

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA RV: SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN RAD 11001310302620140040901

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 22/09/2022 11:22

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: ALIANZA MÓNICA <alianzagesa@gmail.com>

Enviado: jueves, 22 de septiembre de 2022 11:20 a. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota <secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Re: SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN RAD 11001310302620140040901

Buenos días

Dr. **OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA**

Conforme con su solicitud procedo a enviar la sustentación del recurso conforme a lo solicitado.

Son en total 3 archivos, (el descorre del traslado, los motivos de reparo y la Bitácora de Referencia y Contrarreferencia que ya están en el proceso inicial pero que considero sea debidamente revisada por el Tribunal.

De antemano muchas gracias.

El jue, 22 sept 2022 a la(s) 09:34, ALIANZA MÓNICA (alianzagesa@gmail.com) escribió:

Buenos días

Dr De antemano Muchas gracias por el correo, en este momento voy a revisar el documento que se envió y si fue diferente al trabajado, si es del caso lo corrijo y se lo remito inmediatamente.

El mié, 21 sept 2022 a la(s) 17:07, Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota (secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co) escribió:

Cordial Saludo,

Le solicito se sirva a aclarar el asunto y motivo del correo que precede, por cuanto si bien refiere a que se trata de "presentó los fundamentos del recurso de apelación por mi interpuesto al minuto 2:52,11 del video de la audiencia donde se dictó fallo de primera instancia" el archivo anexo corresponde a lo que parece ser una hoja de salida de EPS.

Por motivo de lo anterior, se le requiere para que en el termino menos posible de claridad sobre el asunto, para darle el trámite adecuado al memorial referido.

Atentamente,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA
Secretario Sala Civil
Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá
Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305
Teléfono 423 33 90 Extensión 8349
Email: secscribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: ALIANZA MÓNICA <alianzagesa@gmail.com>

Enviado: miércoles, 21 de septiembre de 2022 5:00 p. m.

Para: Secretaria Sala Civil Tribunal Superior -Seccional Bogota <secscribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota <secscribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: PoLiTa HoChMuTh <notificacionesjudiciales@saludcoop.coop>; wickmann Tenjo <wtenjo@gmail.com>

Asunto: Re: SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN RAD 11001310302620140040901

El mié, 21 sept 2022 a la(s) 16:58, ALIANZA MÓNICA (alianzagesa@gmail.com) escribió:
Bogotá 21 de septiembre de 2022

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secscribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

secscribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co; notificacionesgomezmorad@outlook.com;

abogada_mmorales@gomezmorad.com; notificacionesjudiciales@saludcoop.coop; wtenjo@gmail.com;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,

DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS

RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA
DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, Inciso 2 Num.3 del artículo 322 C G
del P. DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada **EUSALUD SA.**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido por la Secretaria del Tribunal, según fijación de traslado del día 14 de septiembre de 2022, presenté los fundamentos del recurso de apelación por mi interpuesto al minuto 2:52,11 del video de la audiencia donde se dictó fallo de primera

instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito dentro del procesos del asunto relacionado, de la manera en que se adjunta.

--

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

PBX: +(57) 1 6242526-5332388

Móvil: +(57) 3155090260

E-mail: alianzagesa@gmail.com

Dirección: Carrera 64 No. 103-05 Bogotá D.C

Este correo y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Esta comunicación puede contener información protegida por el privilegio de cliente-proveedor. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, queda estrictamente prohibida la utilización, copia, reimpresión o reenvío del mismo. En tal caso, favor notificar en forma inmediata al remitente.

AVISO LEGAL:

Teniendo en cuenta la vigencia de la Ley Estatutaria 1581 del 2012 reglamentada mediante Decreto 1377 de 2013 mediante la cual se dictaron disposiciones para la protección de datos personales, ALIANZA GESA S.A.S., como responsable y/o encargada del tratamiento de datos personales, requiere su autorización para continuar con el tratamiento de los mismos, almacenarlos en nuestras bases de datos, las cuales incluyen información que ustedes nos han suministrado vía telefónica, correo electrónico y/o por diferentes medios, en desarrollo de las diferentes actividades realizadas por nuestra compañía, entre otros son los siguientes: Nombres de personas naturales o jurídicas, número de documento de identificación, dirección, teléfono fijo y móvil, correo electrónico, información de representación legal.

Este correo electrónico y cualquier archivo adjunto al mismo, contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a su destinatario(s). Si usted no es el receptor indicado, queda notificado que la lectura, utilización, divulgación y/o copia sin autorización está prohibida en virtud de la legislación vigente. En el caso de haber recibido este correo electrónico por error, agradecemos informarnos inmediatamente de esta situación mediante el reenvío a la dirección electrónica del remitente. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor.



Bogotá 17 de junio de 2022

Señores

JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO

E mail: j50cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co;

Juzgado50CivilCircuitodeBogot@cendoj.ramajudicial.gov.co;

notificacionesgomezmorad@outlook.com; [abogada mmorales@gomezmorad.com](mailto:abogada_mmorales@gomezmorad.com);

notificacionesjudiciales@saludcoop.coop; wtenjo@gmail.com;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,
DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS
RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: PRECISION DE LOS REPAROS A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, Inciso 2 Num.3 del artículo 322 C G del P.

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada **EUSALUD SA.**, por medio del presente escrito y en cumplimiento de lo normado en el inciso segundo numeral tercero del artículo 322 del Código General del Proceso, presentó de manera breve los reparos y razones concretos de mi inconformidad frente a la decisión emitida en audiencia por su despacho el pasado 14 de junio del 2022, de la siguiente manera:

I- INDEBIDA VALORACIÓN DE LA PRUEBA

- 1.1. En primer lugar se advierte que en la motivación de la sentencia se avizora un error de derecho cuando, constatada la existencia de un testimonio técnico, la misma no fue tenida en cuenta, pues tal y como obra en el proceso en audiencia de testimonios celebrada el 13 de junio de 2018, se expuso por los profesionales especialistas, que una de las fuentes principales de las fallas multisistémicas presentadas por la infante, obedecían a la desnutrición que refería la misma progenitora y registrada en la historia clínica donde se alimentaba a la menor a base de féculas, y los expertos expusieron ampliamente, el deterioro en la salud que esta alimento afectaba en su salud.
- 1.2. Así mismo y como segundo fundamento de la indebida valoración de la prueba, basa la sentencia en que el procedimiento que debieron acatar los galenos que prestaron la atención, se basa en el documento aportado por el demandante denominado:

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico, 2012

Dr. R. Phillip Dellinger¹; Dr. Mitchell M. Levy²; Dr. Andrew Rhodes³; Dr. Djillali Annane⁴; Dr. Hervig Gerlach⁵; Dr. Steven M. Opal⁶; Dr. Jonathan E. Sevransky⁷; Dr. Charles L. Sprung⁸; Dr. For S. Douglas⁹; Dr. Roman Jaschke¹⁰; Dra. Tiffany M. Osborn¹¹; Dr. Mark E. Nunnally¹²; Dr. Sean R. Townsend¹³; Dr. Konrad Reinhart¹⁴; Dra. Ruth M. Kleinpell¹⁵; Dr. Derek C. Angus¹⁶; Dr. Clifford S. Deutschman¹⁷; Dra. Flavia R. Machado¹⁸; Dr. Gordon D. Rubenfeld¹⁹; Dr. Steven A. Webb²⁰; Dr. Richard J. Beale²¹; Dr. Jean-Louis Vincent²²; Dr. Rui Moreno²³; y el Comité de recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis, que incluye el subgrupo de pediatría²⁴

Objetivo: ofrecer una actualización de las "Recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico", cuya última publicación data de 2008.

Diseño: se convocó un comité de consenso de 68 expertos internacionales en representación de 30 organizaciones internacionales. Los grupos nominales se congregaron en reuniones internacionales clave (para aquellos miembros del comité que asistieron a la conferencia). Se desarrolló una política de conflictos de interés en el inicio del proceso y se impusieron a lo largo de todo el proceso. Todo el proceso de referencias se realizó con independencia de cualquier financiación de la industria. Se celebró una reunión independiente para todos los directores, copresidentes y vicepresidentes del subgrupo, y para otros particulares previamente seleccionados. Las teleconferencias y los debates electrónicos entre los subgrupos y todo el comité resultaron ser una parte fundamental del desarrollo.

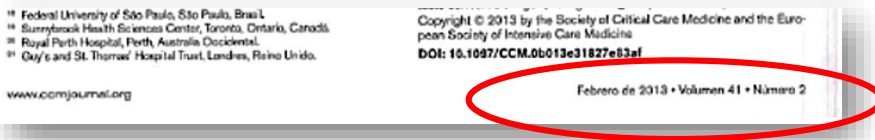
Métodos: se aconsejó a los autores atenerse a los principios del sistema de clasificación de la valoración, el desarrollo y la evaluación de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) para guiar la evaluación de la calidad de la evidencia desde alta (A) a muy baja (D) y para determinar la intensidad de las recomendaciones como sólidas (1) o débiles (2). Se enfatizaron las posibles desventajas de realizar recomendaciones sólidas ante evidencias de baja calidad. Algunas recomendaciones no obtuvieron ninguna clasificación (UG). No obstante, las recomendaciones se clasificaron en tres grupos: 1) aquellas que apuntaban directamente a la sepsis grave; 2) aquellas que apuntaban a la atención general del paciente enfermo en estado crítico y considerado de alta prioridad en sepsis grave; y 3) consideraciones pediátricas.

Resultados: las recomendaciones y sugerencias clave, enumeradas por categoría, incluyen: reanimación cuantitativa precoz del paciente septicémico durante las primeras 6 horas después del reconocimiento (1C); hemocultivo previo

¹ Cooper University Hospital, Camden, Nueva Jersey.
² Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island.
³ St. George's Hospital, Londres, Reino Unido.
⁴ Hôpital Raymond Poincaré, Garches, Francia.
⁵ Walter-Beaumont Hospital, Bielefeld, Alemania.
⁶ Memorial Hospital of Rhode Island, Pawtucket, Rhode Island.
⁷ Emory University Hospital, Atlanta, Georgia.
⁸ Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts.
⁹ Denver Health Medical Center, Denver, Colorado.
¹⁰ McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá.
¹¹ Epine Jewish Hospital, St. Louis, Missouri.
¹² University of Chicago Medical Center, Chicago, Illinois.
¹³ California Pacific Medical Center, San Francisco, California.
¹⁴ Friedrich Schiller University, Jena, Alemania.
¹⁵ Rush University Medical Center, Chicago, Illinois.
¹⁶ University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pensilvania.
¹⁷ Penn State School of Medicine at the University of Pennsylvania, Filadelfia, Pensilvania.
¹⁸ Federal University of São Paulo, São Paulo, Brasil.
¹⁹ Sunnybrook Health Sciences Center, Toronto, Ontario, Canadá.
²⁰ Royal Perth Hospital, Perth, Australia Occidental.
²¹ Guy's and St. Thomas' Hospital Trust, Londres, Reino Unido.

²² Erasme University Hospital, Bruselas, Bélgica.
²³ UCINIC, Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.
²⁴ Los miembros del Comité de recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis y del subgrupo pediátrico se enumeran en el **Apéndice A** de este artículo.
 Se encuentra disponible contenido digital complementario para este artículo. En el texto impreso aparecen códigos directos de URL, que se encuentran disponibles en formato HTML y PDF en el sitio web de la revista (<http://journal.ccmjournal.com>).
 Las divulgaciones completas del autor y el comité se enumeran en **Supplemental Digital Content 1 (Contenido digital complementario 1)** en <http://links.lww.com/CCM/A015>.
 Este artículo se ha publicado simultáneamente en *Critical Care Medicine* e *Intensive Care Medicine*.
 Para obtener información adicional sobre este artículo, póngase en contacto con R.P. Dellinger (Dellinger.Philip@cooperhosp.org).
 Copyright © 2013 by the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine.
DOI: 10.1097/CCM.0b013e31827e53af

Sin embargo al revisar esta literatura, se avizora que sus estudios análisis y publicación fueron posteriores a la ocurrencia de los hechos pues en su pie de pagina data de "Febrero de 2013 * volumen 41 * numero 2"



Por lo tanto, el procedimiento aplicado a la menor, se debe sujetar a las guías para el mes de abril y mayo de 2011 y no para las que sirvieron de base para emitir la sentencia, las cuales mas adelante explicare de manera detallada.



II. NADIE ESTA OBLIGADO A LO IMPOSIBLE

Expone el despacho y así consta en la historia clínica, que efectivamente los profesionales que atendieron a la infante y que prestaban sus servicios a mi representada, dieron inicio desde el 28 de abril de 2011 la solicitud de remitir a la menor Salma (Q.E.P.D.), a una UCI de mayor complejidad observemos:

Grupo sanguíneo:

SALMA PARRA MUNEVAR *1146127061*

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Departamento: 11 BOGOTA D.C. Municipio: 1 BOGOTA DC

Dirección: CARRERA 8 F # 2 A -21 Teléfono: 7838171

NEURO: ALERTA, NO FOCALIZADO
PIEL: PALIDEZ GENERALIZADA, CON LESIONES ECCEMATOSAS GENERALIZADAS Y DESCAMATIVAS Y ALGUNAS MIELISERICAS

GU EN 12 HORAS 2.5CC/KG/HORA

ANALISIS: PACIENTE CON DERMATITIS ECCEMATOSA DE 1 MES DE EVOLUCION QUIEN PRESENTA SOBREENFECCION BACTERIANA, QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO AB Y DESDE HACE 24 HORAS CON EDEMAS EN EXTREMIDADES QUE SE GENERALIZAN ASOCIADO A DISMINUCION DEL GASTO URINARIO, TIENE ASOCIADO PALIDEZ GENERALIZADA SIN SIGNOS DE DETERIORO INFECCIOSO, EN EL MOMENTO NO SE HA PODIDO CANALIZAR Y NO TENEMOS EXAMENES DE FUNCION RENAL NI HEPATICA, CONSIDERO QUE POR COMPROMISO RENAL, INFECCIOSO, METABOLICO, CON ALTO RIESGO DE INESTABILIDAD CONSIDERO REMISION A UCIP DE FORMA URGENTE, SE HABLARA CON CX PEDIATRICA PARA PASO DE CATETER CENTRAL

PLAN
DIETA PARA LA EDAD
LEV 5 CC HORA
FUROSEMIDA 3 MG IV AHORA
S/S CH, PCR, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO, FOSFORO, TP, TPT, BUN, CREATININA, FSP, LDH, COOMBS DIRECTO, FUNCION HEPATICA, GASES ARTERIALES, ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES, RX DE TORAX
REMISION A UCIP
SUSPENDER AMIKACINA

Y es del caso entender entonces como funciona en Colombia el sistema de referencia y contra referencia conforme al Decreto 2759 de 1991 el cual define y señala:

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



TEXTO COMPLETO DE: D2759 DE 1991

DECRETO 2759 DE 1991

(Diciembre 11)

Diario Oficial No. 40.218, del 12 de diciembre de 1991

Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de la facultad que le confieren la Constitución Política, artículo 334 y la Ley 10 de 1990., artículo 1o., literal m),

DECRETA:

ARTICULO 1o. DEL AMBITO DE APLICACION. El Régimen de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5o., numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional.

Las entidades a que se refiere el literal d) del numeral 1o. del artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, deben aplicar las normas del Régimen de Referencia y contrarreferencia en los términos que establece el artículo 4o. de la citada ley.

ARTICULO 2o. DE LA DEFINICION. El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

PARAGRAFO 1o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

PARAGRAFO 2o. Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

PARAGRAFO 3o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.

ARTICULO 3o. DE LA FINALIDAD. El régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

ARTICULO 4o. DE LAS MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS. Dentro del régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

Ahora bien, para un caso similar al presente el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección A., Consejera ponente: MARTHA NUBIA VELÁSQUEZ RICO en fallo de fecha primero (1º) de marzo de dos mil dieciocho (2018) dentro del proceso con Radicación número: 05001-23-31-000-2006-02696-01(43269), analizó este tipo de eventos y fundamento:

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



6. La conducta de la Promotora Médica Las Américas S.A. y la E.S.E. Metrosalud

De acuerdo con el marco normativo expuesto, la historia clínica, los testimonios y el dictamen pericial, se tiene que la E.S.E. Metrosalud cumplió, en observancia de sus obligaciones como entidad de primer nivel.

organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrareferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud”

³⁵ *“Artículo 2. DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DE LAS URGENCIAS. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio”.*

³⁶ *Fts. 304 y 305 cuaderno principal.*

En efecto, quedó probado que, en atención a la complejidad de los síntomas padecidos por la señora María Bernarda Rueda de Ramírez y a que la E.S.E. Metrosalud no contaba con el nivel de atención necesaria, la paciente debió ser trasladada a otra institución médica, así se desprende de la historia clínica y del dictamen pericial rendido válidamente dentro del proceso, sin que fuera objetado, del cual se destacan los siguientes apartes (se transcribe de forma literal, incluidos los errores si los hay):

“31 de marzo de 2004, 2:25 horas. Paciente diabética en tratamiento, con malestar general y cefalea, decaimiento. Al examen físico presión arterial: 111/80 pulso 80 X minuto. Se toma dextrometer alterada: 236 mgs/ dl. Se deja en observación, aplicándole líquidos endovenosos, mejoría del estado general y posteriormente se da de alta con instrucciones (nota médica).

(...)

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



"(...) la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"⁴⁷

Como consecuencia, teniendo en cuenta que la actuación culposa, derivada de la abierta negligencia de la entidad le quitó la oportunidad de salvar la vida de la

⁴⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. M.P: William Namén Vargas. Bogotá, 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005-00103-01.

⁴⁶ Corte Suprema Dd Justicia. Sala De Casación Civil. M.P: Margarita Cabello Blanco. Bogotá, 4 de agosto de 2014. Expediente No. 11001-31-03-003-1998- 07770-01.

⁴⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Bogotá, D.C., primero (1) de agosto de dos mil dieciséis (2016), C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, radicación número: 19001-23-31-000-2001-01429-01(35116), en ese mismo sentido, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez y sentencia del 8 de junio de 2017, exp. 19.360.

señora Rueda de Ramírez, la Sala confirmará en ese sentido y bajos los argumentos hasta aquí esgrimido la culpabilidad de la Promotora Médica Las Américas S.A. por la pérdida de la oportunidad.

FALLA:

PRIMERO: MODIFICAR la sentencia apelada, proferida el 10 de junio de 2011, por el Tribunal Administrativo de Antioquia, de acuerdo con la parte motiva de esta sentencia, la cual quedará así:

"PRIMERO: DECLARAR a la PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A. culpable por los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la pérdida de oportunidad de la señora María Bernarda Rueda de Ramírez.

"SEGUNDO: ABSOLVER de responsabilidad a la E.S.E. METROSALUD, a la E.S.E. HOSPITAL GENERAL LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN y al DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente providencia.

"TERCERO: Como consecuencia de lo resuelto en el numeral anterior, CONDENAR a la PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A. a indemnizar a las siguientes personas en las siguientes sumas por concepto de pérdida de oportunidad:

En consecuencia la responsabilidad de autorizar la remisión de la paciente a una UCI de mayor complejidad era e la EPS y no de la IPS en razón a ello, y dado que mi representada no estaba en capacidad de dar la atención que requería la paciente SALMA estaba incurso bajo la causal de el no estar obligada a lo imposible y si dio inicio al procedimiento de Referencia establecido en la norma y la EPS no dio la oportunidad para prestar esta atención.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



De la anterior manera dejo sentados los razonamientos que son motivo de inconformidad y reparo a la sentencia emitida por su despacho el pasado 14 de junio de 2022 y que serán ampliamente fundamentados ante los Honorables Magistrados del Tribunal Superior de Bogotá – Sala Civil.

III. FALTA DE DEMOSTRACION DE LA RESPONSABILIDAD AQUILIANA- DEBE DEMOSTRARSE CULPA PROBADA

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado que los profesionales de la medicina, se encuentran ligados a una obligación ética y jurídica de abstenerse de causar daño, en desarrollo del juramento hipocrático que impone actuar con diligencia y luchar por la mejoría y el bienestar de los enfermos y de la humanidad entera, para evitar así el dolor y el sufrimiento, y recuerda que los principios que conforman la deontología médica, representan un rumbo que ilumina el ejercicio profesional de los galenos, fijando reglas éticas que inspiran y guían su conducta, y evitan verse incurso en vicisitudes que comprometan su responsabilidad. Para ello se han expedido leyes como la 100 de 1993, 1164 de 2007 y 1438 de 2011. Así lo predica la Corte Suprema de Justicia, como, por ejemplo, en la sentencia SC917-2020, en la que, además señala que cuando en la actividad médico hospitalaria se causa una lesión o menoscabo “el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica, la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjettiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado).

Es suficientemente conocido que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, como se advierte de la lectura de sentencias recientes de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, como las SC2506-2016, SC12947-2016 y SC003-2018, salvo cuando en virtud de las estipulaciones especiales de las partes, se asumen obligaciones de resultado, mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios

IV LA RESPONSABILIDAD DE LA IPS EN ATENCION NO SE VALORA QUE NO SE ERRO EN LA CULPA IN ELIGENDO NI IN VIGILANDO. NO SE TUVO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD SECTORIAL- COMO FUNCIONA EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

El sistema de Referencia y Contrarreferencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



El Régimen de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5o., numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional. Las entidades a que se refiere el literal d) del numeral 1o. del artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, deberán aplicar las normas del Régimen de Referencia y contrarreferencia en los términos que establece el artículo 4o. de la citada ley

V. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD CON LA EPS POR LA IPS

El despacho no individualizó la responsabilidad del causante directo del daño

La atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

La Ley 100 de 1993, asigna a las EPS la función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados, por lo que los daños sufridos por los usuarios con ocasión de la prestación del servicio de salud les son imputables a aquellas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego, de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado es posible atribuir tal perjuicio a la empresa como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.

VI. NO HUBO juicio de atribución a EUSALUD quien no puede responder por la presunta omisión de Saludcoop, la lex artis quedó desprovista

ESTUDIO DE CASO. REQUERIMIENTO FETAL

SALMA PARRA MUNEVAR

RC 1146127061

- Aseguradora: Saludcoop
- Edad: 4 meses
- Procedencia: Bogotá

REVISION DE HISTORIA CLINICA EUSALUD SEDE PEDIATRIA

Abril 25 2011 (17+00) Dr Daniel Bustillo (médico hospitalario) Ingresa paciente traída por su madre con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresó hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se asoció a adinamia y malestar general.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Antecedentes

- Maternos: G2, edad materna: 33 años, edad paterna 35 años, alergias negativos, patologicos negativos, quirurgicos negativos, toxios negativos. Familiar: Linfoma (Abuelo Materno)
- Antropometrias: Peso Al Nacer 3220 Gr Talla 52 Cm
- Vacunación: Adecuadas Para La Edad
- Control De Crecimiento Y Desarrollo (+)
- Alimentacion: Lactancia materna hasta los 2 meses. Leche De Formula (Enfamil I) + fécula de platano desde el 2° mes de vida
- Vivienda De Material Con 4 Cuartos, 2 Pisos Y Tienen Todos Los Servicios Animales Domesticos (-)

Al examen físico de ingreso: peso 5.900 KG, FC 133, FR 29, T 36.3, SAT 92%, mucosa oral humeda, orofaringe hiperemica, otoscopia normal, cuello movil sin adenopatias torax simetricos, rs cs rs no soplos, pulmones ventilados sin sobreagregados abd blando, no dolor, no masas ni megaliassnc sin deficit neurologico glasgow 15/15 piel lesiones escamativas en placas con edema, eritema, calor local perilesionales en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del menton, y espalda, lesiones eritematosas puntiformes en abdomen y rostro idx 1. dermatitis atopica vs celulitis severa

Plan 1. observacion 2. dad al 5% 500 cc + natrol 12 cc + katrol 5 cc pasar a 25 cc/hr 3. hemograma, PCR 4. Revalorar

18+00: Enfermera reporta paciente con dermatitis atópica VS celulitis severa con palidez facial.

19+00: Enfermera reporta paciente con adinámica, decaida, irritable, álgida, piel pálida, con lesiones en todo el cuerpo, ya pasando líquidos endovenosos.

Abril 26 2011: 12+27: Dr Hernando Pico Gil (psiquiatria) paciente de 9 meses de edad en regulares condiciones generales con cuadro de un mes de evolución consistente en lesiones eriotematosas descamativas generalizada con perdida de piel en miembros inferiores y cuello dejando expuesta la dermis.

Reporta de laboratorios. Hemograma: leucocitosis 21.700, netros 51 linfos 49, VSG 6 PCR 12.

Se considera cuadro de dermatitis atopica y síndrome de piel escaldada, se solicitó hemocultivos y se da orden de iniciar antibióticoterpia: oxacilina + amikacina intrahospitalaria.

Abril 27 2011 (10+24) Dr Castillo (pediatra): Paciente de 4 meses con diagnóstico de dermatitis atopica, impétigo ecematozo con lesiones eritematosas descamativas generalizadas en todo el cuerpo, anasarca, diuresis espontanea sin alteracion, mantiene estabilidad hemodinamica, se determina descenso de lev, control hidrico, tension arterial, oxacilina c/4 y amikacina dia, pendientes hemocultivos, vigilancia de comportamiento infeccios.

13+00 Control de líquidos: Gasto urinario 0.8cc

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Líquidos administrados	Líquidos eliminados
Endovenosos: 75	Pañal 20cc
Vía oral: 30	
Total: 105	Total 85cc

19+15: Dr Javier Pinilla (Medico hospitalario): LA: 300 LE 45 GU 0.6CC/K/H, oliguria con persistencia de anasarca, se considera toma de funcion renal, CH -PCR, PO con sonda, coloracion de gram.

Abril 28 2011 07+00 Nota de enfermeria: Líquidos: mezcla de dextrosa en agua destilada al 5% + 12.5 cc de natrol + 5 cc de katrol goteo a 5 cc hora en bomba de infusion.

09+14 Dr Juan Bautista: Paciente con diagnóstico de falla renal + impetigo ecematoso síndrome anémico agudo. Madre reporta que nota aumento de edema y ya son generalizados, y esta orinando muy poco. Al exámen físico FC: 150 FR: 24 sat 92 ambiente TA: no se logra tomar por edemas, peso: 6640 aumento 1140 gr en 48 horas, precordio calmo, sin ritmo de galope, hígado no descendido, buena ventilación pulmonar, no agregados, abdomen: blando, no masas, no hepatomegalia, ni esplenomegalia, extremidades: edemas generalizados, edema duro, pulsos disminuidos periféricos por edemas, llenado capilar < 2 seg, neuro: alerta, no focalizado, piel: palidez generalizada, con lesiones ecematosas generalizadas y descamativas y algunas mielisericas. GU en 12 horas 2.5cc/kg/hora.

Manejo: LEV a 5cc, furosemida 3 mg iv ahora, S/S CH, PCR, sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, TP, TPT, BUN, creatinina, FSP, LDH, coombs directo, funcion hepatica, gases arteriales, albumina, proteinas totales, rx de torax remision a ucip suspender amikacina.

09+34: Se solicita interconsulta con cirugia pediatrica para paso de cateter cntral. Se solicita coombs directo por sínrome anémico con reporte negativo.

12+26: Dr Juan Bautista: Se considera paciente con sepsis de tejidos blandos, en falla renal interrenal, en oligoanuria, no hay signos clinicos de deshidratacion, con anemia que amerita transfusion por el estado de sepsis, no hay compromiso hepatico en el momento, ha sido imposible la canalizacion, se habla con dr del rio cx pediatra viene en la tarde, considero urgente la remision a ucip para manejo intergral de paciente y el estado septico. Parcial de orina tomado ayer con densidad adecuada y acidifica normal, proteinuria y leve hematuria micrococcica,

Reporte de laboratorios: HG: 8,3 leuco: 12600 linfo 57% pcr: 98 elevada, BUN 12,2 creatinina 0.8 relacion 15 intrarenal, glicemia 85 TP:12.8 (control 11.9), TPT 33,3 (Control 32), TGP: 13 TGO 43 normales, FSP anicositosis y macrocitosis BT: 1,3 BI: 0,8 Rx de torax silueta cardiotimica normal no consolidaciones niderrames ni zonas de edema pulmonar.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Plan: restriccion hidrica 250 cc dia de aporte hidrico, furosemida 12 mg vo, ahora remision urgente a servicio de ucip, O2 por ventury al 28 % balancr hidrico estricto sonda vesical a permanencia solicito p de orina, sodio y creatinuna urinaria para evaluar fena.

15+00 Doctor Pinilla realiza venopuncion en yugular positiva al segundo pinchazo en en lado izquierdo queda con tapon heparinizado permeable

15+19 Sergio Alfonso del Rio (Cirugia Pediatrica):Paciente amerita psaso de caterter central y posible paso de cateter de dialisis peritoneal , URGE traslado a sede chapinero urgente para realizacion de procedimiento en salas de cirugía.

16+00 Se observa paciente que empieza a eliminar por sonda vesical a sistoflo recibe y tolera via oral

17+39: Dr Javier Pinilla: FC: 159 FR 32 T: 36 SAT: 92% ambiente

Balance Hidrico DIA -35 Balance Acumulad: 555 + CC. Gasto urinario: 4.5 CC/KH

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
245cc	300cc

Paciente mantiene estabilidad hemodinamica, ascenso de gasto urinario luego de paso de 2.5 mg furosemida IV, hemograma descenso de leucocitos, mantiene diferencial, PCR en incremento, sin alteracion perfil hepatico, azoados con creatinina limite superioro para la edad, electrolitis en normalidad, **albumina disminuida, asociado a sindrome anemico provocando descenso importante en presion osmotica intravascular lo que explica anasarca y el descenso en la perfusion renal por hipovolemia**, valorado por cirugia pediatrica quien por componente infeccioso en piel y anasarca indica paso de acceso venoso central en sala de cirugia, con normas de asepsia en caso de requerir venodiseccion. Plan: albumina al 5% 5.5 g iv dia, requerimiento de trasfucion de gr compatibles.

Abril 29 2011: paciente con persistencia de los edemas generalizados pero con leve disminucion y mejoria del gasto urinario, no luce septica pero decaida y con riesgo alto de inestabilizarse, **no se ha podido remitir ni conseguir camas en ucip**, p de orina de hoy con densidad 1020 , con aumento de la concentracion urinaria. Se considero liberar liquidos con dieta hiperproteica e inicio imperativo con albumina **por sindrome hipooncotico debido al estado hipercatabolico**. Plan dieta hiperproteica lev 10 cc hora albumina al 20% 1.2 cc hora oxacilina igual.

18+32: Dr Pinilla: Paciente estable, gasto urinario decae durante el dia con incremento paulatino de tension arterial, **descenso de anasarca lo que indica sobrecarga hidrica a nivel endovascular**, se considera incremento de dosis de diuretico de asa a razon de 1 mg /k cada 12 horas, sin trastorno electrolitico, tolerando la via oral, infusion continua de albumina al 20% para 5.5g dia, descenso de hb, requerimiento de oxigeno con venturi al 24%, sin estertores, no soplos, se determina continuar

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



manejo medico instaurado, control estricto de La - Le, tension arterial, remision a unidad de cuidados intensivos para monitorizacion hemodinamica, alto riesgo de colapso circulatorio.

Abril 30 2011 12+29: paciente de 4 meses de edad en su 5 dia de hospitalizacion estable.afebril hidratada recibe la via oral, FC 142, FR 36, T 36.8 satruando 93 TA 108 / 59 /78

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
125cc	100CC

Mayo 1 2011 (10+24): Dr Hernan Pico: TA 102 /52 con media de 67, liquidos administrado en 24 horas 1.607 cc, LE 860 V + 747 Gasto Uirianrio 5.4, peso 6.280 gr, FC 133, FR 28, T 36.4, recibe 5 mg de furosemida cada 12 horas, oxacilina 180 mg cada 4 horas . Albumina AL 20% 1 cc hora leva 48 . Se espera remision a nivel 3. 12+24: Se notifica imposibilidad de tomar una nueva via venosa por lo que cambia a vía oral.

Mayo 2 2011 08+36: Diagnósticos: sepsis de tejidos blandos por eccema bacteriano, sindrome hipooncotico en manejo y en estudio, falla renal prerenal, anemia aguda con repercusion hemodinamica, gastroenteritis viral, dermatosis generalizada en estudio(carencia vs inmunodeficiencia). Paciente con hiporexia marcada asociado a deposiciones liquidas una ayer, con pico febriles en la noche, la madre la nota un poco menos edematizada, asociado a presentado tos humeda no cianozante no emetizante. Se conciddenta que la evolucion durante el fin de semana fue torpida, persiste la anasarca, con aparicion de picos febriles y cuadro de diarrea, y con tendencia a la oliguria, esta en manejo con albumina en infusion continua por sindrome hipooncotico multifactorial, considero que por el compromiso renal, hematologico, dermatologico, infeccioso, metabolico, considero que debe ser monitorizada en unidad de cuidado intensivo pediatrico, por ser paciente potencialmente inestable, con compromiso de varios sistemas y ademas no contamos con las subespecialidades ni las facilidades de toma de paraclinicos de alta complejidad. hemocultivos tomados 28/04/11 van negativos. Plan: dieta astringente. DAD 5% 500 mas 15 cc natrol sin katrol a 25 cc hora(100cc/kg/dia). Albumina 1gr/kg/dia. Oxacilina endovenoso, segun reporte de paraclinicos o evolucion clinica se iniciara antibiotico para cubrir germen nosocomiales. Suspender furosemida.

14+49: Paciente con evolucion torpida, inestabilidad hemodinamica dado a oligoanuria, gasto urinario en la mañana de 0.1 cc/k/h a pesar de bolo de ssn de 150 cc y bolo de furosemida de 5 mg, reporte verbal de laboratorio hemoglobina de 5 mg/dl, plaquetas 83.000, **parcial de orina y gram compatible con proceso infeccioso, en relacion con sonda vesical, posible germen nosocomial y micotico,** adinamica, hiporexica, somnolienta, deposiciones blandas con moco desde ayer, coproscopico de caracteristicas virales. Cuenta con solo un acceso venoso periperico, cirugia pediatrica no realiza procedimiento por requerir asepsia y antisepsia de salas de cirugia por infeccion en piel, venodiseccion por anasarca.No ha sido posible tomar muestras para perfisl hepatico y renal. El estado de inmunodepresion favorece estado septico, se determina, monitorizacion continua, control hidrico estricto, inicio de piperacilina tazobactam y fluconazol, transfundir 90 cc grc en 3 horas. 23+05: Egresada paciente en ambulancia

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



REVISION DE HISTORIA CLINICA SEDE MATERNO INFANTIL

Mayo 3 2011: 01+12: Ingreso. Se reinterroga a los padres:

- Hace mes y medio inicia con “un pañalitis”, brote que inicialmente solo se localiza en región perineal eritematoso con descamación y exudación, le inician manejo con hidrocortisona y el brote comienza a extenderse hacia las piernas, posteriormente se extiende hacia el cuello y luego a los brazos y el abdomen, por ultimo la espalda.
- A los 8 días del inicio del brote mama reconsulta e inician betametasona.
- Por consulta externa le diagnostican dermatitis y le inician fisiogel posterior a este tratamiento comenzó la piel a descamar. Posteriormente le indican manejo con vaselina con aumento de la descamación.
- De 8 dias mama nota que la niña “se empezó a hinchar” inicia con edema en pies, posteriormente edema en parpados mama consulta por urgencias a Eusalud Kennedy donde inician manejo hospitalario. Nunca habia presentado fiebre hasta anoche.
- Estaba inicialmente orinando bien, deposiciones normales.
- En centro remitior el 26 de abril se inicia manejo con Oxacilina 275 mg iv cada 6 horas + Amikacina 80 mg IV cada 4 horas.
- El 27 abril en la noche encuentran oligurica gasto urinario de 0.6 cc/kg/h con anasarca por lo cual toman paraclínicos e inician manejo con furosemida 3 mg inicialmente luego 2.5 mg iv cada 12 horas Considerando síndrome hiponotico inician albumina 20% 1.2 cc/h
- El día de hoy se considera transfusión de GRE sin embargo se pierde el acceso venoso por lo cual no es posible transfundir ni seguir administrando medicamentos endovenosos.
- Remiten a este servicio con diagnostico de: síndrome anémico severo, sepsis origen tejidos blandos, urosepsis posible germen nosocomial o micótico, falla renal aguda, síndrome hemolítico urémico? Estado de inmunosupresión, riesgo de falla multisistémica. Ingresa transportada en ambulancia medicalizada sin acceso venoso con Sonda vesical a cistoflo.

Antecedentes perinatales: Hallazgos que llaman la atención VACUNAS: PAI para edad, no trae carnet, dice la mama que presento reaccion post vacunal en primera dosis de neumococo dada por “se me desmayo y se puso moradita” y posterior a la segunda dosis de vacuna comenzo el brote inicial. Alimentacion Enfamil premium I, recibió lactancia hasta los dos meses ahora no recibe.

Al ingreso Alerta hidratado en malas condiciones generales pálida mal profundida en este momento sin dificultad respiratoria de mal olor Mucosa oral humeda, conjuntivas hipocromicas, Abdomen globoso con edema de pared abdominal difícil palpación de masas, no impresiona doloroso Extremidades con edema duro en miembros superiores Neurológico: hipoactiva, hiporeactiva Piel pálida con lesiones descamativas cafes en toda la dermis, Se trata de lactante menor con cuadro que inicia como brote en piel, manejado con esteroide tópico por lo cual progresa al parecer sobreinfeccion por stafilococo sin control inicial, ingresa a manejo hospitalario, completa 6 dias de oxacilina amikacina sin mejoría, sobreinfeccion urinaria por hongos y bacterias posiblemente nosocomial. Componente nefrotico por proteinuria aunque no ha sido significativa, hematuria sin hipertensión arterial. Compromiso hematopoyetico con bicitopenia actual, urgente transfundir. Paciente en mal estado general, alto riesgo de falla organica multisistémica y muerte lo cual se explica a la madre claramente, se explica diagnostico, manejo, posibles complicaciones.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Diagnósticos: lactante menor, síndrome de piel escladada stafilococcica, infección de vías urinarias bacteriana + micótica, sepsis de origen uirinario y tejidos blandos bicitopenia (anemia trombocitopenia), gastroenteritis bacteriana, anasarca secundaria a: síndrome nefrotico??, síndrome hiponotico?, síndrome hemolítico uremico?, síndrome anémico severo con repercusión hemodinámica, riesgo de fallo multisistémico y muerte.

Plan: Hospitalizar En Intermedios, NVO. O2 Por CN Para Sat 90%. DAD 5% 500 Cc + 15 Cc Natrol + 5 Cc Katrol Pasar A 20 Cc/H. Transfundir 130 Cc De Gre Copatibles. Tomar Hb Hcto 1 H Post Transfusión. Vancomicina 98 Mg Iv Cada 6 Horas. Ceftriaxona 325 Mg Iv Cada 12 Horas. Fluconazol 40 Mg Iv Cada 24 Horas. Furosemida 6 Mg Iv Cada 8 Horas Ranitidina 6 Mg Iv Cada 8 Horas, Acetaminofen 3 Cc Cada 6 Horas Por Fiebre.

Mayo 3 2011: 03+15 se inicia trasfusión de glóbulos rojos 134cc para 2 horas, se registran signos vitales de inicio de transfusión.

06+30: Dra Ginna Pinilla: Se realiza venodisección femoral izquierda pasando catéter central bilumen 4 french 22 cm Se revisan retornos Se inicia transfusión sanguínea y líquidos basales a 15 cc/h Procedimiento sin complicaciones. Pendiente valoración por cirugía pediátrica. Se toma Rx de tórax con infiltrados intersticiales parahiliares, no evidencio en esta proyección la punta del catéter. Paciente con mejor perfusión distal, pulsos presentes, no hay evidencia de extravasación.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



07+56:Dr Abel Atencio: Paciente a quien encuentro en pésimo estado general, edema generalizado, oligo anúrico, tendencia a la hipotérmica y tendencia a la hipertensión, sin via oral, saturaciones adecuadas con oxígeno suplementario por cánula nasal a un litro/min. Edema generalizado, perfusión de 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, Anúrico. En su día 0 de vancomicina más ceftriaxone, más fluconazol Paciente con cuadro clínico que pudiera sugerir un Síndrome hemolítico urémico en un paciente con desnutrición tipo Kwasiorkor muy exotico un nefrítico (teniendo en cuenta la infección estafilococcica en piel), con IVU más fungemia. Plan: Neacate, valoración con infectología para definir manejo antibioticos teniendo en cuenta IFG. Se continua con albumina en infusion continua. se adiciona multivitaminas, fitomenadiona.

09+39: ha continuado oligoanúrica están pendiente resultados de exámenes, En viasta de la situación clínica crítica del paciente y ante la necesidad de Dialisis peritoneal, se decide iniciar trámites de remisión para manejo integral en otra institución.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Infectólogo pediatra: Dr Torres: Paciente a quien se le instauro antibiótico pensando en stafilococemia con pobre respuesta clinica, posteriormente remitido a Eusalud Chapinero con detereio hematológico se interpreta posible suh. Plan de manejo: vancomicina para cubrimiento de SAMR en un paciente con alto riesgo de germen mutado por antecedenets de antibiótico tóxico aparentemente, fluconazol por riesgo de micosis y ch plaquetopenico, y ceftriaxona para E coli - pendietne resultado de cultivos.

155+08 Despierta, irritable al examen fisico, sin requerir inotropicos o vasopresores; tendencia a manejar cifras de tension arterial elevadas para edad con medias de 58 - 72 -75 – 78, Reporte de hb hoy en 9 y hto de 26.9 (post transfusión), Drenaje por conda orogastrica bilioso. Paciente sin uresis registradas hasta ahora; se evidencian en so9nda vesical y cistoflo escasa cantidad de orina. Reporte del dia de hoy de BUN en 9 el cual ha disminuido con relacion a previos. LA creatinina del dia de hoy se muestra en 0.9 estable con la de dias previos. Edema de cara y de miembros inferiores en disminucion según lo referido por madre con relacion a dias anteriores.

Paciente aun estado critico con problema mas grave actualmente la falta de uresis; se inicio hacia el medio dia de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahoara escasa orina en sonda y cistoflo. Llama atenuacion sin embargo que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran bun en descenso y creatinina estable con relacion a previas. Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Plan: - vigilancia estricta de LA/LE, se inicia correccion de electrolitos en mezcla (no se realiza correccion rapida de potasio por la no uresis en la actualidad), continuar goteo de albumina y furosemida. Se inicia fitomenadionas 1 mg iv 3 veces por semana, se adiciona al manejo metoclopramida como prokinetico.

15+43: Nutrición: DX paciente de acuerdo a evaluación bioquimica con DNT aguda severa Tipo kwashiorkor grado II Plan: nutricional de inicio 50 cal/kg/peso real eleccion formula nutricional elemental 1 cal/1cc 260 cal/ cc/ día pasa por sog iniciando con volumenes de 10 cc cada 2 horas y progreso de acuerdo a tolerancia hasta ofrecer 20 cc cada 2 horas.

Se solicita interconsulta por dermatologia, nefrologia e infectología

22+35: Dr Ruben García (Pediatra): Paciente en falla renal intrarenal , en amejo que esta en peroceso d e remision con urgencia dialitica por ahora, con anuria, por ahora cion cubrimiento antibiotico de amplio espectro y antifungico y que se encuentra hipertensa persistente con deterioro clinico, se com,pletaran para mañana estudios d e falla renal y de dxs diferneciales shu? se ordena continuar con nfusion d e furosemida restriccion hidrica ab + antifungico. infusiond e albumina.

23+23: Retiro y descenso de albumina, no tiene por ahora sx hipooncotico con emergenci,a ademas con signos de sobrecarga (HTA y anurico a pesar de refuerzo diuretico) paciente en proceso de remision se insiste al call center de requerimiento de dialisis urgente.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

Mayo 4 2011 (08+10): en pésimo estado general, continúa con edema generalizado, oligoanúrica, con palidez mucocutánea generalizada, no distermias, tendencia a la hipotensión, en el momento sin inotrópicos. Además se encontró con mucha dificultad respiratoria y con requerimientos altos de oxígeno (HOOD al 100%) y desaturada. Por lo anterior se decidió intubar a la paciente. procedimiento realizado previa sedación, relajación y analgesia con midazolám, pancuronio y fentanyl respectivamente, se colocó TOT 4,5 y se fijó en 12,5 . No hubo complicaciones. Se conectó al ventilador con los parámetros: PEEP: 7 PIM: 35 IMV: 35 FIO1: 100%. Glucometría de 111 mgs/dl.



15+47: Paciente Actualmente con parámetros altos de ventilación para mantener saturaciones (PIP 35 PEEP 6 IMV 35 REL 1:1.9 Fio2 100%). Continúa en falla renal con escasa respuesta a dosis alta de diurético. Se está en trámite de remisión a centro con posibilidades de diálisis; administrativamente se está en plan de conseguir implementos para intentar diálisis peritoneal aquí hasta remisión, sin embargo, informan dichos elementos no se tendrían antes de dos días. Por sangrado digestivo evidenciado en sonda a pesar de manejo con ranitidina por lo que se decide iniciar omeprazol IV.

16+55: Se recibió llamado de laboratorio donde informan tipificación de urocultivo con klebsiella pneumoniae + y candida albicans. Se comenta con servicio de infectología pediátrica (Dr Juan Carlos Torres) y se decide suspender ceftriaxone e iniciar meropenem. se continúa fluconazol.

19+47: glucometría de 35 mgs/dl. Infusiones: Fentanyl: 1,2 mcgs/kg/hora. Midazolam: 0,11 mgs/kg/hora. Pancuronio: 1 Mcgs/Kg/Min. Albumina: 1 Cc/H. Furosemida. 0,4 Mg/Kg/Hora. Paciente crítica, pésimo pronóstico vital. Se está en trámite de remisión por el Call Center de la institución y hasta el momento no ha sido posible. Además se han estado haciendo las vueltas del catéter de tencoff pero tampoco se ha ubicado.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Mayo 5 2011 Paciente quien continua muy crítica, edematizada, pálida. No ha presentado picos febriles, mantiene buenas cifras tensionales con soporte inotrópico (dopamina Sin via oral, con secreciones aún en " cuncho de café " por SOG. Saturaciones adecuadas con parámetros ventilatorios elevados. Glucometrías 38 y 110. **Se confirma con los padres en suministro de fécula de platano desde el 2° mes de vida.** Continua con pésimo pronóstico, aunque en las últimas 6 horas ha mejorado la diuresis.

19+49: Paciente continua muy crítico, mejoría de su oliguria. Sigue con diferencial en tensiones muy amplio. Segun evolucion de cifras tensionales, se iniciara hidrocortisona. Mañana se iniciara ntp con los siguientes criterios: proteinas a menos de 0,5 grs/kg., flujo de dextrosa entre 5 y 6, sin lipidos, suplenia de multivitaminas y trazas todos los dias, sulfato de magnesio en reposicion.

Mayo 6 2011: Tendencia a la hipotermia. Hoy en su dia 2° de meropenem y 4° de vancomicina y fluconazol. Cuadro hemático de ayer con leucocitos neormales, trombocitopénico (52500) y anemia de 6,6. Tiempos de coagulación lieramente prolongados. Paciente en condición muy crítica, no ha sido posible su reubicación para la realización de diálisis peritoneal, **ni tampoco ha sido posible la consecución del catéter de tencoff**, su pronóstico es pésimo, alta posibilidad de fallecer.

12+56: Se inicia soporte nutricional parenteral con aporte de 90 cc/ kg/ real peso real -20% edema 5.3 gramos goteo 20 cc/ hora.

15+13: Paciente en pesimo estado general con pronóstico reservado y alta posibilidad de deceso. En falla renal sin mayor respuesta a diuretico alta dosis; no se ha logrado remision a centro donde se pueda realizar diálisis asi mismo tampoco se cuenta con insumos requeridos para intentar diálisis peritoneal. Continua con igual esquema antibiotico. Evlucion torpida ademas ahora de saturaciones aunada a anemia severa por lo que se considera transfundir a pequeños volúmenes cada 12 horas. Se insiste en pesimo pronostico vital.

07+20pm: presenta desaturación con bradicardia hasta de 50 Se inicia ventilación con bolsa mascarilla y masaje cardiaco sin respuesta Ventilación simétrica expansión torácica simétrica, se aspira tubo orotraqueal verificando permeabilidad del mismo. Se aplica dosis de adrenalina en 4 oportunidades y 2 dosis de atropina continuando masaje cardiaco y ventilación según normas internacionales sin respuesta. Glucometría en 30 se pasa bolo de DAD 10% 24 cc Se administra dosis de gluconato de calcio 3 cc, dosis de bicarbonato de sodio 6 mEq sin respuesta Se verifica ritmo inicialmente de actividad eléctrica sin pulso posteriormente de asistolia del cual no recupera Se completan 50 minutos de reanimación cardio cerebro pulmonar, paciente sin tensión, sin pulso, fría, pupilas midriáticas sin recuperación de frecuencia cardiaca a pesar de todas las maniobras realizadas Paciente fallece a las 8+10pm Paciente quien se encontraba en estado muy critico, disfunción orgánica múltiple, sepsis de origen renal y dermico, falla renal, anurica, anémica, quien se encontraba con alto soporte ventilatorio alto y vasopresor con dopamina y adrenalina sin mejoría clínica, durante

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

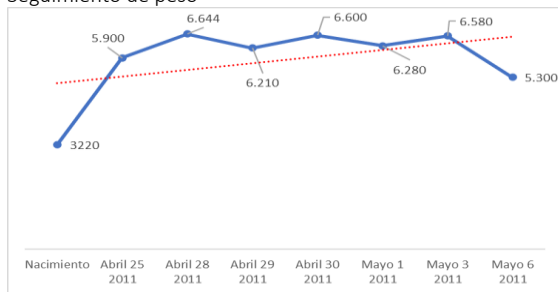
Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

la tarde con desaturaciones a pesar de soporte ventilatorio alto, al final fallece por disfunción miocárdica secundaria a las patologías descritas. Se llama a padres vienen en camino, a su ingreso se explicara la situación acaecida. A las 8+50 ingresa madre de paciente, se explica situacion acaecida con su bebe y el fallecimiento, se hace acompañamiento en el duelo y se permite estar con su hija.

ANALISIS:

1. REGISTROS DE HISTORIA CLINICA

- Paciente quien ingresa con cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por
- De acuerdo a los registros clínicos no hay claridad en la edad de la paciente (4 o 9 meses)
- Abril 30 2021 nota medica incompleta no cumple con las características de la HC
- Seguimiento de peso



- Gestion de interconsultas
 - Dermatología: Ordenada el 3 de mayo 2011 sin respuesta
 - Nefrología: Ordenada el 3 de mayo 2011 sin respuesta
 - Infectología: Ordenada Mayo 2 2011 y con respuesta mayo 3 2011 (dentro de lo esperado)
 - Cirugía Pediátrica: Ordenada Abril 28 2011 con respuesta el mismo día (óptimo)

- Seguimiento a laboratorios



Hemograma

	Hb	Hto	Leucos	plaquetas
abr-25	10	31%	21.700	301.000
abr-28	8.3	25%	12.600	862.000
abr-29	8.1	24%	12.230	624.000
may-01				
may-02	5.9	17%	7.700	87.000
may-03	9.3	26.90%		
may-04	8	23.10%	23.900	93.000
may-05	6.6	19.10%	7.000	52.500

Ionograma

	Calcio	Cloro	Potasio	Sodio	Mg
abr-25					
abr-28	11.8	90	4.9	129	
abr-29			3.4	134	
may-01					
may-02				129	
may-03	10.4	89	2.5	127	
may-04			4.1	129	
may-05	14		3.5	130	1.1

Prueba de función hepática

	Bilirrubina total	TGP	TGO
abr-25			
abr-28	1.3	13	43
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03			
may-04			55
may-05			

Prueba de función renal

	creatinina	BUN
abr-25		
abr-28	0.8	12.2
abr-29	0.98	12.6
may-01		
may-02		
may-03	0.95	9.6
may-04	1.09	16.9
may-05	0.94	16.7

Peril lipídico

	Coolesterol total	Triglicéridos	HDL
abr-25			
abr-28			
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03	101	64	
may-04			194
may-05			

	fosforo	Ac Urico	Albumina	Globulina	PCR
abr-25					12.1
abr-28		2.9	2.4		98
abr-29					62.4
may-01					
may-02			2.2		
may-03			2.2	3.2	
may-04	5.4	10.1			
may-05					

Coombs directo	Glucosa	Creat orina aislada	potasio en orina aislada	Sodio en orina aislada	Prot totales	Prot en orina	Recuento de leucocitos	Complemento serico C3
Negativo	85				5			
		6		45		7		
					4.6			
Negativo					5.3		2.1	
	96 - 35	29.5			5.9			26.1
	118 - 11		55.6	56.8				

2. DIAGNÓSTICOS

2.1. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS, ORIGEN PIEL: secundaria a los siguientes diagnósticos planteados

- **Pelagra:** Es una enfermedad sistémica, producida por deficiencia de Vitamina B3 (niacina), se asocia a deficiencia de otras vitaminas del complejo B, produce cambios en la piel tracto intestinal y sistema nervioso. Las manifestaciones características son: Dermatitis, Diarrea, Demencia (las 3 D) y puede

Comentado [jacb1]: Bibliografía: Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de pelagras en niños, México; secretaria de salud, 2010

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

conducir a la muerte conocida como la cuarta D “Death”. Fuentes de Niacina: alimentos de origen animal (carne) y vegetales. Alimentos bajos en niacina: raíces, almidón, plátano y leche. La pelagra en niños se ha asociado a las siguientes condiciones: Ingesta deficiente de niacina y triptófano asociado a pobreza, desnutrición, compromiso de la absorción: estado de mal absorción intestinal y diarrea prolongado. Alteración del metabolismo de la síntesis de niacina: Enfermedad de Hartnup (enfermedad con compromiso renal), tumores carcinoides. La pelagra no tratada conduce a muerte por falla orgánica múltiple (Rabinowitz SS, 2008).

A continuación se revisa lo anterior, frente a los hallazgos reportados en la historia clínica con el que se evidencia que cumple criterio clínico para pelagra, cpm 3 criterios de 4. Adicionalmente la madre confirma que suministro de fécula de plátano desde el 2° mes de vida

PELAGRA	PACIENTE EN ESTUDIO
Lesiones dérmicas en dorsos de brazos, cuello, manos inicialmente eritematosas luego sistémica. Adelgazamiento de la piel y luego descamación	Si. De un mes de evolución, con aspecto descamativo, edema, eritema, calor local en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del mentón
Diarrea	Si: Blandas y líquidas
Irritabilidad	Si
Lesiones en boca	No reporta

Dentro del diagnóstico diferencial se encuentra la desnutrición (marasmo o Kwashiorkor), dermatitis atópica, dermatitis seborreica, colitis ulcerativa entre otras. En el caso de la paciente en estudio se incluye desnutrición Kwashiorkor, dermatitis atópica, dermatitis seborreica.

Dentro de la clínica de pelagra los pacientes cursan con todas las características descritas en la literatura

PARACLINICOS	PACIENTE
Hiponatremia	Si. Dilucional: 130
Hipoglucemia	El último día
Acidosis metabólica	Inicialmente equilibrio ácido básico, hipoxémica. El último día acidosis metabólica
hipotermia	Si desde el 3 de mayo
Infecciones	Si desde el ingreso, Pelagra sobreinfectada, posteriormente Infección de vías urinarias

Dentro del tratamiento se evidencia que se realizó de acuerdo a las recomendaciones

Poivitaminas y minerales	aminoácidos esenciales con o sin electro endovenoso 24 horas nuevo litos solución inyectable; cloruro de sodio 8.3cc; cloruro de potasio 5.6cc; gluconato de calcio 11.1 cc; sulfato de magnesio 0,6cc; multivitaminas 7.9cc; lípidos 20%
Multivitaminas	desde el día 3 de mayo
Niacinamida	Pendiente preguntar pediatría

- **Dermetitis Atópica:** es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes, La piel atópica se

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

Comentado [jacb2]: Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen XI. Suplemento 15, 2009, Tratamiento de la dermatitis atópica E. Sendagorta Cudósa, R. de Lucas Lagunab a,bDermatología. b Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid



caracteriza por una alteración en la función barrera de la piel con una elevada tasa de pérdida de agua transepidérmica, disminución en la capacidad de retención de la misma en la epidermis y una menor cantidad de lípidos y ceramidas intraepidérmicas. Dentro del manejo se incluye: higiene, hemolientes, hidratantes, corticoides tópicos, suplemento de ácidos grasos y evitar las infecciones.

Al revisar la historia clínica se evidencia que la madre reporta manejo ambulatorio con hidrocortisona con lo que no mejora, 8 días después inicia betametasona con lo que no se obtiene el efecto deseado, posteriormente le formulan fisiogel con posterior descamación para lo que formulan vaselina con lo que aumentan descamación y 8 días después presentó inicio de edema. Lo anterior indica que el manejo ambulatorio fue direccionado hacia un manejo tópico para dermatitis, sin respuesta favorable. Al llegar a EUSALUD se considera Dermatitis Sobreinfectada, con diagnóstico de Estafilococcemia. La literatura académica de medicina basada en la evidencia publica que es la complicación más frecuente. Inicialmente se realiza diagnóstico de piel escaldada la cual también tiende a sobreinfectarse con Staphylococcus.

Celulitis: La celulitis es una infección que se extiende por la piel. Puede afectar a la capa superior de la piel. Los gérmenes que suelen causar la celulitis son: Estreptococo (estreptococo beta-hemolítico), Estafilococos (staphylococcus aureus), incluido staphylococcus aureus resistentes a la metilina (SAMR). El tratamiento dependerá de los síntomas, la edad y el estado general de salud, siendo el antibiótico el manejo farmacológico indicado.

Comentado [jacb3]: Cellulitis in Children. Stanford Children's Health

- **Impétigo eczematoso:** Infección bacteriana superficial de la piel, benigna, contagiosa y autoinoculable; se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que quedan reemplazadas por pústulas que se desecan con rapidez y forman costras melicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica. Puede originarse por estafilococos, estreptococos o ambos. El diagnóstico es clínico y no presenta complicaciones. El tratamiento es con antibiótico.

2.2. DESNUTRICION TIPO KWASIOROKOR:

2.3. SINDROME HEMOLITICO UREMICO ?.

- 2.4 IVU POR K. PNEUMONIAE Y CANDIDURIA.
- 2.5 DERMATITIS SOBREINFECTADA - ESTAFILOCOCCEMIA- PELAGRA.
- 2.6 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
- 2.7 SEPSIS DE ORIGEN URINARIO - CUTANEO – SDOM

3. REVISION MANEJO ANTIBIÓTICO

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



AB	FEHCA INICIO	FECHA FIN	POSOLOGIA		TIEMPO
Oxacilina	Abril 26 2011	Mayo 3 2011	Cada 4 horas	275mg posteriormente se baja a 180mg	8 días
Amikacina	Abril 26 2011	Abril 28 2011	Cada 4 horas	80mg	3 días
Piperacilina tazobactam	Mayo 2 2011	Sin datos	cada 6 horas	300mg	
Fluonazol	Mayo 2 2011	Mayo 6 2021	cada 24 horas	40mg	5 días
Meropenem	Mayo 4 2011	Mayo 6 2021	cada 8 horas	130mg	
Vancomicina	Mayo 4 2011	Mayo 6 2021	cada 6 horas	96mg	

Se considera que la paciente presentó una desnutrición tipo Kwashiorkor e inmunodeficiencia secundaria. Se complicó con un proceso infeccioso y desarrolló sepsis y choque séptico por bacterias Gram positivas y Gram negativ

Estudiados todos los reparos y al amparo de las anteriores reflexiones, deviene claro que deben declararse imprósperas las pretensiones y por ende debe revocarse la providencia confutada.

Atentamente,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

C.C. No. 79.646.647 de Bogotá

T.P. No. 140.778 del C.S.J.

