reconocerle a este una probable etapa productiva, entre los 18 y los 25 años. La Corte supone que en este periodo el hijo puede aportarle ayuda económica a su familia, después de los 25 años generalmente conforman su propia familia.

"La responsabilidad civil y por lo tanto la profesional pueden derivarse del incumplimiento o violación de un contrato o consistir en un acto u omisión que sin emanar de ningún pacto cause perjuicio a otro. " . CSJ Sala de Casación Civil, mayo 5 ,1940".

Sobre el daño a la vida de relación, el Magistrado de la Corte Constitucional doctor JUAN CARLOS HENAO ha acogido estos pronunciamientos.

SENTENCIA DE MAYO 6 DE 1993 HONORABLE CONSEJO DE ESTADO, sección tercera M.P. JULIO CESAR URIBE ACOSTA, mediante esta sentencia definió y reconoció la existencia del perjuicio extrapatrimonial independiente y diferente al moral, refiriendo este a la perdida de la posibilidad de realizar otras actividades vitales que aunque no producen rendimiento patrimonial, hacen agradable la existencia.

También en SENTENCIA DE JULIO 19 DE 2.000 la misma corporación precisó el alcance de este perjuicio inmaterial y expreso que su reconocimiento no debe limitarse a los casos de lesiones corporales que producen alteraciones a nivel orgánico, sino que debe extenderse a todas aquellas situaciones que alteren la vida de relación de las personas.

Agrego que *tampoco debe limitarse su reconocimiento a la víctima toda vez que el mismo puede ser sufrido por personas cercanas a ella, ni debe restringirse a la posibilidad de gozar de los placeres de la vida; puede referirse además al esfuerzo excesivo de realizar actividades rutinarias, ni se trata de la afectación sufrida por la persona con los demás sino con las cosas del mundo.*

Por su parte, La Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en sentencia del 13 de mayo de 2008 siendo Magistrado Ponente el Dr. Cesar Julio Valencia Copete, reivindico el derecho que tienen las victimas por un hecho dañoso a reclamar el perjuicio referido, el daño a la vida de relación.

Elimina la filigrana digital ahora

1187

Con respecto al daño a la vida de relación, la Corte clasifica los diferentes tipos de perjuicios derivados del ***daño a la persona*** que define en los siguientes términos: ***"...El primero de tales conceptos corresponde a las nociones de daño emergente y lucro cesante que, se reitera, constituyen expresiones características del perjuicio que reviste naturaleza eminentemente patrimonial, en los términos que han sido descritos por los artículos 1613 y 1614 del Código Civil. El segundo se identifica con la noción de daño moral, que incide o se proyecta en la esfera afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc. Y el tercero, es el denominado daño a la vida de relación, que se traduce en afectaciones que inciden en forma negativa sobre su vida exterior, concretamente, alrededor de su "...actividad social no patrimonial..." (...).***

6- EXCEPCIÓN GENÉRICA

No es del caso referirme al no haber pronunciamiento concreto.

Con base en lo expuesto, solcito comedidamente se declare no probada las excepciones propuestas.

EN RELACIÓN A LA OBJECIÓN Y OPOSICIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

pdfelement

Sea lo primero indicar que existe cobro legal de lo debido, dado que se está solicitando el pago de una indemnización integral por la trágica muerte de una niña en razón a un daño cerebral que se originó en la falla en la prestación de un servicio médico contratado con la parte Demandada como ya se indicó.

Esta obligación es actualmente exigible frente a la cual la parte demandada no han cumplido y es la propia ley la que permite, en justa causa, que las victimas afectadas por un evento como el que nos ocupa, reclamen por todos los perjuicios que se les han causado dentro de los términos legales ya que el derecho de reparación integral a las víctimas es de rango Constitucional.

Como mecanismo viable al derecho de contradicción, las partes deben sostener sus posiciones jurídicas que sean opuestas con fundamentos legales que las apoyen y no intentar desvirtuar una justa reclamación con suposiciones como es en este caso, los fundamentos de la oposición.

Ahora bien, se hizo un llamamiento en garantía y tratándose del seguro de responsabilidad civil, debemos indicar que este hace parte de la categoría de los seguros de daños; se trata de un seguro indemnizatorio que cubre los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se causen por la responsabilidad contractual o extracontractual en la que incurra el asegurado, su propósito es cubrir el valor de los perjuicios ocasionados a las víctimas, hasta el límite asegurado y además de ello, con este tipo de pólizas se asegura el patrimonio que pueda resultar afectado.

Elimina la filigrana digital ahora

1188

LAMAR INVERSIONES & ASESORIAS

Nit. 900.637.523-1
Régimen Común

Resulta pertinente recordar, que quien ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización de todos los perjuicios causados, sin perjuicio de la pena que la ley imponga por el delito cometido, conforme lo establece el artículo 2341 del Código Civil. Esto precisamente porque la ley protege los derechos de las personas. En consecuencia, el daño causado debe ser jurídicamente reparado.

Las acciones para reparar a las víctimas por los perjuicios que se les hayan causado por la responsabilidad civil contractual, se encuentran legalmente establecidas en nuestro ordenamiento jurídico. No sin antes prevenir que los perjuicios pueden aumentar con posterioridad a la presentación de la Demanda.

La adecuada cuantificación de los perjuicios morales para lograr el equilibrio entre el daño causado a las víctimas, está determinado por la ley al que acudimos en procura de que Su Señoría haga justicia y se incluyan a todas las partes Actoras quienes cada una en su justa medida, han padecido este lamentable, sorpresivo e irreparable hecho. Acogemos los parámetros que para su tasación hayan sido establecidos jurisprudencialmente, y reconocemos que es del resorte de su Señoría. Simplemente expresamos un estimativo de estos perjuicios morales, pero acogeremos lo que disponga el Despacho.

En atención a que se aportaron y solicitaron las pruebas y soportes que demuestran el perjuicio causado, y como la Objeción y Oposición al juramento estimatorio hace referencia a los mismos hechos de las Excepciones de Mérito o de Fondo de la parte Pasiva, pido tenerse estas en cuenta.

Dejando presentado mi pronunciamiento sobre lo expuesto por la parte demandada EPS SALUDCCOP EN LIQUIDACION Y/O EN INTERVENCION, le solcito muy respetuosamente Señor Juez, darle el trámite que por ley corresponde, declarando no probas las Excepciones de Mérito o de Fondo, las Objeciones ni la Oposición que han sido presentadas.

Recibiremos notificaciones en la misma dirección radicada en la Demanda.

Del Señor Juez,

MARIA ZULEMA ALBORNOZ RODRIGUEZ
Apoderada de la parte Demandante
T.P Nro. 40.059D1 del CSJ