Fundamentos posteriores a la ocurrencia de los hechos

Asi mismo en la contestación de la demanda se deermino que la gestion se realizado pero la respuesta debió ser previamente autorizada por las instiuciones que contaban con dichos niveles de atención observemos

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Bogotá 21 de septiembre de 2022

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co; notificacionesgomezmorad@outlook.com;

abogada_mmorales@gomezmorad.com; notificacionesjudiciales@saludcoop.coop;

wtenjo@gmail.com;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,

DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS

RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada EUSALUD SA., por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido por la Secretaria del Tribunal, según fijación de traslado del día 14 de septiembre de 2022, presentó los fundamentos del recurso de apelación por mi interpuesto al minuto 2:52,11 del video de la audiencia donde se dictó fallo de primera instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito dentro del procesos del asunto relacionado, de la siguiente manera:

RESUMEN Y OBJETIVO

Se trata de una paciente infante, femenina de 4 meses de edad quien ingresa a EUSALUD sede pediátrica por cuadro de 1 mes de evolución caracterizada por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas, con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progreso hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se asoció a adinamia y malestar general, manejado inicialmente por consulta externa con corticoide tópico y vaselina con empeoramiento del cuadro de tal manera que requiere manejo intrahospitalario antibiótico intravenoso. Durante su estancia se evidencia, a pesar del manejo se evidencia un deterioro rápidamente progresivo a falla orgánica multisistémica secundaria a sepsis renal y dérmica causando la muerte.

A partir de lo anterior, la sentencia emitida por el Juzgado 50 Civil del Circuito basa su postura bajo los siguientes fundamentos:

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



1. **Mal suministro de medicamentos:** Se describe que se le suministró al paciente antibióticoterapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septico 2012”

2. **Procedimientos de referencia y contra referencia:** La Atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral

3. **Omisión de colocación de catéter central**

4. **Ausencia de interconsulta de especialidades que no se realizaron**

Para fundamentar el recurso se revisaron, estudiaron y consultaron nuevamente, los siguientes documentos que obran en el proceso, cuyos detalles relacionados con la publicación estarán consignados en la bibliografía de este documento

Así las cosas, se manifiesta el análisis de la siguiente documentación:

1.1 HISTORIA CLÍNICA DE SALMA PARRA

Se estudia y analiza la atención médica recibida por la paciente, con el fin de verificar las condiciones de salud de la paciente, los requerimientos de atención médica, procedimientos realizados y respuesta a los mismos. La historia clínica es un documento en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Pediátrica
- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Materno infantil

1.2 GUÍAS DE MANEJO

Estos documentos se utilizaron con el fin de hacer revisión frente a los eventos notificados como demoras.

1.3 LITERATURA MÉDICA

Esta documentación se utilizó para la consultoría de términos, definiciones y conceptos.

2. REVISIÓN Y ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente estudio de caso se revisan los alegatos de la audiencia emitida por el juzgado 50 Civil Circuito emitida en el caso de la paciente Salma Parra (QPD) frente a los hallazgos de la historia clínica y bibliografía de medicina basada en la evidencia



2.1 TIPO DE ESTUDIO Y MÉTODO

El presente estudio se realiza bajo la metodología observacional descriptiva, cuya fuente de datos es la historia clínica, anexos aportados por la IPS, por lo que las conclusiones son derivadas de los hallazgos encontrados en la atención médica de la paciente en estudio, el cual determina el cumplimiento la normatividad en su momento vigente

¹ Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este método obliga a descubrir el cumplimiento u omisiones de las actividades descritas en dichos documentos fin es garantizar la seguridad del paciente; evitando así, conclusiones personales.

2.1.1 MÉTODO

Se verifica y resume la atención médica de la paciente Salma Parra descrita en la historia clínica y sus anexos. Se verifica de manera cronológica las atenciones médicas, estudios complementarios, hipótesis (diagnóstico) y conducta que se encuentran en la historia clínica y se compara con los argumentos acusatorios en la audiencia inicialmente mencionada

2.2 ESTUDIO DE HC DE SALMA PARRA

2.2.1 Datos del Paciente:

Nombres y Apellidos:	Salma Parra Munevar
Documento:	RC 1146127061
Aseguradora:	Saludcoop
Procedencia:	Bogotá Carrera 8 F # 2 A -21
Edad:	4 meses

2.2.2 Estudio de la HC Clínica

REVISION DE HISTORIA CLINICA EUSALUD SEDE PEDIATRIA

Abril 25 2011 (17+00) Dr. Daniel Bustillo (médico hospitalario) Ingresa paciente traída por su madre con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progreso hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se a asociado a adinamia y malestar general.

Antecedentes:

Maternos: G2, edad materna: 33 años, edad paterna 35 años, alergias negativos, patológicos negativos, quirúrgicos negativos, tóxicos negativos. Familiar: Linfoma (Abuelo Materno)

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Antropometrías: Peso Al Nacer 3220 Gr Talla 52 Cm

Vacunación: Adecuadas Para La Edad

Control De Crecimiento Y Desarrollo (+)

Alimentación: Lactancia materna hasta los 2 meses. Leche De Formula (Enfamill) + fécula de plátano desde el 2° mes de vida

Vivienda de material con 4 cuartos, 2 pisos y tienen todos los servicios animales domésticos (-)

Al examen físico de ingreso: peso 5.900 KG, FC 133, FR 29, T 36.3, SAT 92%, mucosa oral húmeda, orofaringe hiperémica, otoscopia normal, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones ventilados sin sobreagregados, abdomen blando, no dolor, no masas ni megalias, sistema nervioso central sin déficit neurologico, Glasgow 15/15, piel lesiones escamativas en placas con edema, eritema, calor local perilesionales en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del mentón, y espalda, lesiones eritematosas puntiformes en abdomen y rostro. Se realiza diagnóstico de dermatitis atópica vs celulitis severa y se instaura el siguiente plan: observación, dextrosa al 5% 500 cc + natrol 12 cc + katrol 5 cc pasar a 25 cc/hr 3. hemograma, PCR y Revalorar

18+00: Enfermera reporta paciente con dermatitis atópica VS celulitis severa con palidez facial.

19+00: Enfermera reporta paciente con adinámica, decaída, irritable, algida, piel pálida, con lesiones en todo el cuerpo, ya pasando Líquidos endovenosos.

Abril 26 2011: 12+27: Dr. Hernando Pico Gil (psiquiatra) paciente de 9 meses de edad en regulares condiciones generales con cuadro de un mes de evolución consistente en lesiones eritematosas descamativas generalizada, con pérdida de piel en miembros inferiores y cuello dejando expuesta la dermis. Reporta de laboratorios. Hemograma: leucocitosis 21.700, neutros 51, linfos 49, VSG 6, PCR 12. Se considera cuadro de dermatitis atópica y síndrome de piel escaldada, se solicitó hemocultivos y se da orden de iniciar antibioticoterapia: oxacilina + amikacina intrahospitalaria.

Abril 27 2011 (10+24) Dr. Castillo (pediatra): Paciente de 4 meses con diagnóstico de dermatitis atópica, impétigo eczematoso con lesiones eritematosas descamativas generalizadas en todo el cuerpo, anasarca, diuresis espontanea sin alteración, mantiene estabilidad hemodinámica, se determina descenso de líquidos endovenosos, control hídrico, tensión arterial, oxacilina cada 4 y amikacina día, pendientes hemocultivos, vigilancia de comportamiento infeccioso.

13+00 Control de líquidos: Gasto urinario 0.8cc

19+15: Dr. Javier Pinilla (Medico hospitalario): LA: 300, LE 45, GU 0.6CC/K/H, oliguria con persistencia de anasarca, se considera toma de función renal, hemograma, PCR, parcial de orina con sonda, coloración de Gram.

Abril 28 2011 07+00 Nota de enfermería: Líquidos: mezcla de dextrosa en agua destilada al 5% + 12.5 cc de natrol + 5 cc de katrol goteo a 5 cc hora en bomba de infusión.

09+14 Dr. Juan Bautista: Paciente con diagnóstico de falla renal + impétigo eczematoso + síndrome anémico agudo. Madre reporta que nota aumento de edema y ya son generalizados, y esta orinando muy poco. Al examen físico FC: 150, FR: 24, sat 92 ambiente

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



TA: no se logra tomar por edemas, peso: 6640 aumento 1140 gr en 48 horas, precordio calmo, sin ritmo de galope, hígado no descendido, buena ventilación pulmonar, no agregados, abdomen: blando, no masas, no hepatomegalia, ni esplenomegalia, extremidades: edemas generalizados, edema duro, pulsos disminuidos periféricos por edemas, llenado capilar < 2 seg, neuro: alerta, no focalizado, piel: palidez generalizada, con lesiones eccematosas generalizadas y descamativas y algunas mielisericas. GU en 12 horas 2.5cc/kg/hora.

Manejo: Líquidos endovenosos a 5cc, furosemida 3 mg iv ahora, S/S CH, PCR, sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, transaminasas, BUN, creatinina, FSP, deshidrogenasa, Coombs directo, función hepática, gases arteriales, albumina, proteínas totales, radiografía de tórax, remisión a UCI pediátrica. Se da orden de suspender amikacina.

09+34: Se solicita interconsulta con cirugía pediátrica para paso de catéter central. Se solicita Coombs directo por síndrome anémico con reporte negativo.

12+26: Dr. Juan Bautista: Se considera paciente con sepsis de tejidos blandos, en falla renal interrenal, en oligoanuria, no hay signos clínicos de deshidratación, con anemia que amerita transfusión por el estado de sepsis, no hay compromiso hepático en el momento, ha sido imposible la canalización, se habla con Dr Del Rio, cirujano pediatra viene en la tarde, considero urgente la remisión a UCI pediátrica para manejo integral de paciente y el estado séptico. Parcial de orina tomado ayer con densidad adecuada y acidifica normal, proteinuria y leve hematuria microscópica.

Reporte de laboratorios: hemoglobina: 8,3 leuco: 12600. linfo 57%, PCR: 98 elevada, BUN 12,2 creatinina 0.8 relación 15 intrarenal, glicemia 85 TP:12.8 (control 11.9), TPT 33,3 (Control 32), TGP: 13 TGO 43 normales, FSP anicositosis y macrocitosis BT: 1,3 BI: 0,8 Radiografía de tórax silueta cardiotorácica normal, no consolidaciones ni derrames, ni zonas de edema pulmonar.

Plan: restricción hídrica 250 cc día de aporte hídrico, furosemida 12 mg vo, ahora remisión urgente a servicio de UCI pediátrica, oxígeno por ventury al 28 % balance hídrico estricto, sonda vesical a permanencia, se solicita uroanálisis, sodio y creatinina urinaria para evaluar FENA

15+00 Doctor Pinilla realiza venopunción en yugular positiva al segundo pinchazo en lado izquierdo queda con tapón heparinizado permeable

15+19 Sergio Alfonso del Rio (cirugía Pediátrica): Paciente amerita paso de catéter central y posible paso de catéter de diálisis peritoneal, URGE traslado a sede chapinero urgente para realización de procedimiento en salas de cirugía.

16+00 Se observa paciente que empieza a eliminar por sonda vesical a sistoflo recibe y tolera vía oral

17+39: Dr. Javier Pinilla: FC: 159 FR 32 T: 36 SAT: 92% ambiente

Balance hídrico DIA -35 Balance Acumulad: 555 + CC. Gasto urinario: 4.5 CC/KH

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
245cc	300cc

Paciente mantiene estabilidad hemodinámica, ascenso de gasto urinario luego de paso de 2.5 mg furosemida IV, hemograma descenso de leucocitos, mantiene diferencial, PCR en incremento, sin alteración de perfil hepático, **azoados con creatinina limite superior para la edad**, electrolitos en normalidad, **albumina disminuida**, asociado a síndrome anémico provocando descenso importante en presión osmótica intravascular lo que explica anasarca y el descenso en la perfusión renal por hipovolemia, **valorado por cirugía pediátrica quien por componente infeccioso en piel y anasarca indica paso de acceso venoso central en sala de cirugía, con normas de asepsia en caso de requerir venodisección**. Plan: albumina al 5% 5.5 g iv día, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos compatibles. (Resaltados son míos).

Abril 29 2011: paciente con persistencia de los edemas generalizados pero con leve disminución y mejoría del gasto urinario, no luce séptica pero decaída y con riesgo alto de inestabilizarse, no se ha podido remitir ni conseguir camas en UCI pediátrica, parcial de orina de hoy con densidad 1020, con aumento de la concentración urinaria. Se considero liberar líquidos con dieta hiperproteica e inicio imperativo con albumina por síndrome hipooncótico debido al estado hipercatabólico. Plan dieta hiperproteica, lev 10 cc hora, albumina al 20% 1.2 cc hora, oxacilina igual.

18+32: Dr. Pinilla: Paciente estable, gasto urinario decae durante el día con incremento paulatino de tensión arterial, descenso de anasarca lo que indica sobrecarga hídrica a nivel endovascular, se considera incremento de dosis de diurético de asa a razón de 1 mg /k cada 12 horas, sin trastorno electrolítico, tolerando la vía oral, infusión continua de albumina al 20% para 5.5g día, descenso de hemoglobina, requerimiento de oxígeno con Venturi al 24%, sin estertores, no soplos, se determina continuar manejo medico instaurado, control estricto de LA - LE, tensión arterial, remisión a unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, alto riesgo de colapso circulatorio.

Abril 30 2011 12+29: paciente de 4 meses de edad en su 5 día de hospitalización, afebril, hidratada, recibe la vía oral, FC 142, FR 36, T 36.8 saturando 93 TA 108 / 59 /78

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
125cc	100CC

Mayo 1 2011 (10+24): Dr. Hernán Pico: TA 102 /52 con media de 67, líquidos administrados en 24 horas 1.607 cc, LE 860 V + 747 Gasto Urinario 5.4, peso 6.280 gr, FC 133, FR 28, T 36.4, recibe 5 mg de furosemida cada 12 horas, oxacilina 180 mg cada 4 horas. Albumina AL 20% 1 cc hora leva 48. Se espera remisión a nivel 3. 12+24: Se notifica imposibilidad de tomar una nueva vía venosa por lo que cambia a vía oral.

Mayo 2 2011 08+36: Diagnósticos: sepsis de tejidos blandos por eccema bacteriano, síndrome hipooncótico en manejo y en estudio, **falla renal prerrenal**, anemia aguda con repercusión hemodinámica, gastroenteritis viral, dermatosis generalizada en estudio (carencial vs inmunodeficiencia). Paciente con hiporexia marcada asociado a deposiciones líquidas una ayer, con pico febriles en la noche, la madre la nota un poco menos edematizada, asociado a presentado tos húmeda no cianozante, no emetizante. Se considera que la evolución durante el fin de semana fue tórpida, persiste la anasarca, con aparición de picos febriles y cuadro de diarrea, y con tendencia a la oliguria, está en manejo con albumina en infusión continua por síndrome hipooncótico multifactorial,

considero que por el compromiso renal, hematológico, dermatológico, infeccioso, metabólico, considero que debe ser monitorizada en unidad de cuidado intensivo pediátrico, por ser paciente potencialmente inestable, con compromiso de varios sistemas y además no contamos con las subespecialidades ni las facilidades de toma de paraclínicos de alta complejidad. (Resaltados son míos).

Hemocultivos tomados 28/04/11 van negativos. Plan: dieta astringente. Dextrosa 5% 500 más 15 cc natrol sin katrol a 25 cc hora(100cc/kg/día). Albumina 1gr/kg/día. Oxacilina endovenosa, según reporte de paraclínicos o evolución clínica se iniciara antibiótico para cubrir gérmenes nosocomiales. Suspende furosemida.

14+49: Paciente con evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica dado a oligoanuria, gasto urinario en la mañana de 0.1 cc/k/h a pesar de bolo de solución salina de 150 cc y bolo de furosemida de 5 mg, reporte verbal de laboratorio hemoglobina de 5 mg/dl, plaquetas 83.000, parcial de orina y Gram compatible con proceso infeccioso, en relación con sonda vesical, posible germen nosocomial y micótico, adinámica, hiporexica, somnolienta, deposiciones blandas con moco desde ayer, coproscópico de características virales. Cuenta con solo un acceso venoso periférico, **cirugía pediátrica no realiza procedimiento por requerir asepsia y antisepsia de salas de cirugía por infección** en piel, venodisección por anasarca. No ha sido posible tomar muestras para perfil hepático y renal. El estado de inmunodepresión favorece estado séptico, se determina, monitorización continua, control hídrico estricto, inicio de piperacilina tazobactam y fluconazol, transfundir 90 cc glóbulos rojos crioprecipitados en 3 horas. 23+05: Egresa paciente en ambulancia, (Resaltados son míos).

REVISION DE HISTORIA CLINICA SEDE MATERNO INFANTIL

Mayo 3 2011: 01+12: Ingreso. Se Re interroga a los padres:

Hace mes y medio inicia con “un pañalitis”, brote que inicialmente solo se localiza en región perineal eritematoso con descamación y exudación, le inician manejo con hidrocortisona y el brote comienza a extenderse hacia las piernas, posteriormente se extiende hacia el cuello y luego a los brazos y el abdomen, por último la espalda.

A los 8 días del inicio del brote mama Re consulta e inician betametasona.

Por consulta externa le diagnostican dermatitis y le inician fisiogel posterior a este tratamiento comenzó la piel a descamar. Posteriormente le indican manejo con vaselina con aumento de la descamación.

De 8 días mama nota que la niña “se empezó a hinchar” inicia con edema en pies, posteriormente edema en párpados mama consulta por urgencias a Eusalud Kennedy donde inician manejo hospitalario. Nunca había presentado fiebre hasta anoche. (Resaltados son míos).

Estaba inicialmente orinando bien, deposiciones normales.

En centro remitido el 26 de abril se inicia manejo con Oxacilina 275 mg iv cada 6 horas + Amikacina 80 mg IV cada 4 horas.

El 27 abril en la noche encuentran oligúrica, gasto urinario de 0.6 cc/kg/h con anasarca por lo cual toman paraclínicos e inician manejo con furosemida 3 mg inicialmente luego 2.5 mg iv cada 12 horas Considerando síndrome hipnótico inician albumina 20% 1.2 cc/h



El día de hoy se considera transfusión de Glóbulos rojos empaquetados, sin embargo, se pierde el acceso venoso por lo cual no es posible transfundir, ni seguir administrando medicamentos endovenosos.

Remiten a este servicio con diagnóstico de: síndrome anémico severo, sepsis origen tejidos blandos, uro sepsis posible germen nosocomial o micótico, falla renal aguda, síndrome hemolítico urémico? Estado de inmunosupresión, riesgo de falla multisistémica. Ingresada transportada en ambulancia medicalizada sin acceso venoso con Sonda vesical a cistoflo.

Antecedentes perinatales: Hallazgos que llaman la atención VACUNAS: PAI para edad, no trae carné, dice la mamá que presentó reacción post vacunal en primera dosis de neumococo dada por "se me desmayó y se puso moradita" y posterior a la segunda dosis de vacuna comenzó el brote inicial. Alimentación Enfamil premium I, recibió lactancia hasta los dos meses ahora no recibe. (Resaltados son míos).

Al ingreso Alerta, hidratada, en malas condiciones generales, pálida, mal perfundida, en este momento sin dificultad respiratoria, de mal olor, Mucosa oral húmeda, conjuntivas hipocrómicas, Abdomen globoso con edema de pared abdominal, difícil palpación de masas no impresionable doloroso. Extremidades con edema duro en miembros superiores. Neurológico: hipoactiva, hipo reactiva. Piel pálida, con lesiones descamativas cafés en toda la dermis-

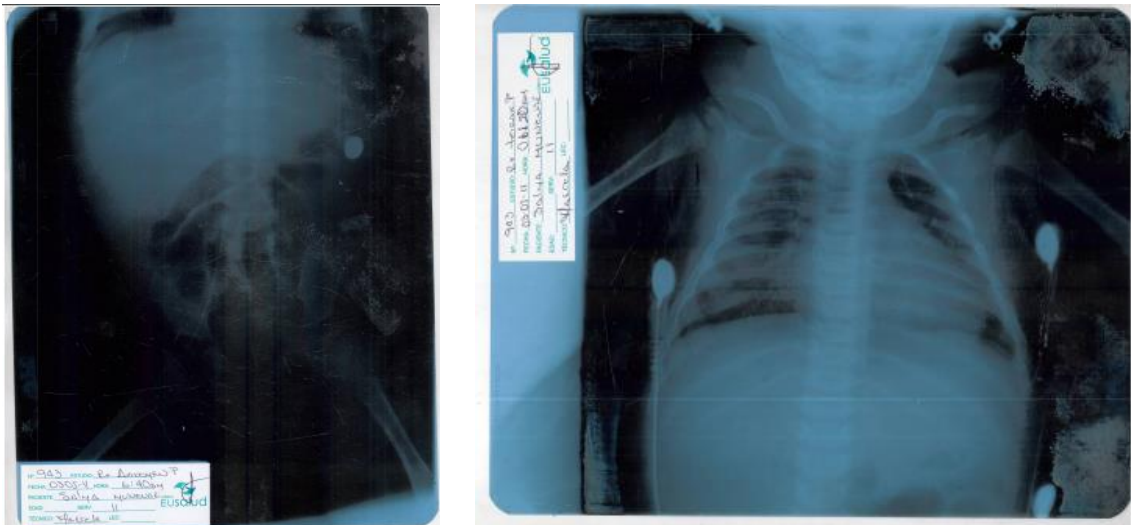
Se trata de lactante menor con cuadro que inicia como brote en piel, manejado con esteroide tópico por lo cual progresa al parecer sobreinfección por estafilococo sin control inicial, ingresa a manejo hospitalario, completa 6 días de oxacilina amikacina sin mejoría, sobreinfección urinaria por hongos y bacterias posiblemente nosocomial. Componente nefrótico por proteinuria aunque no ha sido significativa, hematuria sin hipertensión arterial. Compromiso hematopoyético con bicitopenia actual, urgente transfundir. Paciente en mal estado general, alto riesgo de falla orgánica multisistémica y muerte lo cual se explica a la madre claramente, se explica diagnóstico, manejo, posibles complicaciones.

Diagnósticos: lactante menor, síndrome de piel escaldada estafilocócica, infección de vías urinarias bacteriana + micótica, sepsis de origen urinario y tejidos blandos bicitopenia (anemia trombocitopenia), gastroenteritis bacteriana, anasarca secundaria a: síndrome nefrótico??, síndrome hiponotico?, síndrome hemolítico urémico?, síndrome anémico severo con repercusión hemodinámica, riesgo de fallo multisistémico y muerte.

Plan: Hospitalizar En Intermedios, Nada vía oral. O2 Por CN Para Sat 90%. DAD 5% 500 Cc + 15 Cc Natrol + 5 Cc Katrol Pasar A 20 Cc/H. Transfundir 130 cc de glóbulos rojos compatibles. Tomar Hemoglobina y hematocrito 1 hora Post transfusión. Vancomicina 98 Mg Iv Cada 6 Horas. Ceftriaxona 325 Mg Iv Cada 12 Horas. Fluconazol 40 Mg Iv Cada 24 Horas. Furosemida 6 Mg Iv Cada 8 Horas Ranitidina 6 Mg Iv Cada 8 Horas, acetaminofén 3 Cc Cada 6 Horas Por Fiebre.

Mayo 3 2011: 03+15 se inicia transfusión de glóbulos rojos 134cc para 2 horas, se registran signos vitales de inicio de transfusión.

06+30: Dra. Ginna Pinilla: Se realiza venodisección femoral izquierda pasando catéter central bilumen 4 french 22 cm Se revisan retornos, se inicia transfusión sanguínea y líquidos basales a 15 cc/h. Procedimiento sin complicaciones. Pendiente valoración por cirugía pediátrica. Se toma Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales para hiliares, no evidencio en esta proyección la punta del catéter. Paciente con mejor perfusión distal, pulsos presentes, no hay evidencia de extravasación.



07+56: Dr. Abel Atencio: Paciente a quien encuentro en pésimo estado general, edema generalizado, oligo anúrico, tendencia a la hipotérmica y tendencia a la hipertensión, sin vía oral, saturaciones adecuadas con oxígeno suplementario por cánula nasal a un litro/min. Edema generalizado, perfusión de 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, Anúrico. En su día 0 de vancomicina más ceftriaxona, más fluconazol Paciente con cuadro clínico que pudiera sugerir un Síndrome hemolítico urémico en un paciente con desnutrición tipo Kwasiorkor muy exótico un nefrítico (teniendo en cuenta la infección estafilocócica en piel), con IVU más fungemia. Plan: Neacate, valoración con Infectología para definir manejo antibióticos teniendo en cuenta índice de filtración glomerular. Se continua con albumina en infusión continua. se adiciona multivitaminas, fitomenadiona.

09+39: ha continuado oligoanúrica, están pendiente resultados de exámenes, En vista de la situación clínica crítica del paciente y ante la necesidad de diálisis peritoneal, se decide iniciar trámites de remisión para manejo integral en otra institución.

Infectólogo pediatra: Dr Torres: Paciente a quien se le instauro antibiótico pensando en stafilococcemia con pobre respuesta clínica, posteriormente remitido a Eusalud Chapinero con deterior hematológico se interpreta posible síndrome hemolítico urémico. Plan de manejo: vancomicina para cubrimiento de SAMR en un paciente con alto riesgo de germen mutado por antecedentes de antibiótico tópico aparentemente, fluconazol por riesgo de micosis y hemograma plaquetopenico, y ceftriaxona para E coli -pendiente resultado de cultivos.

15+08 Despierta, irritable al examen físico, sin requerir inotrópicos o vasopresores; tendencia a manejar cifras de tensión arterial elevadas para edad con medias de 58 - 72 -75 – 78, Reporte de hemoglobina hoy en 9 y hematocrito de 26.9 (post transfusión), Drenaje por sonda orogástrica bilioso. Paciente sin uresis registradas hasta ahora; se evidencian en sonda vesical y cistoflo escasa cantidad de orina. Reporte del día de hoy de BUN en 9 el cual ha disminuido con relación a previos. creatinina del día de hoy se muestra en 0.9 estable con la de días previos. Edema de cara y de miembros inferiores en disminución según lo referido por madre con relación a días anteriores.

Paciente aun estado crítico con problema más grave actualmente la falta de uresis; se inició hacia el mediodía de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahora escasa orina en sonda y cistoflo. **Llama atención sin embargo, que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran BUN en descenso y creatinina estable con relación a previas.** Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Plan: vigilancia estricta de LA/LE, se inicia corrección de electrolitos en mezcla (no se realiza corrección rápida de potasio por la no uresis en la actualidad), continuar goteo de albumina y furosemida. Se inicia fitomenadionas 1 mg iv 3 veces por semana, se adiciona al manejo metoclopramida como proquinético. (Resaltados son míos).

15+43: Nutrición: DX paciente de acuerdo con evaluación bioquímica con Desnutrición aguda severa Tipo kwashiorkor grado II. Plan: nutricional de inicio 50 cal/kg/peso real elección formula nutricional elemental 1 cal/1cc 260 cal/ cc/ día pasa por sonda orogástrica, iniciando con volúmenes de 10 cc cada 2 horas y progreso de acuerdo con tolerancia hasta ofrecer 20 cc cada 2 horas.

Se solicita interconsulta por dermatología, Nefrología e infectología

22+35: Dr. Rubén García (Pediatra): Paciente en falla renal intrarenal, en manejo que está en proceso de remisión con urgencia dialítica por ahora, con anuria, por ahora con cubrimiento antibiótico de amplio espectro y antifúngico y que se encuentra hipertensa persistente con deterioro clínico, se completaran para mañana estudios de falla renal y de diagnósticos diferenciales síndrome hemolítico urémico? se ordena continuar con infusión de furosemida, restricción hídrica, antibiótico + antifúngico. infusión de albumina.

23+23: Retiro y descenso de albumina, no tiene por ahora sx hipooncótico con emergencia además con signos de sobrecarga (HTA y anúrico a pesar de refuerzo diurético) paciente en proceso de remisión se insiste al call center de requerimiento de diálisis urgente.

Mayo 4 2011 (08+10): en pésimo estado general, continua con edema generalizado, oligoanúrica, con palidez mucocutánea generalizada, no distermias, tendencia a la hipotensión, en el momento sin inotrópicos. Además se encontró con mucha dificultad respiratoria y con requerimientos altos de oxígeno (HOOD al 100%) y desaturada. Por lo anterior se decidió intubar a la paciente. procedimiento realizado previa sedación, relajación y analgesia con midazolam, pancuronio y fentanilo respectivamente, se colocó TOT 4,5 y se fijó en 12,5. No hubo complicaciones. Se conectó al ventilador con los parámetros: PEEP: 7 PIM: 35 IMV: 35 FIO1: 100%. Glucometría de 111 mgs/dl.



15+47: Paciente Actualmente con parámetros altos de ventilación para mantener saturaciones (PIP 35PEEP 6 IMV 35 REL 1:1.9 Fio2 100%). Continua en falla renal con escasa respuesta a dosis alta de diurético. Se está en trámites de remisión a centro con posibilidades de diálisis; administrativamente se está en plan de conseguir implementos para intentar diálisis peritoneal aquí hasta remisión, sin embargo, informan dichos elementos no se tendrán antes de dos días. Por sangrado digestivo evidenciando en sonda a pesar de manejo con ranitidina por lo que se decide iniciar omeprazol IV.

16+55: Se recibe llamado de laboratorio donde informan tipificación de urocultivo con klebsiella pneumonie bles + y cándida albicans. Se comenta con servicio de Infectología pediátrica (Dr. Juan Carlos Torres) y se decide suspender ceftriaxona e iniciar meropenem. se continuo fluconazol.

19+47: glucometría de 35 mgs/dl. Infusiones: Fentanyl: 1,2 mcgs/kg/hora. Midazolam:0,11 mgs/kg/hora. Pancuronio: 1 Mcgs/Kg/Min. Albumina:1 Cc/H. Furosemida. '0,4 Mg/Kg/Hora. Paciente crítica, pésimo pronóstico vital. Se está en trámites de remisión por el Call Center de la institución y hasta el momento no ha sido posible. Además se han estado haciendo las vueltas del catéter de tencoff pero tampoco se ha ubicado.

Mayo 5 2011 Paciente quien continua muy crítica, edematizada, pálida. No ha presentado picos febriles, mantiene buenas cifras tensionales con soporte inotrópico (dopamina Sin vía oral, con secreción aún en " cuncho de café " por SOG. Saturaciones adecuadas con parámetros ventilatorios elevados. Glucometrías 38 y 110, Se confirma con los padres en suministro de fécula de plátano desde el 2° mes de vida. Continua con pésimo pronóstico, aunque en las últimas 6 horas ha mejorado la diuresis.



19+49: Paciente continua muy crítico, mejoría de su oliguria. Sigue con diferencial en tensiones muy amplio. según evolución de cifras tensionales, se iniciará hidrocortisona. Mañana se iniciará nutrición parenteral con los siguientes criterios: proteínas a menos de 0,5 grs/kg., flujo de dextrosa entre 5 y 6, sin lípidos, suplencia de multivitaminas y trazas todos los días, sulfato de magnesio en reposición.

Mayo 6 2011: Tendencia a la hipotermia. Hoy en su día 2° de meropenem y 4° de vancomicina y fluconazol. Cuadro hemático de ayer con leucocitos normales, trombocitopénico (52500) y anemia de 6,6. Tiempos de coagulación ligeramente prolongados. Paciente en condición muy crítica, no ha sido posible su reubicación para la realización de diálisis peritoneal, ni tampoco ha sido posible la consecución del catéter de tencoff, su pronóstico es pésimo, alta posibilidad de fallecer.

12+56: Se inicia soporte nutricional parenteral con aporte de 90 cc/ kg/ real peso real -20% edema 5.3 gramos goteo 20 cc/ hora.

15+13: Paciente en pésimo estado general con pronóstico reservado y alta posibilidad de deceso. En falla renal sin mayor respuesta a diurético alta dosis; no se ha logrado remisión a centro donde se pueda realizar diálisis así mismo tampoco se cuenta con insumos requeridos para intentar diálisis peritoneal. Continua con igual esquema antibiótico. Evolución tórpida, además ahora de saturaciones aunada a anemia severa por lo que se considera transfundir a pequeños volúmenes cada 12 horas. Se insiste en pésimo pronóstico vital.

07+20pm: presenta desaturación con bradicardia hasta de 50 Se inicia ventilación con bolsa mascarilla y masaje cardíaco sin respuesta Ventilación simétrica expansión torácica simétrica, se aspira tubo orotraqueal verificando permeabilidad de este. Se aplica dosis de adrenalina en 4 oportunidades y 2 dosis de atropina continuando masaje cardíaco y ventilación según normas internacionales sin respuesta. Glucometría en 30 se pasa bolo de DAD 10% 24 cc Se administra dosis de gluconato de calcio 3 cc, dosis de bicarbonato de sodio 6 mEq sin respuesta Se verifica ritmo inicialmente de actividad eléctrica sin pulso posteriormente de asistolia del cual no recupera Se completan 50 minutos de reanimación cardio cerebro pulmonar, paciente sin tensión, sin pulso, fría, pupilas midriáticas sin recuperación de frecuencia cardíaca a pesar de todas las maniobras realizadas Paciente fallece a las 8+10pm Paciente quien se encontraba en estado muy crítico, disfunción orgánica múltiple, sepsis de origen renal y dérmico, falla renal, anúrica, anémica, quien se encontraba con alto soporte ventilatorio alto y vasopresor con dopamina y adrenalina sin mejoría clínica, durante la tarde con desaturaciones a pesar de soporte ventilatorio alto, al final fallece por disfunción miocárdica secundaria a las patologías descritas. Se llama a padres vienen en camino, a su ingreso se explicará la situación acaecida.

A las 8+50 ingresa madre de paciente, se explica situación acaecida con su bebe y el fallecimiento, se hace acompañamiento en el duelo y se permite estar con su hija.

1. ANÁLISIS

El presente análisis va encaminado en revisar los 4 pilares en los que el a quo fundo su sentencia, teniendo en cuenta los datos suministrados en la historia clínica, anexos y bibliografía basada en la evidencia.

1. PILAR 1:

Mal suministro de medicamentos: Se describe que se le suministró al paciente antibioticoterapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque séptico 2012”

- Justificación del inicio de la amikacina: Por historia clínica la paciente tenía cuadro clínico de 1 mes de evolución manejada con corticoides tópicos y vacelina por lesiones en piel que no mejoraron, con evidencia al examen físico de ingreso de hallazgos de infección en lesiones sobreinfectadas, lo anterior basado en la descripción medica que reporta “edema + eritema + calor total) diseminada en todo el cuerpo incluyendo cada, de tal manera que en el diagnóstico se incluye “celulitis severa”

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1146127061 -- SALMA PARRA MUNEVAR		
Empresa: SALUDCOOP EPS	Afiliado: BENEFICIARIO NIVEL 1	No. His. Cli.
Fecha Nacimiento: 07/12/2010	Edad actual : 11 AÑOS	Sexo: Femenino
Teléfono: 7838171	Dirección: CARRERA 8 F # 2 A -21	Grupo Sanguíneo:
Barrio: NO SELECCIONAR	Departamento: BOGOTA D.C.	Estado Civil: Menor
Municipio: BOGOTA DC	Ocupacion:	
Etnia:	Grupo Etnico:	
Nivel Educativo:	Atención Especial:	
Discapacidad:	Grupo Poblacional:	
Responsable: JAZMIN 1 MUNEVAR ZAMUDIO	Teléfono: 7838171	Parentesco: Padre o Madre
Acompañante: JAZMIN MUNEVAR	Teléfono: 1	
SNC SIN DEFICIT NEUROLOGICO GLASGOW 15/15		
PIEL LESIONES ESCAMATIVAS EN PLACAS CON EDEMA, ERITEMA, CALOR LOCAL PERILESIONALES EN MIEMBROS INFERIORES, PLIEGUES INGUINALES, MIEMBROS SUPERIORES, CUELLO Y PARTE BAJA DEL MENTON, Y ESPALDA. LESIONES ERITEMATOSAS PUNTIFORMES EN ABDOMEN Y ROSTRO		
IDX 1 DERMATITIS ATOPICA VS CELULITIS SEVERA		

Basado en los hallazgos físicos de la paciente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Signos de infección en piel : Se realiza lista de chequeo encontrando que la paciente ingresó con 7 criterios de 8 compatibles con infección en piel lo que corrobora que el diagnóstico incluido al ingreso como celulitis severa



Signos de infección	Paciente en estudio
Eritema	Si
Dolor	No descrito
Calor	Si
Aumento de volumen	Si
Malestar general	si. Paciente irritable
Fiebre	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda)
Vomito	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda)

Lo anterior corrobora nuevamente que la paciente cursaba con una infección en piel justificando el manejo antibiótico.

b. Bibliografía de medicina basada en evidencia

- La Revista Pediátrica de Atención Primaria. 2009;11Supl 15:s49-s67 Elena Sendagorta Cudós, elenasendagorta@hotmail.com. Tratamiento de la dermatitis atópica E. Sendagorta Cudós, R. de Lucas Lagunab a,bDermatología. b Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, publica que pacientes con La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea (vemos que desde el ingreso la paciente tenía alteración de la barrera cutánea en miembros inferiores e inferiores, pliegues inguinales, espalda, abdomen, cuello, parte baja de menton incluso cara, es decir en mas del 50% de la superficie corporal, es decir, se encontraba con la infección ya diseminada), el mismo artículo informa que Existe un aumento de la colonización por Staphylococcus aureus, que está presente en más del 90% de los niños con DA, tanto en piel afecta como en piel sana y que cuando existen lesiones excematosas (clínica de sobreinfección) el paciente amerita manejo antibiótico. El mismo artículo menciona que los alimentos relacionados con mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópicas son la leche de vaca, el huevo, el plátano y el pescado. (podemos recordar que la paciente a partir de los 2 meses recibía fécula de plátano).

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que la paciente cursó inicialmente con una dermatitis probablemente atópica manejada inicialmente con corticoides que no obró de la manera esperada, de tal manera que se extendió y diseminó requiriendo manejo antibiótico por alta sospecha de colonización de Staphylococcus que es un microorganismo que frecuentemente habita en piel y en fosa nasales de cuidadores y que penetra al sistema a través de las laceraciones que se producen en las lesiones dérmicas. Lo anterior justifica el manejo antibiótico. Es por eso que no es correcto decir que el manejo antibiótico era errado para la infección.

- c. Amikacina: Se confirma a través de diferente literatura médica basada en evidencia que el concepto emitido por la juez en cuanto al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado. A continuación se exponen 2 de ellas:

- La Asociación Española de Pediatría publica que este antibiótico es un aminoglucósido con formulación exclusivamente parenteral y uso hospitalario, con un espectro antimicrobiano frente a bacterias gramnegativas (incluidas muchas resistentes a la gentamicina y/o la tobramicina), con alguna cobertura de bacterias grampositivas (estafilococos principalmente) Su uso clínico incluye infecciones de la piel, de los huesos, de los tejidos blandos, de las articulaciones, en quemados, posquirúrgicas entre otros.

De igual manera, la asociación recomienda su utilización (de acuerdo a la ficha técnica del medicamento) en pacientes prematuros, neonatos. Adicionalmente no se encuentra contraindicada en pacientes con fallo renal, en estos casos la recomendación es ajustar la dosis. Este artículo indica que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

- Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, publica que Después de las penicilinas, los aminoglucósidos son los antibióticos mas utilizados en neonatología. Debido a las características especiales del neonato, la distribución de estos aminoglucósidos en el cuerpo hacen que el neonato requiera una dosis más alta por kg de peso que los niños mayores y que los adultos, y hace que el prematuro pequeño requiera más dosis que el a término para lograr concentraciones adecuadas en el lugar de la infección. Esto se debe a mayor cantidad de líquido en el cuerpo. Los aminoglucósidos también tienen un efecto post antibiótico bueno. Este efecto se define como la capacidad de continuar eliminando bacterias posterior a la caída de los niveles por debajo de lo denominado concentración inhibitoria mínima. Además clínicamente la nefrotoxicidad y ototoxicidad importantes son poco frecuentes en los recién nacidos durante los cursos de antibióticos de menos de 7 días. Lo anterior, siendo otra literatura médica lleva a concluir igual que la Asociación Española de Pediatría, que el que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

d. Amikacina: Suministro de dosis incorrecta como causal de falla renal aguda:

Al revisar la formula vemos que efectivamente se cometió un error de digitación al dejar escrito el intervalo de la dosis a 4 horas, por escribir 24 horas, sin embargo, en la sentencia se dejo notificado que no se encontraba el soporte de enfermería para corroborar la aplicación de medicamento en cuestión, por lo que no se tuvo en cuenta la dosificación realmente a la paciente. En EUSALUD, la historia clínica se encuentra sistematizada a travez de una herramienta llamada HOSVITAL, en donde queda el soporte no solo de la atención médica, si no tambien de los anexos, es por eso, que se puede confirmar a través del presente documento que solo se aplicaron 2 dosis y con un intervalo de 8 horas, dosis con la que no es posible llevar a la paciente a una insuficiencia renal aguda. A continuación pantallazo de la hoja de medicamentos.



EUSALUD
800227072 - 8
PACIENTE RC 1146127061 SALMA PARRA MUNEVER
SEDE DE ATENCIÓN: 001 MATERNO INFANTIL
FECHA DESDE: 25/04/11 00:00 HASTA: 07/05/11 23:59

[RimpApplMe]

Fecha: 21/09/22
Hora: 16:14:41
Página: 1

RELACION DE MEDICAMENTOS PACIENTE

Don	Folio	Descripción	Dosis	Unidad	Frecuencia	Via	Fecha Hora Formulación	Fecha Hora Programación	Fecha Hora Reg. Aplicación	Estado Aplicación	Usuario Aplicación
1	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	252	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	288	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	101	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	29/04/2011 18:57:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	180	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	02/05/2011 09:19:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	245	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	288	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	26/04/11 16:30	26/04/11 16:32	APLICADO	MABEL DEL SOCORRO AYOLA
2	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	26/04/11 20:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIEBETH VARGAS MORAL
3	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	27/04/11 00:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIEBETH VARGAS MORAL
4	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	27/04/11 04:00	// 00:00	PENDIENTE	
5	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	27/04/11 08:00	// 00:00	PENDIENTE	
6	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	27/04/11 12:00	// 00:00	*MODIFICADO	
1	31	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	24 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35:	27/04/11 16:12	27/04/11 16:12	APLICADO	MABEL DEL SOCORRO AYOLA
1	288	AMINOFILINA SOL. INY. X240MG(2.4%) AMP. X 10ML (AMP)	20,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 08:24:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	183	CEFTRIAXONA SODICA POLVO SOL. INY. VIAL X1G (AMP)	325,00	GRAMOS	12 Horas	ENDOVENOSO	03/05/2011 13:02:	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	

Documento académico: Aminoglicósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, informa que efectivamente que los efectos secundarios específicos con el uso de aminoglicósidos es la nefrotoxicidad y la ototoxicidad, pero el mismo artículo aclara que la incidencia de nefrotoxicidad en neonatos parece ser considerablemente menor que en los adultos. No se ha demostrado de forma concluyente en los estudios prospectivos un persistente deterioro del filtrado glomerular. No se encontraron diferencias en la función renal entre una vez al día versus múltiples dosis diarias tanto para amikacina como gentamicina. Informa que se ha demostrado disfunción tubular reversible en muchos estudios que incluyeron recién nacidos, que es más pronunciada en los recién nacidos a término que en los recién nacidos prematuros.

Con lo anterior se da claridad que a pesar de que hubo un error en la digitación de la amikacina a cada 4 horas, **esta dosis no fue aplicada de esa manera**. Adicionalmente podemos ver en la literatura anterior que, no se puede adjudicar **el daño renal a la amikacina y en caso de que se hubiera podido presentar, esta hubiera sido reversible**. Se recuerda que el daño renal en la paciente fue rápidamente progresivo.

Al entrevistar al nefrólogo Dr Juan Guillermo Cardenas, nos informa que muy probablemente la paciente ingreso con daño renal, que no se vió reflejado en la creatinina dado que un paciente en desnutrición no genera una úrea significativa, dado que a menor músculo menos creatinina. Es importante tener en cuenta que el médico tratante en la unidad le llama la atención que a pesar de tener los niveles de BUN y creatinina estables aun persistía en anuria, lo que apoya el concepto de nefrólogo.

ANALISIS: Paciente aun estado critico con problema mas grave actualmente la falta de uresis; se inicio hacia el medio dia de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahoara escasa orina en sonda y cistoflo. Llama atencuion sin embargo que a **pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran bun en descenso y creatinina estable con relacion a previas.** Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediatria. Estan pendientes reportes de sodio y potasio del dia de hoy. En el momento no se considera realizar nuevos cambios al plan de manejo. Se estara atento a presencia o no de orina, cifras de tension arterial,

De acuerdo al concepto del infectólogo pediatra Dr Juan Torres, el nefrólogo y los articulos aportados, se concluye que el manejo con Amikacina fue completamente adecuado para la infeccion de tejidos blandos con sospecha de sepsis, que no es

No es cierto que la paciente no recibió antibióticos dirigidos a su proceso infeccioso. Y no fueron administrados de forma errónea exepcto la amikacina pero al final de la atención pero si te tuvo en cuenta los diagnósticos médicos de hecho el esquema antibiótico inicial se orientó o lo orientó la sospecha de sepsis de piel y tejidos blando, que tampoco es cierto que la falla renal haya sido secundario a los medicamentos puesto que no se observó alteración de la función misma del riñón basado en el BUN y en la cretinina y en que ademas no se aplicó un esquema de amikacina cada 4 horas. Adicionalmente el documento aportado de sobreviendo a la sepsis es una recopilación de datos que se van optimizando con la revisión de la literatura el manejo de la sepsis es decir es para casos posteriores. Los cadis previos no se benefician de esta actualización puesto que el documento se estaba construyendo

PILAR 2: PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA:

La atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral.

A. Al revisar la historia clínica se evidencia que el 28 de abril desde Eusalud sede pediatría se solicita iniciar la remisión a UCI Pediátrica por edema generalizado + disminución del gasto urinario. En este momento ya tenía 2 días sin Amikacina (2da y última dosis 26 de abril 23+49). El uroanálisis mostraba una densidad y acidificación de orina normal, pero con leve proteinuria (30mg) y leve hematuria microscópica (1 a 2 por campo).

Esta remisión se hace efectiva hasta el 3 de mayo a las 23+05: En las siguientes condiciones clínicas:

- Afebril
- Edema generalizado
- Oxígeno por ventury al 35% con saturación del 87%
- Sin accesos venosos por lesiones en piel
- Con sonda vesical a systoflo sin diuresis por no eliminación

Podemos observar que la remisión inicial a la UCI pediátrica tuvo una oportunidad de 5 días. Es importante tener en cuenta que el proceso de remisión no es un acto médico, se trata

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.
Teléfonos: 6242526 - 5332388
Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

de un trámite **administrativo que se coordina con la aseguradora** quien es el responsable de proveer el recurso que necesita el paciente, en este caso la cama en UCI pediátrica dentro y/o fuera de su red contratada.

En la sentencia se describe que se presentaron fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica, sin embargo, no hay claridad al respecto, pues se evidencia que la paciente fue trasladada en ambulancia en compañía de su madre. La historia clínica hace claridad que se envía sin accesos venosos por las lesiones en piel (siendo esta una de las causas del traslado).

En segunda estancia, se evidencia que estando en la UCI pediátrica de la sede Chapinero, por requerimiento de diálisis peritoneal, se inicia contra remisión.

En la bitácora de referencia y contra referencia se evidencia que se reportó el requerimiento frente a la EPS (Saludcoop), directamente a Santa Clara, al CRUP, Fundación Cardio infantil, y San Ignacio.

Con respecto al Hospital Santa Clara, en la bitácora quedó consignado que la aseguradora solo tenía contrato con esa IPS por evento. Desde la misma gestión se evidencia que esta IPS reportó en 4 ocasiones que no había cama y el resto en pendiente de respuesta.

Incluso se le solicitó a la EPS enviar al paciente en traslado primario pero la aseguradora rechaza la solicitud. La bitácora de Eusalud evidencia que se finaliza la gestión posterior a la notificación del fallecimiento de la paciente.

Con lo anterior, se evidencia que se realizó gestión administrativa constantemente para la consecución de cama en IPS de mayor nivel con nefrología.

B. En este mismo pilar la sentencia indica que la UCI de Chapinero no contaba con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral. Lo anterior basado en que durante la atención en curso y el requerimiento de diálisis peritoneal se requería interconsultar con nefrólogo y dermatólogo. Sin embargo, no fue tomada en cuenta que esta fue la razón del inicio de la contra remisión, y que si vemos la bitácora podemos observar que la remisión era direccionada a nefrología.

EUSALUD S.A 800227072		[RRef/CRef0]
Formato de Referencia de Salida		Fecha: 15/06/2011
N° Solicitud	Fecha	N° Verificación
RCR-53603	04/05/2011 12:11:08	
		Página: 1
Tipo de Atención		
Hospitalaria		
Identificación del Paciente		
N° Identificación RC	1146127061	Nombre : PARRA MUNEVAR SALMA
Edad	3 AÑOS	Dirección Residencia CARRERA 8 F # 2 A -21
		Sexo F Teléfono 7838171
Tipo Afiliado D	BENEFICIARIO NIVEL 1	Nivel atención 4 NIVEL IV
		Localidad BOGOTA DC
Afiliación SGSSS		
Empresa	800250112-1 SALUDCOOP EPS	
IPS Referente:	6 SALUDCOOP	Médico Referente: REMISION NEFROLOGIA
Reg Medico Ref:	Especialidad : 410 NEFROLOGIA	
Diagnostico	N19X INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	

PILAR 3: NO COLOCACIÓN DEL CATETER.

Se evidencia que el cateter central no se colocó inicialmente dado que las condiciones clínicas del paciente no lo permitieron, pues se encontraba con una infección en piel. En estos casos se encuentra contraindicado, dado que los gérmenes pueden ser arrastrados por la aguja o el cateter directamente al vaso sanguíneo. Es por lo anterior que se planteó la posibilidad de una venodisección, la cual efectivamente fue realizada en la unidad de cuidados intensivos y sin complicaciones.

PEDIATRIA				
Sede de Atención :	001	MATERNO INFANTIL		
FOLIO	190	FECHA 03/05/2011 06:30:02	TIPO DE ATENCION	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

Previa dosis de Ketamina de 6 mg.
 Asepsia y antisepsia.
 Anestesia local con lidocaina 1% sin epinefrina
 Se realiza **venodiseccion** femoral izquierda pasando cateter central bilumen 4 french 22 cm
 Se revisan retornos
 Se inicia transfusion sanguinea y liquidos basales a 15 cc/h
 Procedimiento sin complicaciones.
 Pendiente valoracion pr cirugía pediatrica.
 Se toma Rx de torax con infiltrados intersticiales parahiliares, no evidencio en esta proyeccion la

PILAR 4: AUSENCIA DE INTERCONSULTA DE ESPECIALIDADES QUE NO SE REALIZARON

Al revisar la historia clínica se encuentra que fue solicitada interconsulta por nefrología y dermatología. Sin embargo, no se tuvo en cuenta que la paciente venía con un cuadro dermatológico de 1 mes de evolución y que el beneficio de la intervención con esta especialidad era al principio cuando se reportó la pañalitis sin mejoría a manejo tópico, y no ahora cuando ya la paciente estaba en sepsis y que para este momento ya estaba con manejo escalonado y direccionado por infectología pediátrica.

En el caso de la interconsulta con el nefrólogo, es importante mencionar que una vez se identificó el requerimiento, la paciente fue puesta en contra remisión precisamente para manejo por este servicio y que, a pesar de que la gestión de referencia y contra referencia fue árdua, no se logró la remisión.

RESULTADO DEL ESTUDIO QUE DEBEN SER CUIDADOSAMENTE ANALISADOS POR EL HONORABLE MAGISTARDO.

Al realizar la revisión de la historia clínica se encuentran los siguientes hallazgos de importancia:

- **En el 1er pilar** del uso de antibiótico se encuentra que a pesar de haberse identificado un error de digitación en formulación, en la atención médica se evidencia que de Amikacina se colocaron solamente 2 dosis con un intervalo de 8 horas, lo que confirma que la falla renal de la paciente no se puede asociar a una nefrotoxicidad por el medicamento.
- **En el 2do pilar**, se evidencia que desde EUSALUD se identificó la importancia de trasladar a una UCI pediátrica a la paciente, razón por la cual se activó el sistema de referencia y contra referencia.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

- En cuanto al manejo, no es correcto concluir que no realizó un manejo frente a las patologías presentadas por el paciente, dado que al revisar la historia clínica como se mencionó inicialmente, la paciente ingresa con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por infección en tejidos blandos, que por descripción médica abarcaba mas del 50% de la superficie corporal manejada así:

- Reanimación con dextrosa al 5% 500 CC + Natrol 12 Cc + Katrol 5 Cc Pasar A 25 Cc/Hr
- Antibióticoterapia direccionada por infectología pediátrica.
- Control de líquidos administrados y eliminados de acuerdo a su requerimiento y compromiso renal.
- Monitorización de órgano blanco: pruebas hepáticas, hematológicas, de función renal y pulmonar. Es importante tener en cuenta que se tuvo inconvenientes en obtener muestra de sangre por infección en piel del paciente; sin embargo, apenas se pudo disponer de la muestra, se realizó seguimiento. A continuación soporte:

Hemograma

	Hb	Hto	Leucos	plaquetas
abr-25	10	31%	21.700	301.000
abr-28	8.3	25%	12.600	862.000
abr-29	8.1	24%	12.230	624.000
may-01				
may-02	5.9	17%	7.700	87.000
may-03	9.3	26.90%		
may-04	8	23.10%	23.900	93.000
may-05	6.6	19.10%	7.000	52.500

Ionograma

	Calcio	Cloro	Potasio	Sodio	Mg
abr-25					
abr-28	11.8	90	4.9	129	
abr-29			3.4	134	
may-01					
may-02				129	
may-03	10.4	89	2.5	127	
may-04			4.1	129	
may-05	14		3.5	130	1.1

Prueba de función hepática

	Bilirrubina total	TGP	TGO
abr-25			
abr-28	1.3	13	43
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03			
may-04			55
may-05			

Prueba de función renal

	creatinina	BUN
abr-25		
abr-28	0.8	12.2
abr-29	0.98	12.6
may-01		
may-02		
may-03	0.95	9.6
may-04	1.09	16.9
may-05	0.94	16.7

Peril lipídico

	Colesterol total	Trigliceridos	HDL
abr-25			
abr-28			
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03	101	64	
may-04			194
may-05			

	fosforo	Ac Urico	Albumina	Globulina	PCR
abr-25					12.1
abr-28		2.9	2.4		98
abr-29					62.4
may-01					
may-02			2.2		
may-03			2.2	3.2	
may-04	5.4	10.1			
may-05					

Es por lo anterior que **no es correcto decir que la paciente no recibió el manejo necesario para la infección requerida**, pues adicional a lo anterior, **se evidenció que la amikacina es un medicamento que se encuentra indicado para infecciones en piel y tejido blando y que además es considerado seguro en pacientes prematuros, neonatales y lactantes con demostración de bajo riesgo incluso a varias dosis diarias.**

- Dentro de este mismo pilar se encontró a la paciente con características de desnutrición kwashiorkor, la cual fue relacionada con el cese de lactancia materna a los 2 meses con inicio de alimentación complementaria de fécula de plátano,

siendo esta considerada como proteína de mala calidad. No se tuvo en cuenta que este tipo de desnutrición es frecuente en lactantes con déficit de proteínas séricas. Se reconoce que clínicamente el marcador de este evento es la presencia de edema acompañada de dermatosis, diarrea, hígado graso (como el caso de la paciente en mención, los cuales iniciaron 1 mes antes de su hospitalización, es decir a los 3 meses de edad y al mes de haber suspendido la lactancia materna). Se hace claridad, que con lo anterior, no se intenta responsabilizar a los padres, dado que como se evidencia en la audiencia, la madre llevó a la paciente en 3 ocasiones a consulta externa identificando los signos de alarma. Lo que se considera es que la paciente presentó una desnutrición tipo Kwashiorkor e inmunodeficiencia secundaria. Se complicó con un proceso infeccioso y desarrolló sepsis y choque séptico por bacterias Gram positivas y Gram negativas.

- **En el 3er pilar** se encuentra que por condiciones clínicas del paciente, dadas por el compromiso infeccioso en piel en más del 50% de la superficie corporal, no se pudo canalizar ni colocar el catéter venoso central, pues desde seguridad del paciente pudo correrse el riesgo de barrer las bacterias de piel hacia el torrente sanguíneo directamente. Es por lo anterior, que no es correcto decir que por negligencia médica no se colocó el catéter central. Se dejó claro que la paciente una vez estuvo en la unidad pediátrica, se le practicó una venodisección, es decir, a través de una incisión quirúrgica y bajo las técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas y requeridas por la paciente.

- **En el 4to pilar** se encuentra que frente al requerimiento de la intervención de nefrólogo para la valoración de la paciente y realización de diálisis peritoneal, la paciente fue puesta en contra remisión con evidencia de la gestión en el área de referencia y contra referencia. De igual manera, se notificó en este pilar que “no hacer nada es culpa los errores no son infortunio” lo que se considera no es acertado en este caso, dado que a la paciente no se le realizó manejo paliativo, sino intervencionista, dentro de las posibilidades y recursos obtenidos. Lo anterior, teniendo en cuenta que se realizó seguimiento de parámetros de inflamación, de parámetros hemodinámicos, se realizó reanimación hídrica y se dio soporte nutricional. Además, se inició manejo antibiótico, el cual fue direccionado por infectología pediátrica y, adicionalmente, recibió manejo dirigido hacia el objetivo del paciente, teniendo en cuenta su requerimiento y falla renal. Frente a lo anterior, no fue tenido en cuenta el nivel de atención por la paciente y la limitación del área de referencia y contrareferencia.

TERMINOLOGÍA:

En razón al tema que nos ocupa se debe tener en cuenta los siguientes significados para su mayor ilustración:

- **NEFROTOXICIDAD:** se define como la lesión renal provocada de forma directa o indirecta por fármacos
- **ASCITIS:** Es la acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales.
- **EDEMA GENERALIZADO:** Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.

- **DESNUTRICIÓN DE KWASHIORKOR:** consecuencia también de una deficiencia de energía y micronutrientes, a la cual se suma una ingestión inadecuada aguda de proteínas. Se presenta con mayor frecuencia en la etapa posterior al destete, en lactantes mayores o preescolares.
- **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA:** es un síndrome clínico en el que se produce un fallo brusco al riñón. En el paciente séptico se produce una alteración del flujo renal.

Conforme con lo anterior (1) y en concordancia con el escrito denominado como motivos de reparo radicado los tres días posteriores a la emisión de la sentencia (Que igual adjunto), procedo a realizar respetuosamente la siguinete:

PETICION:

Se sri va revocar el auto emitido por el Juzgado 50 Civil Circuito el pasado 14 de junio de 2022, dentro del proceso en asunto relacionado, y en su lugar se deniegen las pretensiones propuestas por el demandante en contra de la demandada **EUSALUD IPS, S.A.**, en virtud que puso al servicio de la paciente **SALMA PARRA (Q.E.P.D.)** toda su capacidad humana y física instalada, con galenos idóneos que prestaron los servicios que estaban a su alcance y que demuestran que no hubo negligencia médica y existe ausencia de responsabilidad tal y como se fundamentó en el texto del presente recurso

Atentamente,



HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

C.C. No. 79.646.647 de Bogotá

T.P. No. 140.778 del C.S.J.

(1) Dra. Ana María Amador Ramos - Médico Auditora Médica - Epidemióloga

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 1

Nº Solicitud
RCR-53603

Fecha
04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
Hospitalaria

Identificación del Paciente

Nº Identificación RC 1146127061 **Nombre :** PARRA MUNEVAR SALMA
Edad 3 AÑOS **Dirección Residencia** CARRERA 8 F # 2 A -21 **Sexo** F **Teléfono** 7838171
Tipo Afiliado D BENEFICIARIO NIVEL 1 **Nivel atención** 4 NIVEL IV **Localidad** BOGOTA DC

Afiliación SGSSS

Empresa 800250112-1 SALUDCOOP EPS

IPS Referente: 6 SALUDCOOP

Médico Referente: REMISION NEFROLOGIA

Reg Medico Ref:

Especialidad : 410 NEFROLOGIA

Diagnostico N19X INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA

Descripción Caso Clínico :

INSUFICANCIA RENAL AGUDA +SEPSIS DEORIGEN UINARIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Observaciones e indicaciones:

MAYO 04 DE 2011 09:08AM SE RECIBE LLAMADA DE SANDRA SUAZO

SOLICITANDO REMISION URGENTE PARA SALMA PARA UNIDAD RENAL INDICA QUE YA SALIERON RESULTADOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y SE COMPLICÓ A NIVEL RESPIRATORIO (J.P) 9:15AM SE HABLA VIA CELULAR CON HENRRY PEREZ DE REFERENCIA DE HOSPITAL SANTA CLARA SOLICITA SE LE ENVIE LA HISTORIA CLINICA VIA FAX Y +SE LE LLAME EN UNA HORA (J.P) 09:20AMSE ENVIA VIA FAX HISTORIA CLINICAA HOSPITAL SANTA CLARA PENDIENTE CONFIRMAR EN UNA HORA (J.P) 09:34AM SE ENVIA HISTORIA CLINICA A LA EPS PENDIENTE CONFORMAR (J.P) 09:40AN SE HABLA CON EL JEFE ANDRES QUIEN INFORMA QUE SI LLEGO EL FAX LA JEFE CAROLINA BUENO TIENE EL CASO (J.P) 09:42AM SE LLAMA A L CRUP SE HABLA CON ALISSON ROJAS SE LE PRESENTA CASO DE LA PACIENTE QUES ESTA YA HACE VARIOS DIAS PARA REMISION A UNIDAD DE NEFROLOGUA PERO POR PARTE DE LA EPS NO HAY RESPUESTA ELLA TRATA DE COMUNICACARSE CON SANTA CLARA PERO NO LES CONTESTAN IGUAL ELLA INDICA QUE AL SER CONTRIBUTIVO SE DEBE TRASLADAR COMO PRIMARIO ELLA INDICA QUE SI NO SE OBTIENE AYUDA DE LA EPS EN EL TRASCURSO DEL DIA VOLVERLOS A LLAMAR (J.P) 10:00AM JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP ME INDICA QUE NO SE PUEDE REALIZAR TRASLADO PRIMARIO SI NO SE CUENTA CON CUPO PARA VENTILACION MECANICA EN EL SITIO AL QUE SE VA ENVIAR AL PACIENTE, YA QUE ESTE PACIENTE ESTA VENTILADO EN UNA UCIP, NO SERIA CORRECTO ENVIARLA A UN SALA DE URGENCIAS EN ESTAS CONDICIONES, (JOHNQ) 10:08AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE LA PACIENTE A LA EPS SE HABLA CON EL JEFE ANDRES CADENA QUIEN INFORMA QUE SI PASO EL FAX YA ESTAN HABLANDO CON SANTA CLARA PARA VER LA POSIBILIDAD DE LA CAMA PENDIENTE RESPUESTA (J.P) 10:48AM SE LLAMA NUEVAMENTE A HOSPITAL SANTA CLARA SE HABLA CON HENRRY PEREZ QUIEN

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 2

Nº Solicitud
RCR-53603

Fecha
04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
Hospitalaria

INFORMA QUE YA LA DRA ELA CAMARGO TIENE CONOCIMIENTO DEL CASO Y YA ESTAN HABLANDO CON LA JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP PARA CONFIRMAR DERECHOS Y TRAMITES ADMINISTRATIVOS POR LA NO CONTRATACION SOLO POR EVENTO (J.P PENDIENTE RESPUESTA 11:30AM SE HABLA CON LA JEFE CAROLINA BUENO QUIEN INFORMA QUE NO HAY RESPUESTA DEL SANTA CLARA DRA CARDENAS LOE INDICAN QUE ESTARIAN PENDIENTE DE RESPUESTA EN LA TARDE (J.P)

13:30PM NO RESPONDEN EN REFERENCIA PARA CONFIRMAR SI HAY RESPUESTA (J.P)

14:12PM SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE QUIEN INFORMA QUE ESTA PENDIENTE DE RESPUESTA EN FCI Y HOSPITAL SANTA CLARA (JOHN)

15:25PM JEFE ADRIANA LIZARALDE INFORMA QUE EN FCI TIENEN ORDEN DE NO ACEPTAR NINGUN PACIENTE ESTAN EN SOBRECUPPO POR EMERGENCIA FUNCIONAL (J.Q)

16:40PM NUEVAMENTE SE HABVLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE QUIEN INFORMA QUE EN SANTA CLARA NO HAY CAMAS (J.P)

19:18PM SE LLAMA A SALUDCOOP SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE DE REFERENCIA QUIEN NOS INFORMA QUE ES COMPLETAMENTE IMPOSIBLE UBICAR LA PACIENTE ESTAN EN EMERGENCIA FUNCIONAL EN FCI Y HOSPITAL SANTA CLARA Y EN CLINICA DE LA 104 NO HAY CAMAS (J.P)

20:55PM JEFE ADRIANA NOS INFORMA QUE POR LA ESPECIALIDAD ESTA MUY DIFICIL QUE LA PUEDAN RECIBIR AHORA EN LA NOCHE (JP)

23:00PM SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA QUIEN INFORMA QUE ESTABA PENDIENTE DE RESPUESTA EN SAN IGNACIO PERO FUE NEGADA ,ELLA INDICA QUE EN SANTA CLARA A LAS 08:00AM LES QUEDARON DE CONFIRMAR SI HAY POSILBILIDADES PENDIENTE RESPUESTA (J.P)

MAYO-05-2011

07:00AM SE HABLA CON ESTELLA MORA DE HOSPITAL SANTA CLARA PARA CONFIRMAR SI HAY POSIBILIDAES PARA HOY DE DE UBICACION SOLICITA COMUNICARNOS EN UNA HORA NO TIENE CONOCIMIENTO DEL CASO (J.P)

08:10AM NO CONTESTAN EN EL HOSPITAL SANTA CLARA (JOHNQ)

09:20AM JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP ME INDICA QUE NO HAY RTA AUN (JOHNQ)

10:05 SE LLAMA A HOSPITAL SANTA CLARA Y SE HABLA CON ESTELLA MORA QUIEN DICE QUE NO HAY CAMAS (JP)

10:50AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE LA PACIENTE A SALUDCOOP(JP)

11:40 SE INSISTE EN LA REMISION CON REFERENCIA SALUDCOOP PERO NO HAYA RESPUESTA AFIRMATIVA (JOHANA PINZON)

12:50PM JEFE CAROLINA BUENO NOS INDICA QUE AUN NO TIENE RESPUESTA, CONTINUAN COMENTADO EL CASO EN STA CLARA, ESPERANDO UN CUPO (JP)

14:35PM MONICA PEREZ INDICA QUE LO ESTAN COMENTANDO PERO AUN NO TIENE ACEPTACION EN NINGUNA PARTE(OSCAR CHARRY)

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 3

Nº Solicitud
 RCR-53603

Fecha
 04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
 Hospitalaria

17:55 SE HABLA CON EL DR ATENCIO DICE QUE ESPERAMOS 24 HORAS PARA CONFIRMAR SI MEJORA LA DIURESIS Y SE DEFINE SI SE CONTINUA REMISION (OSCAR CHARRY)

06-05-2011

07:30AM SE HABLA CON LA JEFE NELLY SE LE SOLICITA EVOLUCION ELLA INDICA QUE YA EL DR ATENCION LA ESTA REALIZANDO

07:50AM SE ENVIA EVOLUCION A LA EPS, PENDIENTE CONFIRMAR (JOHANA PINZON)

08:10 AM SE LLAMA A HOSPITAL SANTA CLARA Y SE HABLA CON HENRY PÉREZ QUIEN SOLICITA QUE LLAME EN UNA HORA, LA DRA HELA CAMARGO ESTA PENDIENTE DEL CASO, NO SE HA PODIDO RECIBIR POR FALTA DE CAMAS EN LA UCI PEDIATRICA (JOHANA PINZON)

08:20 AM SE HABLA CON EL JEFE EDWIN GÓMEZ QUIEN INFORMA QUE EL CASO LO TIENE LA JEFE CAROLINA BUENO YA LO ESTA COMENTANDO (JOHANA PINZON)

09:05AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE PLA PACIENTE (JP)

10:23 AM SE HABLA CON LA JEFE CAROLINA BUENO QUIEN INFORMA QUE LA DRA LUZ DARY GALAN DE LA CLINICA 104 DE SALUDCOOP EN LA TARDE TIENE DOS SALIDAS Y HAY POSIBILIDAD DE RECIBIRLA, IGUAL ESTAN PENDIENTE DE RESPUESTA DE SANTA CLARA DE LA DRA HELA CAMARGO (JOHANA PINZON) 15:10 SE HABLA CON EL JEFE EDWIN GOMEZ DICE QUE ESTA PENDIENTE EN LA CLINICA 104 DESPUES DE LAS 16:00 HORAS QUE ESTAMOS PENDIENTE DE CUPO

18:15 LLAMA LA JEFE MARCELA HERNANDEZ DE REFERENCIA SALUDCOOP DICE QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN 104 POR EL DR FERNANDEZ, SE HACE PUENTE CON LA JEFE BIBIANA EN EUSALUD

CHAPINERO QUIEN CONFIRMA TIPO DE AMBULANCIA Y NUMERO DE BOMBAS, PARA EL TRASLADO, PENDIENTE EGRESO (OSCAR CHARRY) 20:42 SE HABLA CON LA JEFE ANDREA BLANCO QUIEN CONFIRMA QUE LA NIÑA ACABA DE FALLECER HIZO PARO CARDIO RESPIRATORIO(OSCAR CHARRY)

20:46 SE LLAMA A AMBULANCIAS SALUDCOOP Y SE LE INFORMA A MARY CIFUENTES PARA QUE CANCELE SERVICIO AMBULANCIA (OSCAR CHARRY))

Servicio Solicitado :

UNIDAD RENAL

Servicio Ambulancia : BASICA

IPS de Destino: 14 CLINICA EUSALUD CHAPINERO

Fecha y hora de traslado : 04/05/2011 12:11:08

Quien entrega : 1 11

Reg Medico 1

Quien recibe : 1

Reg Medico 1

Responsable paciente : 1 1

Dirección respon :

Telefono : 1

Parentesco : Padre

Usuario Registro :

Medico que Aprueba :

OSCAR E.CHARR POLANCO

6J.0 *HOSVITAL*

14/10/2014

* * *

FIN DEL REPORTE

* * *

11:56:16

Usuario:

CHARRYO

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. MUNERA VILLEGAS RV: Expediente No.: 11001-3103-002-2017-00593-00 - SUSTENTACION RECURSO DE APELACION

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 16/12/2022 8:48

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. MUNERA VILLEGAS

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: LAURA ESMERALDA ROMERO BALLESTAS <leromeroball@gmail.com>

Enviado: viernes, 16 de diciembre de 2022 8:30 a. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Expediente No.: 11001-3103-002-2017-00593-00 - SUSTENTACION RECURSO DE APELACION

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ

Sala Civil

Magistrado Ponente JESÚS EMILIO MÚNERA VILLEGAS

E. S. D.

REF.: *CLASE DE PROCESO:* ORDINARIO

Expediente No.: 11001-3103-002-2017-00593-00

DEMANDANTE: FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA

DEMANDADO: CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.

ACTUACIÓN: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN CONTRA
SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

LAURA ESMERALDA ROMERO BALLESTAS, abogada inscrita y en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.706.243 expedida en Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional número 141.315 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada de

CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., parte DEMANDADA dentro del proceso de la referencia, con el debido respeto me permito sustentar el RECURSO DE APELACIÓN de conformidad con lo señalado en el Auto del 12 de diciembre de 2022 y notificado por Estado 225 del 13 de diciembre de 2022, adjunto el respectivo memorial de sustentación de recurso de apelación.

Agradezco la atención prestada

Cordialmente

Laura Esmeralda Romero Ballestas

C.C. 52706243

T.P. 141315 del C S de la J

NOTIFICACIONES: Calle 74 # 15-80 Interior 1 Oficina 507 de Bogotá D.C., correo:

leromeroball@gmail.com, teléfonos: 6014798437 y 3156009996

Señores
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
Sala Civil
Magistrado Ponente JESÚS EMILIO MÚNERA VILLEGAS
E. S. D.

REF.: CLASE DE PROCESO: ORDINARIO
Expediente No.: 11001-3103-002-2017-00593-00
DEMANDANTE: FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA
DEMANDADO: CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.
ACTUACIÓN: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

LAURA ESMERALDA ROMERO BALLESTAS, abogada inscrita y en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.706.243 expedida en Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional número 141.315 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada de CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., parte DEMANDADA dentro del proceso de la referencia, con el debido respeto me permito sustentar el RECURSO DE APELACIÓN de conformidad con lo señalado en el Auto del 12 de diciembre de 2022 y notificado por Estado 225 del 13 de diciembre de 2022, de acuerdo con lo siguiente:

I. DE LA SENTENCIA OBJETO DEL RECURSO

Mediante la sentencia indicada anteriormente, su despacho resolvió lo siguiente:

PRIMERO: DECLARAR que la sociedad demandada **CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.** incumplió el Subcontrato para la explotación del contrato de concesión 01461 celebrado entre las partes acá contendientes al explotar en exceso el mineral calcáreo dispuesto en el contrato de concesión No. 1461-A-15.

Consecuencia de lo anterior, se le condena al pago de los perjuicios causados así:

El pago de 38.363.8 toneladas de mineral calcáreo dispuesto en el contrato de concesión No. 1461-A-15 y en el precio que se encuentra en el mercado.

Para la solución de las anteriores condenas se concede el término de cinco (5) días contados a partir de la ejecutoria del presente fallo.

SEGUNDO: SE CONDENA en costas de primera instancia a la parte demandada y a favor de la demandante. Liquidense por secretaría.

De conformidad con lo previsto en el numeral 3º del artículo 366 del Código General del Proceso, en la liquidación de costas causadas en primera instancia, inclúyase como Agencias en Derecho la suma de \$20.000.000.00. Para la elaboración de la misma síganse las reglas en dicha norma.

TERCERO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

CUARTO: NEGAR las pretensiones de la demanda de reconvencción por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Como fundamento de su decisión, el *a-quo* adjudicó responsabilidades a CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. que no le correspondían y estableció que faltó al deber de cuidado de un buen padre de familia ya que según este el descuido y apatía de la empresa demandada conllevó insólitamente a la desaparición de 38.363,8 toneladas del título minero 1461A-15. Lo anterior teniendo en cuenta que es técnicamente imposible la desaparición de tal cantidad de mineral como consecuencia de una invasión temporal abusiva y no consentida por CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. que duró menos de medio día.

II. SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

A. BUENA FE Y CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL POR PARTE DE CEMENTOS TEQUENDAMA

Quedó plenamente probado dentro del expediente lo siguiente:

- a. Que el 27 de agosto de 2012, la DEMANDANTE y la DEMANDADA suscribieron un SUBCONTRATO PARA LA EXPLOTACIÓN DEL CONTRATO DE CONCESIÓN 01461A-15.
- b. De acuerdo con lo establecido en el numeral 5 de las consideraciones del contrato en mención, la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA manifestó que cumplía con las obligaciones derivadas de su calidad de titular minero del contrato de concesión No. 01461A-15 y que continuaría cumpliéndolas. Lo anterior, fue complementado en el numeral 7 y 8 de las consideraciones citadas, donde la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA manifestó que el título minero objeto del contrato cumplía con las especificaciones técnicas y jurídicas que permitían la explotación del mineral por parte de CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.
- c. En complemento de lo anterior, en la cláusula cuarta del referenciado subcontrato, la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA se obligó, entre otros, a cumplir con las obligaciones inherentes al título minero subconcesionado, a obtener todos los permisos necesarios para la explotación del mineral (incluyendo el Programa de Trabajos y Obras (en adelante PTO)) y estar al día en todas las obligaciones que le correspondían como titular minero.
- d. Asimismo, conforme a lo pactado en la cláusula segunda de dicho contrato, el valor por tonelada de caliza extraída sería la suma de DOS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS (\$2.904.00).
- e. Que CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. canceló el 12 de octubre de 2012 a la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA la suma de OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$80.000.000.00) y el 5 de abril de 2013 procedió a realizar otro pago por un valor de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$256.864.000). Por lo anterior, mi representada canceló en total a la demandante la suma de **TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$336.864.000)**, lo cual, según los precios pactados en la cláusula segunda del contrato, equivale al pago anticipado de 116.000 toneladas. Tal y como se muestra en el cuadro que hace parte del estudio topográfico obrante a folio 306 del cuaderno 1:

PROVEEDOR: FINO DE SAAVEDRA FLOR MARIA			
EQUIVALENTE EN TONELADAS	VALOR TON	VALOR ANTICIPO	FECHA DE PAGO
27,548.21	\$ 2,904.00	\$ 80,000,000.00	12.10.2012
88,451.79	\$ 2,904.00	\$ 256,864,000.00	05.04.2013
TOTAL	116,000.00	2,904	\$ 336,864,000.00

- f. Conforme con lo que quedó acreditado con el estudio topográfico aportado por CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., esta únicamente pudo explotar la cantidad de 84.519,2 toneladas del mineral objeto del contrato de concesión celebrado con la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA. Lo indicado anteriormente fue ratificado por el geólogo Roger Emir Camargo Pinilla según consta en el testimonio rendido por este en la audiencia que tuvo lugar el 16 de febrero de 2022. Es de resaltar que la tacha sobre el testimonio del señor Camargo Pinilla no fue considerada por el *a-quo* en la sentencia, por lo cual se infiere que fue reconocida la imparcialidad y precisión técnica de este testigo, lo cual se pone de presente en la parte considerativa de la sentencia.

- g. El restante del mineral pagado de manera anticipada por CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. confirme lo indicado en el literal e de este acápite, es decir la cantidad de 31.480,8 toneladas no pudieron ser extraídas debido al agotamiento del mineral existente.

Como puede observarse, CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. dio cabal cumplimiento a la totalidad de obligaciones establecidas en el contrato otrora celebrado con la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA, en especial en los temas relacionados con el pago anticipado del precio pactado por el mineral, el cual, fue cancelado en una cantidad superior a la existente en el título minero contratado, teniendo como fundamento las afirmaciones hechas por la titular del contrato de concesión, donde, como se indicó en el contrato, declaró contar con todos los documentos mineros y ambientales al día.

Del mismo modo, CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. logró acreditar a través de un estudio topográfico hecho por un tercero imparcial, técnico, preciso y respaldado por el concepto de un profesional en la materia, que las toneladas extraídas del título minero en mención fueron inferiores a las que se pagaron de manera anticipada a la demandante, por lo que esta debe devolver el valor pagado en exceso e indemnizar los perjuicios sufridos por mi representada conforme fue oportunamente indicado en la demanda de reconvencción y probado dentro del trámite del presente asunto, todo lo anterior, con el agravante de que dentro de los TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$336.864.000) que fueron pagados de buena fe y de manera anticipada a la DEMANDANTE, no se pudo descontar el IVA correspondiente, dado que la señora FLOR MARIA FINO DE SAAVEDRA nunca presentó la factura que legalizara este pago, en tal sentido, mi representada pagó a la DEMANDANTE un IVA sobre un producto que nunca recibió.

En el mismo sentido, CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. logró acreditar que obro con debida diligencia durante la ejecución del subcontrato, especialmente, cuando se presentó la invasión por parte de los señores Nelson Javier Pardo Cely, Yesid Pardo y Yovan Camilo Pardo Cely, la cual fue repelida oportunamente, tomando para el efecto todas las medidas legales pertinentes.

B. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DE LA DEMANDANTE

Quedó plenamente probado dentro del expediente lo siguiente:

- h. De acuerdo con lo establecido en el numeral 5 de las consideraciones del contrato celebrado entre la DEMANDANTE y la DEMANDADA, la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA declaró que cumplía con las obligaciones derivadas de su calidad de titular minero del contrato de concesión No. 01461A-15 y que continuaría cumpliéndolas. Lo anterior, fue complementado en el numeral 7 y 8 de las consideraciones citadas, donde la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA declaró que el título minero objeto del contrato cumplía con las especificaciones técnicas y jurídicas que permitían la explotación del mineral por parte de CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.
- a. También quedó acreditado que, de acuerdo con la normatividad en materia de minería y lo pactado en el Contrato de Concesión 1461-A-15 celebrado por la DEMANDANTE con la Agencia Nacional de Minería, a la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA, le correspondía el cumplimiento de todas las obligaciones mineras, ambientales y contractuales derivadas del título minero que subcontrató con CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.
- b. Para la fecha de celebración del contrato, el título minero en mención no contaba con un Programa de Trabajos y Obras (conocido como PTO) que permitiera la explotación de los minerales que CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. canceló de manera anticipada y de buena fe.
- c. Es de resaltar que, conforme con lo establecido en la ley 685 de 2001, únicamente son viables para ser explotados los títulos mineros que cuenten con un Programa de Trabajos y Obras debidamente aprobado por la autoridad minera competente, cuyo trámite y obtención corresponde al titular minero; para el caso particular, dicho trámite correspondía a la señora FLOR MARIA FINO DE SAAVEDRA. Por lo anterior al suscribir un subcontrato de explotación sin contar con todos los requisitos establecidos en la mencionada ley incurrió en un grave incumplimiento del mismo de cara al subcontratista y a la normatividad vigente. Responsabilidad que desde ningún punto de vista puede ser atribuida a mi representada, quien, como se ha indicado a lo largo del presente escrito obro de buena fe. Del mismo modo, se resaltar que, con ocasión de los incumplimientos incurridos por la

señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA a los deberes que le correspondían como titular minero las operaciones dentro del mencionado título fueron suspendidas por las autoridad competente.

- d. De acuerdo con lo que quedó probado en el estudio topográfico que fue ratificado por el geólogo Roger Emir Camargo Pinilla, CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. únicamente pudo explotar la cantidad de 84.519,2 toneladas del mineral objeto del contrato de concesión celebrado con la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA.

A la fecha de la presentación de este escrito de apelación, la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA no ha legalizado mediante cuenta de cobro o factura el valor TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$336.864.000), POR EL CONCEPTO DE LA EXTRACCIÓN Y SUMINISTRO DE LAS CIENTO DIECISÉIS MIL (116.000) TONELADAS DEL MINERAL CALIZA, suma de dinero pagado de manera anticipada y en exceso por CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., lo anterior dado que, se reitera, únicamente fueron extraídas 84.519,2 toneladas. Teniendo en cuenta lo anterior, la sentencia proferida por el *a-quo* brilla por la ausencia del análisis relacionado con la responsabilidad de la DEMANDANTE con respecto a sus declaraciones y compromisos contenidos en el subcontrato en relación con el cumplimiento de obligaciones ambientales y mineras, en especial las relacionadas con la obtención del PTO, del mismo modo, olvida que hay un enriquecimiento sin causa por parte de la DEMANDANTE en relación con las 31.480,8 toneladas de mineral que no pudieron ser extraídas por la DEMANDADA debido al agotamiento del mineral existente en el área del título minero subcontratada. Lo anterior da cuenta que, aparte de un incumplimiento contractual por parte de la DEMANDANTE, hay lugar a la devolución del valor cancelado en exceso por mi representada y a la indemnización de perjuicios solicitada por vía de la demanda de reconvencción, lo que incluye el reconocimiento del daño emergente derivado del mineral pagado en exceso y no encontrado en el área del título minero objeto del subcontrato y el lucro cesante que generó debido a que mi representada tuvo que salir a buscar el mineral de terceros, lo cual está debidamente soportado en las pruebas de la demanda de reconvencción.

C. LAS CANTIDADES DE MINERAL Y VALOR DE LOS PERJUICIOS RECONOCIDOS POR EL DESPACHO EN FAVOR DE LA DEMANDANTE SON INVEROSÍMILES

De acuerdo con las pruebas que fueron evacuadas dentro del proceso y de las cuales el *a-quo* no tuvo en cuenta al momento de proferir su decisión, es evidente que resulta imposible que mi representada haya explotado la cantidad indicada por la DEMANDANTE por las siguientes razones:

1. En el auto PARN-0785 del 23 de febrero de 2016 se aprobó el Programa de Trabajos y Obras de las áreas integradas de los títulos mineros Nros. 1461A-15 y 1372-15. Dentro del mencionado acto administrativo se especificó que la extensión del terreno que abarca los dos títulos mineros es de 10 hectáreas y 2120 M2.
2. Según lo indicado en dicho auto y en concordancia con el programa de actividades presentado por la misma DEMANDANTE en dicho trámite, la tasa de explotación anual de los 2 títulos mineros en mención fue presupuestada en 6.600 toneladas, lo que multiplicado por el número de años de duración de los títulos mineros (30 años) arroja unas reservas presuntas de 198.000 toneladas de mineral en la totalidad de los dos títulos mineros objeto del PTO.
3. El contrato celebrado entre la DEMANDANTE y la DEMANDADA únicamente recayó sobre una parte del Contrato de Concesión No. 1461A-15.
4. Según lo que fue indicado por el geólogo Roger Emir Camargo Pinilla en la audiencia que tuvo lugar el 16 de febrero de 2022 y que se respalda en el estudio topográfico aportado con la contestación de la demanda, el área en la que CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. llevó a cabo la explotación abarcaba un terreno de 0,5 hectáreas del total de 6,9 hectáreas que conforma el título minero Nro. 1461A-15.

Teniendo en cuenta lo anterior, es matemáticamente imposible que explotando solamente el 5% del área total que conforma el Contrato de Concesión No. 1451A-15, mi representada haya adquirido el 70% del mineral existente en los títulos mineros Nros. 1461A-15 y 1372-15.

En el mismo sentido, el despacho tampoco tuvo en cuenta que, dentro de la estimación del volumen efectivamente intervenido, es necesario considerar que los volúmenes de explotación de un yacimiento están conformados por material útil, estéril, fracturas (espacios vacíos) y zonas de cavernas por disolución, por lo tanto, las reservas mineras dependen del ajuste que se haga de estos conceptos. En esta metodología, que es avalada por la Comisión Colombiana de Recursos y Reservas Minerales, los recursos minerales son entendidos

como la cuantificación del volumen de material, mientras que las reservas son obtenidas cuando se aplican los factores modificadores (diseño minero, restricciones ambientales, fracturas del terreno). Con base en lo anterior, el estudio topográfico aportado hecho por un tercero y aportado por mi representada calculó un volumen de 42.317 metros cúbicos, que representa el volumen de la intervención minera, más el volumen del mineral de interés, más el volumen de material estéril, más el volumen de cavernas y fracturas, tal y como se muestra a continuación:



Luego de este cálculo, el cual se reitera, es el avalado por la Comisión Colombiana de Recursos y Reservas Minerales, se concluyó lo siguiente:

- Volumen calculado: 42.317,09 M3
- Volumen de estéril: 2043,36 M3
- Volumen entregado a la DEMANDANTE: 500 M3
- % factores de corrección: 15%
- Volumen total M3: 33.807,67
- Densidad (M3/Ton): 2,5
- Toneladas totales explotadas: 84.519,18.

Ahora bien, el despacho también reprocha a mi representada el hecho de que personas, sin el consentimiento de esta, hayan ingresado a cercanías del predio a extraer de manera irregular, clandestina, ilegal y sin la aquiescencia de CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. parte de la caliza que se encontraba allí. Al respecto, es preciso tener en cuenta que, la invasión de los señores Nelson Javier Pardo Cely, Yesid Pardo y Yovan Camilo Pardo Cely fue repelida oportunamente por mi representada, tanto es así que, tal y como consta en los folios 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69 y 70 del expediente CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. llevó a cabo operaciones de vigilancia, llamó a la policía y hasta inició un amparo administrativo con ocasión de esta transgresión; no obstante lo anterior, es de resaltar que la invasión de estos sujetos duró menos de medio día, fue adelantada principalmente por 2 personas en equipo que no permitió una remoción significativa de material, el cual por demás fue devuelto por los invasores derivado de las acciones oportunamente iniciadas por CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., por lo cual, no existe nexo causal suficiente para determinar que este hecho por si solo haya tenido que ver en la diferencia tan relevante que existe entre las cantidades que manifiesta la contraparte que mi representada extrajo y las que juiciosamente fueron probadas por esta última, la cuales están por el orden de 53.844,8 toneladas.

Por otra parte, no se entiende por qué el *a-quo* condenó a mi representada a pagar las 38.363,8 toneladas de mineral calcáreo en favor de la DEMANDANTE al precio que se encuentra en el mercado, cuando las partes expresamente pactaron en la cláusula segunda del varias veces citado Subcontrato para la Explotación del Contrato de Concesión 01461A-15, que el precio por tonelada de caliza extraída sería la suma de DOS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS (\$2.904,00) más IVA, por tanto, reconocer un valor del mineral distinto al que de manera expresa pactaron las partes, configura una extralimitación en las funciones del juez y desconocer por completo lo pactado en un subcontrato legítimamente celebrado por las partes hoy en disputa.

Del mismo modo, se solicita al *ad-quem*, que a la hora de proferir sentencia de segunda instancia se tenga en cuenta que el material objeto del subcontrato de concesión se encontraba *in situ*, es decir que los precios debe ser tenidos en cuenta sin las actividades de explotación, acopio, trituración ni transporte tal y como fue pactado por las partes en el subcontrato en mención. En tal sentido condenar a mi representada a pagar el valor de mercado por estos bienes, constituye un perjuicio aún mayor por cuanto no se tendrían en cuenta los costos de explotación, acopio, trituración y transporte en que ya incurrió CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. en la extracción de las 84.519,18 que efectivamente fueron probadas dentro del proceso.

D. INCONGRUENCIA DE LA SENTENCIA:

Al respecto, el artículo 281 del Código General del Proceso ha establecido lo siguiente: “La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley”.

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

Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último. En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio”.

Al revisar la parte considerativa de la sentencia proferida por el *a-quo*, de la cual se resalta la brevedad de su contenido (3 páginas) que no hace honor al componente técnico del litigio que se compone de más de 900 folios, su despacho guarda silencio y prácticamente no reconoce valor probatorio a ninguna de las pruebas obrantes en el proceso, de manera grave se resalta que omite valorar gran parte de los informes técnicos y los testimonios que fueron rendidos por los profesionales en la materia, del mismo modo omite valorar las contradicciones y falacias en que incurre la actora en su interrogatorio de parte y no apreció los documentos aportados, en especial el auto que aprueba el PTO y el estudio topográfico presentado por la DEMANDADA.

Lo anterior lleva a que el *a-quo*, a nuestro juicio, haya proferido UN FALLO CONTRAEVIDENTE E INCONGRUENTE, toda vez que el fallador por norma procedimental y constitucional, está atado a las pretensiones de la Demanda (tanto la inicial como la de reconvenición), a las pruebas oportunamente solicitadas, legalmente decretadas y efectivamente practicadas, otorgándoles a dichos medios probatorios el valor que estas tienen al ratificar o negar con su práctica los hechos narrados en el expediente y que constituyen la fijación del litigio.

La Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, ha insistido en que nuestro sistema procesal civil se enmarca en la tradición racionalista continental europea, **según la cual la averiguación de la verdad como presupuesto de la justicia material es el principal objetivo institucional del proceso. Verdad y justicia deben ir siempre de la mano, pues tan absurda e inútil es la justicia sin verdad, como ésta sin aquélla.**

La pretensión de racionalidad de la decisión judicial a través del descubrimiento de la verdad y la materialización de la justicia **está incorporada en el principio constitucional de la prevalencia de la ley sustancial sobre los ritos (art. 228 c.p.).**

El principio de congruencia es un límite al poder decisorio del fallador, que impone que haya correspondencia entre lo resuelto y lo que oportunamente plantearon los litigantes como materia de la controversia, sin perjuicio de las facultades oficiosas atribuidas por normas especiales.

*Así lo ha reconocido esta Corporación: Cumple recordar que la congruencia de la sentencia es principio cardinal del conjunto de garantías del debido proceso, que evita el exceso o el defecto de esa decisión respecto del marco jurídico de lo que compete resolver, previsto en **el artículo 305 del citado estatuto, bajo cuyo tenor el juez debe sujetar la solución del conflicto a los hechos y las pretensiones de la demanda o demás oportunidades autorizadas, así como las defensas frente a esta última, sin desmedro de lo que ha de resolverse de oficio.***

De acuerdo con la jurisprudencia consolidada de esta corporación, acatar la congruencia implica que debe haber armonía entre lo pedido y lo resistido (SC22036, 19 dic. 2017, rad. No. 2009-00114-01).

El fallo emitido de espaldas a esta exigencia es susceptible de impugnación, incluso por la senda extraordinaria, en tanto es causal de casación que la sentencia no esté «en consonancia con los hechos, con las pretensiones de la demanda, o con las excepciones propuestas por el demandado o que el juez ha debido reconocer de oficio».

Se trata entonces de un error in procedendo, por suponer un desconocimiento de los límites a la actividad jurisdiccional que debe ejercer el fallador, quien decide la controversia por fuera de las pretensiones reclamadas (extra petita), o más allá de lo pedido (ultra petita), o cercenando lo que fue objeto de alegación o demostración (citra petita), como lo ha enseriado la Corte:

[Su] incumplimiento es de antaño inscrito en una de estas tres posibilidades: en primer lugar, cuando en la sentencia se otorga más de lo pedido, sin que el juzgador estuviese facultado oficiosamente para concederlo

(ultra petita); en segundo lugar, cuando en la sentencia olvida el fallador decidir, así sea implícitamente, alguna de las pretensiones o de las excepciones formuladas (mínima petita); y en tercer lugar, cuando en el fallo decide sobre puntos que no han sido objeto del litigio, o, de un tiempo a esta parte, en Colombia, con apoyo en hechos diferentes a los invocados (extra petita)... (SC1806, 25 feb. 2015, rad. No 2000-00108-01)

La jurisprudencia ha dicho que «también es incongruente, y por ello impugnabile en casación, la sentencia que no declara las excepciones probadas, sobre las cuales tiene que proveer el juez aunque no hayan sido alegadas por el demandado. Siendo un deber insoslayable del juzgador el reconocer las excepciones cuando se hallan demostrados los hechos que las constituyen, si omite hacerlo, la sentencia cae en incongruencia por citra petita, pues habrá dejado de decidir sobre uno de los extremos de la litis, contraviniendo de este modo el categórico mandato contenido en el artículo 306 ibídem» (SC, 13 jul. 1987, G.J. n.º 2427, tomo 188, p. 64 y 65).

En este contexto, el decreto oficioso de excepciones se torna imperativo si se satisfacen los siguientes requerimientos:

(a) Debe tratarse de una defensa que no sea personalísima, pues estas últimas únicamente pueden ser invocadas por la parte a cuyo favor se establecieron, amén de su naturaleza renunciabile -incluso de manera tácita, como sucede con la prescripción, compensación y nulidad relativa (SC155, 6 jul. 2005, exp. n.º 05214-01);

(b) Los hechos que soportan la defensa deben hallarse demostrados, bien porque el juez lo señala en la sentencia o por refulgir con claridad a partir de los medios de convicción arrimados a la foliatura;

y (c) La declaración no será procedente cuando se desconozcan los derechos del apelante único o corresponda a un asunto excluido de la alzada.

El inciso 2º del artículo 281 del CGP contempla tres preceptos a seguir por el juez dentro de sus sentencias: (i) no es válido emitir fallos ultra petita, es decir sentencias en las que se condene al demandado por una cantidad superior a la solicitada en la demanda, o sentencias que se conceden más cuestiones de las pedidas. (ii) **no se pueden emitir fallos extra petita**, o sea, sentencias en donde se condena al demandado en base a pretensiones distintas a las previstas en la demanda. (iii) **No se puede proferir sentencias por causas distintas a las invocadas en la demanda.**

E. FALTA DE VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS:

De manera incongruente y sospechosa el Juzgado Segundo Civil de Oralidad del Circuito de Bogotá en la Providencia apelada, valora únicamente y de manera parcial las pruebas aportadas por la DEMANDANTE, sin tener en cuenta las demás pruebas evacuadas en el proceso y que favorecían los intereses de CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S., que demuestran todo lo que fue narrado en la contestación de la demanda inicial, en la demanda de reconvencción y en el presente recurso.

Señalo de manera respetuosa al Despacho que de manera diáfana la abogada MARYURY MUÑOZ explico qué fue lo que aconteció con el Amparo Administrativo instaurado por la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA y cuál fue la decisión que se tomó por parte de la Inspección de Policía de Villa de Leyva. (testimonio rendido por MARYURY MUÑOZ minuto 1:25.)

Al efectuar su inadecuada valoración probatoria el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Bogotá **olvida** que el contrato legalmente suscrito en Colombia, es ley para las partes siempre y cuando éste no sea contrario a la norma y la constitución.

F. ERRORES EN LA APRECIACIÓN DE PRUEBAS:

EL *a-quo* en la sentencia apelada expresa como soporte de su errada valoración probatoria la existencia de una prueba pericial aportada por la parte demandante FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA, consistente en un estudio técnico suscrito por el ing. WILLIAM ALBERTO HERRERA DÍAZ, cómo se evidenció en la audiencia del 16 de febrero de 2022, este ingeniero de manera inequívoca señala que las obligaciones contractuales consignadas en el Contrato de Concesión 01461-A-15 están en cabeza únicamente del titular minero para el caso en comento FLOR MARÍA FINO SAAVEDRA. (Prueba No. 2 del libelo de la demanda presentada por la demandante)

En su testimonio ratifica **que solamente a partir del 23 de febrero de 2016 mediante AUTO PARN 0785 por parte del Grupo de Seguimiento y Control de la Vicepresidencia de Seguimiento, Control y Seguridad Minera de la AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA** es que se logra la aprobación del Programa de Trabajos y Obras para el Título Minero 1461-A-15.

RESALTO al Despacho que el ing. WILLIAM ALBERTO HERRERA DÍAZ al presentar su escrito técnico vincula en su apreciación dos títulos mineros (1372-15 y 1461-A-15), por eso de manera errónea el despacho del *a-quo* asume la existencia de 138.363 toneladas explotadas únicamente para el Título minero 1461-A-15, hecho que no es cierto y que se prueba en el acto administrativo proferido por la Agencia Nacional de Minería (AUTO PARN 0785 del 23 de febrero de 2016), el cual recae sobre los títulos mineros 1372-15 y 1461-A-15, por lo anterior el número de toneladas autorizadas para explotar según el auto del PTO antes indicado es 79.200 para el Contrato de Concesión 1461-A-15 y no como erróneamente lo afirma el experto contratado por la DEMANDANTE y avalado por el operador judicial. Del mismo modo, el despacho de primera instancia olvida el error de base en que incurre el perito de la parte DEMANDANTE en el sentido de que su estudio toma como base la parte técnica de un PTO que a la fecha de realización del dictamen no estaba aprobado, por lo cual, carece de poder vinculante. **Del mismo modo, también es pertinente resaltar que el escrito técnico remitido por la DEMANDANTE carece del rigor técnico y la metodología que si contiene el que fue presentado y sustentado por mi representada.**

En yuxtaposición con lo anterior, el *a-quo* no efectúa pronunciamiento o valoración alguna sobre el testimonio rendido por el profesional en geología ROGER EMIR CAMARGO PINILLA, a su turno no valora la explicación geológica y técnica que presenta este experto y qué indica de manera clara y específica la cantidad de reservas existente y la diferencia de estas con los recursos (anunciado en detalle en la parte inicial del recursos), así como también explica lo sucedido desde el punto de vista técnico en relación con el Amparo Administrativo presentado por FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA. (Audiencia del 16 de febrero de 2021 minuto 1:45). Tampoco se pronuncia sobre el estudio topográfico anexado como prueba con la contestación de la demanda y que se encuentra técnicamente respaldado con el testimonio del señor ROGER EMIR CAMARGO PINILLA

A la hora de valorar las dos pruebas técnicas evacuadas en el proceso, el *a-quo* brevemente indicó lo siguiente:

“Sea oportuno, manifestar que el valor probatorio que se tendrá en cuenta para resolver el presente asunto es el contenido en el dictamen pericial aportado por la parte actora el cual señala de manera precisa que la estimación de las reservas se configura de acuerdo con la topografía inicial y la topografía levantada mediante estación sub-métrica el día 8 de agosto de 2015, la cual arrojo (sic) como resultado que se extrajo un volumen de 138.363,8 toneladas de material. Reservas que en todo caso fueron determinadas, medidas ciertas y probables

Situación que no ocurre con la prueba pericial aportada por la parte pasiva cementos Tequendama S.A.S., ya que se limitó a establecer la falta de mineral que no se pudo extraer bajo la argumentación de encontrarse grietas en la mina sin que se presentara una pericia totalmente demostrable de tales hechos”

Nótese que de la lánguida y prácticamente nula apreciación que hace el *a-quo* de los informes técnicos presentados, el despacho solo rescata del que fue exhibido por mi representada la existencia de grietas en la mina, lo cual es solamente uno de los factores técnicos para determinar la existencia de reservas en un título minero.

En conclusión, comoquiera que el informe técnico aportado por la DEMANDANTE basa su parte técnica en un PTO que no había sido aprobado al momento de la elaboración del mismo, no queda más remedio para el operador judicial que centrar su análisis en el informe técnico y testimonio aportados por la parte DEMANDADA, por cuanto los mismos cuentan con bases técnicas sólidas y legítimas.

Así las cosas, es evidente que el *a-quo* en la apreciación de las pruebas efectuadas dentro de la sentencia objeto de la alzada vulnera de manera tajante el artículo 176 del Código General del Proceso, ya que no se presentó por parte del *a-quo* una apreciación en conjunto de las pruebas.

Del mismo modo son evidentes y abundantes las contradicciones en la valoración probatoria efectuada por el *Aquo*: FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA **expresó en su interrogatorio de parte que: cuando se suscribió el Subcontrato de Explotación para el Contrato de Concesión Minera 1461-A-15 estaba al día en sus obligaciones y que este Título Minero se encontraba con el Programa de Trabajo y Obras¹ – PTO-**

¹ LEY 685 DE 2001. **Artículo 84.** *Programa de trabajos y obras.* Como resultado de los estudios y trabajos de exploración, el concesionario, antes del vencimiento definitivo de este período, presentará para la aprobación de la autoridad concedente o el auditor, el Programa de Trabajos y Obras de Explotación que se anexará al contrato como parte de las obligaciones. Este programa deberá contener los siguientes elementos y documentos:

1. Delimitación definitiva del área de explotación.
2. Mapa topográfico de dicha área.

aprobado cómo se puede apreciar en la **Cláusula Cuarta** (Escuchar la audiencia del interrogatorio de parte rendido por la ACTORA audio minuto 20:05)

CLÁUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.- Se constituirán como obligaciones de las partes, las siguientes: A.) A CARGO DEL SUBCONTRATISTA.- Constituyen obligaciones del mencionado: a) Explotar los minerales calcáreos (Travertinos y caliza) dentro del área de la licencia de explotación N° 01461 -A-15 cumpliendo con el Programa de Trabajos y Obras aprobado, b) En caso de liquidación o concordato, EL SUBCONTRATISTA se obliga para con EL SUBCONTRATANTE, a dar un aviso de inmediato y por escrito, en aras de que se puedan adoptar las medidas legales correspondientes, c) EL SUBCONTRATISTA presentará a EL SUBCONTRATANTE informes semestrales sobre la caliza explotada, d) Utilizar equipos y maquinaria adecuada para desarrollar las labores contratadas, e) Aplicar el Decreto 2222/93 correspondiente a la seguridad e higiene minera de las

Esta expresión de la Actora no es cierta por cuanto este PTO fue objeto de varias correcciones y requerimientos por parte de la AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA tal y como consta en el Auto No. 453 del 10 de mayo de 2010, Auto No. 570 del 10 de junio de 2011 y Auto No.00110 del 03 de febrero de 2014.

La actora en su interrogatorio incurrió en un perjurio o falso testimonio, pues afirmó bajo la gravedad del juramento la ocurrencia de hechos y expedición de actos que no existían como la aprobación del PTO de su concesión minera

Así las cosas se probó de manera irrefutable que este PTO no fue aprobado sino después de 41 meses de haberse firmado el Subcontrato para la Explotación del Contrato de Concesión 01461-A15 celebrado entre FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA y CEMENTOS TEQUENDAMA.

Señalo al despacho que la señora FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA siempre supo desde que suscribió este Subcontrato de Explotación con CEMENTOS TEQUENDAMA que no tenía aprobado este documento técnico (PTO) indispensable para la explotación y aún después de haberse agotado el mineral seguía insistiendo a través de los diferentes correos electrónicos y actas que se tenía aprobado el PTO.

El Juez Oscar Gabriel Cely nuevamente incurre en una grave incongruencia al dejar de lado la anterior falencia del TITULO MINERO Concesión Minera 1461-A-15, en un claro desconocimiento de la Ley 685 de 2001 que contiene el actual código de minas, codificación que exige en su artículos 84 y 85 la aprobación del PTO y del Instrumento ambiental para poder iniciar las actividades de explotación de un título minero (contrato de concesión)

NO SE PRONUNCIA SOBRE LA DEMANDA DE RECONVENCION

Respetuosamente señalo al Despacho que la suscrita presentó con la contestación DEMANDA RECONVENCIÓN (folios 48 y s.s. del expediente), la cual fue contestada por la señora FLOR FINO DE SAAVEDRA a través de su apoderado. Es imperante, manifestarle a su despacho que no hubo ninguna causal de rechazo de plano de la demanda de reconvencción y por tanto era prudente y necesario pronunciarse sobre la misma, por cuanto cumplía con lo señalado en el Art. 371 del Código General del Proceso.

3. Detallada información cartográfica del área y, si se tratare de minería marina especificaciones batimétricas.
4. Ubicación, cálculo y características de las reservas que habrán de ser explotadas en desarrollo del proyecto.
5. Descripción y localización de las instalaciones y obras de minería, depósito de minerales, beneficio y transporte y, si es del caso, de transformación.
6. Plan Minero de Explotación, que incluirá la indicación de las guías técnicas que serán utilizadas.
7. Plan de Obras de Recuperación geomorfológica paisajística y forestal del sistema alterado.
8. Escala y duración de la producción esperada.
9. Características físicas y químicas de los minerales por explotarse.
10. Descripción y localización de las obras e instalaciones necesarias para el ejercicio de las servidumbres inherentes a las operaciones mineras.
11. Plan de cierre de la explotación y abandono de los montajes y de la infraestructura.

Resalto que la demanda de reconvencción fue presentada dentro del término de traslado para contestar la demanda. Además, no ha operado la caducidad de la acción judicial. Sin embargo, el *a-quo* ignoró por completo los hechos y pretensiones de esta demanda, para corroborar ello basta con citar de manera el objeto el litigio establecido por el despacho, veamos:

“Identificada la clase de acción impetrada por el externo actor y los presupuestos que deben acreditarse para el éxito del reclamo indemnizatorio por los daños sufridos en virtud del incumplimiento contractual, *entrará este Despacho a establecer si efectivamente existe un incumplimiento prestacional de carácter legal o convencional por parte del subcontratista demandado al explotar en exceso el mineral objeto del contrato de concesión*” (Subrayas fuera del texto original)

III. CONSIDERACIONES DE DERECHO

1. CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. ha cumplido con el pago total de las obligaciones contraídas en el Subcontrato de explotación minera sobre el Contrato de Concesión 1461-A-15, la prueba del pago corresponde a quien paga (Código Civil Artículo 1757), aquí hay un pago de **TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$336.864.000), POR EL CONCEPTO DE LA EXTRACCIÓN Y SUMINISTRO DE LAS CIENTO MIL (100.000) TONELADAS DEL MINERAL CALIZA**, que debían extraerse del título minero No. 01461-A-15. Aquí no hay ausencia del resultado (pago de lo debido) demuestra por si sola la culpa del titular minero al no tener para la época en que se firmo el Subcontrato de Explotación Minera no existía PTO aprobado. FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA es deudor de esa obligación de resultado.

La obligación principal del comprador está contemplada en el artículo 1928 del código civil que dice lo siguiente: *“La principal obligación del comprador es la de pagar el precio convenido”*

Pagando CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S. el precio convenido en el Subcontrato de explotación, el SUBCONTRATISTA extingue dicha obligación, para el caso que nos atañe FLOR MARÍA FINO DE SAAVEDRA jamás tuvo aprobado el PTO para la época de la firma del Subcontrato de Explotación y no tiene las toneladas aprobada para la explotación, que es el objeto de esta Litis.

2. Conforme con el ordenamiento legal que rige para las concesiones mineras, la Ley 685 de 2001(Código de Minas), y solamente se podrán realizar actividades de exploración, explotación, beneficio y comercialización en Colombia quienes ostenten la condición de titulares de la concesión, como lo expresa el Código de Minas, la mencionada titularidad se prueba únicamente con la copia del contrato de concesión minera, inscrito en el registro minero nacional² y siempre que dicho contrato

² LEY 685 DE 2001. **Artículo 332.** *Actos sujetos a registro.* Únicamente se inscribirán en el Registro Minero los siguientes actos:

- a) [Declarado Exequible por la Sentencia C-891 de 2002.](#) Contratos de concesión;
- b) Contrato de exploración y explotación celebrados sobre zonas de reserva, zonas mineras indígenas, zonas mineras de comunidades negras y zonas mixtas;
- c) Títulos de propiedad privada del subsuelo minero;
- d) Cesión de títulos mineros;
- e) Gravámenes de cualquier clase que afecten el derecho a explorar y explotar o la producción futura de los minerales "in situ";
- f) Embargos sobre el derecho a explorar y explotar emanado de títulos mineros;
- g) Zonas de reserva provisional y de seguridad nacional;
- h) Autorizaciones temporales para vías públicas;
- i) Zonas mineras indígenas, de comunidades negras y mixtas.
- j) [Adicionado por el art. 24, Ley 1382 de 2010](#) <El texto adicionado es el siguiente> Las reservas especiales de que trata el artículo 31 del presente Código.

Nota: La ley 1382 de 2010 fue declarada Inexequible por la sentencia de la Corte Constitucional [C-366 de 2011](#), razón por la cual el texto subrayado fue

tenga aprobado el plan de trabajo y obras (PTO) y cuente con la aprobación de un plan de manejo ambiental (PMA) o de un estudio de impacto ambiental³ (EIA) .

3. El análisis del sistema de responsabilidad civil como institución del derecho, nos permite afirmar:

“Carácter personal del daño. La legitimación para reclamar la reparación, la tendrá quien ostente la calidad de perjudicado, con el hecho dañoso, tesis que ha sido reiterada por el HONORABLE CONSEJO DE ESTADO. En consecuencia el fundamento para el reclamo del perjuicio lo constituye el título de perjudicado directo con el hecho dañoso. Para el proceso que tramita la condición de ENTIDAD CONTRATANTE y del DEMANDANTE EN RECONVENCION, le arroga la facultad para reclamar la indemnización y el resarcimiento de los perjuicios causados con el obrar negligente y descuidado del DEMANDADO EN RECONVENCION FLOR MARINA FINO SAAVEDRA.

El carácter cierto del daño permite constatar que este sea pasado, presente o futuro, y habrá certidumbre del mismo cuando aparezca con evidencia que produjo o producirá una disminución o lesión material o inmaterial en el patrimonio de quien lo sufre, es decir.

El daño puede ser futuro la alteración fenoménica o patrimonial se proyecta hacia adelante, se le ha denominado virtual, el juez se fundamenta en presunciones, como por ejemplo: indemnizando en algunos eventos a título de lucro cesante como en los casos de lesiones o muerte dando por establecido que el lesionado o quienes dependían económicamente del fallecido, sufren una merma patrimonial consistente en la disminución o falta del ingreso mismo. La jurisprudencia del Consejo de Estado⁴ ha sido uniforme en la aplicación de tales reconocimientos, teniendo en cuenta el criterio o regla de la experiencia de la regularidad del comportamiento humano. (EL resaltado es fuera de texto)

-La “reparación” según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (vigésima primera edición), consiste en: i) la acción y efecto de reparar cosas materiales mal hechas o estropeadas; ii) desagravio satisfactorio completa de una ofensa. Daño o injuria. Por su parte el vocablo “reparar”, se define como i) arreglar una cosa que está rota o estropeada, ii) enmendar, corregir o remediar; iii) desagraviar al ofendido; iv) remediar o precaver un daño o perjuicio; v) restablecer las fuerzas, dar aliento o vigor.

Por su parte, la “indemnización” se define según el mismo diccionario como “la acción o efecto de indemnizar o indemnizarse” e “indemnizar” como “resarcir un daño o perjuicio”

- Es aquella situación que se produce cuando la víctima del daño puede perseguir su reparación de la persona que lo ha ocasionado.
- El “sometimiento a quien ha ocasionado un perjuicio a otro a reparar las consecuencias de ese daño.
- Es la obligación de asumir las consecuencias de un hecho, de un acto o de una conducta.
- Además, se considera que “la responsabilidad civil engloba todos los comportamientos ilícitos que por generar daño a terceros hacen recaer en quien lo causó, la obligación de indemnizar.
- La mayoría de los manuales y textos tratan la responsabilidad contractual haciendo hincapié en las diferencias que presenta con el régimen aquiliano”

³ LEY 685 DE 2001. **Artículo 85.** *Estudio de Impacto Ambiental.* Simultáneamente con el Programa de Trabajos y Obras deberá presentarse el estudio que demuestre la factibilidad ambiental de dicho programa. Sin la aprobación expresa de este estudio y la expedición de la Licencia Ambiental correspondiente no habrá lugar a la iniciación de los trabajos y obras de explotación minera. Las obras de recuperación geomorfológica, paisajística y forestal del ecosistema alterado serán ejecutados por profesionales afines a cada una de estas labores. Dicha licencia con las restricciones y condicionamientos que imponga al concesionario, formarán parte de sus obligaciones contractuales.

⁴ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Bogotá, D.C., veintidós (22) de abril de dos mil quince (2015) Radicación número: 15001-23-31-000-2000-03838-01(19146)

Tanto la responsabilidad contractual como la extracontractual suponen, un comportamiento activo u omisivo del demandado; que el demandante haya sufrido un perjuicio, y que finalmente haya un nexo de causalidad entre el comportamiento y el daño, para el caso que nos atañe, ni el ordenamiento jurídico⁵ ni el desarrollo del contrato se ha visto a la señora FLOR MARÍA FINO SAAVEDRA tener un detrimento patrimonial como lo obtuvo CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S.

4. La demanda de reconvencción es una actuación autónoma que permite a la parte demandada formular pretensiones frente a quien lo demanda, con el fin de que se tramiten y decidan dentro del mismo proceso y en la misma sentencia, en virtud del principio de economía procesal. Según la doctrina esta figura procesal consiste en “el planteamiento de un nuevo litigio y de una nueva controversia, y por lo tanto, lleva al proceso a un terreno distinto”⁶.

Para el profesor Hernán Fabio López Blanco “junto con la intervención excluyente, la demanda de reconvencción constituye una de las formas clásicas de acumulación de acciones”⁷.

Según la norma procesal la Demanda de Reconvencción se presenta dentro del término de traslado de la admisión de la demanda o de su reforma, el demandado puede proponer la demanda de reconvencción contra uno o varios de los demandantes, siempre que sea de competencia del mismo juez y no esté sometida a trámite especial.

Por su parte, el artículo 148 del Código General del Proceso, prevé la acumulación de dos o más procesos que se encuentren en la misma instancia siempre que deban tramitarse por el mismo procedimiento, en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando las pretensiones formuladas habrían podido acumularse en la misma demanda.
- b) Cuando se trate de pretensiones conexas y las partes sean demandantes y demandados recíprocos.
- c) Cuando el demandado sea el mismo y las excepciones de mérito propuestas se fundamenten en los mismos hechos.

Así pues, se tiene que la demanda de reconvencción deberá presentarse dentro del término de traslado de la admisión de la demanda o de su reforma, al mismo tiempo que deberá verificarse que se hubiere formulado dentro del término de caducidad, siendo competente para tramitarla el mismo juez que conoce de la demanda inicial.

Tales demandas deben ser susceptibles de llevarse bajo la misma cuerda procesal, pues la finalidad de la de reconvencción es permitir que dos controversias se definan en un solo proceso⁸.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Complementando las citadas *ut suprā*, invoco como fundamento lo preceptuado por las disposiciones relativas al asunto especial tal como es, los artículos: 5º de la Ley 57 de 1887; 16, 21, 22, 756 y ss., artículos 1546, 1602, 1849, 1932 del Código Civil; 176, 322, 373, del Código General del Proceso y demás normas concordantes substantivas y adjetivas especiales que rigen la materia.

V. — COMPETENCIA

⁵ CÓDIGO CIVIL DE COLOMBIA . ARTICULO 1724. CONCEPTOS DE CONFUSIÓN. Cuando concurren en una misma persona las calidades de acreedor y deudor, se verifica de derecho una confusión que extingue la deuda y produce iguales efectos que el pago.

ARTICULO 1726. CONFUSIÓN PARCIAL . Si el concurso de las dos calidades se verifica solamente en una parte de la deuda, no hay lugar a la confusión ni se extingue la deuda, sino en esa parte.

⁶ DEVIS ECHANDÍA, Hernando. Compendio de Derecho Procesal, Tomo I, Pág. 438. Editorial ABC 1985.

⁷ LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio, Código General del Proceso Parte General, Tomo I, Bogotá, 2016, Dupré Editores, pág., 593.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, auto del 22 de mayo de 2008, exp., nº 34789, C.P. Myriam Guerrero de Escobar

Laura Esmeralda Romero Ballestas & Abogados Asociados
Derecho Administrativo-Contractual -Civil-Minero-De los Recursos Naturales.

La Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá es competente para conocer del recurso de apelación por encontrarse la primera (1ª) instancia en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Bogotá

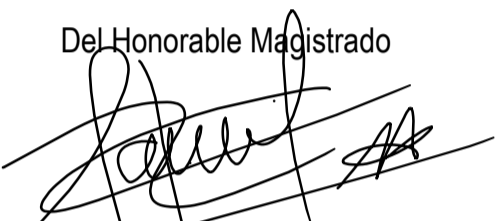
VI. — PETICIÓN

Con base en lo expuesto anteriormente solicito al Honorable Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil REVOCAR en su integridad la sentencia de primera instancia y en su lugar dictar nueva sentencia en la que declare prosperadas las excepciones de la demanda principal y las pretensiones de

VII. — NOTIFICACIONES

La suscrita, las recibe en la Secretaría de su Despacho o en la Calle 74 N° 15-80 Interior 1, Oficina 507, de Bogotá D.C., correo: leromeroball@gmail.com

Del Honorable Magistrado



LAURA ESMERALDA ROMERO BALLESTAS

C.C. 52.706.243 de Bogotá

T.P. 141315 del Consejo Superior de la Judicatura

**MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO RV: RADICADO:
11001310301220190055901 - ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 19/12/2022 8:41

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (304 KB)

Memorial - Sustentación Tribunal-12.pdf;

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Tania Moreno <abogado05@solucionesjuridicasdecolombia.com>

Enviado: lunes, 19 de diciembre de 2022 8:20 a. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>; totoe75@hotmail.com <totoe75@hotmail.com>

Asunto: RADICADO: 11001310301220190055901 - ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

HONORABLE MAGISTRADO

JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C-

E.

S.

D.

Me permito presentar memorial con destino al proceso abajo referenciado

REFERENCIA: RENDICIÓN DE CUENTAS PROVOCADA

RADICADO: 11001310301220190055901

DEMANDANTE: YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO

DEMANDADO: RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Atentamente,



Soluciones Jurídicas
de Colombia

Tania Moreno Dueñas

Abogada

Carrera 7 número 12 - 25 oficina 702

Edificio Santo Domingo

PBX: 3015030008 Cel.: 3242485258

Bogotá D. C., Colombia

www.solucionesjuridicasdecolombia.com

Este correo electrónico y el material adjunto es para uso exclusivo de la(s) persona(s) o entidad(es) a la que expresamente se le ha enviado y puede contener información confidencial, material privilegiado o amparado por el secreto profesional. Si usted no es el destinatario del mismo se le informa que cualquier uso, difusión, copia o distribución de este correo está prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error por favor borre este mensaje y notifique a su emisor. Este correo electrónico no pretende ni debe ser considerado como constitutivo de ninguna relación legal, contractual o de otra índole similar. La opinión expresada en este correo pertenece solo a su autor y no representa necesariamente la opinión de **SOLUCIONES JURÍDICAS DE COLOMBIA**.



HONORABLE MAGISTRADO
JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C.-
E. S. D.

REFERENCIA: RENDICIÓN DE CUENTAS PROVOCADA
RADICADO: 11001310301220190055901
DEMANDANTE: YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO
DEMANDADO: RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO
ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

TANIA LIZETH MORENO DUEÑAS, identificada con la cédula de ciudadanía 1.030.630.541 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado 298.343 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de la parte recurrente, al Honorable Magistrado me permito SUSTENTAR el recurso de apelación de la referencia de conformidad con el auto del pasado 26 de octubre, notificado por estado el 27 de octubre, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de la ley 2213 de 2022 y 327 del Código General del Proceso, en los siguientes términos:

I. DE LA SENTENCIA OBJETO DE RECURSO

El Juez (12) del Circuito de Bogotá., resuelve en la sentencia recurrida lo siguiente:

“PRIMERO: DECLARAR probada las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, “falta de legitimación en la causa, tanto de la parte activa como la pasiva” y “la no obligatoriedad del demandado a rendición de cuentas”, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda, según lo expuesto anteriormente. TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO en favor del demandado RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO. Se fijan como agencias en Derecho, la suma de CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS \$44.000.000 millones de pesos líquidense.”

II. FUNDAMENTO LEGAL

Atendiendo al principio de taxatividad que regula el presente recurso de apelación, fundo la presenta sustentación del presente recurso conforme a lo establecido en el artículo 322 y 327 del Código General del Proceso, así como el artículo 12 de la ley 2213 de 2022, el cual refiere:

OPORTUNIDAD Y REQUISITOS. *El recurso de apelación se propondrá de acuerdo con las siguientes reglas:*



1. El recurso de apelación contra cualquier providencia que se emita en el curso de una audiencia o diligencia, deberá interponerse en forma verbal inmediatamente después de pronunciada. El juez resolverá sobre la procedencia de todas las apelaciones al finalizar la audiencia inicial o la de instrucción y juzgamiento, según corresponda, así no hayan sido sustentados los recursos.

La apelación contra la providencia que se dicte fuera de audiencia deberá interponerse ante el juez que la dictó, en el acto de su notificación personal o por escrito dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación por estado.

2. La apelación contra autos podrá interponerse directamente o en subsidio de la reposición. Cuando se acceda a la reposición interpuesta por una de las partes, la otra podrá apelar del nuevo auto si fuere susceptible de este recurso.

Proferida una providencia complementaria o que niegue la adición solicitada, dentro del término de ejecutoria de esta también se podrá apelar de la principal. La apelación contra una providencia comprende la de aquella que resolvió sobre la complementación.

Si antes de resolverse sobre la adición o aclaración de una providencia se hubiere interpuesto apelación contra esta, en el auto que decida aquella se resolverá sobre la concesión de dicha apelación.

3. En el caso de la apelación de autos, el apelante deberá sustentar el recurso ante el juez que dictó la providencia, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, o a la del auto que niega la reposición. Sin embargo, cuando la decisión apelada haya sido pronunciada en una audiencia o diligencia, el recurso podrá sustentarse al momento de su interposición. Resuelta la reposición y concedida la apelación, el apelante, si lo considera necesario, podrá agregar nuevos argumentos a su impugnación, dentro del plazo señalado en este numeral.

Cuando se apele una sentencia, el apelante, al momento de interponer el recurso en la audiencia, si hubiere sido proferida en ella, o dentro de los tres (3) días siguientes a su finalización o a la notificación de la que hubiere sido dictada por fuera de audiencia, deberá precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión, sobre los cuales versará la sustentación que hará ante el superior.

Para la sustentación del recurso será suficiente que el recurrente exprese las razones de su inconformidad con la providencia apelada.

Si el apelante de un auto no sustenta el recurso en debida forma y de manera oportuna, el juez de primera instancia lo declarará desierto. La misma decisión adoptará cuando no se precisen los reparos a la sentencia apelada, en la forma prevista en este numeral. El juez de segunda instancia declarará desierto el recurso de apelación contra una sentencia que no hubiere sido sustentado.



PARÁGRAFO. *La parte que no apeló podrá adherir al recurso interpuesto por otra de las partes, en lo que la providencia apelada le fuere desfavorable. El escrito de adhesión podrá presentarse ante el juez que lo profirió mientras el expediente se encuentre en su despacho, o ante el superior hasta el vencimiento del término de ejecutoria del auto que admite apelación de la sentencia. El escrito de adhesión deberá sujetarse a lo previsto en el numeral 3 de este artículo.*

La adhesión quedará sin efecto si se produce el desistimiento del apelante principal.

“Artículo 327. Trámite de la apelación de sentencias

Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, cuando se trate de apelación de sentencia, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los siguientes casos:

1. Cuando las partes las pidan de común acuerdo.
2. Cuando decretadas en primera instancia, se dejaron de practicar sin culpa de la parte que las pidió.
3. Cuando versen sobre hechos ocurridos después de transcurrida la oportunidad para pedir pruebas en primera instancia, pero solamente para demostrarlos o desvirtuarlos.
4. Cuando se trate de documentos que no pudieron aducirse en la primera instancia por fuerza mayor o caso fortuito, o por obra de la parte contraria.
5. Si con ellas se persigue desvirtuar los documentos de que trata el ordinal anterior.

Ejecutoriado el auto que admite la apelación, el juez convocará a la audiencia de sustentación y fallo. Si decreta pruebas, estas se practicarán en la misma audiencia, y a continuación se oirán las alegaciones de las partes y se dictará sentencia de conformidad con la regla general prevista en este código.

El apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia”

“LEY 2213 DE 2022, ARTÍCULO 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así:

Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los casos señalados en el artículo 327 del Código General del Proceso. El juez se pronunciará dentro de los cinco (5) días siguientes.”



III SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

Sobre el particular cabe resaltar los siguientes aspectos:

El artículo 169 del Código General del Proceso establece que “*Las pruebas pueden ser decretadas a petición de parte o de oficio cuando sean útiles para la verificación de los hechos relacionados con las alegaciones de las partes.*”, y en concordancia con el artículo 198 del Código General del Proceso que expresa que “*El juez podrá, de oficio o a solicitud de parte, ordenar la citación de las partes a fin de interrogarlas sobre los hechos relacionados con el proceso.*” Se puede evidenciar que, el interrogatorio de parte efectuado al demandado, el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, no fue exhaustivo, sus respuestas fueron evasivas e insuficientes para determinar con real certeza que en realidad no administra ninguno de los bienes de su progenitor el señor RAFAEL ANGEL GUERRERO, (Q.E.P.D.), nótese que no se hizo alusión específica a ninguno, pues no se trata de solo un inmueble, **sino de 14 predios.**

Así mismo, es preciso indicar que, puede que el demandado no sea administrador de la totalidad de los 14 inmuebles, pero SI de parte de ellos, pues queda en duda, el hecho de que el demandado refiera en el minuto 0:33:32 que actualmente estudia Microbiología, y en el minuto indique 0:34:33 “*a mi conocimiento se encuentran en arriendo*”, de lo que se colige que el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, NO labora y que con el usufructo de los inmuebles paga sus estudios universitarios, reparos que no tuvo en cuenta el A quo.

Luego entonces, se puede concluir que, el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO es administrador de una parte de los inmuebles de su progenitor, no obstante, reitero, el interrogatorio efectuado no permite determinar con cuales funge dicha calidad y cuánto dinero recibe mensualmente de los arrendamientos, tal y como él mismo lo precisó se encuentran arrendados, sin embargo, no brinda mayor información al respecto y el Despacho no hace ningún esfuerzo por ahondar en ello, inclusive puede decirse que el demandado cayó la verdad parcialmente, pese a las advertencias que le indicó el despacho cuando recepcionó el interrogatorio.

Como se puede también dilucidar, en el minuto 0:32:26, el apoderado del señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, textualmente indica: “*Sientese acá Riqui, ... que lo averigüen ellos*” haciendo alusión al administrador de los bienes del causante y dándole claras directrices al demandado de no mencionar nombre alguno o situación comprometedoras respecto de la administración de los bienes.

Así las cosas, me permito relacionar los inmuebles de propiedad del causante y de los cuales debió el A quo hacer una mayor ilustración y precisión al respecto:

NÚMERO DE LA MATRICULA INMOBILIARIA	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE
50C 576529	KR 68H 65 26 en Bogotá



50C 260129	KR 80ª 70 69 en Bogotá. Santa Helenita – seis apartamentos y una bodega
50C 664180	KR 69B 75 50 en Bogotá
50C 1830124	CL 70C 112 17 LC 101 en Bogotá
50C 1454323	CL 66 59 31 IN 3 AP 710 en Bogotá
50C 1830126	CL 70 C 112 19 AP 301 en Bogotá
50C 1830127	CL 70C 112 19 AP 401 en Bogotá
50C 1830125	CL 70C 112 19 AP 201 en Bogotá
50C 1910432	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 201 en Bogotá
50C 1910433	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 202 en Bogotá
50C 1910434	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 301 en Bogotá
50C 1910435	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 302 en Bogotá
50C 1910436	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 401 en Bogotá
50C 1910437	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 402 en Bogotá

De la misma forma, consideró el Juez que los testimonios de los señores NOHORA MAGNOLIA SALAS CARRASCO y ANIBAL ANGEL GUERRERO, no eran necesarios, pese a que la misma parte demandada fue quien los solicitó, con los cuales pudo haberse establecido si el demandado administra los bienes o parte de ellos o si por el contrario algunos de los testigos es quien tiene esa calidad.

En consecuencia, era obligación del Juez indagar sobre los hechos que dieron lugar al proceso, teniendo en cuenta lo expresado por la Corte en la sentencia SU129 del 2021 al mencionar que, “*Siendo necesario procurar un mínimo de objetividad en el testimonio, la ley impone al juez el deber de interrogar a la persona sobre “la razón de la ciencia de su dicho con explicación de las circunstancias **de tiempo, modo y lugar en que haya ocurrido cada hecho** y de la forma como llegó a su conocimiento [...]”.* La respuesta que se dé a esa pregunta también habrá de estudiarse...”.

Es por ellos, que el testimonio del demandando era pertinente, conducente y útil para esclarecer quien administraba los bienes anteriormente mencionados. Es por ello que, la decisión tomada por el Juez el pasado 07 de octubre no puede ser considerada y no es recibo para la suscrita, pues no hay claridad, ni certeza de que el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, no sea administrador de uno o varios de los 14 inmuebles del causante, es preciso señalar su Señoría, que esta es la única acción que procede contra quien se ha rehusado a informar y entregar cuentas voluntariamente.

Es preciso indicar al Honorable Magistrado que mi mandante, es hija extramatrimonial del señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D) y que, por otro lado, se encuentra la otra hija matrimoniales de este, LICET SUSANA ANGEL VILLADIEGO y su esposa LUZ MARINA VILLADIEGO, quienes como miembro de un mismo núcleo familiar y que habitan en un mismo inmueble, han actuado como administradores de HECHO de los



CATORCE (14) inmuebles de propiedad del causante, identificados con Folios de Matriculas Inmobiliarias Nos. 50C- 260129, 50C-00576529, 50C-00664180, 50C-01454323, 50C-01830124, 50C-01830125, 50C-01830126, 50C-01830127, 50C-01910432, 50C-01910433, 50C-01910434, 50C-01910435, 50C-01910436 y 50C-01910437, recibiendo por más de SETENTA Y DOS MESES (72) los cánones de arrendamiento que se han causado, y que con ocasión a la condición de hija extramatrimonial de mi mandante NO han tenido la voluntad de rendir cuentas pese a las infinitas solicitudes verbales que se les han hecho.

Lo que pretende Señor Juez el demandado, es simplemente evadir el deber legal que le asiste de rendir cuentas respecto de los dineros que por más de 6 años ha recibido, con el fin de apropiarse de esas sumas, defraudando los intereses de mi poderdante, si bien es cierto de todos los herederos se predica que son administradores, lo cierto es que el señor RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO viene siendo un administrador **de hecho**, por cuanto él junto con su hermana y progenitora son los que ostentan la tenencia de las 14 propiedades que dejó el causante, que ha hoy se intenta establecer como se dividieron la administración de estos.

Para claridad del Despacho se explica, que, si es cierto que se han presentado demandas en diferentes Juzgados con diferentes sujetos pasivos, la razón fundamental es la evidente MALA FE de RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO, LICET SUSANA ANGEL VILLADIEGO, y LUZ MARINA VILLADIEGO, al crear un entramado de defraudación económica, que pretende demostrar ante distintos Despachos que ninguno es administrador de los CATORCE (14) inmuebles de propiedad del causante, faltando a la verdad y queriendo mediante mecanismos defensivos, evadir la realidad que nos ha empezado a demostrar las diligencias de secuestro adelantadas en el marco del proceso de sucesión del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D) que cursa en el Juzgado 26 de Familia de Bogotá, bajo radicación No. 11001311002620190045600, en los que los mismo arrendatarios han venido relatando que conocen y le pagan cánones de arrendamiento mensuales a la familia ÁNGEL VILLADIEGO.

De este modo, el señor RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO, haciendo gala de su vínculo natural para con el señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), por ser heredero y ostentar la tenencia de los bienes, al encontrarse administrando y recibiendo los frutos de los bienes de estos, Si está en la obligación de rendir cuentas, pero como se observa en la contestación de la demanda, repite delirantemente que no es el quien administra los bienes de su padre, ni refiere el nombre de la persona conocida que si lo es, pero al mismo tiempo afirmó en el interrogatorio que se reciben ingresos económicos mensuales de estos, con los cuales evidentemente paga sus estudios universitarios, evadiendo así la participación y responsabilidad que a bien tenga en la administración de estos, con el fin de no pagar los rendimientos que le corresponden a la señora YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO y que a la fecha no ha recibido por la defraudación que hace él, los demás herederos y la cónyuge del señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D).

Sobre el particular, es de anotar que, el Código General del Proceso insertó la posibilidad de la administración de hecho, como ocurre en el presente caso, donde al demandado a motu proprio al fallecimiento de su progenitor



el señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), tomó la administración de los bienes de este y se ha rehusado a otorgar a mi mandante los frutos de los arrendamientos de los inmuebles, pues, de la diligencia de secuestro adelantada el pasado 2 de mayo comisionada por el Juez 26 de Familia de Bogotá, y desarrollada por la Alcaldía de Engativá dentro del proceso de sucesión bajo radicación No. 11001311002620190045600, los habitantes de estos inmuebles son arrendatarios, de lo que se coligue, que, el demandado SI se encuentra ejerciendo la administración sobre estos y en consecuencia si está legitimado en la causa por pasiva para de rendir cuentas de sus gestiones o manejos y los resultados económicos respectivos.

De la misma forma, mi mandante se encuentra legitimada en la causa por activa, por cuanto actúa en su condición de heredera del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), y todo cuanto pase con los bienes de este, perjudica o beneficia directamente a mi mandante, lo cual le concede el derecho a pedir cuentas sobre la administración y frutos de estos, pero, como ya se ha reiterado, se le ha privado arbitrariamente de todo derecho sobre estos.

De la misma forma, es de advertir que, la condena en costas en contra de mi poderdante es desproporcionada teniendo en cuenta que, al no haberse realizado en debida forma el interrogatorio ordenado por el Juez, es imposible tomar una decisión de fondo cuando se desconoce la realidad de lo sucedido, impidiendo así, la toma de decisiones, puesto que, con los elementos probatorios no fue posible emitir un veredicto concluyente, al no haberse cumplido su propósito, es decir, esclarecer la incertidumbre del Juez.

PRETENSIONES

Por las razones esgrimidas, solicito respetuosamente al Honorable Magistrado lo siguiente:

1. Se ordene emitir una sentencia de fondo con fundamentos y motivación suficiente que permita establecer si el demandado es o no administrador de uno o varios de los 14 inmuebles bienes del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D).

Sin otro en particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

TANIA LIZETH MORENO DUEÑAS
C.C. 1.030.630.541 de Bogotá D.C.
T.P 258.586 del C.S. de la J.

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA RV: Sustentación recurso de apelación proceso con radicado

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 11/01/2023 15:44

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: ALIANZA MÓNICA <alianzagesa@gmail.com>

Enviado: miércoles, 11 de enero de 2023 3:39 p. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: GOMEZ MORAD ASOCIADOS <notificacionesgomezmorad@outlook.com>;

abogada_mmorales@gomezmorad.com <abogada_mmorales@gomezmorad.com>; PoLiTa HoChMuTh

<notificacionesjudiciales@saludcoop.coop>; wickmann Tenjo <wtenjo@gmail.com>

Asunto: Sustentación recurso de apelación proceso con radicado

Bogotá 11 de enero de 2023

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co; notificacionesgomezmorad@outlook.com;

abogada_mmorales@gomezmorad.com; notificacionesjudiciales@saludcoop.coop; wtenjo@gmail.com;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,

DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS

RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO BOGOTÁ D.C.

Respetada Doctora,


HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada EUSALUD SA., por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido en el auto admisorio del recurso de apelación, proferido por el H. Tribunal mediante proveído de diciembre 12 de 2022, respetuosamente presento la sustentación del recurso de apelación en los siguientes términos:

Los los reparos y razones concretas de mi inconformidad frente a la decisión emitida en audiencia el pasado 14 de junio del 2022, donde se dictó fallo de primera instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito de Bogotá D.C., decisión a la que interpuso recurso de apelación, fueron planteados de manera breve, así:

I- INDEBIDA VALORACIÓN DE LA PRUEBA


1.1. En primer lugar se advierte que en la motivación de la sentencia se avizora un error de derecho cuando, constatada la existencia de un testimonio técnico, la misma no fue tomada en cuenta, pues tal y como obra en el proceso en audiencia de testimonios celebrada el 13 de junio de 2018, se expuso por los profesionales especialistas, que una de las fuentes principales de las fallas multisistémicas presentadas por la infante, obedecían a la desnutrición que refería la misma progenitora y registrada en la historia clínica donde se alimentaba a la menor a base de féculas, hecho que los expertos expusieron ampliamente, prueba contundente que indicó que este alimento afectaba la salud del infante y que generó un grave deterioro en su salud.

1.2. Así mismo y como segundo fundamento de la indebida valoración de la prueba, basa la sentencia en que el procedimiento que debieron acatar los galenos que prestaron la atención, se basa en el documento aportado por el demandante denominado:

 Imagen de la pantalla de un periódico Descripción generada automáticamente con confianza media

Sin embargo, al revisar esta literatura, se avizora que sus estudios, análisis y publicación fueron posteriores a la ocurrencia de los hechos, pues en su pie de página data de *"Febrero de 2013 * volumen 41 * numero 2"*



 Texto Descripción generada automáticamente

Por lo tanto, el procedimiento aplicado a la menor, se debe sujetar a las guías para el mes de abril y mayo de 2011 y no para las que sirvieron de base para emitir la sentencia, las cuales más adelante explicaré de manera detallada.

II. NINGÚN MÉDICO O IPS ESTÁ OBLIGADO A LO IMPOSIBLE


Expone el despacho y así consta en la historia clínica, que efectivamente los profesionales que atendieron a la infante y que prestaban sus servicios a mi representada, dieron inicio desde el 28 de abril de 2011 la solicitud de remitir a la menor Salma (Q.E.P.D.), a una UCI de mayor complejidad observemos:

 Interfaz de usuario gráfica, Texto Descripción generada automáticamente


Y es del caso entender entonces como funciona en Colombia el sistema de referencia y contra referencia conforme al Decreto 2759 de 1991 el cual define y señala:


 Texto, Carta Descripción generada automáticamente

Ahora bien, para un caso similar al presente el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección A., Consejera ponente: MARTHA NUBIA VELÁSQUEZ RICO en fallo de fecha primero (1º) de marzo de dos mil dieciocho (2018) dentro del proceso con Radicación número: 05001-23-31-000-2006-02696-01(43269), analizó este tipo de eventos y fundamento:

 Texto Descripción generada automáticamente

(...)

 Texto Descripción generada automáticamente

 Texto Descripción generada automáticamente En consecuencia, la responsabilidad de autorizar la remisión de la paciente a una UCI de mayor complejidad era de la EPS y no de la IPS en razón a ello, y dado que mi representada no estaba en capacidad de dar la atención que requería la paciente SALMA, estaba incurso bajo la causal de el no estar obligada a lo imposible y si dio inicio al procedimiento de Referencia establecido en la norma y la EPS no dio la oportunidad para prestar esta atención.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

RESUMEN Y OBJETIVO

Se trata de una paciente infante, femenina de 4 meses de edad quien ingresa a EUSALUD IPS sede pediátrica por cuadro de 1 mes de evolución caracterizada por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas, con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresó hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se asoció a adinamia y malestar general, manejado inicialmente por consulta externa con corticoide tópico y vaselina con empeoramiento del cuadro de tal manera que requiere manejo intrahospitalario y antibiótico intravenoso. Durante su estancia se evidencia, a pesar del manejo médico un deterioro rápidamente progresivo a falla orgánica multisistémica secundaria a sepsis renal y dérmica causando la muerte.

A partir de lo anterior, la sentencia emitida por el Juzgado 50 Civil del Circuito basa su postura bajo los siguientes fundamentos:

- 1. Mal suministro de medicamentos:** Se describe que se le suministró al paciente antibiótico-terapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico 2012”
- 2. Procedimientos de referencia y contra referencia:** La Atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral
- 3. Omisión de colocación de catéter central**
- 4. Ausencia de interconsulta de especialidades que no se realizaron**

Para fundamentar el recurso se revisaron, estudiaron y consultaron nuevamente, los siguientes documentos que obran en el proceso, cuyos detalles relacionados con la publicación estarán consignados en la bibliografía de este documento

Así las cosas, se manifiesta el análisis de la siguiente documentación:

1.1 HISTORIA CLÍNICA DE SALMA PARRA

Se estudia y analiza la atención médica recibida por la paciente, con el fin de verificar las condiciones de salud de la paciente, los requerimientos de atención médica, procedimientos realizados y respuesta a los mismos. La historia clínica es un documento en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Pediátrica
- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Materno infantil

1.2 GUÍAS DE MANEJO

Estos documentos se utilizaron con el fin de hacer revisión frente a los eventos notificados como demoras.

1.3 LITERATURA MÉDICA

Esta documentación se utilizó para la consultoría de términos, definiciones y conceptos.

2. REVISIÓN Y ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente estudio de caso se revisan los alegatos de la audiencia emitida por el juzgado 50 Civil Circuito de Bogotá D.C., emitida en el caso de la paciente Salma Parra (QEPD) frente a los hallazgos de la historia clínica y bibliografía de medicina basada en la evidencia

2.1 TIPO DE ESTUDIO Y MÉTODO

El presente estudio se realiza bajo la metodología observacional descriptiva, cuya fuente de datos es la historia clínica, anexos aportados por la IPS, por lo que las conclusiones son derivadas de los hallazgos encontrados en la atención médica de la paciente en estudio, el cual determina el cumplimiento la normatividad en su momento vigente

[1] Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este método obliga a descubrir el cumplimiento u omisiones de las actividades descritas en dichos documentos fin es garantizar la seguridad del paciente; evitando así, conclusiones personales.

2.1.1 MÉTODO

Se verifica y resume la atención médica de la paciente Salma Parra descrita en la historia clínica y sus anexos. Se verifica de manera cronológica las atenciones médicas, estudios complementarios, hipótesis

(diagnóstico) y conducta que se encuentran en la historia clínica y se compara con los argumentos acusatorios en la audiencia inicialmente mencionada

2.2 ESTUDIO DE HC DE SALMA PARRA

2.2.1 Datos del Paciente:

Nombres y Apellidos: Salma Parra Munevar
Documento: RC 1146127061
Aseguradora: Saludcoop
Procedencia: Bogotá Carrera 8 F # 2 A -21
Edad: 4 meses

2.2.2 Estudio de la HC Clínica

REVISION DE HISTORIA CLINICA EUSALUD SEDE PEDIATRIA

Abril 25 2011 (17+00) Dr. Daniel Bustillo (médico hospitalario) Ingres a paciente traída por su madre con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresó hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se ha asociado a adinamia y malestar general.

Antecedentes:

Maternos: G2, edad materna: 33 años, edad paterna 35 años, alergias negativas, patológicos negativos, quirúrgicos negativos, tóxicos negativos. Familiar: Linfoma (Abuelo Materno)

Antropometrías: Peso Al Nacer 3220 Gr Talla 52 Cm

Vacunación: Adecuadas Para La Edad

Control De Crecimiento Y Desarrollo (+)

Alimentación: Lactancia materna hasta los 2 meses. Leche De Formula (Enfamill) + fécula de plátano desde el 2° mes de vida

Vivienda de material con 4 cuartos, 2 pisos y tienen todos los servicios animales domésticos (-)

Al examen físico de ingreso: peso 5.900 KG, FC 133, FR 29, T 36.3, SAT 92%, mucosa oral húmeda, orofaringe hiperémica, otoscopia normal, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones ventilados sin sobreagregados, abdomen blando, no dolor, no masas ni megalias, sistema nervioso central sin déficit neurologico, Glasgow 15/15, piel lesiones escamativas en placas con edema, eritema, calor local perilesionales en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del mentón, y espalda, lesiones eritematosas puntiformes en abdomen y rostro. Se realiza diagnóstico de dermatitis atópica vs celulitis severa y se instaure el siguiente plan: observación, dextrosa al 5% 500 cc + natrol 12 cc + katrol 5 cc pasar a 25 cc/hr 3. hemograma, PCR y Revalorar

18+00: Enfermera reporta paciente con dermatitis atópica VS celulitis severa con palidez facial.

19+00: Enfermera reporta paciente con adinámica, decaída, irritable, álgida, piel pálida, con lesiones en todo el cuerpo, ya pasando Líquidos endovenosos.

Abril 26 2011: 12+27: Dr. Hernando Pico Gil (psiquiatra) paciente de 9 meses de edad en regulares condiciones generales con cuadro de un mes de evolución consistente en lesiones eritematosas descamativas generalizada, con pérdida de piel en miembros inferiores y cuello dejando expuesta la dermis. Reporta de laboratorios. Hemograma: leucocitosis 21.700, neutros 51, linfos 49, VSG 6, PCR 12. Se considera cuadro de dermatitis atópica y síndrome de piel escaldada, se solicitó hemocultivos y se da orden de iniciar antibioticoterapia: oxacilina + amikacina intrahospitalaria.

Abril 27 2011 (10+24) Dr. Castillo (pediatra): Paciente de 4 meses con diagnóstico de dermatitis atópica, impétigo eccematoso con lesiones eritematosas descamativas generalizadas en todo el cuerpo, anasarca, diuresis espontanea sin alteración, mantiene estabilidad hemodinámica, se determina descenso de líquidos endovenosos, control hídrico, tensión arterial, oxacilina cada 4 y amikacina día, pendientes hemocultivos, vigilancia de comportamiento infeccioso.

13+00 Control de líquidos: Gasto urinario 0.8cc

19+15: Dr. Javier Pinilla (Medico hospitalario): LA: 300, LE 45, GU 0.6CC/K/H, oliguria con persistencia de anasarca, se considera toma de función renal, hemograma, PCR, parcial de orina con sonda, coloración de Gram.

Abril 28 2011 07+00 Nota de enfermería: Líquidos: mezcla de dextrosa en agua destilada al 5% + 12.5 cc de natrol + 5 cc de katrol goteo a 5 cc hora en bomba de infusión.

09+14 Dr. Juan Bautista: Paciente con diagnóstico de falla renal + impétigo eccematoso + síndrome anémico agudo. Madre reporta que nota aumento de edema y ya son generalizados, y esta orinando muy poco. Al examen físico FC: 150, FR: 24, sat 92 ambiente TA: no se logra tomar por edemas, peso: 6640 aumento 1140 gr en 48 horas, precordio calmo, sin ritmo de galope, hígado no descendido, buena ventilación pulmonar, no agregados, abdomen: blando, no masas, no hepatomegalia, ni esplenomegalia, extremidades: edemas generalizados, edema duro, pulsos disminuidos periféricos por edemas, llenado capilar < 2 seg, neuro: alerta, no focalizado, piel: palidez generalizada, con lesiones eccematosas generalizadas y descamativas y algunas mielisericas. GU en 12 horas 2.5cc/kg/hora.

Manejo: Líquidos endovenosos a 5cc, furosemida 3 mg iv ahora, S/S CH, PCR, sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, transaminasas, BUN, creatinina, FSP, deshidrogenasa, Coombs directo, función hepática, gases arteriales, albumina, proteínas totales, radiografía de tórax, remisión a UCI pediátrica. Se da orden de suspender amikacina.

09+34: Se solicita interconsulta con cirugía pediátrica para paso de catéter central. Se solicita Coombs directo por síndrome anémico con reporte negativo.

12+26: Dr. Juan Bautista: Se considera paciente con sepsis de tejidos blandos, en falla renal interrenal, en oligoanuria, no hay signos clínicos de deshidratación, con anemia que amerita transfusión por el estado de sepsis, no hay compromiso hepático en el momento, ha sido imposible la canalización, se habla con Dr Del Rio, cirujano pediatra viene en la tarde, considero urgente la remisión a UCI pediátrica para manejo integral de paciente y el estado séptico. Parcial de orina tomado ayer con densidad adecuada y acidifica normal, proteinuria y leve hematuria microscópica.

Reporte de laboratorios: hemoglobina: 8,3 leuco: 12600. linf 57%, PCR: 98 elevada, BUN 12,2 creatinina 0.8 relación 15 intrarenal, glicemia 85 TP:12.8 (control 11.9), TPT 33,3 (Control 32), TGP: 13 TGO 43 normales, FSP anicositosis y macrocitosis BT: 1,3 BI: 0,8 Radiografía de tórax silueta cardiopulmonar normal, no consolidaciones ni derrames, ni zonas de edema pulmonar.

Plan: restricción hídrica 250 cc día de aporte hídrico, furosemida 12 mg vo, ahora remisión urgente a servicio de UCI pediátrica, oxígeno por ventura al 28 % balance hídrico estricto, sonda vesical a permanencia, se solicita uroanálisis, sodio y creatinina urinaria para evaluar FENA

15+00 Doctor Pinilla realiza venopunción en yugular positiva al segundo pinchazo en lado izquierdo queda con tapón heparinizado permeable

15+19 Sergio Alfonso del Rio (cirugía Pediátrica): Paciente amerita paso de catéter central y posible paso de catéter de diálisis peritoneal, URGE traslado a sede chapinero urgente para realización de

procedimiento en salas de cirugía.

16+00 Se observa paciente que empieza a eliminar por sonda vesical a sistoflo recibe y tolera vía oral

17+39: Dr. Javier Pinilla: FC: 159 FR 32 T: 36 SAT: 92% ambiente

Balance hídrico DIA -35 Balance Acumulad: 555 + CC. Gasto urinario: 4.5 CC/KH

Paciente mantiene estabilidad hemodinámica, ascenso de gasto urinario luego de paso de 2.5 mg furosemida IV, hemograma descenso de leucocitos, mantiene diferencial, PCR en incremento, sin alteración de perfil hepático, azoados con creatinina límite superior para la edad, electrolitos en normalidad, albumina disminuida, asociado a síndrome anémico provocando descenso importante en presión osmótica intravascular lo que explica anasarca y el descenso en la perfusión renal por hipovolemia, valorado por cirugía pediátrica quien por componente infeccioso en piel y anasarca indica paso de acceso venoso central en sala de cirugía, con normas de asepsia en caso de requerir venodisección. Plan: albumina al 5% 5.5 g iv día, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos compatibles. (Resaltados son míos).

Abril 29 2011: paciente con persistencia de los edemas generalizados, pero con leve disminución y mejoría del gasto urinario, no luce séptica pero decaída y con riesgo alto de inestabilizarse, no se ha podido remitir ni conseguir camas en UCI pediátrica, parcial de orina de hoy con densidad 1020, con aumento de la concentración urinaria. Se considero liberar líquidos con dieta hiperproteica e inicio imperativo con albumina por síndrome hipooncótico debido al estado hipercatabólico. Plan dieta hiperproteica, lev 10 cc hora, albumina al 20% 1.2 cc hora, oxacilina igual.

18+32: Dr. Pinilla: Paciente estable, gasto urinario decae durante el día con incremento paulatino de tensión arterial, descenso de anasarca lo que indica sobrecarga hídrica a nivel endovascular, se considera incremento de dosis de diurético de asa a razón de 1 mg /k cada 12 horas, sin trastorno electrolítico, tolerando la vía oral, infusión continua de albumina al 20% para 5.5g día, descenso de hemoglobina, requerimiento de oxígeno con Venturi al 24%, sin estertores, no soplos, se determina continuar manejo medico instaurado, control estricto de LA - LE, tensión arterial, remisión a unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, alto riesgo de colapso circulatorio.

Abril 30 2011 12+29: paciente de 4 meses de edad en su 5 día de hospitalización, afebril, hidratada, recibe la vía oral, FC 142, FR 36, T 36.8 saturando 93 TA 108 / 59 /78

Mayo 1 2011 (10+24): Dr. Hernán Pico: TA 102 /52 con media de 67, líquidos administrados en 24 horas 1.607 cc, LE 860 V + 747 Gasto Urinario 5.4, peso 6.280 gr, FC 133, FR 28, T 36.4, recibe 5 mg de furosemida cada 12 horas, oxacilina 180 mg cada 4 horas. Albumina AL 20% 1 cc hora leva 48. Se espera remisión a nivel 3. 12+24: Se notifica imposibilidad de tomar una nueva vía venosa por lo que cambia a vía oral.

Mayo 2 2011 08+36: Diagnósticos: sepsis de tejidos blandos por eccema bacteriano, síndrome hipooncótico en manejo y en estudio, falla renal prerrenal, anemia aguda con repercusión hemodinámica, gastroenteritis viral, dermatosis generalizada en estudio (carencial vs inmunodeficiencia). Paciente con hiporexia marcada asociado a deposiciones líquidas una ayer, con pico febriles en la noche, la madre la nota un poco menos edematizada, asociado a presentado tos húmeda no cianozante, no emetizante. Se considera que la evolución durante el fin de semana fue tórpida, persiste la anasarca, con aparición de picos febriles y cuadro de diarrea, y con tendencia a

la oliguria, está en manejo con albumina en infusión continua por síndrome hipooncótico multifactorial, **considero que por el compromiso renal, hematológico, dermatológico, infeccioso, metabólico,** considero que debe ser monitorizada en unidad de cuidado intensivo pediátrico, por ser paciente potencialmente inestable, con compromiso de varios sistemas y además no contamos con las subespecialidades ni las facilidades de toma de paraclínicos de alta complejidad. (Resaltados son míos).

Hemocultivos tomados 28/04/11 van negativos. Plan: dieta astringente. Dextrosa 5% 500 más 15 cc natrol sin katrol a 25 cc hora(100cc/kg/día). Albumina 1gr/kg/día. Oxacilina endovenosa, según reporte de paraclínicos o evolución clínica se iniciara antibiótico para cubrir gérmenes nosocomiales. Suspender furosemida.

14+49: Paciente con evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica dado a oligoanuria, gasto urinario en la mañana de 0.1 cc/k/h a pesar de bolo de solución salina de 150 cc y bolo de furosemida de 5 mg, reporte verbal de laboratorio hemoglobina de 5 mg/dl, plaquetas 83.000, parcial de orina y Gram compatible con proceso infeccioso, en relación con sonda vesical, posible germen nosocomial y micótico, adinámica, hiporexica, somnolienta, deposiciones blandas con moco desde ayer, coproscópico de características virales. Cuenta con solo un acceso venoso periférico, **cirugía pediátrica no realiza procedimiento por requerir asepsia y antisepsia de salas de cirugía por infección** en piel, venodisección por anasarca. No ha sido posible tomar muestras para perfil hepático y renal. El estado de inmunodepresión favorece estado séptico, se determina, monitorización continua, control hídrico estricto, inicio de piperacilina tazobactam y fluconazol, transfundir 90 cc glóbulos rojos criporecipientados en 3 horas. 23+05: Egresada paciente en ambulancia, (Resaltados son míos).

REVISION DE HISTORIA CLINICA SEDE MATERNO INFANTIL

Mayo 3 2011: 01+12: Ingreso. Se Re interroga a los padres:

Hace mes y medio inicia con "un pañalitis", brote que inicialmente solo se localiza en región perineal eritematoso con descamación y exudación, le inician manejo con hidrocortisona y el brote comienza a extenderse hacia las piernas, posteriormente se extiende hacia el cuello y luego a los brazos y el abdomen, por último la espalda.

A los 8 días del inicio del brote mama Re consulta e inician betametasona.

Por consulta externa le diagnostican dermatitis y le inician fisiogel posterior a este tratamiento comenzó la piel a descamar. Posteriormente le indican manejo con vaselina con aumento de la descamación.

De 8 días mama nota que la niña "se empezó a hinchar" inicia con edema en pies, posteriormente edema en párpados mama consulta por urgencias a Eusalud Kennedy donde inician manejo hospitalario. Nunca había presentado fiebre hasta anoche. (Resaltados son míos).

Estaba inicialmente orinando bien, deposiciones normales.

En centro remitido el 26 de abril se inicia manejo con Oxacilina 275 mg iv cada 6 horas + Amikacina 80 mg IV cada 4 horas.

El 27 abril en la noche encuentran oligúrica, gasto urinario de 0.6 cc/kg/h con anasarca por lo cual toman paraclínicos e inician manejo con furosemida 3 mg inicialmente luego 2.5 mg iv cada 12 horas Considerando síndrome hipnótico inician albumina 20% 1.2 cc/h

El día de hoy se considera transfusión de Glóbulos rojos empaquetados, sin embargo, se pierde el acceso venoso por lo cual no es posible transfundir, ni seguir administrando medicamentos endovenosos.

Remiten a este servicio con diagnóstico de: síndrome anémico severo, sepsis origen tejidos blandos, uro sepsis posible germen nosocomial o micótico, falla renal aguda, síndrome hemolítico urémico?

Estado de inmunosupresión, riesgo de falla multisistémica. Ingresada transportada en ambulancia medicalizada sin acceso venoso con Sonda vesical a cistoflo.

Antecedentes perinatales: Hallazgos que llaman la atención VACUNAS: PAI para edad, no trae carné, dice la mamá que presentó reacción post vacunal en primera dosis de neumococo dada por "se me desmayó y se puso moradita" y posterior a la segunda dosis de vacuna comenzó el brote inicial. Alimentación Enfamil premium I, recibió lactancia hasta los dos meses ahora no recibe. (Resaltados son míos).

Al ingreso Alerta, hidratada, en malas condiciones generales, pálida, mal perfundida, en este momento sin dificultad respiratoria, de mal olor, Mucosa oral húmeda, conjuntivas hipocrómicas, Abdomen globoso con edema de pared abdominal, difícil palpación de masas no impresiona doloroso. Extremidades con edema duro en miembros superiores. Neurológico: hipoactiva, hipo reactiva. Piel pálida, con lesiones descamativas cafés en toda la dermis-


Se trata de lactante menor con cuadro que inicia como brote en piel, manejado con esteroide tópico por lo cual progresa al parecer sobreinfección por estafilococo sin control inicial, ingresa a manejo hospitalario, completa 6 días de oxacilina amikacina sin mejoría, sobreinfección urinaria por hongos y bacterias posiblemente nosocomial. Componente nefrótico por proteinuria aunque no ha sido significativa, hematuria sin hipertensión arterial. Compromiso hematopoyético con bicitopenia actual, urgente transfundir. Paciente en mal estado general, alto riesgo de falla orgánica multisistémica y muerte lo cual se explica a la madre claramente, se explica diagnóstico, manejo, posibles complicaciones.


Diagnósticos: lactante menor, síndrome de piel escaldada estafilocócica, infección de vías urinarias bacteriana + micótica, sepsis de origen urinario y tejidos blandos bicitopenia (anemia trombocitopenia), gastroenteritis bacteriana, anasarca secundaria a: síndrome nefrótico??, síndrome hiponotico?, síndrome hemolítico urémico?, síndrome anémico severo con repercusión hemodinámica, riesgo de fallo multisistémico y muerte.

Plan: Hospitalizar En Intermedios, Nada vía oral. O2 Por CN Para Sat 90%. DAD 5% 500 Cc + 15 Cc Natrol + 5 Cc Katrol Pasar A 20 Cc/H. Transfundir 130 cc de glóbulos rojos compatibles. Tomar Hemoglobina y hematocrito 1 hora Post transfusión. Vancomicina 98 Mg Iv Cada 6 Horas. Ceftriaxona 325 Mg Iv Cada 12 Horas. Fluconazol 40 Mg Iv Cada 24 Horas. Furosemida 6 Mg Iv Cada 8 Horas Ranitidina 6 Mg Iv Cada 8 Horas, acetaminofén 3 Cc Cada 6 Horas Por Fiebre.

Mayo 3 2011: 03+15 se inicia transfusión de glóbulos rojos 134cc para 2 horas, se registran signos vitales de inicio de transfusión.

06+30: Dra. Ginna Pinilla: Se realiza venodisección femoral izquierda pasando catéter central bilumen 4 french 22 cm Se revisan retornos, se inicia transfusión sanguínea y líquidos basales a 15 cc/h. Procedimiento sin complicaciones. Pendiente valoración por cirugía pediátrica. Se toma Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales para hiliares, no evidencio en esta proyección la punta del catéter. Paciente con mejor perfusión distal, pulsos presentes, no hay evidencia de extravasación.

 Una pantalla de una ventana Descripción generada automáticamente con confianza media

 Imagen que contiene pequeño, tabla, nieve, cubierto Descripción generada automáticamente

07+56: Dr. Abel Atencio: Paciente a quien encuentro en pésimo estado general, edema generalizado, oligo anúrico, tendencia a la hipotérmica y tendencia a la hipertensión, sin vía oral, saturaciones adecuadas con oxígeno suplementario por cánula nasal a un litro/min. Edema generalizado, perfusión de 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, Anúrico. En su día 0 de vancomicina más ceftriaxona, más fluconazol Paciente con cuadro clínico que pudiera sugerir un Síndrome hemolítico urémico en un paciente con desnutrición tipo Kwasiorkor muy exótico un nefrítico (teniendo en cuenta la infección estafilocócica en piel), con IVU más fungemia. Plan: Neacate, valoración con Infectología para definir manejo de antibióticos teniendo en cuenta índice de filtración glomerular. Se continua con albumina en infusión continua. se adiciona multivitaminas, fitomenadiona.

09+39: ha continuado oligoanúrica, están pendiente resultados de exámenes, En vista de la situación clínica crítica del paciente y ante la necesidad de diálisis peritoneal, se decide iniciar trámites de remisión para manejo integral en otra institución.

Infectologo pediatra: Dr Torres: Paciente a quien se le instauro antibiótico pensando en stafilococcemia con pobre respuesta clínica, posteriormente remitido a Eusalud Chapinero con deterior hematológico se interpreta posible síndrome hemolítico urémico. Plan de manejo: vancomicina para cubrimiento de SAMR en un paciente con alto riesgo de germen mutado por antecedentes de antibiótico tópico aparentemente, fluconazol por riesgo de micosis y hemograma plaquetopenico, y ceftriaxona para E coli -pendiente resultado de cultivos.

15+08 Despierta, irritable al examen físico, sin requerir inotrópicos o vasopresores; tendencia a manejar cifras de tensión arterial elevadas para edad con medias de 58 - 72 -75 – 78, Reporte de hemoglobina hoy en 9 y hematocrito de 26.9 (post transfusión), Drenaje por sonda orogástrica bilioso. Paciente sin uresis registradas hasta ahora; se evidencian en sonda vesical y cistoflo escasa cantidad de orina. Reporte del día de hoy de BUN en 9 el cual ha disminuido con relación a previos. creatinina del día de hoy se muestra en 0.9 estable con la de días previos. Edema de cara y de miembros inferiores en disminución según lo referido por madre con relación a días anteriores.

Paciente aun estado crítico con problema más grave actualmente la falta de uresis; se inició hacia el mediodía de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahora escasa orina en sonda y cistoflo. **Llama atención, sin embargo, que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran BUN en descenso y creatinina estable con relación a previas.** Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Plan: vigilancia estricta de LA/LE, se inicia corrección de electrolitos en mezcla (no se realiza corrección rápida de potasio por la no uresis en la actualidad), continuar goteo de albumina y furosemida. Se inicia fitomenadionas 1 mg iv 3 veces por semana, se adiciona al manejo metoclopramida como prokinético. (Resaltados son míos).


15+43: Nutrición: DX paciente de acuerdo con evaluación bioquímica con Desnutrición aguda severa Tipo kwashiorkor grado II. Plan: nutricional de inicio 50 cal/kg/peso real elección formula nutricional elemental 1 cal/1cc 260 cal/ cc/ día pasa por sonda oro gástrica, iniciando con volúmenes de 10 cc cada 2 horas y progreso de acuerdo con tolerancia hasta ofrecer 20 cc cada 2 horas.

Se solicita interconsulta por dermatología, Nefrología e infectología

22+35: Dr. Rubén García (Pediatra): Paciente en falla renal intrarenal, en manejo que está en proceso de remisión con urgencia dialítica por ahora, con anuria, por ahora con cubrimiento antibiótico de amplio espectro y antifúngico y que se encuentra hipertensa persistente con deterioro clínico, se completaran para mañana estudios de falla renal y de diagnósticos diferenciales síndrome hemolítico urémico? se ordena continuar con infusión de furosemida, restricción hídrica, antibiótico + antifúngico. infusión de albumina.

23+23: Retiro y descenso de albumina, no tiene por ahora sx hipooncótico con emergencia además con signos de sobrecarga (HTA y anúrico a pesar de refuerzo diurético) paciente en proceso de remisión se insiste al call center de requerimiento de diálisis urgente.

Mayo 4 2011 (08+10): en pésimo estado general, continua con edema generalizado, oligoanúrica, con palidez mucocutánea generalizada, no distermias, tendencia a la hipotensión, en el momento sin inotrópicos. Además, se encontró con mucha dificultad respiratoria y con requerimientos altos de oxígeno (HOOD al 100%) y desaturada. Por lo anterior se decidió intubar a la paciente. procedimiento realizado previa sedación, relajación y analgesia con midazolam, pancuronio y fentanilo respectivamente, se colocó TOT 4,5 y se fijó en 12,5. No hubo complicaciones. Se conectó al ventilador con los parámetros: PEEP: 7 PIM: 35 IMV: 35 FIO1: 100%. Glucometría de 111 mgs/dl.

 Imagen que contiene monitor, nieve, parada, camión Descripción generada automáticamente

15+47: Paciente Actualmente con parámetros altos de ventilación para mantener saturaciones (PIP 35 PEEP 6 IMV 35 REL 1:1.9 Fio2 100%). Continua en falla renal con escasa respuesta a dosis alta de diurético. Se está en trámites de remisión a centro con posibilidades de diálisis; administrativamente se está en plan de conseguir implementos para intentar diálisis peritoneal aquí hasta remisión, sin embargo, informan dichos elementos no se tendrán antes de dos días. Por sangrado digestivo evidenciando en sonda a pesar de manejo con ranitidina por lo que se decide iniciar omeprazol IV.

16+55: Se recibe llamado de laboratorio donde informan tipificación de urocultivo con klebsiella pneumoniae + y candida albicans. Se comenta con servicio de Infectología pediátrica (Dr. Juan Carlos Torres) y se decide suspender ceftriaxona e iniciar meropenem. se continuo fluconazol.

19+47: glucometría de 35 mgs/dl. Infusiones: Fentanyl: 1,2 mcgs/kg/hora. Midazolam: 0,11 mgs/kg/hora. Pancuronio: 1 Mcgs/Kg/Min. Albumina: 1 Cc/H. Furosemida. 0,4 Mg/Kg/Hora. Paciente crítica, pésimo pronóstico vital. Se está en trámites de remisión por el Call Center de la institución y hasta el momento no ha sido posible. Además, se han estado haciendo las vueltas del catéter de tencoff pero tampoco se ha ubicado.

Mayo 5 2011 Paciente quien continua muy crítica, edematizada, pálida. No ha presentado picos febriles, mantiene buenas cifras tensionales con soporte inotrópico (dopamina Sin vía oral, con secreción aún en " cuncho de café " por SOG. Saturaciones adecuadas con parámetros ventilatorios elevados. Glucometrías 38 y 110, Se confirma con los padres en suministro de fécula de plátano desde el 2° mes de vida. Continua con pésimo pronóstico, aunque en las últimas 6 horas ha mejorado la diuresis.

19+49: Paciente continua muy crítico, mejoría de su oliguria. Sigue con diferencial en tensiones muy amplio. según evolución de cifras tensionales, se iniciará hidrocortisona. Mañana se iniciará nutrición parenteral con los siguientes criterios: proteínas a menos de 0,5 grs/kg., flujo de dextrosa entre 5 y 6, sin lípidos, suplencia de multivitaminas y trazas todos los días, sulfato de magnesio en reposición.

Mayo 6 2011: Tendencia a la hipotermia. Hoy en su día 2° de meropenem y 4° de vancomicina y fluconazol. Cuadro hemático de ayer con leucocitos normales, trombocitopénico (52500) y anemia de 6,6. Tiempos de coagulación ligeramente prolongados. Paciente en condición muy

crítica, no ha sido posible su reubicación para la realización de diálisis peritoneal, ni tampoco ha sido posible la consecución del catéter de tencoff, su pronóstico es pésimo, alta posibilidad de fallecer.

12+56: Se inicia soporte nutricional parenteral con aporte de 90 cc/ kg/ real peso real -20% edema 5.3 gramos goteo 20 cc/ hora.

15+13: Paciente en pésimo estado general con pronóstico reservado y alta posibilidad de deceso. En falla renal sin mayor respuesta a diurético alta dosis; no se ha logrado remisión a centro donde se pueda realizar diálisis así mismo tampoco se cuenta con insumos requeridos para intentar diálisis peritoneal. Continúa con igual esquema antibiótico. Evolución tórpida, además ahora de saturaciones aunada a anemia severa por lo que se considera transfundir a pequeños volúmenes cada 12 horas. Se insiste en pésimo pronóstico vital.

07+20pm: presenta desaturación con bradicardia hasta de 50 Se inicia ventilación con bolsa mascarilla y masaje cardiaco sin respuesta Ventilación simétrica expansión torácica simétrica, se aspira tubo orotraqueal verificando permeabilidad de este. Se aplica dosis de adrenalina en 4 oportunidades y 2 dosis de atropina continuando masaje cardiaco y ventilación según normas internacionales sin respuesta. Glucometría en 30 se pasa bolo de DAD 10% 24 cc Se administra dosis de gluconato de calcio 3 cc, dosis de bicarbonato de sodio 6 mEq sin respuesta Se verifica ritmo inicialmente de actividad eléctrica sin pulso posteriormente de asistolia del cual no recupera Se completan 50 minutos de reanimación cardio cerebro pulmonar, paciente sin tensión, sin pulso, fría, pupilas midriáticas sin recuperación de frecuencia cardiaca a pesar de todas las maniobras realizadas Paciente fallece a las 8+10pm Paciente quien se encontraba en estado muy crítico, disfunción orgánica múltiple, sepsis de origen renal y dérmico, falla renal, anúrica, anémica, quien se encontraba con alto soporte ventilatorio alto y vasopresor con dopamina y adrenalina sin mejoría clínica, durante la tarde con desaturaciones a pesar de soporte ventilatorio alto, al final fallece por disfunción miocárdica secundaria a las patologías descritas. Se llama a padres vienen en camino, a su ingreso se explicará la situación acaecida. A las 8+50 ingresa madre de paciente, se explica situación acaecida con su bebe y el fallecimiento, se hace acompañamiento en el duelo y se permite estar con su hija.

1. ANÁLISIS

El presente análisis va encaminado en revisar los 4 pilares en los que el a quo fundo su sentencia, teniendo en cuenta los datos suministrados en la historia clínica, anexos y bibliografía basada en la evidencia.

1. PILAR 1:

Mal suministro de medicamentos: Se describe que se le suministró al paciente antibiótico-terapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía "Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque séptico 2012"

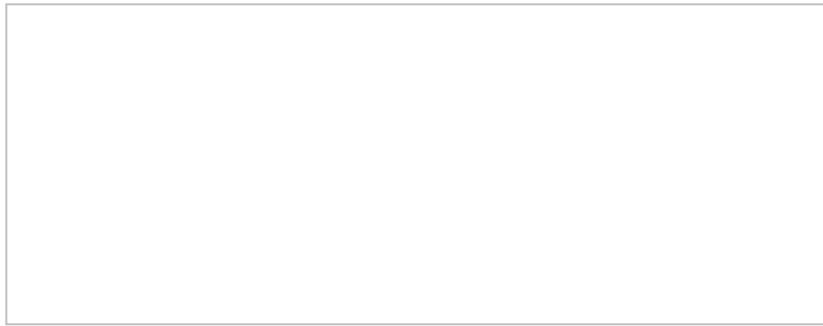
- Justificación del inicio de la amikacina: Por historia clínica la paciente tenía cuadro clínico de 1 mes de evolución manejada con corticoides tópicos y vacelina por lesiones en piel que no mejoraron, con evidencia al examen físico de ingreso de hallazgos de infección en lesiones sobreinfectadas, lo

anterior basado en la descripción medica que reporta “edema + eritema + calor total) diseminada en todo el cuerpo incluyendo cada, de tal manera que en el diagnóstico se incluye “celulitis severa”

 Interfaz de usuario gráfica, Aplicación Descripción generada automáticamente

Basado en los hallazgos físicos de la paciente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Signos de infección en piel : Se realiza lista de chequeo encontrando que la paciente ingresó con 7 criterios de 8 compatibles con infección en piel lo que corrobora que el diagnóstico incluido al ingreso como celulitis severa



Lo anterior corrobora nuevamente que la paciente cursaba con una infección en piel justificando el manejo antibiótico.

- b. Bibliografía de medicina basada en evidencia

- La Revista Pediatrica de Atención Primaria. 2009;11Supl 15:s49-s67 Elena Sendagorta Cudós, elenasendagorta@hotmail.com. Tratamiento de la dermatitis atópica E. Sendagorta Cudós, R. de Lucas Lagunab a,bDermatología. b Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, publica que pacientes con La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea (vemos que desde el ingreso la paciente tenia alteración de la barrera cutanea en miembros inferiores e inferiores, pliegues inguinales, espalda, abdomen, cuello, parte baja de menton incluso cara, es decir en mas del 50% de la superficie corporal, es decir, se encontraba con la infección ya dismeiinada), el mismo articulo informa que Existe un aumento de la colonización por Staphylococcus aureus, que está presente en más del 90% de los niños con DA, tanto en piel afecta como en piel sana y que cuando existen lesiones excematosas (clinica de sobreinfección) el paciente amerita manejo antibiótico. El mismo articulo menciona que los alimentos relacionados con mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópicas son la leche de vaca, el huevo, el plátano y el pescado. (podemos recordar que la paciente a partir de los 2 meses recibia fécula de plátano).

-

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que la paciente cursó inicialmente con una dermatitis probablemente atópica manejada inicialmente con corticoides que no obró de la manera esperada, de tal manera que se extendió y diseminó requiriendo manejo antibiótico por alta sospecha de colonización de Staphylococcus que es un microorganismo que frecuentemente habita en piel y en fosa nasales de cuidadores y que penetra al sistema a través de las laceraciones que se producen en las lesiones dérmicas. Lo anterior justifica el manejo antibiótico. Es por eso que no es correcto decir que el manejo antibiótico era errado para la infección.

c. Amikacina: Se confirma a través de diferente literatura médica basada en evidencia que el concepto emitido por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado. A continuación se exponen 2 de ellas:


- La Asociación Española de Pediatría publica que este antibiótico es un aminoglucósido con formulación exclusivamente parenteral y uso hospitalario, con un espectro antimicrobiano frente a bacterias gramnegativas (incluidas muchas resistentes a la gentamicina y/o la tobramicina), con alguna cobertura de bacterias grampositivas (estafilococos principalmente) Su uso clínico incluye infecciones de la piel, de los huesos, de los tejidos blandos, de las articulaciones, en quemados, posquirúrgicas entre otros.

De igual manera, la asociación recomienda su utilización (de acuerdo a la ficha técnica del medicamento) en pacientes prematuros, neonatos. Adicionalmente no se encuentra contraindicada en pacientes con fallo renal, en estos casos la recomendación es ajustar la dosis. Este artículo indica que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

- Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, publica que Después de las penicilinas, los aminoglucósidos son los antibióticos más utilizados en neonatología, Debido a las características especiales del neonato, la distribución de estos aminoglucósidos en el cuerpo hacen que el neonato requiera una dosis más alta por kg de peso que los niños mayores y que los adultos, y hace que el prematuro pequeño requiera más dosis que el a término para lograr concentraciones adecuadas en el lugar de la infección. Esto se debe a mayor cantidad de líquido en el cuerpo. Los aminoglucósidos también tienen un efecto post antibiótico bueno. Este efecto se define como la capacidad de continuar eliminando bacterias posterior a la caída de los niveles por debajo de lo denominado concentración inhibitoria mínima. Además clínicamente la nefrotoxicidad y ototoxicidad importantes son poco frecuentes en los recién nacidos durante los cursos de antibióticos de menos de 7 días. Lo anterior, siendo otra literatura médica lleva a concluir igual que la Asociación Española de Pediatría, que el que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

d. Amikacina: Suministro de dosis incorrecta como causal de falla renal aguda:

Al revisar la formula vemos que efectivamente se cometió un error de digitación al dejar escrito el intervalo de la dosis a 4 horas, por escribir 24 horas, sin embargo, en la sentencia se dejo notificado que no se encontraba el soporte de enfermería para corroborar la aplicación de medicamento en cuestión, por lo que no se tuvo en cuenta la dosificación realmente a la paciente. En EUSALUD, la historia clínica se encuentra sistematizada a travez de una herramienta llamada HOSVITAL, en donde queda el soporte no solo de la atención médica, si no tambien de los anexos, es por eso, que se puede confirmar a través del presente documento que solo se aplicaron 2 dosis y con un intervalo de 8 horas, dosis con la que no es posible llevar a la paciente a una insuficiencia renal aguda. A continuación pantallazo de la hoja de medicamentos.

Tabla Descripción generada automáticamente

Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, informa que efectivamente que los efectos secundarios específicos con el uso de aminoglucósidos es la nefrotoxicidad y la ototoxicidad, pero el mismo articulo aclara que que la La incidencia de nefrotoxicidad en neonatos parece ser considerablemente menor que en los adultos. No se ha demostrado de forma concluyente en los estudios prospectivos un persistente deterioro del filtrado glomerular. No se encontraron diferencias en la función renal entre una vez al día versus múltiples dosis diarias tanto para amikacina como gentamicina. Informa que se ha demostrado disfunción tubular reversible en muchos estudios que incluyeron recién nacidos, que es más pronunciada en los recién nacidos a término que en los recién nacidos prematuros.

Con lo anterior se da claridad que a pesar de que hubo un error en la digitación de la amikacina a cada 4 horas, **esta dosis no fue aplicada de esa manera**. Adicionalmente podemos ver en la literatura anterior que, no se puede adjudicar **el daño renal a la amikacina y en caso de que se hubiera podido presentar, esta hubiera sido reversible**. Se recuerda que el daño renal en la paciente fue rápidamente progresivo.

Al entrevistar al nefrólogo Dr Juan Guillermo Cardenas, nos informa que muy probablemente la paciente ingreso con daño renal, que no se vió reflejado en la creatinina dado que un paciente en desnutrición no genera una úrea significativa, dado que a menor músculo menos creatinina. Es importante tener en cuenta que el médico tratante en la unidad le llama la atención que a pesar de tener los niveles de BUN y creatinina estables aun persistía en anuria, lo que apoya el concepto de nefrólogo.

Texto Descripción generada automáticamente

De acuerdo al concepto del infectólogo pediatra Dr Juan Torres, el nefrólogo y los articulos aportados, se concluye que el manejo con Amikacina fue completamente adecuado para la infeccion de tejidos blandos con sospecha de sepsis, que no es

No es cierto que la paciente no recibió antibióticos dirigidos a su proceso infeccioso. Y no fueron administrados de forma errónea excepto la amikacina pero al final de la atención pero si te tuvo en cuenta los diagnósticos médicos de hecho el esquema antibiótico inicial se orientó o lo orientó la sospecha de sepsis de piel y tejidos blando, que tampoco es cierto que la falla renal haya sido secundario a los medicamentos puesto que no se observó alteración de la función misma del riñón basado en el BUN y en la creatinina y en que además no se aplicó un esquema de amikacina cada 4 horas. Adicionalmente el documento aportado de sobreviendo a la sepsis es una recopilación de datos que se van optimizando con la revisión de la literatura el manejo de la sepsis es decir es para casos posteriores. Los cadis previos no se benefician de esta actualización puesto que el documento se estaba construyendo

PILAR 2: PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA:

La atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral.

A. Al revisar la historia clínica se evidencia que el 28 de abril desde Eusalud sede pediatría se solicita iniciar la remisión a UCI Pediátrica por edema generalizado + disminución del gasto urinario. En este momento ya tenía 2 días sin Amikacina (2da y última dosis 26 de abril 23+49). El uroanálisis mostraba una densidad y acidificación de orina normal, pero con leve proteinuria (30mg) y leve hematuria microscópica (1 a 2 por campo).

Esta remisión se hace efectiva hasta el 3 de mayo a las 23+05: En las siguientes condiciones clínicas:

- Afebril
- Edema generalizado
- Oxígeno por ventury al 35% con saturación del 87%
- Sin accesos venosos por lesiones en piel
- Con sonda vesical a systoflo sin diuresis por no eliminación

Podemos observar que la remisión inicial a la UCI pediátrica tuvo una oportunidad de 5 días. Es importante tener en cuenta que el proceso de remisión no es un acto médico, se trata de un trámite **administrativo que se coordina con la aseguradora quien** es el responsable de proveer el recurso que necesita el paciente, en este caso la cama en UCI pediátrica dentro y/o fuera de su red contratada.

En la sentencia se describe que se presentaron fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica, sin embargo, no hay claridad al respecto, pues se evidencia que la paciente fue trasladada en ambulancia en compañía de su madre. La historia clínica hace claridad que se envía sin accesos venosos por las lesiones en piel (siendo esta una de las causas del traslado).

En segunda estancia, se evidencia que estando en la UCI pediátrica de la sede Chapinero, por requerimiento de diálisis peritoneal, se inicia contra remisión.


En la bitácora de referencia y contra referencia se evidencia que se reportó el requerimiento frente a la EPS (Saludcoop), directamente a Santa Clara, al CRUP, Fundación Cardio infantil, y San Ignacio.

Con respecto al Hospital Santa Clara, en la bitácora quedó consignado que la aseguradora solo tenía contrato con esa IPS por evento. Desde la misma gestión se evidencia que esta IPS reportó en 4 ocasiones que no había cama y el resto en pendiente de respuesta.

Incluso se le solicitó a la EPS enviar al paciente en traslado primario pero la aseguradora rechaza la solicitud. La bitácora de Eusalud evidencia que se finaliza la gestión posterior a la notificación del fallecimiento de la paciente.


Con lo anterior, se evidencia que se realizó gestión administrativa constantemente para la consecución de cama en IPS de mayor nivel con nefrología.

B. En este mismo pilar la sentencia indica que la UCI de Chapinero no contaba con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral. Lo anterior basado en que durante la atención en curso y el requerimiento de diálisis peritoneal se requería interconsultar con nefrólogo y dermatólogo. Sin embargo, no fue tomada en cuenta que esta fue la razón del inicio de la contra remisión, y que si vemos la bitácora podemos observar que la remisión era direccionada a nefrología.

 Interfaz de usuario gráfica, Texto, Aplicación, Correo electrónico Descripción generada automáticamente

PILAR 3: NO COLOCACIÓN DEL CATETER.

Se evidencia que el cateter central no se colocó inicialmente dado que las condiciones clínicas del paciente no lo permitieron, pues se encontraba con una infección en piel. En estos casos se encuentra contraindicado, dado que los gérmenes pueden ser arrastrados por la aguja o el cateter directamente al vaso sanguíneo. Es por lo anterior que se planteó la posibilidad de una venodisección, la cual efectivamente fue realizada en la unidad de cuidados intensivos y sin complicaciones.

 Interfaz de usuario gráfica, Texto, Aplicación, Correo electrónico Descripción generada automáticamente

PILAR 4: AUSENCIA DE INTERCONSULTA DE ESPECIALIDADES QUE NO SE REALIZARON

Al revisar la historia clínica se encuentra que fue solicitada interconsulta por nefrología y dermatología. Sin embargo, no se tuvo en cuenta que la paciente venía con un cuadro dermatológico de 1 mes de evolución y que el beneficio de la intervención con esta especialidad era al principio cuando se reportó la pañalitis sin mejoría a manejo tópico, y no ahora cuando ya la paciente estaba en sepsis y que para este momento ya estaba con manejo escalonado y direccionado por infectología pediátrica.

En el caso de la interconsulta con el nefrólogo, es importante mencionar que una vez se identificó el requerimiento, la paciente fue puesta en contra remisión precisamente para manejo por este servicio y que, a pesar de que la gestión de referencia y contra referencia fue árdua, no se logró la remisión.

RESULTADO DEL ESTUDIO QUE DEBEN SER CUIDADOSAMENTE ANALIZADOS POR EL HONORABLE MAGISTARDO.

Al realizar la revisión de la historia clínica se encuentran los siguientes hallazgos de importancia:

- **En el 1er pilar** del uso de antibiótico se encuentra que a pesar de haberse identificado un error de digitación en formulación, en la atención médica se evidencia que de Amikacina se colocaron solamente 2 dosis con un intervalo de 8 horas, lo que confirma que la falla renal de la paciente no se puede asociar a una nefrotoxicidad por el medicamento.
- **En el 2do pilar**, se evidencia que desde EUSALUD se identificó la importancia de trasladar a una UCI pediátrica a la paciente, razón por la cual se activó el sistema de referencia y contra referencia.

- En cuanto al manejo, no es correcto concluir que no realizó un manejo frente a las patologías presentadas por el paciente, dado que al revisar la historia clínica como se mencionó inicialmente, la paciente ingresa con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por infección en tejidos blandos, que por descripción médica abarcaba mas del 50% de la superficie corporal manejada así:

- Reanimación con dextrosa al 5% 500 CC + Natrol 12 Cc + Katrol 5 Cc Pasar A 25 Cc/Hr
- Antibióticoterapia direccionada por infectología pediátrica.
- Control de líquidos administrados y eliminados de acuerdo a su requerimiento y compromiso renal.
- Monitorización de órgano blanco: pruebas hepáticas, hematológicas, de función renal y pulmonar. Es importante tener en cuenta que se tuvo inconvenientes en obtener muestra de sangre por infección en piel del paciente; sin embargo, apenas se pudo disponer de la muestra, se realizó seguimiento. A continuación soporte:

Tabla Descripción generada automáticamente

Tabla Descripción generada automáticamente

Es por lo anterior que **no es correcto decir que la paciente no recibió el manejo necesario para la infección requerida**, pues adicional a lo anterior, **se evidenció que la amikacina es un medicamento que se encuentra indicado para infecciones en piel y tejido blando y que además es considerado seguro en pacientes prematuros, neonatales y lactantes con demostración de bajo riesgo incluso a varias dosis diarias.**

- Dentro de este mismo pilar se encontró a la paciente con características de desnutrición kwashiorkor, la cual fue relacionada con el cese de lactancia materna a los 2 meses con inicio de alimentación complementaria de fécula de plátano, siendo esta considerada como proteína de mala calidad. No se tuvo en cuenta que este tipo de desnutrición es frecuente en lactantes con déficit de proteínas séricas. Se reconoce que clínicamente el marcador de este evento es la presencia de edema acompañada de dermatosis, diarrea, hígado graso (como el caso de la paciente en mención, los cuales iniciaron 1 mes antes de su hospitalización, es decir a los 3 meses de edad y al mes de haber suspendido la lactancia materna). Se hace claridad, que con lo anterior, no se intenta responsabilizar a los padres, dado que como se evidencia en la audiencia, la madre llevó a la paciente en 3 ocasiones a consulta externa identificando los signos de alarma. Lo que se considera es que la paciente presentó una desnutrición tipo Kwashiorkor e inmunodeficiencia secundaria. Se complicó con un proceso infeccioso y desarrolló sepsis y choque séptico por bacterias Gram positivas y Gram negativas.

- **En el 3er pilar** se encuentra que por condiciones clínicas del paciente, dadas por el compromiso infeccioso en piel en mas del 50% de la superficie corporal, no se pudo canalizar ni colocar el cateter venoso central, pues desde seguridad del paciente pudo correrse el riesgo de barrer las bacterias de piel hacia el torrente sanguíneo directamente. Es por lo anterior, que no es correcto decir que por negligencia médica no se colocó el cateter central. Se dejó claro que la paciente una vez estuvo en la unidad pediátrica, se le practicó una venodisección, es decir, a través de una incisión quirúrgica y bajo las técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas y requeridas por la paciente.

- **En el 4to pilar** se encuentra que frente al requerimiento de la intervención de nefrólogo para la valoración de la paciente y realización de diálisis peritoneal, la paciente fue puesta en contra remisión con evidencia de la gestión en el área de referencia y contra referencia. De igual manera, se notificó en este pilar que “no hacer nada es culpa los errores no son infortunio” lo que se considera no es acertado en este caso, dado que a la paciente no se le realizó manejo paleativo, sino intervencionista, dentro de

la posibilidades y recursos obtenidos. Lo anterior, teniendo en cuenta que se realizó seguimiento de parámetros de inflamación, de parámetros hemodinámicos, se realizó reanimación hídrica y se dio soporte nutricional. Además, se inició manejo antibiótico, el cual fue direccionado por infectología pediátrica y, adicionalmente, recibió manejo dirigido hacia el objetivo del paciente, teniendo en cuenta su requerimiento y falla renal. Frente a lo anterior, no fue tenido en cuenta el nivel de atención por la paciente y la limitación del área de referencia y contrareferencia.

TERMINOLOGÍA:

En razón al tema que nos ocupa se debe tener en cuenta los siguientes significados para su mayor ilustración:

- **NEFROTOXICIDAD:** se define como la lesión renal provocada de forma directa o indirecta por fármacos
- **ASCITIS:** Es la acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales.
- **EDEMA GENERALIZADO:** Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.
- **DESNUTRICIÓN DE KWASHIORKOR:** consecuencia también de una deficiencia de energía y micronutrientes, a la cual se suma una ingestión inadecuada aguda de proteínas. Se presenta con mayor frecuencia en la etapa posterior al destete, en lactantes mayores o preescolares.
- **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA:** es un síndrome clínico en el que se produce un fallo brusco al riñón. En el paciente séptico se produce una alteración del flujo renal.

Conforme con lo anterior (1) y en concordancia con el escrito denominado como motivos de reparo radicado los tres días posteriores a la emisión de la sentencia (Que igual adjunto), procedo a realizar respetuosamente la siguiente:

PETICION:

Se sria revocar el fallo emitido por el Juzgado 50 Civil Circuito el pasado 14 de junio de 2022, dentro del proceso en asunto relacionado, y en su lugar se denieguen las pretensiones propuestas por la parte demandante en contra de la demandada **EUSALUD IPS, S.A.**, en virtud que puso al servicio de la paciente **SALMA PARRA (Q.E.P.D.)** toda su capacidad humana y física instalada, con galenos idóneos que prestaron los servicios que estaban a su alcance y que demuestran que no hubo negligencia médica y existe ausencia de responsabilidad tal y como se fundamentó en el texto del presente recurso

Atentamente,

 Imagen que contiene Diagrama Descripción generada automáticamente

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

C.C. No. 79.646.647 de Bogotá

T.P. No. 140.778 del C.S.J.

(1) Dra. Ana María Amador Ramos - Médico Auditora Médica - Epidemióloga

PBX:+(57) 1 6242526-5332388

Móvil: +(57) 3103188014

E-mail: alianzagesa@gmail.com

Dirección: Carrera 64 No. 103-05 Bogotá D.C

Este correo y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Esta comunicación puede contener información protegida por el privilegio de cliente-proveedor. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, queda estrictamente prohibida la utilización, copia, reimpresión o reenvío del mismo. En tal caso, favor notificar en forma inmediata al remitente.

AVISO LEGAL:

Teniendo en cuenta la vigencia de la Ley Estatutaria 1581 del 2012 reglamentada mediante Decreto 1377 de 2013 mediante la cual se dictaron disposiciones para la protección de datos personales, ALIANZA GESA S.A.S., como responsable y/o encargada del tratamiento de datos personales, requiere su autorización para continuar con el tratamiento de los mismos, almacenarlos en nuestras bases de datos, las cuales incluyen información que ustedes nos han suministrado vía telefónica, correo electrónico y/o por diferentes medios, en desarrollo de las diferentes actividades realizadas por nuestra compañía, entre otros son los siguientes: Nombres de personas naturales o jurídicas, número de documento de identificación, dirección, teléfono fijo y móvil, correo electrónico, información de representación legal.

Este correo electrónico y cualquier archivo adjunto al mismo, contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a su destinatario(s). Si usted no es el receptor indicado, queda notificado que la lectura, utilización, divulgación y/o copia sin autorización está prohibida en virtud de la legislación vigente. En el caso de haber recibido este correo electrónico por error, agradecemos informarnos inmediatamente de esta situación mediante el reenvío a la dirección electrónica del remitente. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor.

Bogotá 11 de enero de 2023

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co;

abogada_mmorales@gomezmorad.com;

wtenjo@gmail.com;

notificacionesgomezmorad@outlook.com:

notificacionesjudiciales@saludcoop.coop;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,

DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS

RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO BOGOTÁ D.C.

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada EUSALUD SA., por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido en el auto admisorio del recurso de apelación, proferido por el H. Tribunal mediante proveído de diciembre 12 de 2022, respetuosamente presento la sustentación del recurso de apelación en los siguientes términos:

Los los reparos y razones concretas de mi inconformidad frente a la decisión emitida en audiencia el pasado 14 de junio del 2022, donde se dictó fallo de primera instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito de Bogotá D.C., decisión a la que interpuso recurso de apelación, fueron planteados de manera breve, así:

I- INDEBIDA VALORACIÓN DE LA PRUEBA

- 1.1. En primer lugar se advierte que en la motivación de la sentencia se avizora un error de derecho cuando, constatada la existencia de un testimonio técnico, la misma no fue tenida en cuenta, pues tal y como obra en el proceso en audiencia de testimonios celebrada el 13 de junio de 2018, se expuso por los profesionales especialistas, que una de las fuentes principales de las fallas multisistémicas presentadas por la infante, obedecían a la desnutrición que refería la misma progenitora y registrada en la historia clínica donde se alimentaba a la menor a base de féculas, hecho que los expertos expusieron ampliamente, prueba contundente que indicó que este alimento afectaba la salud del infante y que generó un grave deterioro en su salud.
- 1.2. Así mismo y como segundo fundamento de la indebida valoración de la prueba, basa la sentencia en que el procedimiento que debieron acatar los galenos que prestaron la atención, se basa en el documento aportado por el demandante denominado:

Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico, 2012

Dr. R. Phillip Dellinger¹; Dr. Mitchell M. Levy²; Dr. Andrew Rhodes³; Dr. Djillali Annane⁴; Dr. Herwig Gerlach⁵; Dr. Steven M. Opal⁶; Dr. Jonathan E. Sevransky⁷; Dr. Charles L. Sprung⁸; Dr. Ivor S. Douglas⁹; Dr. Roman Jaeschke¹⁰; Dra. Tiffany M. Osborn¹¹; Dr. Mark E. Nunnally¹²; Dr. Sean R. Townsend¹³; Dr. Konrad Reinhart¹⁴; Dra. Ruth M. Kleinpell¹⁵; Dr. Derek C. Angus¹⁶; Dr. Clifford S. Deutschman¹⁷; Dra. Flávia R. Machado¹⁸; Dr. Gordon D. Rubenfeld¹⁹; Dr. Steven A. Webb²⁰; Dr. Richard J. Beale²¹; Dr. Jean-Louis Vincent²²; Dr. Rui Moreno²³; y el Comité de recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis, que incluye el subgrupo de pediatría²⁴



Objetivo: ofrecer una actualización de las "Recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico", cuya última publicación data de 2008.

Diseño: se convocó un comité de consenso de 68 expertos internacionales en representación de 30 organizaciones internacionales. Los grupos nominales se congregaron en reuniones internacionales clave (para aquellos miembros del comité que asistieron a la conferencia). Se desarrolló una política de conflictos de interés en el inicio del proceso y se impusieron a lo largo de todo el proceso. Todo el proceso de referencias se realizó con independencia de cualquier financiación de la industria. Se celebró una reunión independiente para todos los directores, copresidentes y vicepresidentes del subgrupo, y para otros particulares previamente seleccionados. Las teleconferencias y los debates electrónicos entre los subgrupos y todo el comité resultaron ser una parte fundamental del desarrollo.

Métodos: se aconsejó a los autores atenderse a los principios del sistema de clasificación de la valoración, el desarrollo y la evaluación de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) para guiar la evaluación de la calidad de la evidencia desde alta (A) a muy baja (D) y para determinar la intensidad de las recomendaciones como sólidas (1) o débiles (2). Se enfatizaron las posibles desventajas de realizar recomendaciones sólidas ante evidencias de baja calidad. Algunas recomendaciones no obtuvieron ninguna clasificación (UG). No obstante, las recomendaciones se clasificaron en tres grupos: 1) aquellas que apuntaban directamente a la sepsis grave; 2) aquellas que apuntaban a la atención general del paciente enfermo en estado crítico y considerado de alta prioridad en sepsis grave; y 3) consideraciones pediátricas.

Resultados: las recomendaciones y sugerencias clave, enumeradas por categoría, incluyen: reanimación cuantitativa precoz del paciente septicémico durante las primeras 6 horas después del reconocimiento (1C); hemocultivo previo

¹ Cooper University Hospital, Camden, Nueva Jersey.

² Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island.

³ St. George's Hospital, Londres, Reino Unido.

⁴ Hôpital Raymond Poincaré, Garches, Francia.

⁵ Warrant-Klinikum Neukölln, Berlín, Alemania.

⁶ Memorial Hospital of Rhode Island, Pawtucket, Rhode Island.

⁷ Emory University Hospital, Atlanta, Georgia.

⁸ Hadassah Hebrew University Medical Center, Jerusalén, Israel.

⁹ Denver Health Medical Center, Denver, Colorado.

¹⁰ McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá.

¹¹ Barnes-Jewish Hospital, St. Louis, Missouri.

¹² University of Chicago Medical Center, Chicago, Illinois.

¹³ California Pacific Medical Center, San Francisco, California.

¹⁴ Friedrich Schiller University Jena, Jena, Alemania.

¹⁵ Rush University Medical Center, Chicago, Illinois.

¹⁶ University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania.

¹⁷ Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Filadelfia, Pennsylvania.

¹⁸ Federal University of São Paulo, São Paulo, Brasil.

¹⁹ Sunnybrook Health Sciences Center, Toronto, Ontario, Canadá.

²⁰ Royal Perth Hospital, Perth, Australia Occidental.

²¹ Guy's and St. Thomas' Hospital Trust, Londres, Reino Unido.

²² Erasme University Hospital, Bruselas, Bélgica.

²³ UICMG, Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.

²⁴ Los miembros del Comité de recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la sepsis y del subgrupo pediátrico se enumeran en el Apéndice A de este artículo.

Se encuentra disponible contenido digital complementario para este artículo. En el texto impreso aparecen citas directas de URL, que se encuentran disponibles en formato HTML y PDF en el sitio web de la revista (<http://journal.ccmjournal.com>).

Las divulgaciones completas del autor y el comité se enumeran en **Supplemental Digital Content 1 (Contenido digital complementario 1)** en (<http://links.lww.com/CCM/A010>).

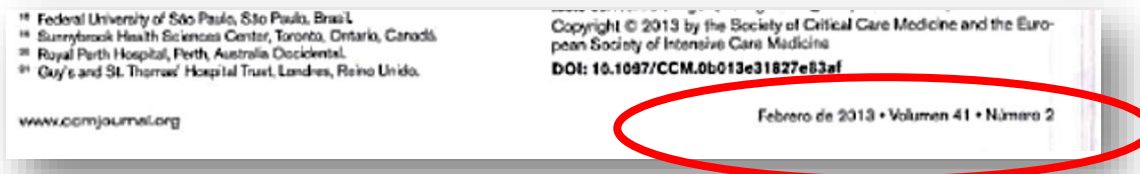
Este artículo se ha publicado simultáneamente en *Critical Care Medicine* e *Intensive Care Medicine*.

Para obtener información adicional sobre este artículo, póngase en contacto con R.P. Dellinger (Dellinger-PH1@CooperHealth.edu).

Copyright © 2013 by the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine.

DOI: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af

Sin embargo, al revisar esta literatura, se avizora que sus estudios, análisis y publicación fueron posteriores a la ocurrencia de los hechos, pues en su pie de página data de “Febrero de 2013 * volumen 41 * numero 2”



Por lo tanto, el procedimiento aplicado a la menor, se debe sujetar a las guías para el mes de abril y mayo de 2011 y no para las que sirvieron de base para emitir la sentencia, las cuales más adelante explicaré de manera detallada.

II. NINGÚN MÉDICO O IPS ESTÁ OBLIGADO A LO IMPOSIBLE

Expone el despacho y así consta en la historia clínica, que efectivamente los profesionales que atendieron a la infante y que prestaban sus servicios a mi representada, dieron inicio desde el 28 de abril de 2011 la solicitud de remitir a la menor Salma (Q.E.P.D.), a una UCI de mayor complejidad observemos:

Grupo sanguíneo.

SALMA PARRA MUNEVAR *1146127061³

Ocupación PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Departamento: 11 BOGOTA D.C. **Municipio:** 1 BOGOTA DC

Dirección: CARRERA 8 F # 2 A -21 **Teléfono:** 7838171

NEURO: ALERTA, NO FOCALIZADO
PIEL: PALIDEZ GENERALIZADA, CON LESIONES ECCEMATOSAS GENERALIZADAS Y DESCAMATIVAS Y ALGUNAS MIELISERICAS

GU EN 12 HORAS 2.5CC/KG/HORA

ANALISIS: PACIENTE CON DERMATITIS ECCEMATOSA DE 1 MES DE EVOLUCION QUIEN PRESENTA SOBREENFECCION BACTERIANA , QUE SE HOSPITALIZA PARA MANEJO AB Y DESDE HACE 24 HORAS CON EDEMAS EN EXTREMIDADES QUE SE GENERALIZAN ASOCIADO A DISMINUCION DEL GASTO URINARIO, TIENE ASOCIADO PALIDEZ GENERALIZADA SIN SIGNOS DE DETERIORO INFECCIOSO, EN EL MOMENTO NO SE HA PODIDO CANALIZAR Y NO TENEMOS EXAMENES DE FUNCION RENAL NI HEPATICA, CONSIDERO QUE POR COMPROMISO RENAL, INFECCIOSO, METABOLICO, CON ALTO RIESGO DE INESTABILIDAD CONSIDERO REMISION A UCIP DE FORMA URGENTE, SE HABLARA CON CX PEDIATRICA PARA PASO DE CATETER CENTRAL

PLAN
DIETA PARA LA EDAD
LEV 5 CC HORA
FUROSEMIDA 3 MG IV AHORA
S/S CH, PCR, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO, FOSFORO, TP, TPT, BUN, CREATININA, FSP, LDH, COOMBS
DIRECTO, FUNCION HEPATICA, GASES ARTERIALES, ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES, RX DE TORAX
REMISION A UCIP
SUSPENDER AMIKACINA

Y es del caso entender entonces como funciona en Colombia el sistema de referencia y contra referencia conforme al Decreto 2759 de 1991 el cual define y señala:

TEXTO COMPLETO DE: D2759 DE 1991

DECRETO 2759 DE 1991

(Diciembre 11)

Diario Oficial No. 40.218, del 12 de diciembre de 1991

Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de la facultad que le confieren la Constitución Política, artículo 334 y la Ley 10 de 1990., artículo 1o., literal m),

DECRETA:

ARTICULO 1o. DEL AMBITO DE APLICACION. El Régimen de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5o., numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional.

Las entidades a que se refiere el literal d) del numeral 1o. del artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, deberán aplicar las normas del Régimen de Referencia y contrarreferencia en los términos que establece el artículo 4o. de la citada ley.

ARTICULO 2o. DE LA DEFINICION. El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

PARAGRAFO 1o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

PARAGRAFO 2o. Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

PARAGRAFO 3o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.

ARTICULO 3o. DE LA FINALIDAD. El régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

ARTICULO 4o. DE LAS MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS. Dentro del régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

Ahora bien, para un caso similar al presente el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección A., Consejera ponente: MARTHA NUBIA VELÁSQUEZ RICO en fallo de fecha primero (1º) de marzo de dos mil dieciocho (2018) dentro del proceso con Radicación número: 05001-23-31-000-2006-02696-01(43269), analizó este tipo de eventos y fundamento:

6. La conducta de la Promotora Médica Las Américas S.A. y la E.S.E. Metrosalud

De acuerdo con el marco normativo expuesto, la historia clínica, los testimonios y el dictamen pericial, se tiene que la E.S.E Metrosalud cumplió, en observancia de sus obligaciones como entidad de primer nivel.

organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud”.

³⁵ *“Artículo 2. DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DE LAS URGENCIAS. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio”.*

³⁶ Ffs. 304 y 305 cuaderno principal.

En efecto, quedó probado que, en atención a la complejidad de los síntomas padecidos por la señora María Bernarda Rueda de Ramírez y a que la E.S.E. Metrosalud no contaba con el nivel de atención necesaria, la paciente debió ser trasladada a otra institución médica, así se desprende de la historia clínica y del dictamen pericial rendido válidamente dentro del proceso, sin que fuera objetado, del cual se destacan los siguientes apartes (se transcribe de forma literal, incluidos los errores si los hay):

“31 de marzo de 2004, 2:25 horas. Paciente diabética en tratamiento, con malestar general y cefalea, decaimiento. Al examen físico presión arterial: 111/80 pulso 80 X minuto. Se toma dextrometer alterada: 236 mgs/ dl. Se deja en observación, aplicándole líquidos endovenosos, mejoría del estado general y posteriormente se da de alta con instrucciones (nota médica).

(...)

"(...) la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"⁴⁷

Como consecuencia, teniendo en cuenta que la actuación culposa, derivada de la abierta negligencia de la entidad le quitó la oportunidad de salvar la vida de la

⁴⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. M.P: William Namén Vargas. Bogotá, 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005-00103-01.

⁴⁶ Corte Suprema Dd Justicia. Sala De Casación Civil. M.P: Margarita Cabello Blanco. Bogotá, 4 de agosto de 2014. Expediente No. 11001-31-03-003-1998- 07770-01.

⁴⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Bogotá, D.C., primero (1) de agosto de dos mil dieciséis (2016), C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, radicación número: 19001-23-31-000-2001-01429-01(35116), en ese mismo sentido, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez y sentencia del 8 de junio de 2017, exp. 19.360.

señora Rueda de Ramírez, la Sala confirmará en ese sentido y bajos los argumentos hasta aquí esgrimido la culpabilidad de la Promotora Médica Las Américas S.A. por la pérdida de la oportunidad.

FALLA:

PRIMERO: MODIFICAR la sentencia apelada, proferida el 10 de junio de 2011, por el Tribunal Administrativo de Antioquia, de acuerdo con la parte motiva de esta sentencia, la cual quedará así:

“PRIMERO: DECLARAR a la PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A. culpable por los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la pérdida de oportunidad de la señora María Bernarda Rueda de Ramírez.

“SEGUNDO: ABSOLVER de responsabilidad a la E.S.E. METROSALUD, a la E.S.E. HOSPITAL GENERAL LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN y al DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente providencia.

“TERCERO: Como consecuencia de lo resuelto en el numeral anterior, CONDENAR a la PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A. a indemnizar a las siguientes personas en las siguientes sumas por concepto de pérdida de oportunidad:

En consecuencia, la responsabilidad de autorizar la remisión de la paciente a una UCI de mayor complejidad era de la EPS y no de la IPS en razón a ello, y dado que mi representada no estaba en capacidad de dar la atención que requería la paciente SALMA, estaba incurso bajo la causal de el no estar obligada a lo imposible y si dio inicio al procedimiento de Referencia establecido en la norma y la EPS no dio la oportunidad para prestar esta atención.

SUSTENTACION DEL RECURSO

RESUMEN Y OBJETIVO

Se trata de una paciente infante, femenina de 4 meses de edad quien ingresa a EUSALUD IPS sede pediátrica por cuadro de 1 mes de evolución caracterizada por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas, con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresó hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se asoció a adinamia y malestar general, manejado inicialmente por consulta externa con corticoide tópico y vaselina con empeoramiento del cuadro de tal manera que requiere manejo intrahospitalario y antibiótico intravenoso. Durante su estancia se evidencia, a pesar del manejo médico un deterioro rápidamente progresivo a falla orgánica multisistémica secundaria a sepsis renal y dérmica causando la muerte.

A partir de lo anterior, la sentencia emitida por el Juzgado 50 Civil del Circuito basa su postura bajo los siguientes fundamentos:

1. **Mal suministro de medicamentos:** Se describe que se le suministró al paciente antibiótico-terapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico 2012”

2. **Procedimientos de referencia y contra referencia:** La Atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral

3. **Omisión de colocación de catéter central**

4. **Ausencia de interconsulta de especialidades que no se realizaron**

Para fundamentar el recurso se revisaron, estudiaron y consultaron nuevamente, los siguientes documentos que obran en el proceso, cuyos detalles relacionados con la publicación estarán consignados en la bibliografía de este documento

Así las cosas, se manifiesta el análisis de la siguiente documentación:

1.1 HISTORIA CLÍNICA DE SALMA PARRA

Se estudia y analiza la atención médica recibida por la paciente, con el fin de verificar las condiciones de salud de la paciente, los requerimientos de atención médica, procedimientos realizados y respuesta a los mismos. La historia clínica es un documento en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Pediátrica
- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Materno infantil

1.2 GUÍAS DE MANEJO

Estos documentos se utilizaron con el fin de hacer revisión frente a los eventos notificados como demoras.

1.3 LITERATURA MÉDICA

Esta documentación se utilizó para la consultoría de términos, definiciones y conceptos.

2. REVISIÓN Y ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente estudio de caso se revisan los alegatos de la audiencia emitida por el juzgado 50 Civil Circuito de Bogotá D.C., emitida en el caso de la paciente Salma Parra (QEPD) frente a los hallazgos de la historia clínica y bibliografía de medicina basada en la evidencia

2.1 TIPO DE ESTUDIO Y MÉTODO

El presente estudio se realiza bajo la metodología observacional descriptiva, cuya fuente de datos es la historia clínica, anexos aportados por la IPS, por lo que las conclusiones son derivadas de los hallazgos encontrados en la atención médica de la paciente en estudio, el cual determina el cumplimiento la normatividad en su momento vigente

¹ Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este método obliga a descubrir el cumplimiento u omisiones de las actividades descritas en dichos documentos fin es garantizar la seguridad del paciente; evitando así, conclusiones personales.

2.1.1 MÉTODO

Se verifica y resume la atención médica de la paciente Salma Parra descrita en la historia clínica y sus anexos. Se verifica de manera cronológica las atenciones médicas, estudios complementarios, hipótesis (diagnóstico) y conducta que se encuentran en la historia clínica y se compara con los argumentos acusatorios en la audiencia inicialmente mencionada

2.2 ESTUDIO DE HC DE SALMA PARRA

2.2.1 Datos del Paciente:

Nombres y Apellidos:	Salma Parra Munevar
Documento:	RC 1146127061
Aseguradora:	Saludcoop
Procedencia:	Bogotá Carrera 8 F # 2 A -21
Edad:	4 meses

2.2.2 Estudio de la HC Clínica

REVISION DE HISTORIA CLINICA EUSALUD SEDE PEDIATRIA

Abril 25 2011 (17+00) Dr. Daniel Bustillo (médico hospitalario) Ingresa paciente traída por su madre con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por lesiones en piel tipo

descamativas, pruriginosas con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresó hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se ha asociado a adinamia y malestar general.

Antecedentes:

Maternos: G2, edad materna: 33 años, edad paterna 35 años, alergias negativas, patológicos negativos, quirúrgicos negativos, tóxicos negativos. Familiar: Linfoma (Abuelo Materno)

Antropometrías: Peso Al Nacer 3220 Gr Talla 52 Cm

Vacunación: Adecuadas Para La Edad

Control De Crecimiento Y Desarrollo (+)

Alimentación: Lactancia materna hasta los 2 meses. Leche De Formula (Enfamill) + fécula de plátano desde el 2° mes de vida

Vivienda de material con 4 cuartos, 2 pisos y tienen todos los servicios animales domésticos (-)

Al examen físico de ingreso: peso 5.900 KG, FC 133, FR 29, T 36.3, SAT 92%, mucosa oral húmeda, orofaringe hiperémica, otoscopia normal, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones ventilados sin sobreagregados, abdomen blando, no dolor, no masas ni megalias, sistema nervioso central sin déficit neurologico, Glasgow 15/15, piel lesiones escamativas en placas con edema, eritema, calor local perilesionales en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del mentón, y espalda, lesiones eritematosas puntiformes en abdomen y rostro. Se realiza diagnóstico de dermatitis atópica vs celulitis severa y se instaure el siguiente plan: observación, dextrosa al 5% 500 cc + natrol 12 cc + katrol 5 cc pasar a 25 cc/hr 3. hemograma, PCR y Revalorar

18+00: Enfermera reporta paciente con dermatitis atópica VS celulitis severa con palidez facial.

19+00: Enfermera reporta paciente con adinámica, decaída, irritable, álgida, piel pálida, con lesiones en todo el cuerpo, ya pasando Líquidos endovenosos.

Abril 26 2011: 12+27: Dr. Hernando Pico Gil (psiquiatra) paciente de 9 meses de edad en regulares condiciones generales con cuadro de un mes de evolución consistente en lesiones eritematosas descamativas generalizada, con pérdida de piel en miembros inferiores y cuello dejando expuesta la dermis. Reporta de laboratorios. Hemograma: leucocitosis 21.700, neutros 51, linfos 49, VSG 6, PCR 12. Se considera cuadro de dermatitis atópica y síndrome de piel escaldada, se solicitó hemocultivos y se da orden de iniciar antibioticoterapia: oxacilina + amikacina intrahospitalaria.

Abril 27 2011 (10+24) Dr. Castillo (pediatra): Paciente de 4 meses con diagnóstico de dermatitis atópica, impétigo eccematoso con lesiones eritematosas descamativas generalizadas en todo el cuerpo, anasarca, diuresis espontanea sin alteración, mantiene estabilidad hemodinámica, se determina descenso de líquidos endovenosos, control hídrico, tensión arterial, oxacilina cada 4 y amikacina día, pendientes hemocultivos, vigilancia de comportamiento infeccioso.

13+00 Control de líquidos: Gasto urinario 0.8cc

19+15: Dr. Javier Pinilla (Medico hospitalario): LA: 300, LE 45, GU 0.6CC/K/H, oliguria con persistencia de anasarca, se considera toma de función renal, hemograma, PCR, parcial de orina con sonda, coloración de Gram.

Abril 28 2011 07+00 Nota de enfermería: Líquidos: mezcla de dextrosa en agua destilada al 5% + 12.5 cc de natrol + 5 cc de katrol goteo a 5 cc hora en bomba de infusión.

09+14 Dr. Juan Bautista: Paciente con diagnóstico de falla renal + impétigo eccematoso + síndrome anémico agudo. Madre reporta que nota aumento de edema y ya son generalizados, y esta orinando muy poco. Al examen físico FC: 150, FR: 24, sat 92 ambiente TA: no se logra tomar por edemas, peso: 6640 aumento 1140 gr en 48 horas, precordio calmo, sin ritmo de galope, hígado no descendido, buena ventilación pulmonar, no agregados, abdomen: blando, no masas, no hepatomegalia, ni esplenomegalia, extremidades: edemas generalizados, edema duro, pulsos disminuidos periféricos por edemas, llenado capilar < 2 seg, neuro: alerta, no focalizado, piel: palidez generalizada, con lesiones eccematosas generalizadas y descamativas y algunas mielisericas. GU en 12 horas 2.5cc/kg/hora.

Manejo: Líquidos endovenosos a 5cc, furosemida 3 mg iv ahora, S/S CH, PCR, sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, transaminasas, BUN, creatinina, FSP, deshidrogenasa, Coombs directo, función hepática, gases arteriales, albumina, proteínas totales, radiografía de tórax, remisión a UCI pediátrica. Se da orden de suspender amikacina.

09+34: Se solicita interconsulta con cirugía pediátrica para paso de catéter central. Se solicita Coombs directo por síndrome anémico con reporte negativo.

12+26: Dr. Juan Bautista: Se considera paciente con sepsis de tejidos blandos, en falla renal interrenal, en oligoanuria, no hay signos clínicos de deshidratación, con anemia que amerita transfusión por el estado de sepsis, no hay compromiso hepático en el momento, ha sido imposible la canalización, se habla con Dr Del Rio, cirujano pediatra viene en la tarde, considero urgente la remisión a UCI pediátrica para manejo integral de paciente y el estado séptico. Parcial de orina tomado ayer con densidad adecuada y acidifica normal, proteinuria y leve hematuria microscópica.

Reporte de laboratorios: hemoglobina: 8,3 leuco: 12600. linf 57%, PCR: 98 elevada, BUN 12,2 creatinina 0.8 relación 15 intrarenal, glicemia 85 TP:12.8 (control 11.9), TPT 33,3 (Control 32), TGP: 13 TGO 43 normales, FSP anicositosis y macrocitosis BT: 1,3 BI: 0,8 Radiografía de tórax silueta cardiotorácica normal, no consolidaciones ni derrames, ni zonas de edema pulmonar.

Plan: restricción hídrica 250 cc día de aporte hídrico, furosemida 12 mg vo, ahora remisión urgente a servicio de UCI pediátrica, oxígeno por ventury al 28 % balance

hídrico estricto, sonda vesical a permanencia, se solicita uroanálisis, sodio y creatinina urinaria para evaluar FENA

15+00 Doctor Pinilla realiza venopunción en yugular positiva al segundo pinchazo en lado izquierdo queda con tapón heparinizado permeable

15+19 Sergio Alfonso del Rio (cirugía Pediátrica): Paciente amerita paso de catéter central y posible paso de catéter de diálisis peritoneal, URGE traslado a sede chapinero urgente para realización de procedimiento en salas de cirugía.

16+00 Se observa paciente que empieza a eliminar por sonda vesical a sistoflo recibe y tolera vía oral

17+39: Dr. Javier Pinilla: FC: 159 FR 32 T: 36 SAT: 92% ambiente

Balance hídrico DIA -35 Balance Acumulad: 555 + CC. Gasto urinario: 4.5 CC/KH

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
245cc	300cc

Paciente mantiene estabilidad hemodinámica, ascenso de gasto urinario luego de paso de 2.5 mg furosemida IV, hemograma descenso de leucocitos, mantiene diferencial, PCR en incremento, sin alteración de perfil hepático, azoados con creatinina límite superior para la edad, electrolitos en normalidad, albumina disminuida, asociado a síndrome anémico provocando descenso importante en presión osmótica intravascular lo que explica anasarca y el descenso en la perfusión renal por hipovolemia, valorado por cirugía pediátrica quien por componente infeccioso en piel y anasarca indica paso de acceso venoso central en sala de cirugía, con normas de asepsia en caso de requerir venodisección. Plan: albumina al 5% 5.5 g iv día, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos compatibles. (Resaltados son míos).

Abril 29 2011: paciente con persistencia de los edemas generalizados, pero con leve disminución y mejoría del gasto urinario, no luce séptica pero decaída y con riesgo alto de inestabilizarse, no se ha podido remitir ni conseguir camas en UCI pediátrica, parcial de orina de hoy con densidad 1020, con aumento de la concentración urinaria. Se considero liberar líquidos con dieta hiperproteica e inicio imperativo con albumina por síndrome hipooncótico debido al estado hiperatabólico. Plan dieta hiperproteica, lev 10 cc hora, albumina al 20% 1.2 cc hora, oxacilina igual.

18+32: Dr. Pinilla: Paciente estable, gasto urinario decae durante el día con incremento paulatino de tensión arterial, descenso de anasarca lo que indica sobrecarga hídrica a nivel endovascular, se considera incremento de dosis de diurético de asa a razón de 1 mg /k cada 12 horas, sin trastorno electrolítico, tolerando la vía oral, infusión continua de albumina al 20% para 5.5g día, descenso de hemoglobina, requerimiento de oxígeno con Venturi al 24%, sin estertores, no soplos, se determina continuar manejo medico instaurado, control estricto de LA - LE, tensión arterial, remisión a unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, alto riesgo de colapso circulatorio.

Abril 30 2011 12+29: paciente de 4 meses de edad en su 5 día de hospitalización, afebril, hidratada, recibe la vía oral, FC 142, FR 36, T 36.8 saturando 93 TA 108 / 59 /78

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
125cc	100CC

Mayo 1 2011 (10+24): Dr. Hernán Pico: TA 102 /52 con media de 67, líquidos administrados en 24 horas 1.607 cc, LE 860 V + 747 Gasto Urinario 5.4, peso 6.280 gr, FC 133, FR 28, T 36.4, recibe 5 mg de furosemida cada 12 horas, oxacilina 180 mg cada 4 horas. Albumina AL 20% 1 cc hora leva 48. Se espera remisión a nivel 3. 12+24: Se notifica imposibilidad de tomar una nueva vía venosa por lo que cambia a vía oral.

Mayo 2 2011 08+36: Diagnósticos: sepsis de tejidos blandos por eccema bacteriano, síndrome hipooncótico en manejo y en estudio, **falla renal prerrenal**, anemia aguda con repercusión hemodinámica, gastroenteritis viral, dermatosis generalizada en estudio (carencial vs inmunodeficiencia). Paciente con hiporexia marcada asociado a deposiciones líquidas una ayer, con pico febriles en la noche, la madre la nota un poco menos edematizada, asociado a presentados húmeda no cianozante, no emetizante. Se considera que la evolución durante el fin de semana fue tórpida, persiste la anasarca, con aparición de picos febriles y cuadro de diarrea, y con tendencia a la oliguria, está en manejo con albumina en infusión continua por síndrome hipooncótico multifactorial, **considero que por el compromiso renal, hematológico, dermatológico, infeccioso, metabólico**, considero que debe ser monitorizada en unidad de cuidado intensivo pediátrico, por ser paciente potencialmente inestable, con compromiso de varios sistemas y además no contamos con las subespecialidades ni las facilidades de toma de paraclínicos de alta complejidad. (Resaltados son míos).

Hemocultivos tomados 28/04/11 van negativos. Plan: dieta astringente. Dextrosa 5% 500 más 15 cc natrol sin katrol a 25 cc hora(100cc/kg/día). Albumina 1gr/kg/día. Oxacilina endovenosa, según reporte de paraclínicos o evolución clínica se iniciara antibiótico para cubrir gérmenes nosocomiales. Suspender furosemida.

14+49: Paciente con evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica dado a oligoanuria, gasto urinario en la mañana de 0.1 cc/k/h a pesar de bolo de solución salina de 150 cc y bolo de furosemida de 5 mg, reporte verbal de laboratorio hemoglobina de 5 mg/dl, plaquetas 83.000, parcial de orina y Gram compatible con proceso infeccioso, en relación con sonda vesical, posible germen nosocomial y micótico, adinámica, hiporexica, somnolienta, deposiciones blandas con moco desde ayer, coproscópico de características virales. Cuenta con solo un acceso venoso periférico, **cirugía pediátrica no realiza procedimiento por requerir asepsia y antisepsia de salas de cirugía por infección** en piel, venodisección por anasarca. No ha sido posible tomar muestras para perfil hepático y renal. El estado de inmunodepresión favorece estado séptico, se determina, monitorización continua, control hídrico estricto, inicio de piperacilina tazobactam y fluconazol, transfundir 90 cc glóbulos rojos criporecipientados en 3 horas. 23+05: Egresada paciente en ambulancia, (Resaltados son míos).

REVISION DE HISTORIA CLINICA SEDE MATERNO INFANTIL

Mayo 3 2011: 01+12: Ingreso. Se Re interroga a los padres:

Hace mes y medio inicia con “un pañalitis”, brote que inicialmente solo se localiza en región perineal eritematoso con descamación y exudación, le inician manejo con hidrocortisona y el brote comienza a extenderse hacia las piernas, posteriormente se extiende hacia el cuello y luego a los brazos y el abdomen, por último la espalda.

A los 8 días del inicio del brote mama Re consulta e inician betametasona.

Por consulta externa le diagnostican dermatitis y le inician fisiogel posterior a este tratamiento comenzó la piel a descamar. Posteriormente le indican manejo con vaselina con aumento de la descamación.

De 8 días mama nota que la niña “se empezó a hinchar” inicia con edema en pies, posteriormente edema en párpados mama consulta por urgencias a Eusalud Kennedy donde inician manejo hospitalario. Nunca había presentado fiebre hasta anoche. (Resaltados son míos).

Estaba inicialmente orinando bien, deposiciones normales.

En centro remitir el 26 de abril se inicia manejo con Oxacilina 275 mg iv cada 6 horas + Amikacina 80 mg IV cada 4 horas.

El 27 abril en la noche encuentran oligúrica, gasto urinario de 0.6 cc/kg/h con anasarca por lo cual toman paraclínicos e inician manejo con furosemida 3 mg inicialmente luego 2.5 mg iv cada 12 horas Considerando síndrome hipnótico inician albumina 20% 1.2 cc/h El día de hoy se considera transfusión de Glóbulos rojos empaquetados, sin embargo, se pierde el acceso venoso por lo cual no es posible transfundir, ni seguir administrando medicamentos endovenosos.

Remiten a este servicio con diagnóstico de: síndrome anémico severo, sepsis origen tejidos blandos, uro sepsis posible germen nosocomial o micótico, falla renal aguda, síndrome hemolítico urémico? Estado de inmunosupresión, riesgo de falla multisistémica. Ingresó transportada en ambulancia medicalizada sin acceso venoso con Sonda vesical a cistoflo.

Antecedentes perinatales: Hallazgos que llaman la atención VACUNAS: PAI para edad, no trae carné, dice la mama que presentó reacción post vacunal en primera dosis de neumococo dada por “se me desmayó y se puso moradita” y posterior a la segunda dosis de vacuna comenzó el brote inicial. Alimentación Enfamil premium I, recibió lactancia hasta los dos meses ahora no recibe. (Resaltados son míos).

Al ingreso Alerta, hidratada, en malas condiciones generales, pálida, mal perfundida, en este momento sin dificultad respiratoria, de mal olor, Mucosa oral húmeda, conjuntivas hipocrómicas, Abdomen globoso con edema de pared abdominal, difícil palpación de masas no impresiona doloroso. Extremidades con edema duro en miembros superiores. Neurológico: hipoactiva, hipo reactiva. Piel pálida, con lesiones descamativas cafés en toda la dermis-

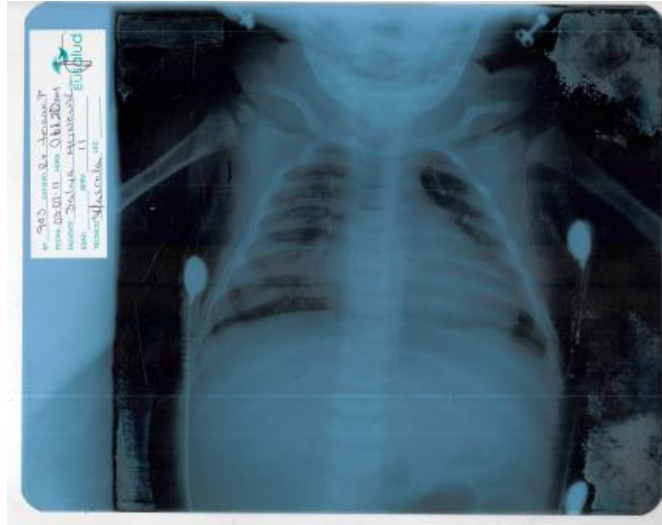
Se trata de lactante menor con cuadro que inicia como brote en piel, manejado con esteroide tópico por lo cual progresa al parecer sobreinfección por estafilococo sin control inicial, ingresa a manejo hospitalario, completa 6 días de oxacilina amikacina sin mejoría, sobreinfección urinaria por hongos y bacterias posiblemente nosocomial. Componente nefrótico por proteinuria aunque no ha sido significativa, hematuria sin hipertensión arterial. Compromiso hematopoyético con bicitopenia actual, urgente transfundir. Paciente en mal estado general, alto riesgo de falla orgánica multisistémica y muerte lo cual se explica a la madre claramente, se explica diagnóstico, manejo, posibles complicaciones.

Diagnósticos: lactante menor, síndrome de piel escaldada estafilocócica, infección de vías urinarias bacteriana + micótica, sepsis de origen urinario y tejidos blandos bicitopenia (anemia trombocitopenia), gastroenteritis bacteriana, anasarca secundaria a: síndrome nefrótico??, síndrome hiponcótico?, síndrome hemolítico urémico?, síndrome anémico severo con repercusión hemodinámica, riesgo de fallo multisistémico y muerte.

Plan: Hospitalizar En Intermedios, Nada vía oral. O2 Por CN Para Sat 90%. DAD 5% 500 Cc + 15 Cc Natrol + 5 Cc Katrol Pasar A 20 Cc/H. Transfundir 130 cc de glóbulos rojos compatibles. Tomar Hemoglobina y hematocrito 1 hora Post transfusión. Vancomicina 98 Mg Iv Cada 6 Horas. Ceftriaxona 325 Mg Iv Cada 12 Horas. Fluconazol 40 Mg Iv Cada 24 Horas. Furosemida 6 Mg Iv Cada 8 Horas Ranitidina 6 Mg Iv Cada 8 Horas, acetaminofén 3 Cc Cada 6 Horas Por Fiebre.

Mayo 3 2011: 03+15 se inicia transfusión de glóbulos rojos 134cc para 2 horas, se registran signos vitales de inicio de transfusión.

06+30: Dra. Ginna Pinilla: Se realiza venodisección femoral izquierda pasando catéter central bilumen 4 french 22 cm Se revisan retornos, se inicia transfusión sanguínea y líquidos basales a 15 cc/h. Procedimiento sin complicaciones. Pendiente valoración por cirugía pediátrica. Se toma Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales para hiliares, no evidencio en esta proyección la punta del catéter. Paciente con mejor perfusión distal, pulsos presentes, no hay evidencia de extravasación.



07+56: Dr. Abel Atencio: Paciente a quien encuentro en pésimo estado general, edema generalizado, oligo anúrico, tendencia a la hipotérmica y tendencia a la hipertensión, sin vía oral, saturaciones adecuadas con oxígeno suplementario por cánula nasal a un litro/min. Edema generalizado, perfusión de 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, Anúrico. En su día 0 de vancomicina más ceftriaxona, más fluconazol Paciente con cuadro clínico que pudiera sugerir un Síndrome hemolítico urémico en un paciente con desnutrición tipo Kwasiorkor muy exótico un nefrítico (teniendo en cuenta la infección estafilocócica en piel), con IVU más fungemia. Plan: Neacate, valoración con Infectología para definir manejo de antibióticos teniendo en cuenta índice de filtración glomerular. Se continua con albumina en infusión continua. se adiciona multivitaminas, fitomenadiona.

09+39: ha continuado oligoanúrica, están pendiente resultados de exámenes, En vista de la situación clínica crítica del paciente y ante la necesidad de diálisis peritoneal, se decide iniciar trámites de remisión para manejo integral en otra institución.

Infectologo pediatra: Dr Torres: Paciente a quien se le instauro antibiótico pensando en stafilococcemia con pobre respuesta clínica, posteriormente remitido a Eusalud Chapinero con deterior hematológico se interpreta posible síndrome hemolítico urémico. Plan de manejo: vancomicina para cubrimiento de SAMR en un paciente con alto riesgo de germen mutado por antecedentes de antibiótico tópico aparentemente, fluconazol por riesgo de micosis y hemograma plaquetopenico, y ceftriaxona para E coli -pendiente resultado de cultivos.

15+08 Despierta, irritable al examen físico, sin requerir inotrópicos o vasopresores; tendencia a manejar cifras de tensión arterial elevadas para edad con medias de 58 - 72 -75 – 78, Reporte de hemoglobina hoy en 9 y hematocrito de 26.9 (post transfusión), Drenaje por sonda orogástrica bilioso. Paciente sin uresis registradas hasta ahora; se

evidencian en sonda vesical y cistoflo escasa cantidad de orina. Reporte del día de hoy de BUN en 9 el cual ha disminuido con relación a previos. creatinina del día de hoy se muestra en 0.9 estable con la de días previos. Edema de cara y de miembros inferiores en disminución según lo referido por madre con relación a días anteriores.

Paciente aun estado crítico con problema más grave actualmente la falta de uresis; se inició hacia el mediodía de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahora escasa orina en sonda y cistoflo. **Llama atención, sin embargo, que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran BUN en descenso y creatinina estable con relación a previas.** Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Plan: vigilancia estricta de LA/LE, se inicia corrección de electrolitos en mezcla (no se realiza corrección rápida de potasio por la no uresis en la actualidad), continuar goteo de albumina y furosemida. Se inicia fitomenadonas 1 mg iv 3 veces por semana, se adiciona al manejo metoclopramida como proquinético. (Resaltados son míos).

15+43: Nutrición: DX paciente de acuerdo con evaluación bioquímica con Desnutrición aguda severa Tipo kwashiorkor grado II. Plan: nutricional de inicio 50 cal/kg/peso real elección fórmula nutricional elemental 1 cal/1cc 260 cal/ cc/ día pasa por sonda oro gástrica, iniciando con volúmenes de 10 cc cada 2 horas y progreso de acuerdo con tolerancia hasta ofrecer 20 cc cada 2 horas.

Se solicita interconsulta por dermatología, Nefrología e infectología

22+35: Dr. Rubén García (Pediatra): Paciente en falla renal intrarenal, en manejo que está en proceso de remisión con urgencia dialítica por ahora, con anuria, por ahora con cubrimiento antibiótico de amplio espectro y antifúngico y que se encuentra hipertensa persistente con deterioro clínico, se completaran para mañana estudios de falla renal y de diagnósticos diferenciales síndrome hemolítico urémico? se ordena continuar con infusión de furosemida, restricción hídrica, antibiótico + antifúngico. infusión de albumina.

23+23: Retiro y descenso de albumina, no tiene por ahora sx hipooncótico con emergencia además con signos de sobrecarga (HTA y anúrico a pesar de refuerzo diurético) paciente en proceso de remisión se insiste al call center de requerimiento de diálisis urgente.

Mayo 4 2011 (08+10): en pésimo estado general, continua con edema generalizado, oligoanúrica, con palidez mucocutánea generalizada, no distermias, tendencia a la hipotensión, en el momento sin inotrópicos. Además, se encontró con mucha dificultad respiratoria y con requerimientos altos de oxígeno (HOOD al 100%) y desaturada. Por lo anterior se decidió intubar a la paciente. procedimiento realizado previa sedación, relajación y analgesia con midazolam, pancuronio y fentanilo respectivamente, se colocó TOT 4,5 y se fijó en 12,5. No hubo complicaciones. Se conectó al ventilador con los parámetros: PEEP: 7 PIM: 35 IMV: 35 FIO1: 100%. Glucometría de 111 mgs/dl.



15+47: Paciente Actualmente con parámetros altos de ventilación para mantener saturaciones (PIP 35PEEP 6 IMV 35 REL 1:1.9 Fio2 100%). Continua en falla renal con escasa respuesta a dosis alta de diurético. Se está en trámites de remisión a centro con posibilidades de diálisis; administrativamente se está en plan de conseguir implementos para intentar diálisis peritoneal aquí hasta remisión, sin embargo, informan dichos elementos no se tendrán antes de dos días. Por sangrado digestivo evidenciando en sonda a pesar de manejo con ranitidina por lo que se decide iniciar omeprazol IV.

16+55: Se recibe llamado de laboratorio donde informan tipificación de urocultivo con klebsiella pneumoniae + y candida albicans. Se comenta con servicio de Infectología pediátrica (Dr. Juan Carlos Torres) y se decide suspender ceftriaxona e iniciar meropenem. se continuo fluconazol.

19+47: glucometría de 35 mgs/dl. Infusiones: Fentanyl: 1,2 mcgs/kg/hora. Midazolam:0,11 mgs/kg/hora. Pancuronio: 1 Mcgs/Kg/Min. Albumina:1 Cc/H. Furosemida. '0,4 Mg/Kg/Hora. Paciente crítica, pésimo pronóstico vital. Se está en trámites de remisión por el Call Center de la institución y hasta el momento no ha sido posible. Además, se han estado haciendo las vueltas del catéter de tencoff pero tampoco se ha ubicado.

Mayo 5 2011 Paciente quien continua muy crítica, edematizada, pálida. No ha presentado picos febriles, mantiene buenas cifras tensionales con soporte inotrópico (dopamina Sin vía oral, con secreción aún en " cuncho de café " por SOG.

Saturaciones adecuadas con parámetros ventilatorios elevados. Glucometrías 38 y 110, Se confirma con los padres en suministro de fécula de plátano desde el 2° mes de vida. Continúa con pésimo pronóstico, aunque en las últimas 6 horas ha mejorado la diuresis.

19+49: Paciente continua muy crítico, mejoría de su oliguria. Sigue con diferencial en tensiones muy amplio. según evolución de cifras tensionales, se iniciará hidrocortisona. Mañana se iniciará nutrición parenteral con los siguientes criterios: proteínas a menos de 0,5 grs/kg., flujo de dextrosa entre 5 y 6, sin lípidos, suplencia de multivitaminas y trazas todos los días, sulfato de magnesio en reposición.

Mayo 6 2011: Tendencia a la hipotermia. Hoy en su día 2° de meropenem y 4° de vancomicina y fluconazol. Cuadro hemático de ayer con leucocitos normales, trombocitopénico (52500) y anemia de 6,6. Tiempos de coagulación ligeramente prolongados. Paciente en condición muy crítica, no ha sido posible su reubicación para la realización de diálisis peritoneal, ni tampoco ha sido posible la consecución del catéter de tencoff, su pronóstico es pésimo, alta posibilidad de fallecer.

12+56: Se inicia soporte nutricional parenteral con aporte de 90 cc/ kg/ real peso real -20% edema 5.3 gramos goteo 20 cc/ hora.

15+13: Paciente en pésimo estado general con pronóstico reservado y alta posibilidad de deceso. En falla renal sin mayor respuesta a diurético alta dosis; no se ha logrado remisión a centro donde se pueda realizar diálisis así mismo tampoco se cuenta con insumos requeridos para intentar diálisis peritoneal. Continúa con igual esquema antibiótico. Evolución tórpida, además ahora de saturaciones aunada a anemia severa por lo que se considera transfundir a pequeños volúmenes cada 12 horas. Se insiste en pésimo pronóstico vital.

07+20pm: presenta desaturación con bradicardia hasta de 50 Se inicia ventilación con bolsa mascarilla y masaje cardiaco sin respuesta Ventilación simétrica expansión torácica simétrica, se aspira tubo orotraqueal verificando permeabilidad de este. Se aplica dosis de adrenalina en 4 oportunidades y 2 dosis de atropina continuando masaje cardiaco y ventilación según normas internacionales sin respuesta. Glucometría en 30 se pasa bolo de DAD 10% 24 cc Se administra dosis de gluconato de calcio 3 cc, dosis de bicarbonato de sodio 6 mEq sin respuesta Se verifica ritmo inicialmente de actividad eléctrica sin pulso posteriormente de asistolia del cual no recupera Se completan 50 minutos de reanimación cardio cerebro pulmonar, paciente sin tensión, sin pulso, fría, pupilas midriáticas sin recuperación de frecuencia cardiaca a pesar de todas las maniobras realizadas Paciente fallece a las 8+10pm Paciente quien se encontraba en estado muy crítico, disfunción orgánica múltiple, sepsis de origen renal y dérmico, falla renal, anúrica, anémica, quien se encontraba con alto soporte ventilatorio alto y vasopresor con dopamina y adrenalina sin mejoría clínica, durante la tarde con desaturaciones a pesar de

soporte ventilatorio alto, al final fallece por disfunción miocárdica secundaria a las patologías descritas. Se llama a padres vienen en camino, a su ingreso se explicará la situación acaecida.

A las 8+50 ingresa madre de paciente, se explica situación acaecida con su bebe y el fallecimiento, se hace acompañamiento en el duelo y se permite estar con su hija.

1. ANÁLISIS

El presente análisis va encaminado en revisar los 4 pilares en los que el a quo fundo su sentencia, teniendo en cuenta los datos suministrados en la historia clínica, anexos y bibliografía basada en la evidencia.

1. PILAR 1:

Mal suministro de medicamentos: Se describe que se le suministró al paciente antibiótico-terapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque séptico 2012”

- Justificación del inicio de la amikacina: Por historia clínica la paciente tenía cuadro clínico de 1 mes de evolución manejada con corticoides tópicos y vacelina por lesiones en piel que no mejoraron, con evidencia al examen físico de ingreso de hallazgos de infección en lesiones sobreinfectadas, lo anterior basado en la descripción medica que reporta “edema + eritema + calor total) diseminada en todo el cuerpo incluyendo cada, de tal manera que en el diagnóstico se incluye “celulitis severa”

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1146127061 -- SALMA PARRA MUNEVAR

Empresa: SALUDCOOP EPS

Afiliado: BENEFICIARIO NIVEL 1

No. His. Cli.

Fecha Nacimiento: 07/12/2010 Edad actual : 11 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Menor

Teléfono: 7838171

Dirección:

CARRERA 8 F # 2 A -21

Barrio: NO SELECCIONAR

Departamento:

BOGOTA D.C.

Municipio: BOGOTA DC

Ocupacion:

Etnia:

Grupo Etnico:

Nivel Educativo:

Atención Especial:

Discapacidad:

Grupo Poblacional:

Responsable: JAZMIN 1 MUNEVAR ZAMUDIO

Teléfono: 7838171

Parentesco: Padre o Madre

Acompañante: JAZMIN MUNEVAR

Teléfono: 1

SNC SIN DEFICIT NEUROLOGICO GLASGOW 15/15

PIEL LESIONES ESCAMATIVAS EN PLACAS CON EDEMA, ERITEMA, CALOR LOCAL PERILESIONALES EN MIEMBROS INFERIORES, PLIEGUES INGUINALES, MIEMBROS SUPERIORES, CUELLO Y PARTE BAJA DEL MENTON, Y ESPALDA. LESIONES ERITEMATOSAS PUNTIFORMES EN ABDOMEN Y ROSTRO

IDX 1 DERMATITIS ATOPICA VS CELULITIS SEVERA

Basado en los hallazgos físicos de la paciente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Signos de infección en piel : Se realiza lista de chequeo encontrando que la paciente ingresó con 7 criterios de 8 compatibles con infección en piel lo que corrobora que el diagnóstico incluido al ingreso como celulitis severa

Signos de infección	Paciente en estudio
Eritema	Si
Dolor	No descrito
Calor	Si
Aumento de volumen	Si
Malestar general	si. Paciente irritable
Fiebre	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda
Vomito	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda

Lo anterior corrobora nuevamente que la paciente cursaba con una infección en piel justificando el manejo antibiótico.

- b. Bibliografía de medicina basada en evidencia

- La Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009;11Supl 15:s49-s67 Elena Sendagorta Cudós, elenasendagorta@hotmail.com. Tratamiento de la dermatitis atópica E. Sendagorta Cudósa, R. de Lucas Lagunab a,bDermatología. b Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, publica que pacientes con La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea (vemos que desde el ingreso la paciente tenía alteración de la barrera cutánea en miembros inferiores e inferiores, pliegues inguinales, espalda, abdomen, cuello, parte baja de menton incluso cara. es decir en mas del 50% de la superficie corporal. es decir, se encontraba con la infección ya diseminada), el mismo artículo informa que Existe un aumento de la colonización por Staphylococcus aureus, que está presente en más del 90% de los niños con DA, tanto en piel afecta como en piel sana y que cuando existen lesiones excematosas (clínica de sobreinfección) el paciente amerita manejo antibiótico. El mismo artículo menciona que los alimentos relacionados con mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópicas son la leche de vaca, el huevo, el plátano y el pescado. (podemos recordar que la paciente a partir de los 2 meses recibía fécula de plátano).

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que la paciente cursó inicialmente con una dermatitis probablemente atópica manejada inicialmente con corticoides que no obró de la manera esperada, de tal manera que se extendió y diseminó requiriendo manejo antibiótico por alta sospecha de colonización de Staphylococcus que es un microorganismo que frecuentemente habita en piel y

en fosa nasales de cuidadores y que penetra al sistema a través de las laceraciones que se producen en las lesiones dérmicas. Lo anterior justifica el manejo antibiótico. Es por eso que no es correcto decir que el manejo antibiótico era errado para la infección.

c. Amikacina: Se confirma a través de diferente literatura médica basada en evidencia que el concepto emitido por la juez en cuanto al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado. A continuación se exponen 2 de ellas:

- La Asociación Española de Pediatría publica que este antibiótico es un aminoglucósido con formulación exclusivamente parenteral y uso hospitalario, con un espectro antimicrobiano frente a bacterias gramnegativas (incluidas muchas resistentes a la gentamicina y/o la tobramicina), con alguna cobertura de bacterias grampositivas (estafilococos principalmente) Su uso clínico incluye infecciones de la piel, de los huesos, de los tejidos blandos, de las articulaciones, en quemados, posquirúrgicas entre otros.

De igual manera, la asociación recomienda su utilización (de acuerdo a la ficha técnica del medicamento) en pacientes prematuros, neonatos. Adicionalmente no se encuentra contraindicada en pacientes con fallo renal, en estos casos la recomendación es ajustar la dosis. Este artículo indica que el argumento notificado por la juez en cuanto al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

- Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, publica que Después de las penicilinas, los aminoglucósidos son los antibióticos más utilizados en neonatología. Debido a las características especiales del neonato, la distribución de estos aminoglucósidos en el cuerpo hacen que el neonato requiera una dosis más alta por kg de peso que los niños mayores y que los adultos, y hace que el prematuro pequeño requiera más dosis que el a término para lograr concentraciones adecuadas en el lugar de la infección. Esto se debe a mayor cantidad de líquido en el cuerpo. Los aminoglucósidos también tienen un efecto post antibiótico bueno. Este efecto se define como la capacidad de continuar eliminando bacterias posterior a la caída de los niveles por debajo de lo denominado concentración inhibitoria mínima. Además clínicamente la nefrotoxicidad y ototoxicidad importantes son poco frecuentes en los recién nacidos durante los cursos de antibióticos de menos de 7 días. Lo anterior, siendo otra literatura médica lleva a concluir igual que la Asociación Española de Pediatría, que el que el argumento notificado por la juez en cuanto al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

d. Amikacina: Suministro de dosis incorrecta como causal de falla renal aguda:

Al revisar la formula vemos que efectivamente se cometió un error de digitación al dejar escrito el intervalo de la dosis a 4 horas, por escribir 24 horas, sin embargo, en la sentencia se dejo notificado que no se encontraba el soporte de enfermeria para corroborar la aplicación de medicamento en cuestión, por lo que no se tuvo en cuenta la dosificación realmente a la paciente. En EUSALUD, la historia clínica se encuentra sistematizada a travez de una herramienta llamada HOSVITAL, en donde queda el soporte no solo de la atención médica, si no tambien de los anexos, es por eso, que se puede confirmar a través del presente documento que solo se aplicaron 2 dosis y con un intervalo de 8 horas, dosis con la que no es posible llevar a la paciente a una insuficiencia renal aguda. A continuación pantallazo de la hoja de medicamentos.

EUSALUD
800227072 - B

PACIENTE RC 1146127061 SALMA PARRA MUNEVAR
SEDE DE ATENCIÓN: 001 MATERNO INFANTIL
FECHA DESDE: 25/04/11 00:00 HASTA: 07/05/11 23:59

[RimpApI/Me]
Fecha: 21/09/22
Hora: 16:14:41
Página: 1

RELACION DE MEDICAMENTOS PACIENTE

Don	Folio	Descripción	Dosis	Unidad	Frecuencia	Via	Fecha Hora Formulación	Fecha Hora Programación	Fecha Hora Reg. Aplicación	Estado Aplicación	Usuario Aplicación
1	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:06	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:06	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:06	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:06	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	252	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	269	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	101	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	20/04/2011 18:57	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	180	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	02/05/2011 09:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	245	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	268	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	26/04/11 16:00	26/04/11 16:32	APLICADO	MABEL DEL SOCORRO AYOLA
2	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	26/04/11 20:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIBETH VARGAS MORAL
3	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 00:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIBETH VARGAS MORAL
4	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 04:00	// 00:00	PENDIENTE	
5	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 08:00	// 00:00	PENDIENTE	
6	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 12:00	// 00:00	**MODIFICADO	
1	31	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	24 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 16:00	27/04/11 16:12	APLICADO	MABEL DEL SOCORRO AYOLA
1	269	AMINOFILINA SOL. INY. X224MG (2.4%) AMP. X10ML (AMP)	20,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 08:24	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	183	CEFTRIAJONA SODICA POLVO SOL. INY. VIAL X1G (AMP)	325,00	GRAMOS	12 Horas	ENDOVENOSO	03/05/2011 13:02	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	

Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, informa que efectivamente que los efectos secundarios específicos con el uso de aminoglucósidos es la nefrotoxicidad y la ototoxicidad, pero el mismo artículo aclara que la La incidencia de nefrotoxicidad en neonatos parece ser considerablemente menor que en los adultos. No se ha demostrado de forma concluyente en los estudios prospectivos un persistente deterioro del filtrado glomerular. No se encontraron diferencias en la función renal entre una vez al día versus múltiples dosis diarias tanto para amikacina como gentamicina. Informa que se ha demostrado disfunción tubular reversible en muchos estudios que incluyeron

recién nacidos, que es más pronunciada en los recién nacidos a término que en los recién nacidos prematuros.

Con lo anterior se da claridad que a pesar de que hubo un error en la digitación de la amikacina a cada 4 horas, **esta dosis no fue aplicada de esa manera**. Adicionalmente podemos ver en la literatura anterior que, no se puede adjudicar **el daño renal a la amikacina y en caso de que se hubiera podido presentar, esta hubiera sido reversible**. Se recuerda que el daño renal en la paciente fue rápidamente progresivo.

Al entrevistar al nefrólogo Dr Juan Guillermo Cardenas, nos informa que muy probablemente la paciente ingreso con daño renal, que no se vió reflejado en la creatinina dado que un paciente en desnutrición no genera una úrea significativa, dado que a menor músculo menos creatinina. Es importante tener en cuenta que el médico tratante en la unidad le llama la atención que a pesar de tener los niveles de BUN y creatinina estables aun persistía en anuria, lo que apoya el concepto de nefrólogo.

ANALISIS: Paciente aun estado critico con problema mas grave actualmente la falta de uresis; se inicio hacia el medio dia de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahoara escasa orina en sonda y cistoflo. Llama atencuion sin embargo que a **pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran bun en descenso y creatinina estable con relacion a previas**. Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Estan pendientes reportes de sodio y potasio del dia de hoy. En el momento no se considera realizar nuevos cambios al plan de manejo. Se estara atento a presencia o no de orina, cifras de tension arterial,

De acuerdo al concepto del infectólogo pediatra Dr Juan Torres, el nefrólogo y los articulos aportados, se concluye que el manejo con Amikacina fue completamente adecuado para la infeccion de tejidos blandos con sospecha de sepsis, que no es

No es cierto que la paciente no recibió antibióticos dirigidos a su proceso infeccioso. Y no fueron administrados de forma errónea exepcto la amikacina pero al final de la atención pero si te tuvo en cuenta los diagnósticos médicos de hecho el esquema antibiótico inicial se orientó o lo orientó la sospecha de sepsis de piel y tejidos blando, que tampoco es cierto que la falla renal haya sido secundario a los medicamentos puesto que no se observó alteración de la función misma del riñón basado en el BUN y en la cretinina y en que ademas no se aplicó un esquema de amikacina cada 4 horas. Adicionalmente el documento aportado de sobreviendo a la sepsis es una recopilación de datos que se van optimizando con la revisión de la literatura el manejo de la sepsis es decir es para casos posteriores. Los cadis previos no se benefician de esta actualización puesto que el documento se estaba construyendo

PILAR 2: PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA:

La atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de

Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral.

A. Al revisar la historia clínica se evidencia que el 28 de abril desde Eusalud sede pediatría se solicita iniciar la remisión a UCI Pediátrica por edema generalizado + disminución del gasto urinario. En este momento ya tenía 2 días sin Amikacina (2da y última dosis 26 de abril 23+49). El uroanálisis mostraba una densidad y acidificación de orina normal, pero con leve proteinuria (30mg) y leve hematuria microscópica (1 a 2 por campo).

Esta remisión se hace efectiva hasta el 3 de mayo a las 23+05: En las siguientes condiciones clínicas:

- Afebril
- Edema generalizado
- Oxígeno por ventury al 35% con saturación del 87%
- Sin accesos venosos por lesiones en piel
- Con sonda vesical a systoflo sin diuresis por no eliminación

Podemos observar que la remisión inicial a la UCI pediátrica tuvo una oportunidad de 5 días. Es importante tener en cuenta que el proceso de remisión no es un acto médico, se trata de un trámite **administrativo que se coordina con la aseguradora quien** es el responsable de proveer el recurso que necesita el paciente, en este caso la cama en UCI pediátrica dentro y/o fuera de su red contratada.

En la sentencia se describe que se presentaron fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica, sin embargo, no hay claridad al respecto, pues se evidencia que la paciente fue trasladada en ambulancia en compañía de su madre. La historia clínica hace claridad que se envía sin accesos venosos por las lesiones en piel (siendo esta una de las causas del traslado).

En segunda estancia, se evidencia que estando en la UCI pediátrica de la sede Chapinero, por requerimiento de diálisis peritoneal, se inicia contra remisión.


En la bitácora de referencia y contra referencia se evidencia que se reportó el requerimiento frente a la EPS (Saludcoop), directamente a Santa Clara, al CRUP, Fundación Cardio infantil, y San Ignacio.

Con respecto al Hospital Santa Clara, en la bitácora quedó consignado que la aseguradora solo tenía contrato con esa IPS por evento. Desde la misma gestión se evidencia que esta IPS reportó en 4 ocasiones que no había cama y el resto en pendiente de respuesta.

Incluso se le solicitó a la EPS enviar al paciente en traslado primario pero la aseguradora rechaza la solicitud. La bitácora de Eusalud evidencia que se finaliza la gestión posterior a la notificación del fallecimiento de la paciente.

Con lo anterior, se evidencia que se realizó gestión administrativa constantemente para la consecución de cama en IPS de mayor nivel con nefrología.

B. En este mismo pilar la sentencia indica que la UCI de Chapinero no contaba con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral. Lo anterior basado en que durante la atención en curso y el requerimiento de diálisis peritoneal se requería interconsultar con nefrólogo y dermatólogo. Sin embargo, no fue tomada en cuenta que esta fue la razón del inicio de la contra remisión, y que si vemos la bitácora podemos observar que la remisión era direccionada a nefrología.

		EUSALUD S.A 800227072		[RRefCRef0]
		Formato de Referencia de Salida		Fecha: 15/06/2011 Página: 1
N° Solicitud RCR-53603	Fecha 04/05/2011 12:11:08	N° Verificación	Tipo de Atención Hospitalaria	
Identificación del Paciente				
N° Identificación RC	1146127061	Nombre : PARRA MUNEVAR SALMA		
Edad	3 AÑOS	Dirección Residencia	CARRERA 8 F # 2 A -21	Sexo F Teléfono 7838171
Tipo Afiliado D	BENEFICIARIO NIVEL 1	Nivel atención	4 NIVEL IV	Localidad BOGOTA DC
Afiliación SGSSS				
Empresa	800250112-1	SALUDCOOP EPS		
IPS Referente:	6 SALUDCOOP	Médico Referente:	REMISION NEFROLOGIA	
Reg Medico Ref:		Especialidad :	410 NEFROLOGIA	
Diagnostico	N19X	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA		

PILAR 3: NO COLOCACIÓN DEL CATETER.

Se evidencia que el cateter central no se colocó inicialmente dado que las condiciones clínicas del paciente no lo permitieron, pues se encontraba con una infección en piel. En estos casos se encuentra contraindicado, dado que los gérmenes pueden ser arrastrados por la aguja o el cateter directamente al vaso sanguíneo. Es por lo anterior que se planteó la posibilidad de una venodisección, la cual efectivamente fue realizada en la unidad de cuidados intensivos y sin complicaciones.

PEDIATRIA				
Sede de Atención :	001	MATERNO INFANTIL		
FOLIO	190	FECHA 03/05/2011 06:30:02	TIPO DE ATENCION	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

Previa dosis de Ketamina de 6 mg.
 Asepsia y antisepsia.
 Anestesia local con lidocaina 1% sin epinefrina
 Se realiza **venodisección** femoral izquierda pasando cateter central bilumen 4 french 22 cm
 Se revisan retornos
 Se inicia transfusion sanguinea y liquidos basales a 15 cc/h
 Procedimiento sin complicaciones.
 Pendiente valoracion pr cirugía pediátrica.
 Se toma Rx de torax con infiltrados intersticiales parahiliares, no evidencio en esta proyeccion la

PILAR 4: AUSENCIA DE INTERCONSULTA DE ESPECIALIDADES QUE NO SE REALIZARON

Al revisar la historia clínica se encuentra que fue solicitada interconsulta por nefrología y dermatología. Sin embargo, no se tuvo en cuenta que la paciente venía con un cuadro dermatológico de 1 mes de evolución y que el beneficio de la intervención con esta especialidad era al principio cuando se reportó la pañalitis sin mejoría a manejo tópico, y no ahora cuando ya la paciente estaba en sepsis y que para este momento ya estaba con manejo escalonado y direccionado por infectología pediátrica.

En el caso de la interconsulta con el nefrólogo, es importante mencionar que una vez se identificó el requerimiento, la paciente fue puesta en contra remisión precisamente para manejo por este servicio y que, a pesar de que la gestión de referencia y contra referencia fue árdua, no se logró la remisión.

RESULTADO DEL ESTUDIO QUE DEBEN SER CUIDADOSAMENTE ANALIZADOS POR EL HONORABLE MAGISTARDO.

Al realizar la revisión de la historia clínica se encuentran los siguientes hallazgos de importancia:

- **En el 1er pilar** del uso de antibiótico se encuentra que a pesar de haberse identificado un error de digitación en formulación, en la atención médica se evidencia que de Amikacina se colocaron solamente 2 dosis con un intervalo de 8 horas, lo que confirma que la falla renal de la paciente no se puede asociar a una nefrotoxicidad por el medicamento.
- **En el 2do pilar**, se evidencia que desde EUSALUD se identificó la importancia de trasladar a una UCI pediátrica a la paciente, razón por la cual se activó el sistema de referencia y contra referencia.
- En cuanto al manejo, no es correcto concluir que no realizó un manejo frente a las patologías presentadas por el paciente, dado que al revisar la historia clínica como se mencionó inicialmente, la paciente ingresa con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por infección en tejidos blandos, que por descripción médica abarcaba mas del 50% de la superficie corporal manejada así:
 - Reanimación con dextrosa al 5% 500 CC + Natrol 12 Cc + Katrol 5 Cc Pasar A 25 Cc/Hr
 - Antibióticoterapia direccionada por infectología pediátrica.
 - Control de líquidos administrados y eliminados de acuerdo a su requerimiento y compromiso renal.
 - Monitorización de órgano blanco: pruebas hepáticas, hematológicas, de función renal y pulmonar. Es importante tener en cuenta que se tuvo inconvenientes en obtener muestra de sangre por infección en piel del paciente; sin embargo,

apenas se pudo disponer de la muestra, se realizó seguimiento. A continuación soporte:

Hemograma

	Hb	Hto	Leucos	plaquetas
abr-25	10	31%	21.700	301.000
abr-28	8.3	25%	12.600	862.000
abr-29	8.1	24%	12.230	624.000
may-01				
may-02	5.9	17%	7.700	87.000
may-03	9.3	26.90%		
may-04	8	23.10%	23.900	93.000
may-05	6.6	19.10%	7.000	52.500

Ionograma

	Calcio	Cloro	Potasio	Sodio	Mg
abr-25					
abr-28	11.8	90	4.9	129	
abr-29			3.4	134	
may-01					
may-02				129	
may-03	10.4	89	2.5	127	
may-04			4.1	129	
may-05	14		3.5	130	1.1

Prueba de función hepática

	Bilirrubina total	TGP	TGO
abr-25			
abr-28	1.3	13	43
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03			
may-04			55
may-05			

Prueba de función renal

	creatinina	BUN
abr-25		
abr-28	0.8	12.2
abr-29	0.98	12.6
may-01		
may-02		
may-03	0.95	9.6
may-04	1.09	16.9
may-05	0.94	16.7

Peril lipídico

	Colesterol total	Triglicéridos	HDL
abr-25			
abr-28			
abr-29			
may-01			
may-02			
may-03	101	64	
may-04			194
may-05			

	fosforo	Ac Urico	Albumina	Globulina	PCR
abr-25					12.1
abr-28		2.9	2.4		98
abr-29					62.4
may-01					
may-02			2.2		
may-03			2.2	3.2	
may-04	5.4	10.1			
may-05					

Es por lo anterior que **no es correcto decir que la paciente no recibió el manejo necesario para la infección requerida**, pues adicional a lo anterior, **se evidenció que la amikacina es un medicamento que se encuentra indicado para infecciones en piel y tejido blando y que además es considerado seguro en pacientes prematuros, neonatales y lactantes con demostración de bajo riesgo incluso a varias dosis diarias.**

- Dentro de este mismo pilar se encontró a la paciente con características de desnutrición kwashiorkor, la cual fue relacionada con el cese de lactancia materna a los 2 meses con inicio de alimentación complementaria de fécula de plátano, siendo esta considerada como proteína de mala calidad. No se tuvo en cuenta que este tipo de desnutrición es frecuente en lactantes con déficit de proteínas séricas. Se reconoce que clínicamente el marcador de este evento es la presencia de edema acompañada de dermatosis, diarrea, hígado graso (como el caso de la paciente en mención, los cuales iniciaron 1 mes antes de su hospitalización, es decir a los 3 meses de edad y al mes de haber suspendido la lactancia materna). Se hace claridad, que con lo anterior, no se intenta responsabilizar a los padres, dado que como se evidencia en la audiencia, la madre llevó a la paciente en 3 ocasiones a consulta externa identificando los signos de alarma. Lo que se considera es que la paciente presentó una desnutrición tipo Kwashiorkor e inmunodeficiencia secundaria. Se

complicó con un proceso infeccioso y desarrolló sepsis y choque séptico por bacterias Gram positivas y Gram negativas.

- **En el 3er pilar** se encuentra que por condiciones clínicas del paciente, dadas por el compromiso infeccioso en piel en más del 50% de la superficie corporal, no se pudo canalizar ni colocar el catéter venoso central, pues desde seguridad del paciente pudo correrse el riesgo de barrer las bacterias de piel hacia el torrente sanguíneo directamente. Es por lo anterior, que no es correcto decir que por negligencia médica no se colocó el catéter central. Se dejó claro que la paciente una vez estuvo en la unidad pediátrica, se le practicó una venodisección, es decir, a través de una incisión quirúrgica y bajo las técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas y requeridas por la paciente.

- **En el 4to pilar** se encuentra que frente al requerimiento de la intervención de nefrólogo para la valoración de la paciente y realización de diálisis peritoneal, la paciente fue puesta en contra remisión con evidencia de la gestión en el área de referencia y contra referencia. De igual manera, se notificó en este pilar que “no hacer nada es culpa los errores no son infortunio” lo que se considera no es acertado en este caso, dado que a la paciente no se le realizó manejo paliativo, sino intervencionista, dentro de las posibilidades y recursos obtenidos. Lo anterior, teniendo en cuenta que se realizó seguimiento de parámetros de inflamación, de parámetros hemodinámicos, se realizó reanimación hídrica y se dio soporte nutricional. Además, se inició manejo antibiótico, el cual fue direccionado por infectología pediátrica y, adicionalmente, recibió manejo dirigido hacia el objetivo del paciente, teniendo en cuenta su requerimiento y falla renal. Frente a lo anterior, no fue tenido en cuenta el nivel de atención por la paciente y la limitación del área de referencia y contrareferencia.

TERMINOLOGÍA:

En razón al tema que nos ocupa se debe tener en cuenta los siguientes significados para su mayor ilustración:

- **NEFROTOXICIDAD:** se define como la lesión renal provocada de forma directa o indirecta por fármacos

- **ASCITIS:** Es la acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales.

- **EDEMA GENERALIZADO:** Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.

- **DESNUTRICIÓN DE KWASHIORKOR:** consecuencia también de una deficiencia de energía y micronutrientes, a la cual se suma una ingestión inadecuada aguda de proteínas. Se presenta con mayor frecuencia en la etapa posterior al destete, en lactantes mayores o preescolares.

- **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA:** es un síndrome clínico en el que se produce un fallo brusco al riñón. En el paciente séptico se produce una alteración del flujo renal.

Conforme con lo anterior (1) y en concordancia con el escrito denominado como motivos de reparo radicado los tres días posteriores a la emisión de la sentencia (Que igual adjunto), procedo a realizar respetuosamente la siguinete:

PETICION:

Se sri va revocar el fallo emitido por el Juzgado 50 Civil Circuito el pasado 14 de junio de 2022, dentro del proceso en asunto relacionado, y en su lugar se denieguen las pretensiones propuestas por la parte demandante en contra de la demandada **EUSALUD IPS, S.A.**, en virtud que puso al servicio de la paciente **SALMA PARRA (Q.E.P.D.)** toda su capacidad humana y física instalada, con galenos idóneos que prestaron los servicios que estaban a su alcance y que demuestran que no hubo negligencia médica y existe ausencia de responsabilidad tal y como se fundamentó en el texto del presente recurso

Atentamente,



HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

C.C. No. 79.646.647 de Bogotá

T.P. No. 140.778 del C.S.J.

(1) Dra. Ana María Amador Ramos - Médico Auditora Médica - Epidemióloga

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA RV: Sustentación reparos contra sentencia 2014-409-01

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota
<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 11/01/2023 16:38

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Wickmann Tenjo <wtenjo@gmail.com>

Enviado: miércoles, 11 de enero de 2023 4:33 p. m.

Para: Secretaria Sala Civil Tribunal Superior -Seccional Bogota <secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota <secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

PoLiTa HoChMuTh <notificacionesjudiciales@saludcoop.coop>; GOMEZ MORAD ASOCIADOS

<notificacionesgomezmorad@outlook.com>; abogada_mmorales@gomezmorad.com

<abogada_mmorales@gomezmorad.com>; alianzagesa@gmail.com <alianzagesa@gmail.com>

Asunto: Sustentación reparos contra sentencia 2014-409-01

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ SALA CIVIL – FAMILIA

M.P. Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

Por medio del presente me permito remitir escrito de sustentación de reparos concretos contra la sentencia proferida por el juzgado 50 civil circuito, en el proceso con radicado No. 11001310302620140040901.

Cordialmente,

WICKMANN GIOVANNY TENJO G.

Abogado

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ SALA CIVIL – FAMILIA

M.P. Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E. S. D.

REF.

CLASE DE PROCESO:	VERBAL DECLARATIVO.
RADICADO:	11001310302620140040900
DEMANDANTE:	YASMIN MUNEVAR Y OTROS
DEMANDADO:	SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN
ASUNTO:	SUSTENTACIÓN REPAROS

WICKMANN GIOVANNY TENJO GUTIERREZ, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad apoderado de la entidad SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, como apelante, por medio del presente escrito y en uso de la facultad establecida en el inciso segundo del numeral tercero del artículo 322 del C.G.P., por medio del presente escrito me permito dar sustentación a los reparos concretos a la sentencia de fecha 14 de junio de 2022 proferida por el Juzgado Cincuenta Civil Del Circuito Bogotá D.C., en los siguientes términos:

I. A TÍTULO DE ANTECEDENTES, DE LA LIQUIDACIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA DE SALUDCOOP E.P.S. EN LIQUIDACIÓN

Sea propio manifestar de antemano, que mi representada a través de Resolución N° 2414 del 24 de Noviembre de 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 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO con Nit.: 800250119-1”*.

En la citada Resolución N° 2414 del 24 de Noviembre de 2015 se indicó, entre otros, que:

“(…) 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 protegerla adecuada y oportuna prestación de servicios de salud.

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 asumidos por aquellas sanciones falladas en contra y del aumento de las provisiones por los fallos proferidos porta CGR que están en firme”.

Conforme a lo anterior se debe indicar que en la actualidad SALUDCOOP EPS en Liquidación, se encuentra adelantando únicamente las gestiones pertinentes a efectos de garantizar el cumplimiento del artículo 9.1.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010¹, es decir, el desarrollo de todas etapas que comprenden la Liquidación a fin de lograr su finalización de manera eficiente y oportuna.

II. DE LOS REPAROS A LA SENTENCIA

SUSTENTO GENERAL A TODOS LOS REPAROS:

La sentencia acusada incurre en error al determinar el nexo de causalidad que en últimas le atañe responsabilidad a SALUDCOOP EPS hoy EN LIQUIDACIÓN puesto que, dentro de los argumentos que se exponen en el fallo acusado, el aquo se limitó a mencionar de forma genérica que **EPS SALUDCOOP** es la entidad responsable en las presuntas fallas en la prestación del servicio médico.

No obstante, resulta propio manifestar que se confunde la figura de la **IPS** con la de **EPS**, las cuales son entidades distintas e independientes.

Como se menciona, SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN es una empresa distinta a las IPS, pues la primera y que represento, es una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS), mientras que la entidad que prestó la atención médica y a la cual pretende condenar su despacho es una INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS), entidades que, se reitera, son totalmente distintas, se identifican con NIT distinto y cada una es independiente en su manejo administrativo y presupuestal.

Para el caso de SALUDCOOP EPS, es propio aclarar que varias IPS se llamaban con la misma sigla "**SALUDCOOP**", sin que ello quisiera decir que son la misma entidad, ni ejercían el mismo objeto social, toda vez que la **EPS** SALUDCOOP tenía un objeto social de aseguramiento en salud, muy distinto al de una entidad prestadora de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, tampoco es posible constituir la responsabilidad de la EPS, por varias razones a saber:

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades de la afiliación y el registro de los afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud, de la misma forma se encargan del recaudo de las cotizaciones y su función básica es la organización y garantía de la prestación del Plan Obligatorio de Salud.

En tal sentido el artículo 156 de la Ley 100 de 1993, define en sus literales G) e I) la diferencia de las EPS e IPS, siendo que estas últimas son entidades oficiales o privadas (como en el presente caso la IPS encartada), entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las EPS o fuera de ellas.

De lo anterior se colige que las IPS, son entidades autónomas administrativa, presupuestal y financieramente, que contratan a sus trabajadores o contratistas, profesionales y agentes de los servicios de salud de forma libre y autónoma, personal que está a cargo de la respectiva IPS y no de la EPS, por tanto al ser un personal contratado por la IPS es a esta a quien le corresponde ejercer directriz y control sobre dichos funcionarios, siendo que la actuación de estos vincula a su contratante (LA IPS), más no a la EPS.

Mismo racero que aplica para la EPS en relación con la conexidad o control del ejercicio de tales profesionales de la salud que prestan sus servicios a la IPS, puesto que la EPS contrata los servicios de salud con determinada IPS, pero dicha contratación de suyo no la hace responsable de las

¹Decreto 2555 de 15 de julio de 2010, parte 9 procedimientos de liquidación. Libro 1, disposiciones generales de procedimientos de toma de posesión y de liquidación forzosa administrativa. Título 1, Normas generales sobre toma de posesión. Capítulo 1, medidas y efectos. Artículo 9.1.1.1.1 toma de posesión y medidas preventivas.

actuaciones desplegadas de la IPS o sus agentes, puesto que la EPS no puede ejercer subordinación o efectuar injerencia sobre los profesionales de la salud de la IPS, como tampoco afectar, coartara o direccionar el ejercicio de la praxis médica de tales profesionales.

Por lo anterior es que no necesariamente las actuaciones de la IPS vinculan a la EPS, ya que como se ha manifestado en senda jurisprudencia, particularmente la proferida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, se ha establecido que *“el daño sufrido por un paciente no le pueden ser atribuidos a la EPS a la cual se encontraba afiliado, salvo que se pruebe que tal perjuicio se le puede achacar a la EPS como obra suya”*, negrilla fuera de texto, sumado a que no basta con ello para imponer una condena, ya que deben confluír los demás elementos de la responsabilidad médica, tales como la falta de consentimiento informado por parte del paciente, el desconocimiento de la necesidad del paciente, etc.

De otra parte, como ya se mencionó, la EPS está llamada a responder únicamente por sus propios actos, en tanto resulta completamente inadecuado determinar que la EPS, la cual no presta servicios médicos, resulte directamente responsable de la atención médica recibida por el paciente.

Y no es solo una interpretación personal, senda jurisprudencia a establecido que la responsabilidad de la EPS, es únicamente solidaria si se demuestra que contribuyó a la lesión o el quebrantamiento de la salud del paciente, lo cual no es el caso, puesto que mi representada en ningún momento negó la afiliación, por tanto garantizó que la RED prestadora pudiera brindar la atención médica oportuna y requerida y no le son imputables las presuntas fallas del sistema de referencia y contra referencia acusados en la sentencia, razón por la cual no podrá ser sujeto de condena.

Téngase en cuenta que el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 impone a las **IPS** ser las guardianas de la atención que prestan a sus clientes, así las cosas, son las llamadas a responder de forma directa si se demuestra en el proceso los elementos de la responsabilidad médica, y no la EPS, menos de forma directa sin que se configure un nexo de causalidad que vincule a la EPS, como es el caso de mi representada.

Todo lo anterior, para demostrar que la condena impuesta a mi representada carece de elementos lógicos, normativos y jurisprudenciales, además de no demostrar el nexo de causalidad que demuestre la responsabilidad de mi representada.

Por último, sea del caso mencionar que el aquo no podía llegar a la conclusión a la que llegó si hubiese valorado adecuadamente las pruebas obrantes en el proceso, puesto que no contaba con medios de prueba idóneos que demostraran, con grado de certeza, que existió una violación la praxis médica.

Por todo lo anterior, solicito sea revocada la sentencia de primera instancia y se desvincule a mi representada de la presente acción judicial, por falta de responsabilidad o nexo de causalidad en los hechos.

Cordialmente,



WICKMANN GIOVANNY TENJO GUTIÉRREZ

CC No. 80.771.035 de Bogotá

TP No. 203.995 del C. S. de la J.

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO RV: Memorial sustentación recurso de apelación proceso 11001310302120210027101

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 12/01/2023 16:52

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (416 KB)

Sustentacion Recurso Apelación RAD_ 11001310302120210027101.pdf;

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA**Secretario Sala Civil****Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá****Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305****Teléfono 423 33 90 Extensión 8349****Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co**

De: Mauricio Fernando Jaramillo Pinzón <fjaramil@keralty.com>**Enviado:** jueves, 12 de enero de 2023 4:47 p. m.**Para:** Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: Manuel Hernandez <manuelabogado@outlook.com>; Mauricio Fernando Jaramillo Pinzon (Abogado Procesal III) <fjaramil@keralty.com>; Gloria Maria Avendaño Dimate <gloriamavendano@hotmail.com>**Asunto:** Memorial sustentación recurso de apelación proceso 11001310302120210027101

Señores

Honorables Magistrados**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ****Sala Civil****MP. Dr. Juan Pablo Suarez Orozco**secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

REF: PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA**DEMANDANTE: BANCO DE BOGOTÁ, S.A.****DEMANDADO: JUAN MANUEL VELÁSQUEZ LIÉVANO****RAD: 110013103021-2021-00271-01****ASUNTO: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN**

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN, en mi condición de apoderado de la parte demandada, me permito precisar de manera breve los reparos concretos que se hicieron al proponer el recurso de apelación para ser tenidos en cuenta por el Superior. La apelación tiene por objeto que el Superior examiné la actuación del *A Quo* y proceda a revocar en su integridad la providencia recurrida, revocando el mandamiento de pago en todo aquello concerniente con los pagarés números 456881455 y el 456878487 los cuales fueron objeto de oposición dentro de la presente demanda.

Preciso en consecuencia mis argumentos en los cuales fundamento el recurso, indicando en forma general los motivos aducidos para apelar, se concreta a los siguientes temas:

- a) Que el Juzgado no tuvo en cuenta las pruebas que se le aportaron al proceso.
- b) Que Juan Manuel Velásquez Liévano, no suscribió los cambios en los pagarés plasmados en los otrosí modificatorios de los mismos.
- c) Que el criterio del fallador va en contravía de los principios rectores de los títulos valores y especialmente en el de la literalidad.
- d) Que la señora Juez se dedica a deducir situaciones en este proceso que no fueron probadas.
- e) Que la señora Juez confunde a la persona jurídica quien suscribió los pagarés y sus reformas con la persona natural demandada teniéndolas como un solo sujeto procesal.
- f) La sentencia le resta connotación a los fundamentos relativos a los pagos parciales efectuados a los pagarés 456881455 y el 456878487.
- g) Indica finalmente, que las llamadas subrogaciones no fueron probadas puesto que no se hizo parte en el proceso el presunto subrogatario.

Debo recabar ante el Despacho de los señores Magistrados, que las citas jurisprudenciales no encuadran con la situación fáctica de este proceso ya que hay una mala interpretación en las sentencias que se mencionan y la mala interpretación deja sin piso todos los elementos invocados en los literales anteriores.

La manifestación de que, si el demandado no suscribe el pagaré, tal situación no le resta fuerza al título ejecutivo; está a mí entender completa y absolutamente equivocada, porque precisamente eso es lo que le resta total existencia al título ejecutivo frente a la parte demandada que no lo ha suscrito. Universalmente se ha afirmado en la teoría de los títulos valores que todo lo de ellos proviene de la sola firma puesta en el mismo título para efectos de su existencia y estructuración de las obligaciones cambiarias en contra del suscriptor; si esto no se acata y se dicta como en el presente caso sentencia condenatoria en contra de quien ya no aparece como obligado en el título, lo que se está es creando en el fallo mismo una obligación cambiaria inexistente. Entonces, si la existencia del título valor deviene de una firma puesta en el mismo, la falta de este elemento que es el mayor requisito sustancial del documento trae como consecuencia la inexistencia de la obligación y por consiguiente, no le es dado al Juez de la causa *A Quo*, realizar elucubraciones

con base en providencias mal interpretadas para generar responsabilidades en el pago de un título valor porque no lo ha suscrito, entendido esto último como la falta de firma y de consentimiento de quien aparece como demandado en virtud de circunstancias legales especiales, pero que ni convino la modificación del título, ni firmó la misma. Téngase en cuenta que los otrosí que no suscribió el demandado fueron la base para el diligenciamiento de los pagarés atacados.

Lo anterior, puede decirse igualmente para el contenido obligacional del título valor, o sea, la cuantía del mismo, que es otro de sus elementos esenciales, porque se trata ni más ni menos del valor que pretende recaudar el supuesto acreedor de dos de los títulos valores que se demandan por sumas distintas a las que en realidad soportan los títulos con el ítem de que en este segundo caso estamos tratando de un fraude procesal porque el demandante ocultó hasta el último momento que los títulos valores impugnados habían sido redimidos en parte y sin embargo mantuvo la ejecución por la totalidad ocultando una situación que era imposible mantener sin incurrir en el tipo penal indicado, ya que la parte demandada no tenía conocimiento alguno de que los dos títulos impugnados habían sido cancelados parcialmente.

No son de poca monta las glosas que le hacen a los pagarés impugnados y no es posible para la jurisdicción permitir el cobro de lo no debido en el doble sentido antes indicado, en el de creación de una obligación en un título valor sin la firma del obligado y en permitir el cobro de lo no debido. Nunca la parte demandada ha utilizado ni pensado en mecanismos legales como el de la subrogación o el de la novación porque no estamos, primero, frente a obligaciones contractuales civiles o mercantiles y la defensa se basa en precisas excepciones establecidas por el artículo 784 del código de comercio en lo que toca con la acción cambiaria.

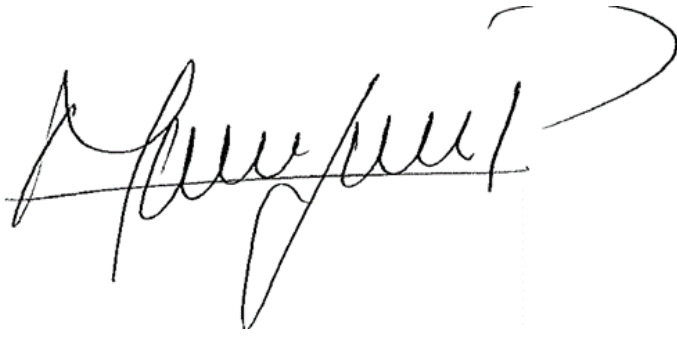
En consecuencia, tienen absoluta viabilidad los medios de impugnación enfilados contra los dos títulos valores objeto de la acción ejecutiva, los cuales deben caer por las falencias anotadas y negar frente a los mismos la presente acción cambiaria, término éste más amplio que el simple de acción ejecutiva.

Un tema de especial consideración, y que lleva a la nulidad del proceso se desarrolla en la siguiente forma:

Al afrontar estos temas la sentencia comete un exabrupto mayúsculo en cuanto al pago parcial de los dos títulos valores y es abrir un período probatorio *ad infinitum* completa y absolutamente ilegal para que la parte actora pruebe mediante un documento idóneo el pago parcial de los dos pagarés para aplicar los principios civiles del pago con subrogación; desatino jamás visto en un proceso ejecutivo y que tiene unas consecuencias letales en cuanto a los derechos de la parte demandada y el debido proceso, generando la sentencia en este aspecto una nulidad absoluta constitucional por objeto ilícito, la cual se da con la sentencia y por su carácter constitucional es insaneable.

En los anteriores términos dejo ampliados los reparos objeto del recurso ordinario de apelación.

De los señores, Magistrados atentamente,



MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN

C.C. No.79.392.173 de Bogotá

T.P.92.885 del C.S. Judicatura

Mail: fjaramil@keralty.com

Cel. 3108837551

--

Fernando Jaramillo Pinzón

Abogado III

Central Jurídica



Teléfono 6466060 extensión 5711124

Calle 100 No.11B-67

Bogotá D.C. - Colombia

MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.

Señores

Honorables Magistrados

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ

Sala Civil

MP. Dr. Juan Pablo Suarez Orozco

secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

REF: **PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA**

DEMANDANTE: **BANCO DE BOGOTÁ, S.A.**

DEMANDADO: **JUAN MANUEL VELÁSQUEZ LIÉVANO**

RAD: **110013103021-2021-00271-01**

ASUNTO: **SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN**

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN, en mi condición de apoderado de la parte demandada, me permito precisar de manera breve los reparos concretos que se hicieron al proponer el recurso de apelación para ser tenidos en cuenta por el Superior. La apelación tiene por objeto que el Superior examiné la actuación del *A Quo* y proceda a revocar en su integridad la providencia recurrida, revocando el mandamiento de pago en todo aquello concerniente con los pagarés números 456881455 y el 456878487 los cuales fueron objeto de oposición dentro de la presente demanda.

Preciso en consecuencia mis argumentos en los cuales fundamento el recurso, indicando en forma general los motivos aducidos para apelar, se concreta a los siguientes temas:

- a) Que el Juzgado no tuvo en cuenta las pruebas que se le aportaron al proceso.
- b) Que Juan Manuel Velásquez Liévano, no suscribió los cambios en los pagarés plasmados en los otrosí modificatorios de los mismos.

- c) Que el criterio del fallador va en contravía de los principios rectores de los títulos valores y especialmente en el de la literalidad.
- d) Que la señora Juez se dedica a deducir situaciones en este proceso que no fueron probadas.
- e) Que la señora Juez confunde a la persona jurídica quien suscribió los pagarés y sus reformas con la persona natural demandada teniéndolas como un solo sujeto procesal.
- f) La sentencia le resta connotación a los fundamentos relativos a los pagos parciales efectuados a los pagarés 456881455 y el 456878487.
- g) Indica finalmente, que las llamadas subrogaciones no fueron probadas puesto que no se hizo parte en el proceso el presunto subrogatario.

Debo recabar ante el Despacho de los señores Magistrados, que las citas jurisprudenciales no encuadran con la situación fáctica de este proceso ya que hay una mala interpretación en las sentencias que se mencionan y la mala interpretación deja sin piso todos los elementos invocados en los literales anteriores.

La manifestación de que, si el demandado no suscribe el pagaré, tal situación no le resta fuerza al título ejecutivo; está a mí entender completa y absolutamente equivocada, porque precisamente eso es lo que le resta total existencia al título ejecutivo frente a la parte demandada que no lo ha suscrito. Universalmente se ha afirmado en la teoría de los títulos valores que todo lo de ellos proviene de la sola firma puesta en el mismo título para efectos de su existencia y estructuración de las obligaciones cambiarias en contra del suscriptor; si esto no se acata y se dicta como en el presente caso sentencia condenatoria en contra de quien ya no aparece como obligado en el título, lo que se está es creando en el fallo mismo una obligación cambiaria inexistente. Entonces, si la existencia del título valor deviene de una firma puesta en el mismo, la falta de este elemento que es el mayor requisito sustancial del documento trae como consecuencia la inexistencia de la obligación y por consiguiente, no le es dado al Juez de la causa *A Quo*, realizar elucubraciones con base en providencias mal interpretadas para generar responsabilidades en el pago

de un título valor porque no lo ha suscrito, entendido esto último como la falta de firma y de consentimiento de quien aparece como demandado en virtud de circunstancias legales especiales, pero que ni convino la modificación del título, ni firmó la misma. Téngase en cuenta que los otrosí que no suscribió el demandado fueron la base para el diligenciamiento de los pagarés atacados.

Lo anterior, puede decirse igualmente para el contenido obligacional del título valor, o sea, la cuantía del mismo, que es otro de sus elementos esenciales, porque se trata ni más ni menos del valor que pretende recaudar el supuesto acreedor de dos de los títulos valores que se demandan por sumas distintas a las que en realidad soportan los títulos con el ítem de que en este segundo caso estamos tratando de un fraude procesal porque el demandante ocultó hasta el último momento que los títulos valores impugnados habían sido redimidos en parte y sin embargo mantuvo la ejecución por la totalidad ocultando una situación que era imposible mantener sin incurrir en el tipo penal indicado, ya que la parte demandada no tenía conocimiento alguno de que los dos títulos impugnados habían sido cancelados parcialmente.

No son de poca monta las glosas que le hacen a los pagarés impugnados y no es posible para la jurisdicción permitir el cobro de lo no debido en el doble sentido antes indicado, en el de creación de una obligación en un título valor sin la firma del obligado y en permitir el cobro de lo no debido.

Nunca la parte demandada ha utilizado ni pensado en mecanismos legales como el de la subrogación o el de la novación porque no estamos, primero, frente a obligaciones contractuales civiles o mercantiles y la defensa se basa en precisas excepciones establecidas por el artículo 784 del código de comercio en lo que toca con la acción cambiaria.

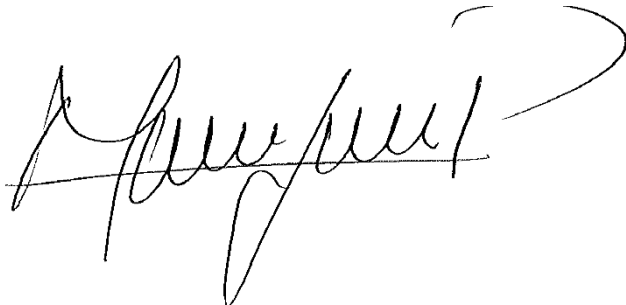
En consecuencia, tienen absoluta viabilidad los medios de impugnación enfilados contra los dos títulos valores objeto de la acción ejecutiva, los cuales deben caer por las falencias anotadas y negar frente a los mismos la presente acción cambiaria, término éste más amplio que el simple de acción ejecutiva.

Un tema de especial consideración, y que lleva a la nulidad del proceso se desarrolla en la siguiente forma:

Al afrontar estos temas la sentencia comete un exabrupto mayúsculo en cuanto al pago parcial de los dos títulos valores y es abrir un período probatorio ***ad infinitum*** completa y absolutamente ilegal para que la parte actora pruebe mediante un documento idóneo el pago parcial de los dos pagarés para aplicar los principios civiles del pago con subrogación; desatino jamás visto en un proceso ejecutivo y que tiene unas consecuencias letales en cuanto a los derechos de la parte demandada y el debido proceso, generando la sentencia en este aspecto una nulidad absoluta constitucional por objeto ilícito, la cual se da con la sentencia y por su carácter constitucional es insaneable.

En los anteriores términos dejo ampliados los reparos objeto del recurso ordinario de apelación.

De los señores, Magistrados atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mauricio Fernando Jaramillo Pinzón', with a large, sweeping flourish at the end.

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN

C.C. No.79.392.173 de Bogotá

T.P.92.885 del C.S. Judicatura

Mail: fjaramil@keralty.com

Cel. 3108837551

PARA TRASLADO - RECURSO DE QUEJA 032-2015-00571-01 DRA GARCIA SERRANO

Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota <rprocesosctsbt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 16/01/2023 12:21

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota <secstrisubpta2@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (304 KB)

125.pdf; F11001310303220150057101Caratula20230116121533.DOC .pdf;

Cordial Saludo,

Me permito informarle que el presente proceso se recibió en el correo de reparto el 13 de enero de 2023, para radicar e ingresar.

Nota: Se ingresa al despacho con fecha del 16 de enero de 2023.

La carátula como el acta se encuentran en archivo adjunto en formato PDF.

Atentamente,

Laura Victoria Zuluaga Hoyos
Escribiente

De: Juzgado 33 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto33bt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: viernes, 13 de enero de 2023 13:44

Para: Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota <rprocesosctsbt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RE: REMITO PROCESO 11001310303220150057100



Rama Judicial
República de Colombia

Juzgado 33 Civil del Circuito de Bogotá

Carrera 10 No. 14 – 33 Piso 2 Telefax 2821242

Ccto33bt@ceudoj.ramajudicial.gov.co

Cordial saludo

Remito nuevamente el enlace de la referencia con la corrección solicitada en el mensaje anterior
11001310303220150057100.-

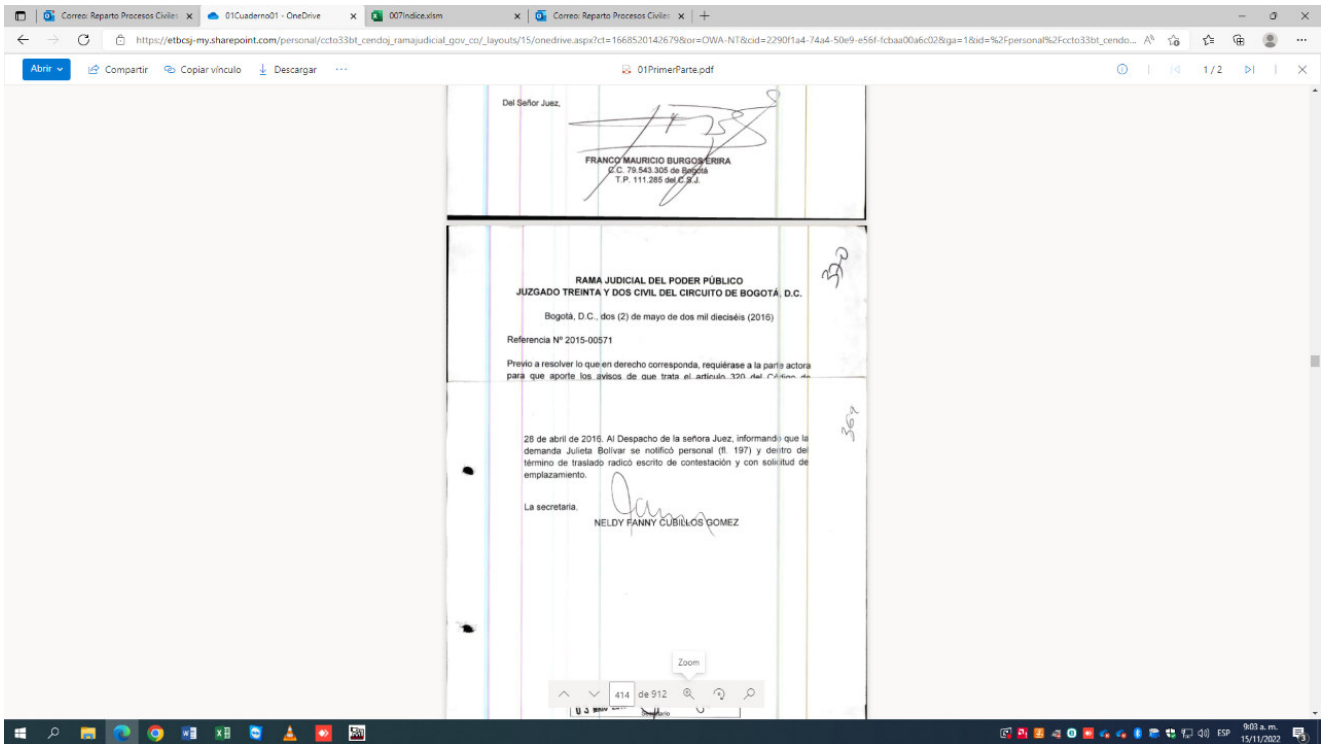
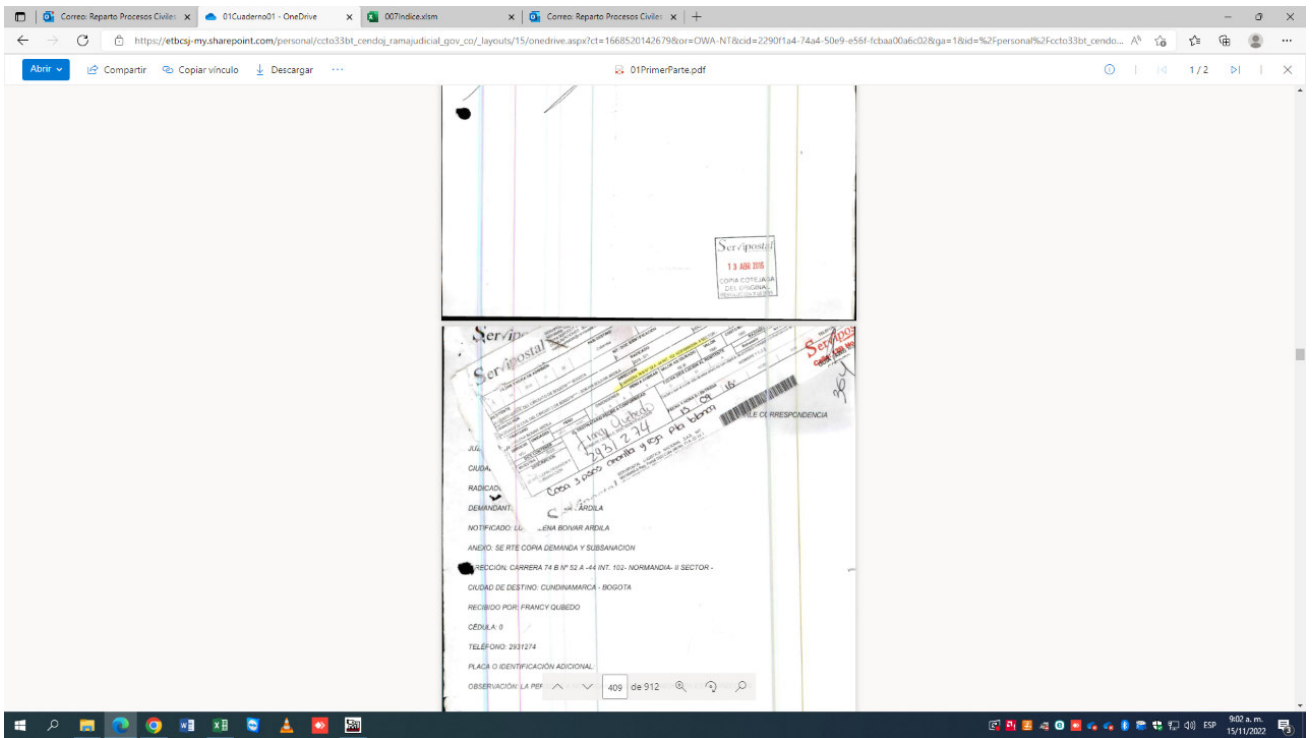
Laura González
Asistente Judicial

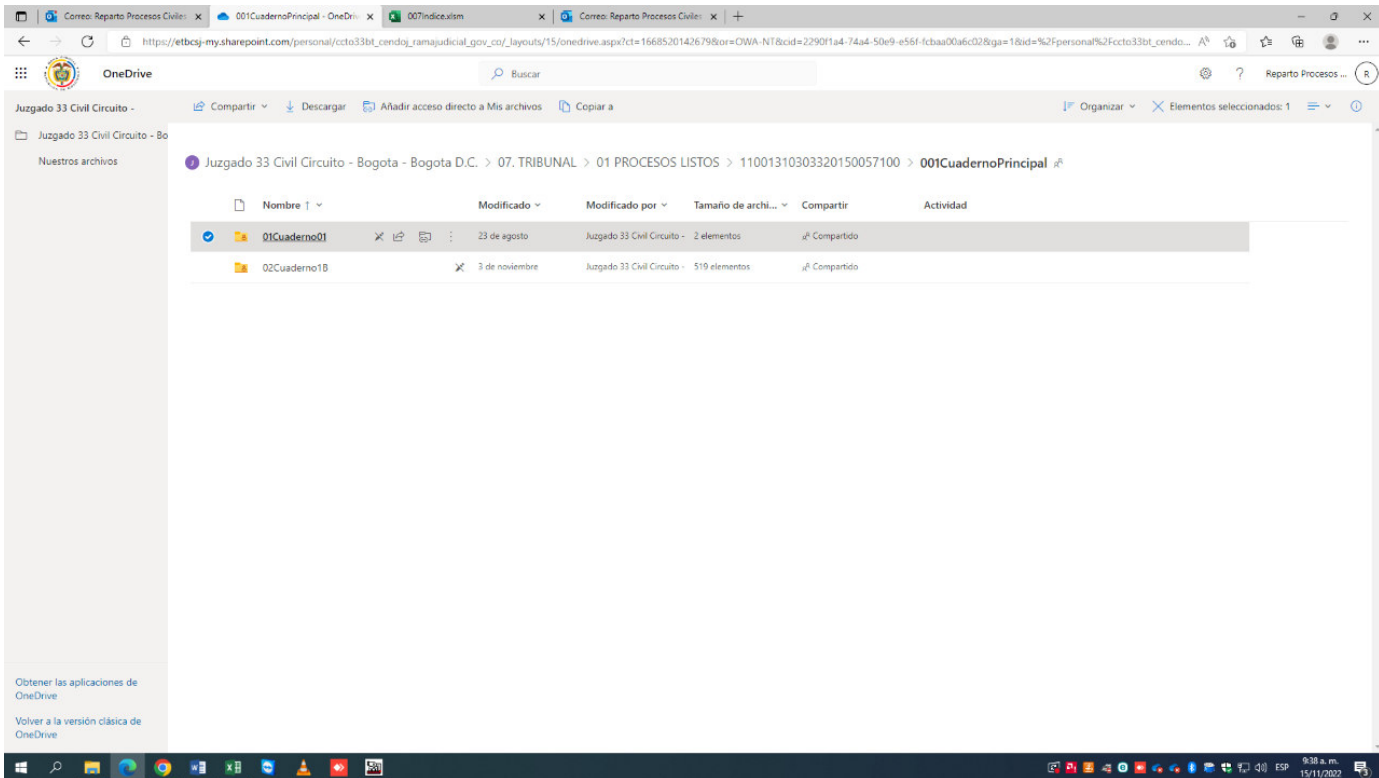
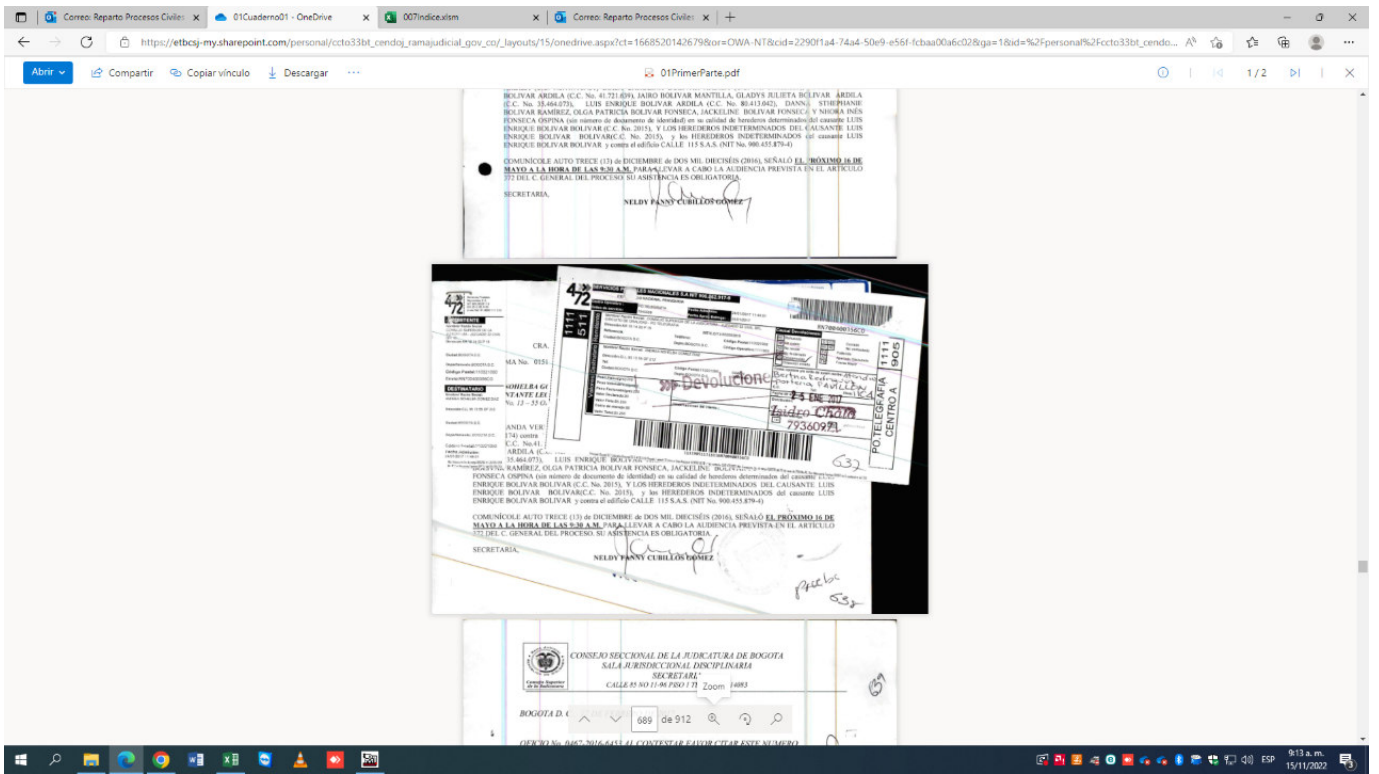
De: Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota <rprocesosctsbt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 15 de noviembre de 2022 9:41 a. m.

Para: Juzgado 33 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto33bt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RE: REMITO PROCESO 11001310303220150057100





Cordial saludo. Se devuelve el expediente referenciado, por cuanto presenta inconsistencias en su digitalización pues a vista de la sub carpeta **01Cuaderno01** de la carpeta **001CuadernoPrincipal**, se avizora que los folios físicos 363-364, 369-370, 400-401, 622-623 y 637-638 están escaneados el uno sobre el otro.

**JAIME HILDEBRANDO VEGA CARRIZALES
CITADOR IV - SECRETARÍA SALA CIVIL TSB**

De: Juzgado 33 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto33bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 15 de noviembre de 2022 7:02

Para: Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota <rprocesosctsbt@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Asunto: REMITO PROCESO 11001310303320150057100



Rama Judicial
República de Colombia

Juzgado 33 Civil del Circuito de Bogotá

Carrera 10 No. 14 – 33 Piso 2 Telefax 2821242
Ccto33bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cordial saludo

Por medio del presente me permito remitir proceso 11001310303320150057100.-

[11001310303320150057100](#)

Karol Herrera
Asistente Judicial

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

110013103032201500571 01

RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTA D.C.
S E C R E T A R I A
SALA CIVIL
Avenida Calle 24 No. 53 – 28 Oficina 305 C
Teléfono: 4233390

Magistrado : **MARTHA ISABEL GARCIA SERRANO**

Procedencia : 032 Civil Circuito

Código del Proceso : 110013103032201500571 01

Instancia : Segunda Instancia

Clase de Juicio : Verbal

Recurso : Queja

Grupo : 32

Repartido_Abonado : REPARTIDO

Demandante : SORAYA BOLIVAR ARDILA

Demandado : WILLIAM LEONARDO BOLIVAR ARDILA

Fecha de reparto : 16/01/2023

C U A D E R N O : 2



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA
SALA CIVIL

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO
110013103032201500571 01

Fecha : 16/ene./2023

Página 1

*~

GRUPO RECURSOS DE QUEJA

REPARTIDO AL DOCTOR (A)	CD. DESP	SECUENCIA	FECHA DE REPARTO
MARTHA ISABEL GARCIA SERRANO	026	125	16/ene./2023

<u>IDENTIFICACION</u>	<u>NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL</u>	<u>PARTE</u>
SOBA	SORAYA BOLIVAR ARDILA	01 *~
WILBA	WILLIAM LEONARDO BOLÍVAR ARDILA	02 *~

אזהרה: המסמך נרשם בקובץ היינ

FUNCIONARIO DE REPARTO

Elaboró: LZZLUAGAH
BOG03TSBL02

Dentro de los terminos de Ley, interpongo APELACION a la Sentencia dentro del radicado 1100131030332009078200

RAMIREZ ABOGADOS <abogados.ramirezramirez@gmail.com>

Mié 27/07/2022 1:10 PM

Para: Juzgado 35 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto35bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

--

**ROBERTO RAMIREZ QUINTANA
DERECHO PENAL MEDICO
TP: 151478 del CSJ**



Remitente notificado con
[Mailtrack](#)

Bogotá D.C. julio 27 2022

SEÑORA:

JUEZ TREINTA Y CINCO (35) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.

E.S.D.

Referencia: Proceso Ordinario de Responsabilidad Medica

Radicado: N° 2009078200

Demandantes: Beatriz Lorena Tolosa Novoa y otros

Demandados: FABIAN ENRIQUE BLANCHAR DIAZ

RECURSO DE APELACION A LA SENTENCIA

Respetada Juez:

ROBERTO RAMIREZ QUINTANA, mayor, vecino y residente en esta ciudad, identificado tal y como aparece al pie de mi respectiva firma, obrando como apoderado de confianza del **DR FABIAN ENRIQUE BLANCHAR DIAZ**, a través del presente y muy respetuosamente procedo a manifestar que interpongo **RECURSO DE APELACION**, en contra de la sentencia proferida por su despacho el día 21 de julio de 2022, la cual sustentare verbalmente ante el superior jerárquico (Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C. Sala Civil), según lo establece el artículo 327 del Código General del Proceso.

Según lo establecido en el artículo 322 del Código General del Proceso, que versa “*Cuando se apele una sentencia, el apelante, al momento de interponer el Recurso en la audiencia, si hubiere sido proferido en ella, o dentro de los tres (3) días siguientes a su finalización o a la notificación de la que hubiere sido dictada por fuera de la audiencia, deberá precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace la decisión, sobre los cuales versara la sustentación que hará ante el superior*”. De acuerdo a lo anterior los reparos o desacuerdos con la Sentencia del día 21 de julio de 2022, son los siguientes:

REPAROS

UNICO. En el numeral Quinto de la sentencia que textualmente dice “**CONDENAR a Fabián E Blanchar Díaz y Juan Pablo Robles, a pagar, una vez ejecutoriada esta sentencia, la suma de 35 SMLMV para cada uno de los siguientes demandantes: Marcelo Novoa Santiago (q.e.p.d.), padre de Gladys Novoa Quintero (q.e.p.d.), Marcelo Novoa Quintero, hermano de Gladys Novoa Quintero (q.e.p.d.), y Yamile Novoa Quintero, hermana de Gladys Novoa Quintero (q.e.p.d.), por el daño moral subjetivo que les fue ocasionado.** Frente a lo anterior interpongo el RECURSO DE APELACION al fallo de primera instancia emanado por el Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito de Bogotá D.C. con el ánimo que se revoque este numeral ya que como se pudo observar en el expediente y lo cual ratifico en este recurso se realizó una COMPENSACION E INDEMNIZACION ECONOMICA, por la suma de trescientos millones de pesos (\$300'000.000), los cuales fueron cancelados con anterioridad a la firma del preacuerdo (15, de septiembre de 2021), y recibidos a satisfacción por las personas que se hicieron presentes como víctimas dentro del proceso, quienes estuvieron representados por su apoderado **DR PEDRO CAPACHO PABON**, y aceptaron la indemnización como única suma, tal y como lo manifestaron posteriormente a la firma del preacuerdo.

Es de anotar que en mi calidad de defensor me reuní en dos oportunidades en la oficina del **DR CAPACHO PABON**, apoderado en el preacuerdo en su oficina, donde también atiende el apoderado de esta demanda civil, **Dr. CAMARGO CARTAGENA**, quien estuvo presente en las conversaciones, siempre conoció de la intención de llegar a un acuerdo, no se opuso, supo de la firma del mismo y nunca allego oposición alguna por su parte ni de parte de sus poderdantes al preacuerdo. Por lo que esta indemnización cubría todos los daños, tanto materiales, como inmateriales (daño moral), de las víctimas.

Cabe resaltar, además, que, para ser parte de un proceso, y buscar una reparación deben acreditar el daño, este se debe probar y revisada la sentencia en ninguna parte se hacer referencia a que esta circunstancia se haya demostrado, por lo cual no deben ser sujetos a indemnización por daño moral, las personas mencionadas en el acápite quinto de la sentencia, ya que el mismo no solo se acredita por la calidad de familiar sino que se debe probar dentro del proceso y este factor goza por su ausencia.

De esta manera dejo planteada las razones por las cuales interpongo el RECURSO DE APELACION a la sentencia referida, el cual como ya manifesté sustentare en debida forma ante el superior jerárquico, según lo establecido en el Código General del Proceso artículo 327.

Tanto el preacuerdo como el recibo de consignación de la suma indemnizada reposan en el expediente.

Atentamente:

ROBERTO RAMIREZ QUINTANA

C.C. N° 79'275.755

T.P. N° 151.478 del CSJ

Notificaciones: Calle 93 N° 11 a 28, oficina 601

Teléfono 3015685616

Correo electrónico abogados.ramirezramirez@gmail.com

MEMORIAL PARA REGISTRAR DRA. LOZANO RICO RV: PROCESO 2022-00032.01

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota
<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 16/01/2023 15:49

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DRA. LOZANO RICO

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA**Secretario Sala Civil****Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá****Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305****Teléfono 423 33 90 Extensión 8349****Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co**

De: Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota

<rprocesosctsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: lunes, 16 de enero de 2023 3:32 p. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: germanmarinbar <germanmarinbar@gmail.com>

Asunto: RV: PROCESO 2022-00032.01

De: Marines Abogados <germanmarinbar@gmail.com>

Enviado: lunes, 16 de enero de 2023 15:24

Para: Reparto Procesos Civiles Sala Civil Tribunal Superior De Bogota

<rprocesosctsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; contabilidadlosanticuarios@gmail.com

<contabilidadlosanticuarios@gmail.com>; Notificaciones <notificaciones@velezgutierrez.com>

Asunto: PROCESO 2022-00032.01

Buena tarde

Cordial saludo, el suscrito apoderado remite memorial para la referencia..

REF: 2022-00032-01

DEMANDANTE: ALATAMA Y RIOSTRA S.A.S

DEMANDADO: INVERSIONES DE LOS ANTICUARIOS S.A

Solicito recibo, muchas gracias.

--

MARINES I ABOGADOS

[CONSULTORÍA LEGAL Y LITIGIOS](#)

GERMAN MARIN BARAJAS

Abogado especializado en
Derecho Laboral y Seguridad Social,
Derecho Civil y Derecho Comercial.

<http://marinesabogados.com/>



Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTA
SALA CIVIL
MAGISTRADA PONENTE : DRA: AIDA VICTORIA LOZANO RICO
Ciudad

REF: 11001-3103-008-2022-00032-01

PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: ALATAMA S.A.S. Y RIOSTRA S.A.S

DEMANDADO: INVERSIONES DE LOS ANTICUARIOS S.A

GERMAN MARIN BARAJAS, identificado como aparece al pie de mi firma, en ejercicio profesional de abogado con T.P No.69079 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de la demandante en este asunto, a terminos del art 331del CGP formulo recurso de suplica contra el auto de diciembre 19 del 2022, que en su parte resolutive decide en el numeral primero INADMITIR el recurso de apelación interpuesto y concedido contra el auto del 12 de agosto del 2022...”

FUNDAMENTOS Y RAZONES JURIDICAS DE LA INCONFORMIDAD

- 1)** Recuérdese, que Colombia es un Estado Social de Derecho en el que “prima el derecho positivo y el cometido propio de los jueces está referido a la aplicación del ordenamiento jurídico por los poderes organizados que ejercen un tipo específico de control social a través de un conjunto integrado y armónico, para que el poder judicial no deje sin solución ningún asunto sometido a su estudio.
- 2)** Es un hecho incontrovertible, que la honorable Magistrada, está dejando de lado las normas sustanciales propias del



debido proceso, del derecho de acción y el derecho de defensa como emanación de aquel, consagradas como derechos fundamentales en el canon 29 superior, en especial la norma 83 que consagra el principio de la buena fe, máxime que sus decisiones están francamente quebrantando la norma 13 superior, en el punto al derecho fundamental a la igualdad y obviamente sus decisiones proferidas atentan contra los principios rectores que inspiran el procedimiento, cuyos postulados son prevalentes y de obligatoria aplicación, en cuanto son las normas orientadoras para la realización de la justicia material.

- 3)** Los actos del Magistrado, como toda obra humana son susceptibles de error, bien por fallas en la aplicación de las normas sustanciales, o procesales o por interpretaciones exageradas y caprichosas de los auxiliares del Magistrado, que le colaboran al Magistrado en la elaboración de las providencias ó por desconocimiento de la ley ó malinterpretándola desarrollan vicios y costumbres que han debido superarse para no conculcar los legítimos derechos de los ciudadanos y sociedades jurídicas que concurren a la administración de justicia para solucionar sus conflictos.

- 4)** El Juez y el Magistrados son representantes del Estado, encargado de administrar justicia con arreglo a la normatividad imperante, luego EL MAGISTRADO como director del proceso, pero sobre todo como DADOR DE LA JUSTICIA y la EQUIDAD no puede dejar sin decisión o solución un conflicto planteado ante él. Y menos puede sostener la honorable Magistrada ponente para inadmitir, diciendo: "...En el caso presente, la alzada interpuesta en contra del auto que declaró probada la excepción previa de falta de jurisdicción y competencia para conocer la controversia derivada del contrato de arrendamiento por la existencia de la cláusula compromisoria



y la consiguiente terminación del juicio, emitido por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de esta urbe, no cumple con el requisito en comento, en tanto que no es susceptible de ser controvertido a través de ese remedio vertical, por no estar enlistado en el canon 321 del C.G.P como tampoco en norma especial alguna de esa codificación.

- 5)** Resulta desatinado e incomprensible, so pretexto de un criterio analógico, pretender desconocer que cuando el sentido de la ley es claro, no se desentenderá su tenor literal (art 27 del C.C.) es decir, “la inadmisión del recurso de apelación, es una actuación arbitraria, caprichosa e infundada, violatoria de los derechos fundamentales de debido proceso, defensa a la demandante art 29 de la Constitución Nacional , ya que el titular del Juzgado Octavo Civil del Circuito concedió el recurso de apelación y la parte demandada no interpuso ningún recurso, quedando en firme la concesión del recurso de apelación, luego la honorable Magistrada debió pronunciarse sobre la apelación, pero jamás proceder a inadmitir con una tesis violatoria de los derechos fundamentales de defensa y debido proceso consagrado en el art 29 de constitución Nacional.

- 6)** Las demandantes son sujetos procesales y no victimas del acontecer procesal, luego las consecuencias de una interpretación extensiva procesal, so pretexto de un criterio analógico personalismo de la honorable Magistrada , no puede gravitar negativamente en la parte procesal hasta el punto de que ésta demandante pierda la oportunidad de utilizar un recurso concedido por el juez de la primera instancia, cuando la providencia es apelable a términos del numeral 7 del art 321 del CGP, que pregonas : “ El que por cualquier causa le ponga fin al proceso...”



- 7) El desacierto de la Magistrada del Tribunal , fue mayúsculo al proferir el insólito auto de fecha diciembre 19 del 2022, puesto que el proceso “ termino ante el Juzgado 8 Civil del Circuito” y ese auto que termina proceso es apelable, a términos del numeral 7 del art 321 del CGP, que pregona : “ El que por cualquier causa le ponga fin al proceso...” luego no se puede admitir la famosa tesis violatoria del art 29 de la Constitución Nacional, esgrimida, que dice “... no cumple con el requisito en comento, en tanto que no es susceptible de ser controvertido a través de ese remedio vertical, por no estar enlistado en el canon 321 del C.G.P como tampoco en norma especial alguna de esa codificación...”

PETICIÓN

Solicito se revoque la providencia de fecha 19 de diciembre de 2022 y en su lugar se proceda a continuar con el tramite de la restitución de inmueble y de la apelación.

NOTIFICACIONES

A la parte demandante en los e-mail: sanceci.galvis@gmail.com y riostra.sas.sociedad@gmail.com

A la parte demandada en e-mail: contabilidadlosanticuarios@gmail.com

Al apoderado de la parte demandada en el e-mail: notificaciones@velezgutierrez.com

El suscrito apoderado recibenotificaciones en la Calle 125 No. 18b- 25 Oficina 203, en el e-mail: germanmarinbar@gmail.com Tel: 3175130265

MARINES | ABOGADOS

Especialistas en Litigios

dependencia@marinesabogados.com | www.marinesabogados.com



Cordialmente,

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "German Marin Barajas".

GERMAN MARIN BARAJAS

C.C. 19.498.958 de Bogotá

T.P. 69079 DEL C.S.J.

**MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. ZAMUDIO MORA RV: SUSTENTACION RECURSO
11001310301220190018401**

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secscribupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 16/01/2023 14:23

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. ZAMUDIO MORA

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA**Secretario Sala Civil****Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá****Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305****Teléfono 423 33 90 Extensión 8349****Email: secscribupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co**

De: JUDITH COLLAZOS <judithcollazosg@gmail.com>

Enviado: lunes, 16 de enero de 2023 1:34 p. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secscribupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: SUSTENTACION RECURSO 11001310301220190018401

Honorable:

Magistrado Dr. Manuel Alfonso Zamudio Mora

Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil

E_____S_____D.

Referencia: Proceso Verbal de Pertenencia No.
11001310301220190018401

Demandante: Rafael Moreno León

Demandado: Idanid Vargas Sánchez y demás Personas Indeterminadas.

Asunto: Sustentación Recurso de Apelación Sentencia

Adjunto memorial contentivo del escrito de Sustentación al Recurso de Apelación.

--

Judith Collazos Garzón

CALLE 12 B No. 8 - 23 OFICINA 301

Honorable:

Magistrado Dr. Manuel Alfonso Zamudio Mora
Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil

E_____S_____D.

Referencia: Proceso Verbal de Pertenencia No. 11001310301220190018401
Demandante: Rafael Moreno León
Demandado: Idanid Vargas Sánchez y demás Personas Indeterminadas.
Asunto: Sustentación Recurso de Apelación Sentencia

Judith Bethzabeth Collazos Garzón, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.766.807 expedida en Bogotá, con Tarjeta Profesional No. 170.515 del C.S.J., actuando en calidad de Apoderada de la Parte Actora, encontrándome dentro del término establecido en el Art. 12 de la Ley 2213 de 2022, de manera respetuosa me permito manifestar al Señor Juez que allegó a su Despacho, la sustentación al Recurso de Apelación en los siguientes términos:

Ratificando los hechos y reparos que fueron citados en el Recurso de Apelación presentado ante el Juzgado (12) Civil del Circuito de Bogotá, este fallo mediante el cual se niegan las pretensiones y decide no resolver el asunto, carece de legalidad, como quiera que los argumentos y decisión son contrarios a derecho, y evidentemente, así logra establecerse de:

La Sentencia en sus consideraciones precisa que ha de negarse las pretensiones por no existir identidad del inmueble relacionado en la demanda y el determinado en la Inspección Judicial, afirmando que esta situación fue confirmada por el Perito quien una vez cuestionado manifestó que las medidas no coinciden con las indicadas en la demanda, dejando de lado que este mismo perito en este mismo cuestionario manifestó que si bien es cierto, las medidas no coincidían, el inmueble se encontraba dentro de las áreas determinadas por el Señor Juez, en Inspección Judicial, y que el predio existía sin sobrepasar los linderos del bien inmueble colindante, es decir, que este inmueble se encuentra debidamente determinado y que sus medidas podían ser ajustadas por no afectar ningún predio colindante.

Ahora bien, el Juzgado decidió no fallar el caso de fondo, cuando al contrario de lo considerado en la Sentencia, el Señor Juez de primera Instancia logro establecer los hechos constitutivos de la Posesión del demandante Sr. Rafael Moreno León, por todos los medios probatorios a saber, prueba documental donde se reconoce al Sr. Rafael Moreno León como poseedor –Fallo Juzgado (57) Civil Municipal de Bogotá, Interrogatorio a Instancia de Parte absuelto por la demandada Sra. Idanid Vargas Sánchez, testimonios rendidos por los testigos por las personas convocadas por el Señor Rafael Moreno León y por la demandada Sra. Idanid Vargas Sánchez, quienes coinciden en que siempre ha

sido reconocido como propietario el Sr. Rafael Moreno León, quien además logro acreditar que había sido la persona que efectuara las edificaciones existentes, por lo que este proceso tiene la totalidad de elementos probatorios para que el fallo consistiera en una decisión en la que se resolviera el fondo del asunto que es el reconocimiento de la propiedad del demandante Sr. Rafael Moreno León, pero de manera contraria la Sentencia niega las pretensiones por no coincidir el bien descrito en la demanda con el que posee el demandante, apreciación que con fundamento en la amplia jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, como se mencionó en el escrito contentivo de la Apelación: "ha afirmado que la asimetría matemática o representativa respecto a líneas divisorias y medidas entre el bien o porción del terreno poseído y el descrito en el folio de matrícula inmobiliaria o en un escritonotarial, donde los actos de señor y dueño ejercidos sobre un inmueble, evidencian "(...) un fenómeno fáctico (...) con relativa independencia de medidos y linderos preestablecidos que se hayan incluido en la demanda, pues tales delimitaciones tan solo habrán de servir para fijar el alcance espacial de las pretensiones del actor, y, claro, deberán establecerse, con miras a declarar, si así procede, el derecho de propiedad buscado, hasta donde haya quedado probado, sin exceder el límite definido por el escrito genitor²".

El bien inmueble efectivamente existe y está comprendido dentro del área del predio inspeccionado, sin sobrepasar lindero alguno, y así lo confirmó el Señor Juez, por lo que la Sentencia ha de ser revocada y en derecho proferir la que corresponde ajustando el limite espacial de las medidas del inmueble objeto de usucapión y las que logro establecer el Juez de primera Instancia.

Por lo que esta Sentencia desconoce y se aparta sin justificación alguna de la línea jurisprudencial, ahora bien, no solo este argumento sirve de fundamento al Recurso de Apelación, pues como quedo dicho, el Señor Juez, con esta Sentencia que niega el Acceso a la Justicia, por no fallar el caso, permite que la demandada continúe como titular de dominio de un bien inmueble que por los hechos y pruebas se demostró que no hace parte de su patrimonio, por lo que estaríamos frente a la anuencia y legitimación de un Enriquecimiento sin justa causa.

Para concluir Honorable Magistrado, se está dejando de declarar un derecho debidamente probado, con unas consideraciones que hacen referencia a la forma, que de existir alguna discrepancia en las medidas el Señor Juez y su Despacho, se encuentra facultado legalmente para ajustarlas y poder además de resolver el asunto, declarar el derecho en cabeza del Demandante Rafael Moreno León, no solo con mi dicho sino con la totalidad de material probatorio que reboza en el proceso donde se acredita la calidad, los actos y demás condiciones jurídicas que facultan y legitiman a mi mandante para que sea reconocido como pleno propietario del inmueble.

En la sentencia censurada se hace una indebida interpretación del Dictamen Pericial, cuando decide adoptar como fórmula de negación de las pretensiones, lo

afirmado por el Perito donde dice "que el predio no coincide con el detallado en la demanda", esta valoración probatoria resulta ambigua, cuando evidentemente conforme al dictamen existe una pequeña discrepancia entre las medidas, pero esta situación no debe afectar más que la Sentencia señale los límites reales, pues así también, lo afirmo el Perito, que el inmueble objeto de declaratoria de pertenencia, se encontraba dentro del límite o plano de manzana catastral. –manifestación rendida en cuestionario realizado a perito-. Por lo que no es pertinente denegar las pretensiones cuando, existe certeza del bien, de los hechos constitutivos de posesión y el cumplimiento de los requisitos para su declaratoria.

En cuanto al numeral tercero, manifiesta el Señor Juez de Primera Instancia "NO HACER pronunciamiento sobre las excepciones propuestas por la parte demandada, según lo indicado en las motivaciones de esta providencia, a lo cual se hace necesario advertir y señalar que la parte demandada contesto la demanda inicial, pero esta fue objeto de reforma, sin que se exceptionara o presentara contestación alguna, por lo que no existe excepciones que resolver, como al igual que todo el fallo resulta extraño.

Así mismo el fallo de primera instancia, como consecuencia "aparentemente lógica" decide condenar en costas y liquidar como agencias en derecho la suma de (\$7.000.000) en contra de la parte actora, hecho que por lo principal no ser procedente, tampoco como consecuencia de un fallo, que además de ser contrario a derecho, desconoce y desatiende el contenido literal del Artículo 97 del C.G.P., donde en el caso concreto la parte demandada guardo silencio y no formulo excepción alguna, téngase en cuenta que la demanda fue objeto de reforma y su respectivo traslado se surtió, al que la parte no presento contestación o medio de defensa que permita en esta sentencia, premiar a la parte con unas agencias en derecho no causadas.

Son estos los hechos que motivan el presente Recurso de Apelación, por lo que de manera respetuosa solicito al Honorable Magistrado, se sirva revocar en su integridad la Sentencia de primera Instancia, y en su lugar proferir aquella que en derecho corresponde con los hechos y pruebas donde se acredita que el Señor Rafael Moreno León, le asiste el derecho le sea declarado.

Del Honorable Magistrado, atentamente,

Judith Bethzabeth Collazos Garzón

C.C. No. 52.766.807 de Btá

T.P. No. 170.515 del C.S.J.



Bogotá, 19 de enero de 2022.

Señora Magistrada
RUTH ELENA GALVIS VERGARA
Sala Civil
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA
E.S.D.

Proceso: Expropiación
Demandante: Agencia Nacional de Infraestructura
Demandados: Félix Francisco Paternina y Yadira Espitia
Radicado: 11001310301220210002801

Respetada señora Magistrada,
En calidad de apoderado de la parte demandada dentro del presente proceso me he permitido presentar recurso de apelación en escrito del 11 de enero del presente año, que habilito dentro de esta sustentación, por dos potables razones. Una, por la indebida notificación de la demanda, que ocurrió como puede advertir dentro del expediente, por aviso, cuando las reglas de transparencia indican que, si la parte demandada conoce el domicilio, teléfono, lugar de residencia, de los demandados, el menor esfuerzo podría haber producido una notificación personal como debe ser. Este proceso como usted conoce, tiene una parte administrativa de negociación directa, anterior que incluye actividades de socialización en la comunidad donde se va a intervenir, de elaboración de avalúo por parte de la ANI, presentación de oferta al afectado, en éste caso incluso acuerdo previo de entrega anticipada con participación mía como apoderado, expedición de una resolución que ordena iniciar el proceso de expropiación por la falta de acuerdo de las partes, que no debería soslayar el demandante a la hora de notificar el mismo. Sobre todo, llevándose el proceso en Bogotá y estando el predio a expropiar en San Pelayo, Córdoba. Demanda que no se entregó tampoco a los demandados al momento de ser presentada. Así, por medio de un aviso, notificaron el auto admisorio, y quedaron de conformidad con las consideraciones del señor Juez de primera instancia mis representados notificados. Repito, cuando el demandante conocía todas las señas de mis apoderados y también mías como apoderado en la etapa de negociación directa.

Una vez me di cuenta de la existencia del proceso revisando en la página judicial los procesos de la Agencia Nacional de Infraestructura, puesto que represento algunas personas del municipio y además fungí de apoderado en transacción que envié al proceso, les avisé, envié poder y, presentamos avalúo de oposición con contestación de la demanda que no fue tenida en cuenta y la decisión negada ante el recurso de reposición como también la alzada y en la misma fecha emitida sentencia.



Reclamo entonces la revisión y aplicación del principio de legalidad a lo sucedido en la notificación del proceso a mis representados, ordenando recomponer el trámite del proceso desde la contestación de la demanda, para que así sea una realidad el derecho al debido proceso.

En segundo lugar, para el caso que no se acepte mi solicitud anterior, se revoque la sentencia por el reclamo que hago de indebida aplicación como indemnización de una suma de dinero recibida por medio de un contrato de transacción, que pagó el concesionario, no la ANI, por las construcciones, mejoras, cultivos y entrega anticipada del predio, y no por el predio. Es clarísimo el documento sobre la oposición al precio ofrecido en la oferta formal de compra, y la razón que causa el pago. Por tanto, no se ha recibido un solo peso de indemnización por el terreno expropiado. Y así debe ser considerado por la sentencia. Así mismo, conforme la sentencia C-0750 de 2015 proferida por la Corte Constitucional, se debe incluir un pago por la compensación que genera el tener el predio fuera del comercio desde que se registró la Oferta Formal de Compra en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de la ciudad de Cereté, Córdoba.

Finalmente, reclamo la indexación de la suma de dinero adeudada conforme las reglas que la rigen, para el caso de confirmación de la sentencia de expropiación.

En los anteriores términos queda expuesta mi sustentación a la alzada interpuesta.

Con el mayor de los respetos,

RAFAEL MENDIETA

RAFAEL MENDIETA BERMUDEZ

C.C. No. 19.355.869

T.P. No. 27.715 del C.S. de la J.

310 261 4243

rafaelmendieta@mendiataabogadossas.com

Radicado: No. 11001310303320090078200 Despacho: Juzgado 35 Civil Circuito de Bogotá D.C. Demandados: ARTURO MARTINEZ TORRES Y OTROS Asunto: Apela sentencia

Daniel Espinosa Guarnizo <danielespinosa8@hotmail.com>

Mié 27/07/2022 8:58 AM

Para: Juzgado 35 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto35bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: camargocartagena@gmail.com <camargocartagena@gmail.com>;d.guevara@scare.org.co <d.guevara@scare.org.co>;fabian_blanchar@hotmail.es <fabian_blanchar@hotmail.es>;abogados.ramirezramirez@gmail.com <abogados.ramirezramirez@gmail.com>;cirujanoestetico@hotmail.com <cirujanoestetico@hotmail.com>;asesoriascontables21@une.net.co <asesoriascontables21@une.net.co>;carlosparrah@hotmail.com <carlosparrah@hotmail.com>;Gilberto Naranjo Ramírez <gilbertonaram@hotmail.com>;Miguel Alfonso Yáñez Quintero <my.abogados@hotmail.com>;Alvaro Wilson Florian Ospina <afloriao@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Cristian Jose Cardenas Sanchez <ccardens@cendoj.ramajudicial.gov.co>;asjulace01@gmail.com <asjulace01@gmail.com>

Buenos días,

DANIEL ESPINOSA GUARNIZO, obrando en calidad de apoderado especial del demandado JUAN PABLO ROBLES ÁLVAREZ, dentro de la oportunidad procesal prevista para el efecto y de acuerdo con lo consagrado en el artículo 320 y siguientes del CGP, de manera atenta me permito presentar recurso de apelación en contra de la sentencia proferida por su Despacho el 21 de julio de 2022.

Atento saludo,

Daniel Espinosa Guarnizo
C.C. N° 7.162.662 de Tunja
T.P. 86.231 del C.S.J.

Señora
Juez Treinta y Cinco (35) Civil del Circuito de Bogotá
E. S. D.

Referencia: Proceso Ordinario
Radicación: N° 2009-0782 00.
Demandantes: Beatriz Lorena Tolosa Novoa y Otros.
Demandados: Clínica de la Mujer y Otros.
Asunto: Apela Sentencia

DANIEL ESPINOSA GUARNIZO, obrando en calidad de apoderado especial del demandado JUAN PABLO ROBLES ÁLVAREZ, dentro de la oportunidad procesal prevista para el efecto y de acuerdo con lo consagrado en el artículo 320 y siguientes del CGP, de manera atenta me permito presentar recurso de apelación en contra de la sentencia proferida por su Despacho el 21 de julio de 2022, lo cual paso a hacer en los siguientes términos:

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 322 de la norma en cita, según el cual: “Cuando se apele una sentencia, el apelante, al momento de interponer el recurso en la audiencia, si hubiere sido proferida en ella, o dentro de los tres (3) días siguientes a su finalización o a la notificación de la que hubiere sido dictada por fuera de audiencia, **deberá precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión, sobre los cuales versará la sustentación que hará ante el superior.**” (resaltado fuera del texto).

En ese sentido, en resumen, los reparos que tenemos respecto de la Sentencia proferida el 21 de julio de 2022 por el Juzgado 35 Civil del Circuito, son los siguientes:

1. El A Quo parte de la base equivocada de que mi representado, el Doctor Juan Pablo Robles, tenía un papel determinante en el desarrollo de los hechos, cuando la realidad es que su rol se limitaba al de médico de ayudantía quirúrgica. No fungió como cirujano plástico, ni como cirujano plástico secundario. De hecho no se demostró, ni podía demostrarse, un vínculo contractual entre la paciente o sus familiares y amigos, y el Doctor Juan Pablo Robles, porque tal relación contractual no existió por escrito y ni siquiera verbalmente. Es más, no aparece prueba de relaciones contractuales entre el Doctor Robles o cualquiera de los actores de los hechos, como la Clínica Márquez, el cirujano plástico, el anesthesiólogo, el personal de enfermería o cualquiera otro.
2. Olvidó el fallador de primera instancia que la Clínica Márquez no era ni ha sido una clínica universitaria. Por esa razón no podía tener un convenio con universidad alguna para que mi representado pudiera tener el rol de cirujano practicante, era un imposible jurídico esa situación, por lo que no se le podía atribuir ese rol y obviamente por ese motivo no aparece demostrado en las diligencias.
3. No aparece demostrado en las diligencias, tampoco, que el Doctor Fabián Blanchar hubiera contratado al Dr Robles como cirujano aprendiz o practicante. Es claro en la lectura de las pruebas que el papel del Doctor Robles era prestar su apoyo en actividades menores, tal como el mismo Doctor Blanchar lo afirmó y lo resaltó el A Quo en su decisión, como la sutura de tejidos (sutura es cerrar una herida por medio de suturas), retiro de puntos y



actividades secundarias dentro de la intervención, pero nunca en la toma de decisiones relevantes para el desarrollo de la misma.

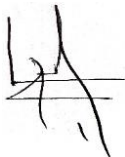
4. Debe señalarse, por otra parte, que el Doctor Robles en ese momento, como médico general, la ayudantía quirúrgica la había ejercido dentro de su pensum académico en medicina general, y como tal tenía la facultad de hacer actividades médicas en cualquier sala de cirugía, no solamente en cirugía general sino en otras ramas como incluso la cirugía plástica. De hecho trabajó en el Hospital de Soacha, en donde prestó su apoyo en diferentes áreas (hospitalización, urgencias, triage y ayudantía quirúrgica, entre otros).
5. El punto más relevante que motiva nuestra apelación, es que no existió nexo causal entre la conducta del Doctor Robles y el lamentable deceso de la paciente, como lo exige la ley para que pueda atribuirse responsabilidad. En efecto, quedó plenamente demostrado que la causa de la muerte de la paciente fue la embolia pulmonar causada por la introducción de elementos grasos (aceite de silicona). Esto significa, ni más ni menos, que el deceso no se produjo como consecuencia de las actividades propias de la ayudantía quirúrgica (suturas, retiro de puntos o temas secundarios), sino por la decisión del médico cirujano plástico contratado por la paciente de inyectarle esas sustancias que causaron la reacción en el cuerpo de la paciente que finalmente desencadenaron su muerte.
6. Hay que resaltar, por otra parte, el análisis que hizo el Despacho respecto de la responsabilidad del anestesiólogo, señalando que en la aplicación de la sustancia “(...) empleo, sugerencia o utilización, no hay prueba que el anestesiólogo hubiese participado. (...) Por tanto, fuerza concluir que el anestesiólogo Arturo Martínez Torres, dentro del marco de su actuación profesional no tuvo injerencia causal en el trágico desenlace luctuoso que ocupa la atención del Despacho”. Pues bien, exactamente por las mismas razones el Doctor Juan Pablo Robles debe ser absuelto, pues como médico de ayudantía quirúrgica no tenía ninguna posibilidad de incidir, emplear, sugerir o utilizar la sustancia en la paciente, pues tal era responsabilidad única y exclusiva del médico Fabián Blanchar, quien era, valga decirlo, el profesional a quien la señora Gladys Novoa Quintero le había confiado la intervención y la toma de ese tipo de decisiones, y la razón por la que lo contrató y le pagó unos honorarios. De hecho, es claro que si el anestesiólogo no tuvo ninguna responsabilidad, y él si estaba contratado y tenía un vínculo jurídico con la paciente, menos podría tenerla el Doctor Robles, por su papel dentro de los hechos y su precaria vinculación con la paciente.
7. Por otra parte, se apoyó el Despacho para atribuir responsabilidad al Doctor Robles en una prueba a la que no podía asignarse el valor otorgado, como era la declaración de la señora Martha Rocío Cataño, representante legal de la Clínica, quien aseveró que el Dr Robles obró directamente no como ayudante sino como cirujano practicante, e hizo esta afirmación sin ninguna prueba, olvidando que no se trataba de una clínica universitaria y que no había un convenio que le permitiera hacerlo, por lo que su afirmación se cae de su propio peso. De hecho esta declarante ni siquiera conocía el detalle de las intervenciones que se desarrollaban en la Clínica, pues le resultaba imposible saberlo.
8. En el mismo sentido se apoyó el Despacho en la declaración de la señora Diana Cristina Hernández, quien según su dicho se “enteró” que las intervenciones de liposucción y “la cola” serían llevadas por el médico Robles Álvarez, asegurando que no era cirujano plástico.

Primero, por qué se le dio valor a esta declaración de oídas y sin ningún fundamento serio como un contrato o convenio que lo demostrara. Segundo, la prueba idónea para demostrar esta circunstancia hubiera sido un contrato entre el Dr Robles y la paciente, que como es sabido no existió ni podía existir porque nunca hubo tal vinculación. Tercero, el Doctor Robles conoció a la paciente al momento de encontrarse en el quirófano, nunca cruzaron voluntades para suscribir contratos de ninguna naturaleza, y nunca le dijo a la paciente o a sus familiares que el iba a ser el cirujano plástico y que iba a encargarse de la operación de la paciente. Resulta realmente extraño que el Despacho hubiera basado su decisión en una prueba tan débil y equívoca.

9. Por otra parte, tampoco es aceptable la conclusión del A Quo para quien, al no contestar la demanda, el Doctor Robles es inexorablemente responsable de los hechos que se le imputan al entender que esta conducta omisiva es un indicio grave en su contra. Al respecto debe resaltarse que ese hecho procesal no puede desconocer la realidad de los hechos y estar por encima de la realidad probatoria, como lo es el verdadero papel dentro de los hechos que tuvo mi representado, o la causa eficiente de la muerte de la paciente, que como se demostró no tiene nada que ver con el actuar del Doctor Robles, y menos la relación de causalidad que debe demostrarse y que definitivamente no existió en estos hechos.
10. Finalmente, resulta inexplicable la cita del Decreto 2423, pues éste es un manual tarifario que produjo el Ministerio de Salud para determinar qué se le pagaba a las instituciones, qué cirugías se pagaban, si entraba un ayudante quirúrgico qué se le pagaba, así como la Resolución 5261, que es el manual de intervenciones y procedimientos del POS (es para EPS e instituciones del Estado). Estos dos actos administrativos no tienen nada que ver con la responsabilidad que se está endilgando, y por ende no se entiende la invocación que hizo el juzgador de primera instancia de dichos actos.

Así las cosas y por las razones expuestas, de manera respetuosa solicito adelantar el trámite de apelación que será sustentado verbalmente ante el Ad Quem en audiencia de sustentación y fallo, según lo dispuesto en el artículo 327 del CGP.

De la señora Juez,



Daniel Espinosa Guarnizo
C.C. N° 7.162.662 de Tunja
T.P. 86.231 del C.S.J.



MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO RV: sustentación de recuso en proceso, No 031 2004 00054 01 y solicitud de pruebas en segunda instancia

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 02/11/2022 12:09

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA

Secretario Sala Civil

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305

Teléfono 423 33 90 Extensión 8349

Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Gerardo Tarazona Mendoza <gerazona@hotmail.com>

Enviado: miércoles, 2 de noviembre de 2022 11:23 a. m.

Para: Secretario Sala Laboral Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secltribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Consuelo Vega Merchán

<ConsueloV@SUPERSOCIEDADES.GOV.CO>; defensasjudicial@ambientebogota.govco

<defensasjudicial@ambientebogota.govco>

Asunto: sustentación de recuso en proceso, No 031 2004 00054 01 y solicitud de pruebas en segunda instancia

SEÑORES

HONORABLES MAGISTRADOS

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA

SALA CIVIL

HONORABLE MAGISTRADO

DOCTOR

JUAN PABLO SUAREZ OROZCO

LA CIUDAD.

**REF: ESCRITO DE SUSTENTACION DE RECURSO Y SOLICITUD DE
DECRETO DE PRUEBAS EN SEGUNDA INSTANCIA.**

PROCESO No 11001310303120040005401

**ACCION DE NULIDAD DE PUBLIO ARMANDO ORJUELA
SANTAMARIA Vs EVA VALBUENA MOTOCORO.**

GERARDO TARAZONA MENDOZA, en mi condición de apoderado de la demandada en este proceso, y en razón a que la sentencia resulto favorable a los intereses de mi defendida negando las pretensiones de la demanda, solo presente **RECURSO DE APELACIÓN** en relación con la condena en costas y agencias en derecho de esta primera instancia en la cual el Juez de primera instancia condeno al demandante ya fallecido y por ende a sus herederos que actúan en su nombre y en su representación en este proceso, al pago de la suma

de \$ **20'000.000**, como agencias en derecho, de lo cual posteriormente se retractó, en razón a la supuesta existencia de un amparo de pobreza a favor del demandante en el proceso, situación con la que no estuve de acuerdo.

SOBRE EL AMPARO DE POBREZA, LA CONDENA AL PAGO DE COSTAS Y AGENCIAS Y LOS SUCEORES PROCESALES

Y amplío mi recurso básicamente en que el juzgado se retractó de esa condena amparado en que no podía condenar en este tema, en el trámite porque se decretó o existió la declaración de un amparo de pobreza a favor del demandante fallecido.

Esta figura como se decretó se hizo a nombre del demandante directo fallecido, no en nombre de sus herederos que actúan en su representación en este proceso, quienes se hicieron parte como sucesores procesales de acuerdo al artículo 68 y siguientes del CG del P, o en aplicación de la norma pertinente en ese momento del C de PC, y quienes tienen plena capacidad económica para responder por las consecuencias de este proceso, ya que entraron al proceso, como o en representación de esta parte demandante como sus sucesores y herederos sin haber recibido este proceso con beneficio de inventario, razón que los hace responsables de las consecuencias de este proceso, incluido el pago de las costas y agencias en derecho.

No es comprensible, que se hagan parte del proceso a nombre de su padre fallecido el demandante, y solo pretendan hacerse parte frente a las consecuencias del proceso, si hubiesen sido favorables a ellos como sus sucesores o herederos, y evadan las consecuencias igualmente de este mismo proceso si resultaren negativas, esto es incomprensible ilegal se deben hacer responsables de las consecuencias del proceso en todas sus facetas y consecuencias incluidas las negativas.

En este caso su despacho debe modificar la sentencia y ampliarla, teniendo en cuenta como perfectamente legal la condena en costas y agencias en derecho para que sean cubiertas y con la obligación de ser pagadas por sus herederos o sucesores procesales a quienes no ampara el amparo de pobreza decretado; Este es solo intuición persona frente al demandante directo y no favorece a otras personas, a favor de quienes no se declaró ni se solicitó.

DE LA NEGATIVA A LA CONDENA DE COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO AMPARADO EN UN AMPARO DE POBREZA.

Inicialmente debo manifestar que en este sentido el Juez se equivoca, ya que se retractó en el mismo fallo sobre la condena al pago de costas y agencias en derecho, cuando ya había tomado esa decisión de fondo, lo que no podía hacer, pues solo se podía modificar esa condena, por recurso de apelación a este respecto de la contraparte en forma expresa sobre este ítem, ante el Juez de primera instancia, una vez dictada esa sentencia, y para dirimirlo en la sentencia de segunda instancia.

A este respecto la contraparte no presento ningún tipo de recurso por esa condena, recurrió en contra de la decisión de fondo, que le negó sus pretensiones, pero no por la condena en costas y agencias en derecho.

Por esto el Juez de conocimiento dictada la decisión no se podía retractar, por lo que considero que en este sentido el fallo quedo en firme en este sentido y se debe modificar o ampliar en segunda instancia manteniendo esa condena al pago de esas costas y agencias en derecho, pero ampliándola como explicamos en el anterior acápite, a condena al pago de estas costas y agencias también en contra de sus sucesores y herederos procesales que actuaron en el proceso al pago de esas costas y agencias en derecho.

De otra parte, el amparo de pobreza no se puede tener como un derecho herencial y sucederlos a ellos, es intuición persona y solo afecta al supuesto amparado, la verdad es que desde que entraron al proceso como sucesores o herederos procesales, se hacen acreedores a las consecuencias de este trámite incluidos el pago de las costas y agencias en derecho e incluso a responder por los perjuicios que su padre y ellos han causado a la demandada con este trámite claramente absurdo e improcedente como se manifestó con la sentencia y los

alegatos de las partes en este proceso, que probaron que el trámite siempre fue completamente arbitrario y que solo pretendió continuar con una posible defraudación iniciada por el demandante, cuando irregularmente comercializo propiedades como la referida en este proceso, que no eran suyas, amparados en este y otros procesos, en contra de mi representada y todas las personas afectadas por el demandante y su familia en estos procesos, con la comercialización ilegal de bienes inmuebles, que nunca le pertenecieron a el demandante y que fueron comercializados por el cómo invasiones de tierras, y ventas de propiedades inmuebles que nunca le pertenecieron ni fueron de propiedad del demandante actuando en estos eventos como comercializador pirata, y por lo cual el estado tuvo que intervenir para proteger a todas las personas defraudadas por esta y otras personas sobre los inmuebles y personas afectados, como es el caso de mi representada.

De esta suerte por esa sola razón se debe condenar en las costas como se ordenó inicialmente y mantenerla para que le sean pagadas por quienes sucedieren legalmente al demandante procesalmente en este proceso.

En este sentido y en este evento es claro en que se debe aplicar el artículo 68 y siguientes del CG del P, como la sucesión procesal, con las consecuencias que esto comporta, esto es que vencidos en juicio habiéndose hecho parte como sucesores procesales se deben hacer responsables como efectivamente sucesores del procesado procesalmente tanto de lo positivo como de lo negativo, es absurdo pensar que solo pretendan recibir los beneficios de un proceso judicial si les es favorable, pero cuando les es negativo entonces amparados en la ley o en esta figura del amparo de pobreza que no se dictó a favor de estos sucesores procesales, evaden esa responsabilidad, en este caso como son los sucesores del demandante vencido

en juicio se deben hacer responsables de las consecuencias de este proceso y así lo debe decir el Juez en su decisión que en este caso omitió el juez manifestando que no se podía hacer efectiva esa condena por o amparados en ese amparo de pobreza decretado en ese proceso que no cobija a esos sucesores procesales, por lo cual oportunamente me opuse por considerarlo ilegal, por las razones que expuse someramente con mi recurso, y explico ampliamente en este documento.

Es verdad que de acuerdo con la sucesión procesal, los sucesores procesales reciben el proceso en el estado en que se encuentra y deben asumir por completo sus consecuencias, que ello comporta, incluido el pago de las costas y agencias en derecho y hacerse responsables incluso de los perjuicios causados, máxime cuando habiéndose hecho parte como sucesores procesales, no manifestaron su intención de hacerse parte con beneficio de inventario frente a los derechos litigiosos, solo manifestaron ser sus herederos y/o sucesores y en ese sentido tomaron el proceso.

A este respecto el supuesto amparo de pobreza del demandante no puede afectarlos o beneficiarlos a ellos, ya que esta manifestación y figura jurídica es intuito - persona, y solo se tiene en cuenta frente a la demandante en este caso únicamente a él y no frente a los herederos y sucesores en el proceso y sus consecuencias.

DEL AMPARO DE POBREZA REFERENTE AL DEMANDANTE PROPIAMENTE TAL.

El amparo de pobreza no puede convertirse como en este caso y en muchos más utilizados por el demandante en este procesó y muchos más, y ya fallecido y por su familia sucesora en que incluso en este proceso, el apoderado como abogado que lo representa es su propio hijo del demandante y es su sucesor procesal, y que interpuso ese amparo de pobreza con el solo objeto evidente de evadir las consecuencia del proceso en el caso de resultarles negativas, como efectivamente ocurrió en este caso, y con eso evadir y evitar el pago de sus obligaciones y las consecuencias de sus actos procesales.

Es diciente y se debe tener en cuenta que esa persona (el demandante) y su familia tienen una gran cantidad de procesos similares a este, siempre sobre bien inmuebles que de una u otra manera vendieron y que en algunos casos, casi siempre, como en este caso, ni siquiera fueron de su propiedad y que es clarísimo en el proceso que estas personas eran urbanizadores piratas que en medio de estas actividades ilegales que les debieron llevar incluso a la cárcel, pero desgraciadamente nunca ocurrió y durante muchos años se apropiaron de grandes propiedades y terrenos y con ellos defraudaron a muchas personas como en este caso a mi cliente, y luego de defraudarlas y haber recibido el precio que habían acordado por la venta irregular de esos inmuebles

pretendieron de nuevo quitárselos a quienes se los vendieron, o pretendieron el pago de inmensas sumas de dinero con diversos e irregulares procesos judiciales, con este tipo de procesos y artimañas por lo cual y era una situación tan de suma y extrema gravedad, que incluso el Estado Nacional se vio obligado a intervenir para proteger a esas personas y para proteger a todos esos ciudadanos que en esos momentos fueron defraudados por el demandante en este proceso, y que actualmente incluso su familia en esta época pretende continuar con esas actividades y lograr con estos procesos, a nombre del demandante, defraudar a los ciudadanos que confiaron en este tipo de personas, porque afortunadamente lograron oportunamente ser protegidos por el estado y a la ley y que con la sentencia actual se logró una definición a favor de nuestro cliente y muchas otras personas en procesos similares que hemos corroborado existen y aun se tramitan en diversos estamentos judiciales.

es evidente que estos procesos como en muchos más se intentó defraudar a estas personas, intentando utilizar la ley para conseguir sentencias en contra de personas como mi clienta, personas pobres e ingenuas, de las cuales esta persona se aprovechaba de su ignorancia para celebrar con ellas contratos ilegales y luego con estos procesos como este, recibido el dinero de esos contratos de ventas ilegales de tierras pretende su nulidad o pago de más dineros, de manera ilegal.

No contestos con eso y como argucia judicial se presentan en los procesos con amparo de pobreza pretendiendo una carencia ficticia de recursos para asumir las consecuencias de esos procesos, en caso de resultarles negativas y con ello evadir el pago de perjuicio, costas y agencias en derecho como ocurre en este caso, y que incluso, durante muchos años han transferido sus bienes a nombre de terceros, como se demuestra de múltiples procesos judiciales de donde es corriente que utilicen esta figura jurídica para evadir las consecuencias de los proceso en caso de derrota como en este caso.

Incluso en este mismo proceso, en donde aparecen las pruebas del recibo por el demandante de cientos de millones de pesos producto de estas ventas ilegales y que no aparecen reflejados en cuentas u otros bienes, es extraño que siendo inmensas las fortunas recibidas por estas actividades ilegales, no le aparezcan esos dineros en ninguna parte, lo que ameritaría incluso y se debería oficiar a la fiscalía para que sean investigados por la justicia penal, por posibles alzamientos de bienes o incluso otras actividades tipos penales posibles; Lo que sí es evidente es que no existe lógica en que no aparezcan bienes inmuebles registrados nombre de esa persona, como hemos constatado cuando a recibió esas inmensas fortunas precisamente pro al comercialización de bienes inmuebles, por estas ventas y este dinero producto de estas actividades, no aparezca por ninguna parte y se amparen para evadir las consecuencias procesales de un supuesto amparo de pobreza abiertamente no real.

Sería bueno oficiar a Notariado y Registro de Bogotá y de todo el País, para que estas entidades, certifiquen respecto al demandante señor **PUBLIÓ ARMANDO ORJUELA SANTAMARIA** y con su número de cedula de ciudadanía esto es 59'778 y de sus sucesores procesales, entre ellos su abogado aquí actuante, **JORGE ARMANDO ORJUELA MURILLO** identificado con CC No 79'352.474de Bogotá, ya que el hecho de ser su apoderado no lo exime de sus responsabilidades como hijo del demandante, para que certifiquen que bienes a tenido a su nombre del demandante en el tiempo desde que se realizó el negocio jurídico que dio origen a este proceso, y que bienes inmuebles, que hubiesen estado a nombre del demandante se trasfirieron por sucesión o por cualquier otro acto a nombre de sus hijos incluido el abogado citado, para que certifique identificándolos que bienes a su nombre han sido trasferidos a nombre de quienes en general, y con ello se percataran de que es falsa ese supuesto amparo de pobreza, ya que la persona beneficiada no tiene esa calidad de pobreza supuestamente amparada y su familia puede sufrir de cualquier cosa menos de pobreza, son personas que con esas actividades se han lucrado, lo que se demuestra en el mismo proceso.

Incluso se debe oficiar al Consejo Superior de la Judicatura, para que se revisen los archivos de trámites judiciales, virtuales sobre la actualidad de la existencia y tramites de procesos judiciales elevados por esta persona demandante a nombre de este mismo demandante y contra este mismo personaje y con ello se demostraría, que consuetudinaria la actividad irregular de esta persona y su familia, referente a la transferencia de

tierras en o a nombre de terceros, en muchos casos que se abusó de manera consuetudinaria, y que la razón para que como en este caso el estado tuviese que intervenir para proteger a la ciudadanía víctima de estas personas por estas actividades ilegales.

Lo que es claro es que estos personajes no pueden salir impunes en este proceso, saliéndose con la suya, y ni siquiera indemnizando a las personas que han perjudicado, utilizando como arma para no hacerse responsables patrimonialmente de esos perjuicios y pago de costas y agencias en derecho, de la figura del amparo de pobreza, deben ser condenados y deben cumplir con la ley, pagando estos dinero, como lo establece la ley ya que es clarísimo que no los beneficia un amparo de pobreza producido a nombre del demandante ilegalmente y que no puede beneficiar a ninguna otra persona ni siquiera a él por las razones ya expuestas.

En este sentido consideró que ese amparo de pobreza fue irregularmente concedido y nunca se debió conceder, incluso mirando el mismo proceso, en donde claramente se demuestra que frente a la venta de los inmuebles a que se refiere todo el acto y muchos de los trámites judiciales, trámite que afecto a muchas personas y que por eso el demandante y su familia recibió y se beneficiaron de cientos de millones de pesos que recibieron realmente, y por esa sola situación el amparo de pobreza fue abiertamente improcedente y jamás se debió decretar ni declarar ni conceder, y en este evento no puede tener efectos jurídicos.

No existe prueba de esa calidad de pobreza y por el contrario del mismo análisis de pruebas de todo el expediente, se demuestra claramente, por el mismo proceso, la cantidad de terrenos que vendió el demandante a muchas personas y que recibió unas inmensas sumas de dinero por esas actividades de las cuales nunca devolvió ningún dinero a sus compradores y que incluso nunca firma o las escrituras de esa ventas, por lo cual eso lo asumió el estado porque engañaron a sus compradores, y que es evidente que de acuerdo con los documentos del proceso y que esta personas, tienen y tenían los suficientes medios económicos para ser responsables de esos perjuicios que causaron y el pago como mínimo y por lo menos de las costas y agencias en derecho como es su deber.

De igual manera es viable que para certificar su estado financiero, se oficie a todas las entidades financiera esto es los actuales bancos existentes, para que certifiquen sobre si el demandante durante el tiempo desde que se realizó el negocio jurídico tuvo cuentas bancarias o de ahorros u otros productos financieros, en esas entidades financieras, para demostrar su verdadera capacidad financiera y económica, y si respecto a esas cuentas por transferencias o procesos sucesora les o cesiones de derechos en esas cuentas bancarias o de ahorros o diferentes productos financieros, sus herederos o sucesores, pudieron haberseles transferido dineros de esas cuentas y productos financieros, de esas entidades financieras, por lo que ruego se decrete igualmente prueba a este respecto, que muy seguramente demostrara que el beneficiado con amparo de pobreza no tenía ni tiene derecho a ese beneficio procesal.

PRETENSIÓN.

Por las anteriores razones debo solicitar se mantenga la sentencia apelada en toda su extensión pero especialmente en la condena en costas y agencias en derecho en contra del demandante y sus sucesores procesales, para que sean legalmente pagadas y cubiertas por ellos y además que se condene en costas y agencias en derecho de esta segunda instancia de acuerdo con las tablas y raceros legales y para que previo a la esa decisión de segunda instancia se decreten las siguientes pruebas necesarias en este evento y segunda instancia, justificadas en los hechos y situaciones aquí narrados.

PRUEBA DE ESTA SUSTENTACIÓN.

ORDEN DE CERTIFICACION A NOTARIADO Y REGISTRO

Solicito al despacho que, para desvirtuar ese amparo de pobreza, se ordene por su entidad a Notariado y Registro de Bogotá y de todo el País, para que estas entidades certifiquen si a nombre del demandante señor

PUBLIO ARMANDO ORJUELA SANTAMARIA identificado con CC No 59'778, y también a nombre de su esposa como aparece en este proceso o su compañera y sus hijos incluido el aquí su **ABOGADO JORGE ARMANDO ORJUELA MURILLO** identificado con CC No 79'3532.474. de Bogotá, que bienes aparecen y aparecían registrados a su nombre en esas entidades en cualquiera de las zonas de Bogotá, y del País, y que dentro del curso del proceso o antes, desde que se realizó el contrato de compraventa base de este proceso, a pesar de que actualmente no aparece ninguna propiedad a su nombre del demandante, como hemos verificado, a su nombre, o que estando fallecido este señor el demandante, se pudieron transferir a nombre de otras personas ya sea por sucesión o cualquier acto jurídico, cesión de derechos etc., con alguno o algunos bienes inmuebles, a nombre de terceros esto es su compañera o esposa y sus hijos y terceras personas, para demostrar la verdadera capacidad económica del supuesto amparo de pobreza, que hace queda figura sea inaplicable en este caso, y que por eso es viable para este proceso pedir estas certificaciones a estas entidades para certificar los bienes inmuebles que estaban y estuvieron a nombre de esta persona durante todo este tiempo desde que se realizó el negocio jurídico origen de este proceso, hasta hoy.

ORDEN DE CERTIFICACIÓN A EL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA SOBRE PROCESOS JUDICIALES

De igual manera solicito bajo los mismos argumentos, y le ordene al mismo Consejo Superior de la Judicatura, o a la entidad y ofician pertinente que actualmente corresponda, revise en sus archivos y certifique e identifique todos los procesos judiciales cursados por este señor a su nombre como demandante en los últimos 20 años como mínimo o desde que se realizase el negocio jurídico que dio origen a este proceso, y los que se tratan o tramitan también en su contra, en la actualidad, con lo que se demostrara que muchos de esos procesos, se refieren a bienes inmuebles de su propiedad y que de muchos de ellos tanto el demandante como su herederos y sucesores, han recibido y pueden recibir grandes beneficios económicos que dan al traste con cualquier amparo de pobreza y que actualmente representan grandes cantidades de dinero representados en inmuebles y dineros a su nombre del demandante o sus sucesores procesales incluido el abogado actuante a su nombre del demandante fallecido lo que hace que este amparo de pobreza sea inaplicable en este caso.

Ruego a ustedes ordenar estas certificaciones a los bancos BANCOS BBVA, BANCAMIA, AGRARIO DE COLOMBIA, BANCOLOMBIA, AV VILLAS, CAJA SOCIAL, CORPBANCA, DAVIVIENDA, BOGOTA, MICROFINANZAS, OCCIDENTE, FINANDINA, POPULAR, WWB, A, BANCOOMEVA, SANTANDER, COLMENA, PICHINCHA SA

Ruego a ustedes decretar estas pruebas que son pertinentes y actualmente justificadas y procedentes, en esta segunda instancia para demostrar la capacidad económica del demandante y sus herederos o sucesores procesales, que desvirtúan ese amparo de pobreza actualmente y que es una simple argucia jurídica para evadir las consecuencias del proceso.

De igual manera solicito a ustedes se tengan por legalmente probados aun vez lleguen estas pruebas las pretensiones de este recurso, obviamente ratificando las razones de la sentencia de primera instancia a favor de mi mandante y ordenando el pago de esas costas y agencias en derecho de la primera y segunda instancia.

Manifiesto al despacho que, para todo efecto legal, este documento lo envié como establece la norma legalmente y se resuelva en lo pertinente y a actuar en derecho y de conformidad y ordenar lo que corresponda y para **todo efecto recibiré comunicaciones virtuales a mi teléfono 2820321 y celular 3125712016 y correo electrónico gerazona@hotmail.com**

Envié este documento a su correo institucional" j32cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

Atentamente.

GERARDO TARAZONA MENDOZA
CC No 19.366.442 de Bogotá,
T.P. No 50.360 del CS de la J.

**MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO RV: RADICADO:
11001310301220190055901 - ASUNTO: SOLICITUD PRÁCTICA DE PRUEBAS y
SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota
<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 31/10/2022 11:05

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. SUAREZ OROZCO

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA
Secretario Sala Civil
Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá
Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305
Teléfono 423 33 90 Extensión 8349
Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Tania Moreno <abogado05@solucionesjuridicasdecolombia.com>

Enviado: lunes, 31 de octubre de 2022 11:00 a. m.

Para: Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>; totoe75@hotmail.com <totoe75@hotmail.com>

Asunto: RADICADO: 11001310301220190055901 - ASUNTO: SOLICITUD PRÁCTICA DE PRUEBAS y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

HONORABLE MAGISTRADO
JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C-
E. S. D.

Me permito presentar memorial con destino al proceso abajo referenciado

REFERENCIA: RENDICIÓN DE CUENTAS PROVOCADA

RADICADO: 11001310301220190055901

DEMANDANTE: YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO

DEMANDADO: RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO

ASUNTO: SOLICITUD PRÁCTICA DE PRUEBAS y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Atentamente,



Soluciones *Jurídicas*
de Colombia

Tania Moreno Dueñas

Abogada

Carrera 7 número 12 - 25 oficina 702

Edificio Santo Domingo

PBX: 3015030008 Cel.: 3242485258

Bogotá D. C., Colombia

www.solucionesjuridicasdecolombia.com

Este correo electrónico y el material adjunto es para uso exclusivo de la(s) persona(s) o entidad(es) a la que expresamente se le ha enviado y puede contener información confidencial, material privilegiado o amparado por el secreto profesional. Si usted no es el destinatario del mismo se le informa que cualquier uso, difusión, copia o distribución de este correo está prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error por favor borre este mensaje y notifique a su emisor. Este correo electrónico no pretende ni debe ser considerado como constitutivo de ninguna relación legal, contractual o de otra índole similar. La opinión expresada en este correo pertenece solo a su autor y no representa necesariamente la opinión de **SOLUCIONES JURÍDICAS DE COLOMBIA**.



HONORABLE MAGISTRADO
JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C.-
E. S. D.

REFERENCIA: RENDICIÓN DE CUENTAS PROVOCADA
RADICADO: 11001310301220190055901
DEMANDANTE: YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO
DEMANDADO: RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO
ASUNTO: SOLICITUD PRACTICA DE PRUEBAS y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE
APELACIÓN

TANIA LIZETH MORENO DUEÑAS, identificada con la cédula de ciudadanía 1.030.630.541 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado 298.343 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de la parte recurrente, al Honorable Magistrado me permito SOLICITAR LA PRACTICA DE PRUEBAS y SUSTENTAR el recurso de apelación de la referencia de conformidad con el auto del pasado 26 de octubre, notificado por estado el 27 de octubre, con base en lo establecido en el artículo 12 de la ley 2213 de 2022 y 327 del Código General del Proceso, en los siguientes términos:

I. DE LA SENTENCIA OBJETO DE RECURSO

El Juez (12) del Circuito de Bogotá., resuelve en la sentencia recurrida lo siguiente:

“PRIMERO: DECLARAR probada las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, “falta de legitimación en la causa, tanto de la parte activa como la pasiva” y “la no obligatoriedad del demandado a rendición de cuentas”, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda, según lo expuesto anteriormente. TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO en favor del demandado RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO. Se fijan como agencias en Derecho, la suma de CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS \$44.000.000 millones de pesos líquidense.”

II. FUNDAMENTO LEGAL

Atendiendo al principio de taxatividad que regula el presente recurso de apelación, fundo la presenta sustentación del presente recurso conforme a lo establecido en el artículo 322 y 327 del Código General del Proceso, así como el artículo 12 de la ley 2213 de 2022, el cual refiere:



OPORTUNIDAD Y REQUISITOS. *El recurso de apelación se propondrá de acuerdo con las siguientes reglas:*

1. El recurso de apelación contra cualquier providencia que se emita en el curso de una audiencia o diligencia, deberá interponerse en forma verbal inmediatamente después de pronunciada. El juez resolverá sobre la procedencia de todas las apelaciones al finalizar la audiencia inicial o la de instrucción y juzgamiento, según corresponda, así no hayan sido sustentados los recursos.

La apelación contra la providencia que se dicte fuera de audiencia deberá interponerse ante el juez que la dictó, en el acto de su notificación personal o por escrito dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación por estado.

2. La apelación contra autos podrá interponerse directamente o en subsidio de la reposición. Cuando se acceda a la reposición interpuesta por una de las partes, la otra podrá apelar del nuevo auto si fuere susceptible de este recurso.

Proferida una providencia complementaria o que niegue la adición solicitada, dentro del término de ejecutoria de esta también se podrá apelar de la principal. La apelación contra una providencia comprende la de aquella que resolvió sobre la complementación.

Si antes de resolverse sobre la adición o aclaración de una providencia se hubiere interpuesto apelación contra esta, en el auto que decida aquella se resolverá sobre la concesión de dicha apelación.

3. En el caso de la apelación de autos, el apelante deberá sustentar el recurso ante el juez que dictó la providencia, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, o a la del auto que niega la reposición. Sin embargo, cuando la decisión apelada haya sido pronunciada en una audiencia o diligencia, el recurso podrá sustentarse al momento de su interposición. Resuelta la reposición y concedida la apelación, el apelante, si lo considera necesario, podrá agregar nuevos argumentos a su impugnación, dentro del plazo señalado en este numeral.

Cuando se apele una sentencia, el apelante, al momento de interponer el recurso en la audiencia, si hubiere sido proferida en ella, o dentro de los tres (3) días siguientes a su finalización o a la notificación de la que hubiere sido dictada por fuera de audiencia, deberá precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión, sobre los cuales versará la sustentación que hará ante el superior.

Para la sustentación del recurso será suficiente que el recurrente exprese las razones de su inconformidad con la providencia apelada.

Si el apelante de un auto no sustenta el recurso en debida forma y de manera oportuna, el juez de primera instancia lo declarará desierto. La misma decisión adoptará cuando no se precisen los reparos a la sentencia



apelada, en la forma prevista en este numeral. El juez de segunda instancia declarara desierto el recurso de apelación contra una sentencia que no hubiere sido sustentado.

PARÁGRAFO. *La parte que no apeló podrá adherir al recurso interpuesto por otra de las partes, en lo que la providencia apelada le fuere desfavorable. El escrito de adhesión podrá presentarse ante el juez que lo profirió mientras el expediente se encuentre en su despacho, o ante el superior hasta el vencimiento del término de ejecutoria del auto que admite apelación de la sentencia. El escrito de adhesión deberá sujetarse a lo previsto en el numeral 3 de este artículo.*

La adhesión quedará sin efecto si se produce el desistimiento del apelante principal.

“Artículo 327. Trámite de la apelación de sentencias

Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, cuando se trate de apelación de sentencia, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los siguientes casos:

1. Cuando las partes las pidan de común acuerdo.
2. Cuando decretadas en primera instancia, se dejaron de practicar sin culpa de la parte que las pidió.
3. Cuando versen sobre hechos ocurridos después de transcurrida la oportunidad para pedir pruebas en primera instancia, pero solamente para demostrarlos o desvirtuarlos.
4. Cuando se trate de documentos que no pudieron aducirse en la primera instancia por fuerza mayor o caso fortuito, o por obra de la parte contraria.
5. Si con ellas se persigue desvirtuar los documentos de que trata el ordinal anterior.

Ejecutoriado el auto que admite la apelación, el juez convocará a la audiencia de sustentación y fallo. Si decreta pruebas, estas se practicarán en la misma audiencia, y a continuación se oirán las alegaciones de las partes y se dictará sentencia de conformidad con la regla general prevista en este código.

El apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia”

“LEY 2213 DE 2022, ARTÍCULO 12. APELACIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA CIVIL Y FAMILIA. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así:



Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los casos señalados en el artículo 327 del Código General del Proceso. El juez se pronunciará dentro de los cinco (5) días siguientes.”

III SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

Sobre el particular cabe resaltar los siguientes aspectos:

El artículo 169 del Código General del Proceso establece que *“Las pruebas pueden ser decretadas a petición de parte o de oficio cuando sean útiles para la verificación de los hechos relacionados con las alegaciones de las partes.”*, y en concordancia con el artículo 198 del Código General del Proceso que expresa que *“El juez podrá, de oficio o a solicitud de parte, ordenar la citación de las partes a fin de interrogarlas sobre los hechos relacionados con el proceso.”* Se puede evidenciar que, el interrogatorio de parte efectuado al demandado, el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, no fue exhaustivo, sus respuestas fueron evasivas e insuficientes para determinar con real certeza que en realidad no administra ninguno de los bienes de su progenitor el señor RAFAEL ANGEL GUERRERO, (Q.E.P.D.), nótese que no se hizo alusión específica a ninguno, pues no se trata de solo un inmueble, **sino de 14 predios.**

Así mismo, es preciso indicar que, puede que el demandado no sea administrador de la totalidad de los 14 inmuebles, pero SI de parte de ellos, pues queda en duda, el hecho de que el demandado refiera en el minuto 0:33:32 que actualmente estudia Microbiología, y en el minuto indique 0:34:33 *“a mi conocimiento se encuentran en arriendo”*, de lo que se colige que el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, NO labora y que con el usufructo de los inmuebles paga sus estudios universitarios, reparos que no tuvo en cuenta el A quo.

Luego entonces, se puede concluir que, el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO es administrador de una parte de los inmuebles de su progenitor, no obstante, reitero, el interrogatorio efectuado no permite determinar con cuales funge dicha calidad y cuánto dinero recibe mensualmente de los arrendamientos, tal y como él mismo lo precisó se encuentran arrendados, sin embargo, no brinda mayor información al respecto y el Despacho no hace ningún esfuerzo por ahondar en ello, inclusive puede decirse que el demandado cayó la verdad parcialmente, pese a las advertencias que le indicó el despacho cuando recepcionó el interrogatorio.

Como se puede también dilucidar, en el minuto 0:32:26, el apoderado del señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, textualmente indica: *“ Sientese acá Riqui, ... que lo averigüen ellos”* haciendo alusión al administrador de los bienes del causante y dándole claras directrices al demandado de no mencionar nombre alguno o situación comprometedor respecta de la administración de los bienes.



Así las cosas, me permito relacionar los inmuebles de propiedad del causante y de los cuales debió el A quo hacer una mayor ilustración y precisión al respecto:

NÚMERO DE LA MATRICULA INMOBILIARIA	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE
50C 576529	KR 68H 65 26 en Bogotá
50C 260129	KR 80ª 70 69 en Bogotá. Santa Helenita – seis apartamentos y una bodega
50C 664180	KR 69B 75 50 en Bogotá
50C 1830124	CL 70C 112 17 LC 101 en Bogotá
50C 1454323	CL 66 59 31 IN 3 AP 710 en Bogotá
50C 1830126	CL 70 C 112 19 AP 301 en Bogotá
50C 1830127	CL 70C 112 19 AP 401 en Bogotá
50C 1830125	CL 70C 112 19 AP 201 en Bogotá
50C 1910432	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 201 en Bogotá
50C 1910433	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 202 en Bogotá
50C 1910434	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 301 en Bogotá
50C 1910435	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 302 en Bogotá
50C 1910436	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 401 en Bogotá
50C 1910437	Calle 69 bis A 68F 16 APTO 402 en Bogotá

De la misma forma, consideró el Juez que los testimonios de los señores NOHORA MAGNOLIA SALAS CARRASCO y ANIBAL ANGEL GUERRERO, no eran necesarios, pese a que la misma parte demandada fue quien los solicitó, con los cuales pudo haberse establecido si el demandado administra los bienes o parte de ellos o si por el contrario algunos de los testigos es quien tiene esa calidad.

En consecuencia, era obligación del Juez indagar sobre los hechos que dieron lugar al proceso, teniendo en cuenta lo expresado por la Corte en la sentencia SU129 del 2021 al mencionar que, “*Siendo necesario procurar un mínimo de objetividad en el testimonio, la ley impone al juez el deber de interrogar a la persona sobre “la razón de la ciencia de su dicho con explicación de las circunstancias **de tiempo, modo y lugar en que haya ocurrido cada hecho** y de la forma como llegó a su conocimiento [...]”.* La respuesta que se dé a esa pregunta también habrá de estudiarse...”.

Es por ellos, que el testimonio del demandando era pertinente, conducente y útil para esclarecer quien administraba los bienes anteriormente mencionados. Es por ello que, la decisión tomada por el Juez el pasado 07 de octubre no puede ser considerada y no es recibo para la suscrita, pues no hay claridad, ni certeza de que el señor RICARDO ANDRES ANGEL VILLADIEGO, no sea administrador de uno o varios de los 14



inmuebles del causante, es preciso señalar su Señoría, que esta es la única acción que procede contra quien se ha rehusado a informar y entregar cuentas voluntariamente.

Es preciso indicar al Honorable Magistrado que mi mandante, es hija extramatrimonial del señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D) y que, por otro lado, se encuentra la otra hija matrimoniales de este, LICET SUSANA ANGEL VILLADIEGO y su esposa LUZ MARINA VILLADIEGO, quienes como miembro de un mismo núcleo familiar y que habitan en un mismo inmueble, han actuado como administradores de HECHO de los CATORCE (14) inmuebles de propiedad del causante, identificados con Folios de Matrículas Inmobiliarias Nos. 50C- 260129, 50C-00576529, 50C-00664180, 50C-01454323, 50C-01830124, 50C-01830125, 50C-01830126, 50C-01830127, 50C-01910432, 50C-01910433, 50C-01910434, 50C-01910435, 50C-01910436 y 50C-01910437, recibiendo por más de SETENTA Y DOS MESES (72) los cánones de arrendamiento que se han causado, y que con ocasión a la condición de hija extramatrimonial de mi mandante NO han tenido la voluntad de rendir cuentas pese a las infinitas solicitudes verbales que se les han hecho.

Lo que pretende Señor Juez el demandado, es simplemente evadir el deber legal que le asiste de rendir cuentas respecto de los dineros que por más de 6 años ha recibido, con el fin de apropiarse de esas sumas, defraudando los intereses de mi poderdante, si bien es cierto de todos los herederos se predica que son administradores, lo cierto es que el señor RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO viene siendo un administrador **de hecho**, por cuanto él junto con su hermana y progenitora son los que ostentan la tenencia de las 14 propiedades que dejó el causante, que ha hoy se intenta establecer como se dividieron la administración de estos.

Para claridad del Despacho se explica, que, si es cierto que se han presentado demandas en diferentes Juzgados con diferentes sujetos pasivos, la razón fundamental es la evidente MALA FE de RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO, LICET SUSANA ANGEL VILLADIEGO, y LUZ MARINA VILLADIEGO, al crear un entramado de defraudación económica, que pretende demostrar ante distintos Despachos que ninguno es administrador de los CATORCE (14) inmuebles de propiedad del causante, faltando a la verdad y queriendo mediante mecanismos defensivos, evadir la realidad que nos ha empezado a demostrar las diligencias de secuestro adelantadas en el marco del proceso de sucesión del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D) que cursa en el Juzgado 26 de Familia de Bogotá, bajo radicación No. 11001311002620190045600, en los que los mismo arrendatarios han venido relatando que conocen y le pagan cánones de arrendamiento mensuales a la familia ÁNGEL VILLADIEGO.

De este modo, el señor RICARDO ANDRÉS ÁNGEL VILLADIEGO, haciendo gala de su vínculo natural para con el señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), por ser heredero y ostentar la tenencia de los bienes, al encontrarse administrando y recibiendo los frutos de los bienes de estos, Si está en la obligación de rendir cuentas, pero como se observa en la contestación de la demanda, repite delirantemente que no es el quien administra los bienes de su padre, ni refiere el nombre de la persona conocida que si lo es, pero al mismo



tiempo afirmó en el interrogatorio que se reciben ingresos económicos mensuales de estos, con los cuales evidentemente paga sus estudios universitarios, evadiendo así la participación y responsabilidad que a bien tenga en la administración de estos, con el fin de no pagar los rendimientos que le corresponden a la señora YANETH PATRICIA ÁNGEL TURIZO y que a la fecha no ha recibido por la defraudación que hace él, los demás herederos y la cónyuge del señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D).

Sobre el particular, es de anotar que, el Código General del Proceso insertó la posibilidad de la administración de hecho, como ocurre en el presente caso, donde al demandado a motu proprio al fallecimiento de su progenitor el señor RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), tomó la administración de los bienes de este y se ha rehusado a otorgar a mi mandante los frutos de los arrendamientos de los inmuebles, pues, de la diligencia de secuestro adelantada el pasado 2 de mayo comisionada por el Juez 26 de Familia de Bogotá, y desarrollada por la Alcaldía de Engativá dentro del proceso de sucesión bajo radicación No. 11001311002620190045600, los habitantes de estos inmuebles son arrendatarios, de lo que se coligue, que, el demandado SI se encuentra ejerciendo la administración sobre estos y en consecuencia si está legitimado en la causa por pasiva para de rendir cuentas de sus gestiones o manejos y los resultados económicos respectivos.

De la misma forma, mi mandante se encuentra legitimada en la causa por activa, por cuanto actúa en su condición de heredera del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D), y todo cuanto pase con los bienes de este, perjudica o beneficia directamente a mi mandante, lo cual le concede el derecho a pedir cuentas sobre la administración y frutos de estos, pero, como ya se ha reiterado, se le ha privado arbitrariamente de todo derecho sobre estos.

De la misma forma, es de advertir que, la condena en costas en contra de mi poderdante es desproporcionada teniendo en cuenta que, al no haberse realizado en debida forma el interrogatorio ordenado por el Juez, es imposible tomar una decisión de fondo cuando se desconoce la realidad de lo sucedido, impidiendo así, la toma de decisiones, puesto que, con los elementos probatorios no fue posible emitir un veredicto concluyente, al no haberse cumplido su propósito, es decir, esclarecer la incertidumbre del Juez.

PRETENSIONES

Por las razones esgrimidas, solicito respetuosamente al Honorable Magistrado lo siguiente:

1. Realizar interrogatorio de parte exhaustivo al demandado y a los testigos NOHORA MAGNOLIA SALAS CARRASCO y ANIBAL ANGEL GUERRERO.



Soluciones **Jurídicas**
de Colombia

2. Como consecuencia de lo anterior, se ordene emitir una sentencia de fondo con fundamentos y motivación suficiente que permita establecer si el demandado es o no administrador de uno o varios de los 14 inmuebles bienes del causante RAFAEL ÁNGEL GUERRERO (Q.E.P.D).

Sin otro en particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Del señor juez,

TANIA LIZETH MORENO DUEÑAS
C.C. 1.030.630.541 de Bogotá D.C.
T.P 258.586 del C.S. de la J.

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA RV: SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN RAD 11001310302620140040901

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota

<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 21/09/2022 17:03

Para: 2 GRUPO CIVIL <2grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

MEMORIAL PARA REGISTRAR DR. YAYA PEÑA

Cordial Saludo,

OSCAR FERNANDO CELIS FERREIRA**Secretario Sala Civil****Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá****Avenida Calle 24 N° 53-28 Torre C Oficina 305****Teléfono 423 33 90 Extensión 8349****Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co****De:** ALIANZA MÓNICA <alianzagesa@gmail.com>**Enviado:** miércoles, 21 de septiembre de 2022 5:00 p. m.**Para:** Secretaria Sala Civil Tribunal Superior -Seccional Bogota <secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

Secretario 02 Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bogota <secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: PoLiTa HoChMuTh <notificacionesjudiciales@saludcoop.coop>; wickmann Tenjo <wtenjo@gmail.com>**Asunto:** Re: SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN RAD 11001310302620140040901El mié, 21 sept 2022 a la(s) 16:58, ALIANZA MÓNICA (alianzagesa@gmail.com) escribió:

Bogotá 21 de septiembre de 2022

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.cosecsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co; notificacionesgomezmorad@outlook.com;abogada_mmorales@gomezmorad.com; notificacionesjudiciales@saludcoop.coop; wtenjo@gmail.com;**E. S. D.****DEMANDANTE:** YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,**DEMANDADO:** EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS**RADICADO:** 11001310302620140040901**ASUNTO:** SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, Inciso 2 Num.3 del artículo 322 C G del P. DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada **EUSALUD SA.**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido por la Secretaria del Tribunal, según fijación de traslado del día 14 de septiembre de 2022, presentó los fundamentos del recurso de apelación por mi interpuesto al minuto 2:52,11 del video de la audiencia donde se dictó fallo de primera instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito dentro del procesos del asunto relacionado, de la manera en que se adjunta.

--

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES

PBX:+(57) 1 6242526-5332388

Móvil: +(57) 3155090260

E-mail: alianzagesa@gmail.com

Dirección: Carrera 64 No. 103-05 Bogotá D.C

Este correo y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Esta comunicación puede contener información protegida por el privilegio de cliente-proveedor. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, queda estrictamente prohibida la utilización, copia, reimpresión o reenvío del mismo. En tal caso, favor notificar en forma inmediata al remitente.

AVISO LEGAL:

Teniendo en cuenta la vigencia de la Ley Estatutaria 1581 del 2012 reglamentada mediante Decreto 1377 de 2013 mediante la cual se dictaron disposiciones para la protección de datos personales, ALIANZA GESA S.A.S., como responsable y/o encargada del tratamiento de datos personales, requiere su autorización para continuar con el tratamiento de los mismos, almacenarlos en nuestras bases de datos, las cuales incluyen información que ustedes nos han suministrado vía telefónica, correo electrónico y/o por diferentes medios, en desarrollo de las diferentes actividades realizadas por nuestra compañía, entre otros son los siguientes: Nombres de personas naturales o jurídicas, número de documento de identificación, dirección, teléfono fijo y móvil, correo electrónico, información de representación legal.

Este correo electrónico y cualquier archivo adjunto al mismo, contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a su destinatario(s). Si usted no es el receptor indicado, queda notificado que la lectura, utilización, divulgación y/o copia sin autorización está prohibida en virtud de la legislación vigente. En el caso de haber recibido este correo electrónico por error, agradecemos informarnos inmediatamente de esta situación mediante el reenvío a la dirección electrónica del remitente. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor.



Bogotá 21 de septiembre de 2022

Magistrado

Dr. OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

E mail: secsctribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co; notificacionesgomezmorad@outlook.com;

abogada_mmorales@gomezmorad.com; notificacionesjudiciales@saludcoop.coop;

wtenjo@gmail.com;

E. S. D.

DEMANDANTE: YASMIN MUNEVAR ZAMUDIO, LEXY ALEXANDER PARRA ORJUELA,


DEMANDADO: EPS SALUDCOOP, Y EU SALUD IPS

RADICADO: 11001310302620140040901

ASUNTO: SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACIÓN A LA DECISIÓN DE FECHA 14 DE JUNIO DE 2022, Inciso 2 Num.3 del artículo 322 C G del P. DEL JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO

Respetada Doctora,

HECTOR GIOVANNY VELANDIA BALLARES, ciudadano colombiano, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.646.647 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 140.778 del C.S.J, en calidad de apoderado especial de la parte demandada **EUSALUD SA.**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término concedido por la Secretaria del Tribunal, según fijación de traslado del día 14 de septiembre de 2022, presenté los fundamentos del recurso de apelación por mi interpuesto al minuto 2:52,11 del video de la audiencia donde se dictó fallo de primera instancia por el Juzgado Cincuenta Civil del Circuito dentro del procesos del asunto relacionado, de la siguiente manera:



ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Análisis de Caso Clínico

MORTALIDAD INFANTIL

SALMA PARRA MUNEVAR

21 SEPTIEMBRE DE 2022

Dra. Ana María Amador Ramos

Médico Auditora Médica - Epidemióloga



Resumen y Objetivo

Se trata de una paciente infante, femenina de 4 meses de edad quien ingresa a EUSALUD sede pediátrica por cuadro de 1 mes de evolución caracterizada por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas, con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progresa hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se asoció a adinamia y malestar general, manejado inicialmente por consulta externa con corticoide tópico y vacelina con empeoramiento del cuadro de tal manera que requiere manejo intrahospitalario antibiótico intravenoso. Durante su estancia se evidencia, a pesar del manejo se evidencia un deterioro rápidamente progresivo a falla orgánica multisistémica secundaria a sepsis renal y dérmica causando la muerte.

A partir de lo anterior, se recibe demanda de responsabilidad civil frente a Eusalud cuya sentencia emitida por el juzgado emite los siguientes hallazgos considerables punitivos:

1. Mal suministro de medicamentos: Se describe que se le suministró al paciente antibióticoterapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado básicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía “Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque séptico 2012”
2. Procedimientos de referencia y contra referencia: La Atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se describen fallas en trasladar a la paciente a UCI pediátrica y adicionalmente cuando se trasladó a la UCI de Chapinero no contaban con los recursos de personal ni de implementos requeridos para una atención integral
3. Omisión de colocación de catéter central
4. Ausencia de interconsulta de especialidades que no se realizaron:



Tabla de Contenido

Resumen y Objetivo.....	3
Tabla de Contenido.....	4
1. Documentación	5
1.1 Historia Clínica de Yurany Maileth Palacios	5
2. Revisión y Estudio de Caso Clínico	5
2.1 Tipo de Estudio y Método.....	5
2.1.1 Método.....	6
2.2 Estudio de HC de Yurany Maileth Palacios.....	6
2.2.1 Datos del Paciente.....	6
2.2.2 Estudio de la HC Clínica Sanitas	6
3. Análisis.....	17
3.1.1 Hallazgos de HC.....	¡Error! Marcador no definido.
4. Resultado del Estudio.....	23

1. Documentación

Para el análisis realizado se revisaron, estudiaron y consultaron los siguientes documentos, cuyos detalles relacionados con la publicación estarán consignados en la bibliografía de este documento.

1.1 Historia Clínica de SALMA PARRA

Se estudia y analiza la atención médica recibida por la paciente, con el fin de verificar las condiciones de salud de la paciente, los requerimientos de atención médica, procedimientos realizados y respuesta a los mismos. La historia clínica es un documento en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.¹

- Historia clínica enviada por EUSALUD sede Pediátrica
- Historia Clínica enviada por EUSALUD sede Materno infantil

1.2 Guías de manejo

Estos documentos se utilizaron con el fin de hacer revisión frente a los eventos notificados como demoras.

1.3 Literatura Médica

Esta documentación se utilizó para la consultoría de términos, definiciones y conceptos.

2. Revisión y Estudio de Caso Clínico

En el presente estudio de caso se revisan los alegatos de la audiencia emitida por el juzgado 50 Civil Circuito emitida en el caso de la paciente Salma Parra (QPD) frente a los hallazgos de la historia clínica y bibliografía de medicina basada en la evidencia

2.1 Tipo de Estudio y Método

El presente estudio se realiza bajo la metodología observacional descriptiva, cuya fuente de datos es la historia clínica, anexos aportados por la IPS, por lo que las conclusiones

¹ Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social.



son derivadas de los hallazgos encontrados en la atención médica de la paciente en estudio, el cual determina el cumplimiento la normatividad en su momento vigente.

Este método obliga a descubrir el cumplimiento u omisiones de las actividades descritas en dichos documentos fin es garantizar la seguridad del paciente; evitando así, conclusiones personales.

2.1.1 Método

Se verifica y resume la atención médica de la paciente Salma Parra descrita en la historia clínica y sus anexos. Se verifica de manera cronológica las atenciones médicas, estudios complementarios, hipótesis (diagnóstico) y conducta que se encuentran en la historia clínica y se compara con los argumentos acusatorios en la audiencia inicialmente mencionada

2.2 Estudio de HC de Salma Parra

2.2.1 Datos del Paciente

Nombres y Apellidos:	Salma Parra Munevar
Documento:	RC 1146127061
Aseguradora:	Saludcoop
Procedencia:	Bogotá Carrera 8 F # 2 A -21
Edad:	4 meses

2.2.2 Estudio de la HC Clínica

REVISION DE HISTORIA CLINICA EUSALUD SEDE PEDIATRIA

Abril 25 2011 (17+00) Dr. Daniel Bustillo (médico hospitalario) Ingresa paciente traída por su madre con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por lesiones en piel tipo descamativas, pruriginosas con edema, calor local y eritema de aparición a nivel de miembros inferiores que progreso hacia tronco, miembros superiores, cuello y cabeza que se a asociado a adinamia y malestar general.

Antecedentes

Maternos: G2, edad materna: 33 años, edad paterna 35 años, alergias negativos, patológicos negativos, quirúrgicos negativos, tóxicos negativos. Familiar: Linfoma (Abuelo Materno)



Antropometrías: Peso Al Nacer 3220 Gr Talla 52 Cm

Vacunación: Adecuadas Para La Edad

Control De Crecimiento Y Desarrollo (+)

Alimentación: Lactancia materna hasta los 2 meses. Leche De Formula (Enfamill) + fécula de plátano desde el 2° mes de vida

Vivienda de material con 4 cuartos, 2 pisos y tienen todos los servicios animales domésticos (-)

Al examen físico de ingreso: peso 5.900 KG, FC 133, FR 29, T 36.3, SAT 92%, mucosa oral húmeda, orofaringe hiperémica, otoscopia normal, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones ventilados sin sobreagregados, abdomen blando, no dolor, no masas ni megalias, sistema nervioso central sin déficit neurológico, Glasgow 15/15, piel lesiones escamativas en placas con edema, eritema, calor local perilesionales en miembros inferiores, pliegues inguinales, miembros superiores, cuello y parte baja del mentón, y espalda, lesiones eritematosas puntiformes en abdomen y rostro. Se realiza diagnóstico de dermatitis atópica vs celulitis severa y se instaura el siguiente plan: observación, dextrosa al 5% 500 cc + natrol 12 cc + katrol 5 cc pasar a 25 cc/hr 3. hemograma, PCR y Revalorar

18+00: Enfermera reporta paciente con dermatitis atópica VS celulitis severa con palidez facial.

19+00: Enfermera reporta paciente con adinámica, decaída, irritable, algida, piel pálida, con lesiones en todo el cuerpo, ya pasando Líquidos endovenosos.

Abril 26 2011: 12+27: Dr. Hernando Pico Gil (psiquiatra) paciente de 9 meses de edad en regulares condiciones generales con cuadro de un mes de evolución consistente en lesiones eritematosas descamativas generalizada, con pérdida de piel en miembros inferiores y cuello dejando expuesta la dermis. Reporta de laboratorios. Hemograma: leucocitosis 21.700, neutros 51, linfos 49, VSG 6, PCR 12. Se considera cuadro de dermatitis atópica y síndrome de piel escaldada, se solicitó hemocultivos y se da orden de iniciar antibioticoterapia: oxacilina + amikacina intrahospitalaria.

Abril 27 2011 (10+24) Dr. Castillo (pediatra): Paciente de 4 meses con diagnóstico de dermatitis atópica, impétigo eccematoso con lesiones eritematosas descamativas generalizadas en todo el cuerpo, anasarca, diuresis espontanea sin alteración, mantiene estabilidad hemodinámica, se determina descenso de líquidos endovenosos, control hídrico, tensión arterial, oxacilina cada 4 y amikacina día, pendientes hemocultivos, vigilancia de comportamiento infeccioso.

13+00 Control de líquidos: Gasto urinario 0.8cc

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
Endovenosos: 75	Pañal 20cc
Vía oral: 30	
Total: 105	Total 85cc

19+15: Dr. Javier Pinilla (Medico hospitalario): LA: 300, LE 45, GU 0.6CC/K/H, oliguria con persistencia de anasarca, se considera toma de función renal, hemograma, PCR, parcial de orina con sonda, coloración de Gram.

Abril 28 2011_07+00 Nota de enfermería: Líquidos: mezcla de dextrosa en agua destilada al 5% + 12.5 cc de natrol + 5 cc de katrol goteo a 5 cc hora en bomba de infusión.

09+14 Dr. Juan Bautista: Paciente con diagnóstico de falla renal + impétigo eccematoso + síndrome anémico agudo. Madre reporta que nota aumento de edema y ya son generalizados, y esta orinando muy poco. Al examen físico FC: 150, FR: 24, sat 92 ambiente TA: no se logra tomar por edemas, peso: 6640 aumento 1140 gr en 48 horas, precordio calmo, sin ritmo de galope, hígado no descendido, buena ventilación pulmonar, no agregados, abdomen: blando, no masas, no hepatomegalia, ni esplenomegalia, extremidades: edemas generalizados, edema duro, pulsos disminuidos periféricos por edemas, llenado capilar < 2 seg, neuro: alerta, no focalizado, piel: palidez generalizada, con lesiones eccematosas generalizadas y descamativas y algunas mielisericas. GU en 12 horas 2.5cc/kg/hora.

Manejo: Líquidos endovenosos a 5cc, furosemida 3 mg iv ahora, S/S CH, PCR, sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, transaminasas, BUN, creatinina, FSP, deshidrogenasa, Coombs directo, función hepática, gases arteriales, albumina, proteínas totales, radiografía de tórax, remisión a UCI pediátrica. Se da orden de suspender amikacina.

09+34: Se solicita interconsulta con cirugía pediátrica para paso de catéter central. Se solicita Coombs directo por síndrome anémico con reporte negativo.

12+26: Dr. Juan Bautista: Se considera paciente con sepsis de tejidos blandos, en falla renal interrenal, en oligoanuria, no hay signos clínicos de deshidratación, con anemia que amerita transfusión por el estado de sepsis, no hay compromiso hepático en el momento, ha sido imposible la canalización, se habla con Dr Del Rio, cirujano pediatra viene en la tarde, considero urgente la remisión a UCI pediátrica para manejo integral de paciente y el estado séptico. Parcial de orina tomado ayer con densidad adecuada y acidifica normal, proteinuria y leve hematuria microscópica.

Reporte de laboratorios: hemoglobina: 8,3 leuco: 12600. linf 57%, PCR: 98 elevada, BUN 12,2 creatinina 0.8 relación 15 intrarenal, glicemia 85 TP:12.8 (control 11.9), TPT 33,3 (Control 32), TGP: 13 TGO 43 normales, FSP anicositosis y macrocitosis BT: 1,3 BI: 0,8 Radiografía de tórax silueta cardiotímica normal, no consolidaciones ni derrames, ni zonas de edema pulmonar.



Plan: restricción hídrica 250 cc día de aporte hídrico, furosemida 12 mg vo, ahora remisión urgente a servicio de UCI pediátrica, oxígeno por ventury al 28 % balance hídrico estricto, sonda vesical a permanencia, se solicita uroanálisis, sodio y creatinina urinaria para evaluar FENA

15+00 Doctor Pinilla realiza venopunción en yugular positiva al segundo pinchazo en lado izquierdo queda con tapón heparinado permeable

15+19 Sergio Alfonso del Rio (cirugía Pediátrica): Paciente amerita paso de catéter central y posible paso de catéter de diálisis peritoneal, URGE traslado a sede chapinero urgente para realización de procedimiento en salas de cirugía.

16+00 Se observa paciente que empieza a eliminar por sonda vesical a sistoflo recibe y tolera vía oral

17+39: Dr. Javier Pinilla: FC: 159 FR 32 T: 36 SAT: 92% ambiente

Balance hídrico DIA -35 Balance Acumulad: 555 + CC. Gasto urinario: 4.5 CC/KH

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
245cc	300cc

Paciente mantiene estabilidad hemodinámica, ascenso de gasto urinario luego de paso de 2.5 mg furosemida IV, hemograma descenso de leucocitos, mantiene diferencial, PCR en incremento, sin alteración de perfil hepático, **azoados con creatinina limite superior para la edad**, electrolitos en normalidad, **albumina disminuida**, asociado a síndrome anémico provocando descenso importante en presión osmótica intravascular lo que explica anasarca y el descenso en la perfusión renal por hipovolemia, **valorado por cirugía pediátrica quien por componente infeccioso en piel y anasarca indica paso de acceso venoso central en sala de cirugía, con normas de asepsia en caso de requerir venodiseccion**. Plan: albumina al 5% 5.5 g iv día, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos compatibles.

Abril 29 2011: paciente con persistencia de los edemas generalizados pero con leve disminución y mejoría del gasto urinario, no luce séptica pero decaída y con riesgo alto de inestabilizarse, no se ha podido remitir ni conseguir camas en UCI pediátrica, parcial de orina de hoy con densidad 1020, con aumento de la concentración urinaria. Se considero liberar líquidos con dieta hiperproteica e inicio imperativo con albumina por síndrome hipooncótico debido al estado hipercatabólico. Plan dieta hiperproteica, lev 10 cc hora, albumina al 20% 1.2 cc hora, oxacilina igual.

18+32: Dr. Pinilla: Paciente estable, gasto urinario decae durante el día con incremento paulatino de tensión arterial, descenso de anasarca lo que indica sobrecarga hídrica a nivel endovascular, se considera incremento de dosis de diurético de asa a razón de 1 mg /k cada 12 horas, sin trastorno electrolítico, tolerando la vía oral, infusión continua de albumina al 20% para 5.5g día, descenso de hemoglobina, requerimiento de oxígeno con Venturi al 24%, sin estertores, no soplos, se determina continuar manejo medico instaurado, control estricto de LA - LE, tensión arterial, remisión a unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, alto riesgo de colapso circulatorio.

Abril 30 2011 12+29: paciente de 4 meses de edad en su 5 día de hospitalización, afebril, hidratada, recibe la vía oral, FC 142, FR 36, T 36.8 saturando 93 TA 108 / 59 /78

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
125cc	100CC

Mayo 1 2011 (10+24): Dr. Hernán Pico: TA 102 /52 con media de 67, líquidos administrados en 24 horas 1.607 cc, LE 860 V + 747 Gasto Urinario 5.4, peso 6.280 gr, FC 133, FR 28, T 36.4, recibe 5 mg de furosemida cada 12 horas, oxacilina 180 mg cada 4 horas. Albumina AL 20% 1 cc hora leva 48. Se espera remisión a nivel 3. 12+24: Se notifica imposibilidad de tomar una nueva vía venosa por lo que cambia a vía oral.

Mayo 2 2011 08+36: Diagnósticos: sepsis de tejidos blandos por eccema bacteriano, síndrome hipooncótico en manejo y en estudio, **falla renal prerrenal**, anemia aguda con repercusión hemodinámica, gastroenteritis viral, dermatosis generalizada en estudio (carencial vs inmunodeficiencia). Paciente con hiporexia marcada asociado a deposiciones líquidas una ayer, con pico febriles en la noche, la madre la nota un poco menos edematizada, asociado a presentado tos húmeda no cianozante, no emetizante. Se considera que la evolución durante el fin de semana fue tórpida, persiste la anasarca, con aparición de picos febriles y cuadro de diarrea, y con tendencia a la oliguria, está en manejo con albumina en infusión continua por síndrome hipooncótico multifactorial, **considero que por el compromiso renal, hematológico, dermatológico, infeccioso, metabólico**, considero que debe ser monitorizada en unidad de cuidado intensivo pediátrico, por ser paciente potencialmente inestable, con compromiso de varios sistemas y además no contamos con las subespecialidades ni las facilidades de toma de paraclínicos de alta complejidad.

Hemocultivos tomados 28/04/11 van negativos. Plan: dieta astringente. Dextrosa 5% 500 más 15 cc natrol sin katrol a 25 cc hora(100cc/kg/día). Albumina 1gr/kg/día. Oxacilina endovenosa, según reporte de paraclínicos o evolución clínica se iniciara antibiótico para cubrir gérmenes nosocomiales. Suspender furosemida.

14+49: Paciente con evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica dado a oligoanuria, gasto urinario en la mañana de 0.1 cc/k/h a pesar de bolo de solución salina de 150 cc y bolo de furosemida de 5 mg, reporte verbal de laboratorio hemoglobina de 5 mg/dl, plaquetas 83.000, parcial de orina y Gram compatible con proceso infeccioso, en relación con sonda vesical, posible germen nosocomial y micótico, adinámica, hiporexica, somnolienta, deposiciones blandas con moco desde ayer, coproscópico de características virales. Cuenta con solo un acceso venoso periférico, **cirugía pediátrica no realiza procedimiento por requerir asepsia y antisepsia de salas de cirugía por infección** en piel, venodisección por anasarca. No ha sido posible tomar muestras para perfil hepático y renal. El estado de inmunodepresión favorece estado séptico, se determina, monitorización continua, control hídrico estricto, inicio de piperacilina tazobactam y fluconazol, transfundir 90 cc glóbulos rojos criporecipientados en 3 horas. 23+05: Egresada paciente en ambulancia

REVISION DE HISTORIA CLINICA SEDE MATERNO INFANTIL

Mayo 3 2011: 01+12: Ingreso. Se Re interroga a los padres:

Hace mes y medio inicia con “un pañalitis”, brote que inicialmente solo se localiza en región perineal eritematoso con descamación y exudación, le inician manejo con hidrocortisona y el brote comienza a extenderse hacia las piernas, posteriormente se extiende hacia el cuello y luego a los brazos y el abdomen, por último la espalda.

A los 8 días del inicio del brote mama Re consulta e inician betametasona.

Por consulta externa le diagnostican dermatitis y le inician fisiogel posterior a este tratamiento comenzó la piel a descamar. Posteriormente le indican manejo con vaselina con aumento de la descamación.

De 8 días mama nota que la niña “se empezó a hinchar” inicia con edema en pies, posteriormente edema en párpados mama consulta por urgencias a Eusalud Kennedy donde inician manejo hospitalario. Nunca había presentado fiebre hasta anoche.

Estaba inicialmente orinando bien, deposiciones normales.

En centro remitido el 26 de abril se inicia manejo con Oxacilina 275 mg iv cada 6 horas + Amikacina 80 mg IV cada 4 horas.

El 27 abril en la noche encuentran oligúrica, gasto urinario de 0.6 cc/kg/h con anasarca por lo cual toman paraclínicos e inician manejo con furosemida 3 mg inicialmente luego 2.5 mg iv cada 12 horas Considerando síndrome hipnótico inician albumina 20% 1.2 cc/h

El día de hoy se considera transfusión de Glóbulos rojos empaquetados, sin embargo, se pierde el acceso venoso por lo cual no es posible transfundir, ni seguir administrando medicamentos endovenosos.

Remiten a este servicio con diagnóstico de: síndrome anémico severo, sepsis origen tejidos blandos, uro sepsis posible germen nosocomial o micótico, falla renal aguda,



síndrome hemolítico urémico? Estado de inmunosupresión, riesgo de falla multisistémica. Ingresada transportada en ambulancia medicalizada sin acceso venoso con Sonda vesical a cistoflo.

Antecedentes perinatales: Hallazgos que llaman la atención VACUNAS: PAI para edad, no trae carné, dice la mamá que presentó reacción post vacunal en primera dosis de neumococo dada por “se me desmayó y se puso moradita” y posterior a la segunda dosis de vacuna comenzó el brote inicial. Alimentación Enfamil premium I, recibió lactancia hasta los dos meses ahora no recibe.

Al ingreso Alerta, hidratada, en malas condiciones generales, pálida, mal perfundida, en este momento sin dificultad respiratoria, de mal olor, Mucosa oral húmeda, conjuntivas hipocrómicas, Abdomen globoso con edema de pared abdominal, difícil palpación de masas no impresionable doloroso. Extremidades con edema duro en miembros superiores. Neurológico: hipoactiva, hipo reactiva. Piel pálida, con lesiones descamativas café en toda la dermis-

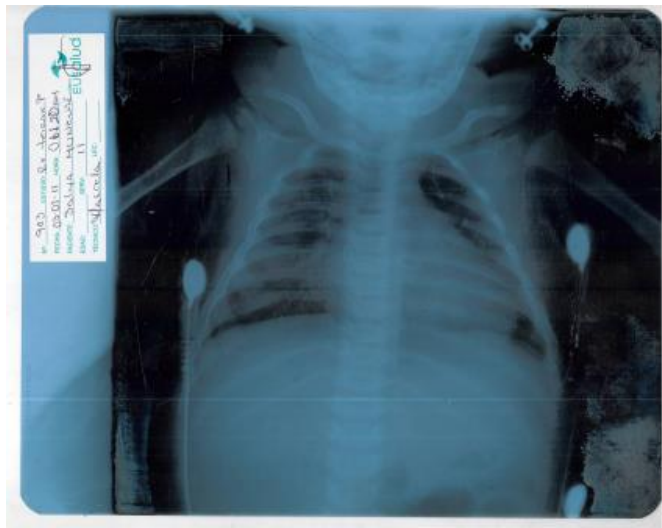
Se trata de lactante menor con cuadro que inicia como brote en piel, manejado con esteroide tópico por lo cual progresa al parecer sobreinfección por estafilococo sin control inicial, ingresa a manejo hospitalario, completa 6 días de oxacilina amikacina sin mejoría, sobreinfección urinaria por hongos y bacterias posiblemente nosocomial. Componente nefrótico por proteinuria aunque no ha sido significativa, hematuria sin hipertensión arterial. Compromiso hematopoyético con bicitopenia actual, urgente transfundir. Paciente en mal estado general, alto riesgo de falla orgánica multisistémica y muerte lo cual se explica a la madre claramente, se explica diagnóstico, manejo, posibles complicaciones.

Diagnósticos: lactante menor, síndrome de piel escaldada estafilocócica, infección de vías urinarias bacteriana + micótica, sepsis de origen urinario y tejidos blandos bicitopenia (anemia trombocitopenia), gastroenteritis bacteriana, anasarca secundaria a: síndrome nefrótico??, síndrome hiponcótico?, síndrome hemolítico urémico?, síndrome anémico severo con repercusión hemodinámica, riesgo de fallo multisistémico y muerte.

Plan: Hospitalizar En Intermedios, Nada vía oral. O2 Por CN Para Sat 90%. DAD 5% 500 Cc + 15 Cc Natrol + 5 Cc Katrol Pasar A 20 Cc/H. Transfundir 130 cc de glóbulos rojos compatibles. Tomar Hemoglobina y hematocrito 1 hora Post transfusión. Vancomicina 98 Mg Iv Cada 6 Horas. Ceftriaxona 325 Mg Iv Cada 12 Horas. Fluconazol 40 Mg Iv Cada 24 Horas. Furosemida 6 Mg Iv Cada 8 Horas Ranitidina 6 Mg Iv Cada 8 Horas, acetaminofén 3 Cc Cada 6 Horas Por Fiebre.

Mayo 3 2011: 03+15 se inicia transfusión de glóbulos rojos 134cc para 2 horas, se registran signos vitales de inicio de transfusión.

06+30: Dra. Ginna Pinilla: Se realiza venodisección femoral izquierda pasando catéter central bilumen 4 french 22 cm Se revisan retornos, se inicia transfusión sanguínea y líquidos basales a 15 cc/h. Procedimiento sin complicaciones. Pendiente valoración por cirugía pediátrica. Se toma Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales para hiliares, no evidencio en esta proyección la punta del catéter. Paciente con mejor perfusión distal, pulsos presentes, no hay evidencia de extravasación.



07+56: Dr. Abel Atencio: Paciente a quien encuentro en pésimo estado general, edema generalizado, oligo anúrico, tendencia a la hipotérmica y tendencia a la hipertensión, sin vía oral, saturaciones adecuadas con oxígeno suplementario por cánula nasal a un litro/min. Edema generalizado, perfusión de 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, Anúrico. En su día 0 de vancomicina más ceftriaxona, más fluconazol Paciente con cuadro clínico que pudiera sugerir un Síndrome hemolítico urémico en un paciente con desnutrición tipo Kwasiorkor muy exótico un nefrítico (teniendo en cuenta la infección estafilocócica en piel), con IVU más fungemia. Plan: Neacate, valoración con Infectología para definir manejo antibióticos teniendo en cuenta índice de filtración glomerular. Se continua con albumina en infusión continua. se adiciona multivitaminas, fitomenadiona.

09+39: ha continuado oligoanúrica, están pendiente resultados de exámenes, En vista de la situación clínica crítica del paciente y ante la necesidad de diálisis peritoneal, se decide iniciar trámites de remisión para manejo integral en otra institución.

Infectologo pediatra: Dr Torres: Paciente a quien se le instauro antibiótico pensando en stafilococemia con pobre respuesta clínica, posteriormente remitido a Eusalud Chapinero con deterior hematológico se interpreta posible síndrome hemolítico urémico. Plan de manejo: vancomicina para cubrimiento de SAMR en un paciente con alto riesgo de germen mutado por antecedentes de antibiótico tópico aparentemente, fluconazol por riesgo de micosis y hemograma plaquetopenico, y ceftriaxona para E coli -pendiente resultado de cultivos.

15+08 Despierta, irritable al examen físico, sin requerir inotrópicos o vasopresores; tendencia a manejar cifras de tensión arterial elevadas para edad con medias de 58 - 72 -75 – 78, Reporte de hemoglobina hoy en 9 y hematocrito de 26.9 (post transfusión), Drenaje por sonda orogástrica bilioso. Paciente sin uresis registradas hasta ahora; se evidencian en sonda vesical y cistoflo escasa cantidad de orina. Reporte del día de hoy de BUN en 9 el cual ha disminuido con relación a previos. creatinina del día de hoy se muestra en 0.9 estable con la de días previos. Edema de cara y de miembros inferiores en disminución según lo referido por madre con relación a días anteriores.

Paciente aun estado crítico con problema más grave actualmente la falta de uresis; se inició hacia el mediodía de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahora escasa orina en sonda y cistoflo. **Llama atención sin embargo, que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran BUN en descenso y creatinina estable con relación a previas.** Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Plan: vigilancia estricta de LA/LE, se inicia corrección de electrolitos en mezcla (no se realiza corrección rápida de potasio por la no uresis en la actualidad), continuar goteo de albumina y furosemida. Se inicia fitomenadionas 1 mg iv 3 veces por semana, se adiciona al manejo metoclopramida como proquinético.

15+43: Nutrición: DX paciente de acuerdo con evaluación bioquímica con Desnutrición aguda severa Tipo kwashiorkor grado II. Plan: nutricional de inicio 50 cal/kg/peso real elección formula nutricional elemental 1 cal/1cc 260 cal/ cc/ día pasa por sonda oro gástrica, iniciando con volúmenes de 10 cc cada 2 horas y progreso de acuerdo con tolerancia hasta ofrecer 20 cc cada 2 horas.

Se solicita interconsulta por dermatología, Nefrología e infectología

22+35: Dr. Rubén García (Pediatra): Paciente en falla renal intrarenal, en manejo que está en proceso de remisión con urgencia dialítica por ahora, con anuria, por ahora con cubrimiento antibiótico de amplio espectro y antifúngico y que se encuentra hipertensa persistente con deterioro clínico, se completaran para mañana estudios de falla renal y de diagnósticos diferenciales síndrome hemolítico urémico? se ordena continuar con

infusión de furosemida, restricción hídrica, antibiótico + antifúngico. infusión de albumina.

23+23: Retiro y descenso de albumina, no tiene por ahora sx hipooncótico con emergencia además con signos de sobrecarga (HTA y anúrico a pesar de refuerzo diurético) paciente en proceso de remisión se insiste al call center de requerimiento de diálisis urgente.

Mayo 4 2011 (08+10): en pésimo estado general, continua con edema generalizado, oligoanúrica, con palidez mucocutánea generalizada, no distermias, tendencia a la hipotensión, en el momento sin inotrópicos. Además se encontró con mucha dificultad respiratoria y con requerimientos altos de oxígeno (HOOD al 100%) y desaturada. Por lo anterior se decidió intubar a la paciente. procedimiento realizado previa sedación, relajación y analgesia con midazolam, pancuronio y fentanilo respectivamente, se colocó TOT 4,5 y se fijó en 12,5. No hubo complicaciones. Se conectó al ventilador con los parámetros: PEEP: 7 PIM: 35 IMV: 35 FIO1: 100%. Glucometría de 111 mgs/dl.



15+47: Paciente Actualmente con parámetros altos de ventilación para mantener saturaciones (PIP 35PEEP 6 IMV 35 REL 1:1.9 Fio2 100%). Continua en falla renal con escasa respuesta a dosis alta de diurético. Se está en trámites de remisión a centro con posibilidades de diálisis; administrativamente se está en plan de conseguir implementos para intentar diálisis peritoneal aquí hasta remisión, sin embargo, informan dichos elementos no se tendrán antes de dos días. Por sangrado digestivo evidenciando en sonda a pesar de manejo con ranitidina por lo que se decide iniciar omeprazol IV.

16+55: Se recibe llamado de laboratorio donde informan tipificación de urocultivo con klebsiella pneumoniae + y candida albicans. Se comenta con servicio de Infectología pediátrica (Dr. Juan Carlos Torres) y se decide suspender ceftriaxona e iniciar meropenem. se continuo fluconazol.

19+47: glucometría de 35 mgs/dl. Infusiones: Fentanyl: 1,2 mcgs/kg/hora. Midazolam:0,11 mgs/kg/hora. Pancuronio: 1 Mcgs/Kg/Min. Albumina:1 Cc/H. Furosemida. '0,4 Mg/Kg/Hora. Paciente crítica, pésimo pronóstico vital. Se está en trámites de remisión por el Call Center de la institución y hasta el momento no ha sido posible. Además se han estado haciendo las vueltas del catéter de tencoff pero tampoco se ha ubicado.

Mayo 5 2011 Paciente quien continua muy crítica, edematizada, pálida. No ha presentado picos febriles, mantiene buenas cifras tensionales con soporte inotrópico (dopamina Sin vía oral, con secreción aún en " cuncho de café " por SOG. Saturaciones adecuadas con parámetros ventilatorios elevados. Glucometrías 38 y 110, Se confirma con los padres en suministro de fécula de plátano desde el 2° mes de vida. Continua con pésimo pronóstico, aunque en las últimas 6 horas ha mejorado la diuresis.

19+49: Paciente continua muy crítico, mejoría de su oliguria. Sigue con diferencial en tensiones muy amplio. según evolución de cifras tensionales, se iniciará hidrocortisona. Mañana se iniciará nutrición parenteral con los siguientes criterios: proteínas a menos de 0,5 grs/kg., flujo de dextrosa entre 5 y 6, sin lípidos, suplencia de multivitaminas y trazas todos los días, sulfato de magnesio en reposición.

Mayo 6 2011: Tendencia a la hipotermia. Hoy en su día 2° de meropenem y 4° de vancomicina y fluconazol. Cuadro hemático de ayer con leucocitos normales, trombocitopénico (52500) y anemia de 6,6. Tiempos de coagulación ligeramente prolongados. Paciente en condición muy crítica, no ha sido posible su reubicación para la realización de diálisis peritoneal, ni tampoco ha sido posible la consecución del catéter de tencoff, su pronóstico es pésimo, alta posibilidad de fallecer.

12+56: Se inicia soporte nutricional parenteral con aporte de 90 cc/ kg/ real peso real - 20% edema 5.3 gramos goteo 20 cc/ hora.

15+13: Paciente en pésimo estado general con pronóstico reservado y alta posibilidad de deceso. En falla renal sin mayor respuesta a diurético alta dosis; no se ha logrado remisión a centro donde se pueda realizar diálisis así mismo tampoco se cuenta con

insumos requeridos para intentar diálisis peritoneal. Continúa con igual esquema antibiótico. Evolución tórpida, además ahora de saturaciones aunada a anemia severa por lo que se considera transfundir a pequeños volúmenes cada 12 horas. Se insiste en pésimo pronóstico vital.

07+20pm: presenta desaturación con bradicardia hasta de 50 Se inicia ventilación con bolsa mascarilla y masaje cardiaco sin respuesta Ventilación simétrica expansión torácica simétrica, se aspira tubo orotraqueal verificando permeabilidad de este. Se aplica dosis de adrenalina en 4 oportunidades y 2 dosis de atropina continuando masaje cardiaco y ventilación según normas internacionales sin respuesta. Glucometría en 30 se pasa bolo de DAD 10% 24 cc Se administra dosis de gluconato de calcio 3 cc, dosis de bicarbonato de sodio 6 mEq sin respuesta Se verifica ritmo inicialmente de actividad eléctrica sin pulso posteriormente de asistolia del cual no recupera Se completan 50 minutos de reanimación cardio cerebro pulmonar, paciente sin tensión, sin pulso, fría, pupilas midriáticas sin recuperación de frecuencia cardiaca a pesar de todas las maniobras realizadas Paciente fallece a las 8+10pm Paciente quien se encontraba en estado muy crítico, **disfunción orgánica múltiple, sepsis de origen renal y dérmico, falla renal, anúrica, anémica**, quien se encontraba con alto soporte ventilatorio alto y vasopresor con dopamina y adrenalina sin mejoría clínica, durante la tarde con desaturaciones a pesar de soporte ventilatorio alto, al final fallece por disfunción miocárdica secundaria a las patologías descritas. Se llama a padres vienen en camino, a su ingreso se explicará la situación acaecida.

A las 8+50 ingresa madre de paciente, se explica situación acaecida con su bebe y el fallecimiento, se hace acompañamiento en el duelo y se permite estar con su hija.

3. Análisis

El presente análisis va encaminado en revisar los 4 pilares punitivos notificados en la audiencia anteriormente mencionada, teniendo en cuenta los datos suministrados en la historia clínica, anexos y bibliografía basada en la evidencia.

1. Pilar 1:

Mal suministro de medicamentos: Se describe que se le suministró al paciente antibióticoterapia conformada por oxacilina + Amikacina, con suministro errado de amikacina dado por las características del paciente determinado basicamente por la edad del paciente lo que llevó a falla renal, adicionalmente con evidencia de una dosis superior y soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección. Concluyendo mal manejo de sepsis soportado en la bibliografía

“Campaña para sobrevivir sepsis y Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septico 2012”

- Justificación del inicio de la amikacina: Por historia clínica la paciente tenía cuadro clínico de 1 mes de evolución manejada con corticoides tópicos y vacelina por lesiones en piel que no mejoraron, con evidencia al examen físico de ingreso de hallazgos de infección en lesiones sobreinfectadas, lo anterior basado en la descripción medica que reporta “edema + eritema + calor total) diseminada en todo el cuerpo incluyendo cada, de tal manera que en el diagnóstico se incluye “celulitis severa”

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1146127061 -- SALMA PARRA MUNEVAR

Empresa: SALUDCOOP EPS		Afiliado: BENEFICIARIO NIVEL 1	No. His. Cli.
Fecha Nacimiento: 07/12/2010	Edad actual : 11 AÑOS	Sexo: Femenino	Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Menor
Teléfono: 7838171		Dirección: CARRERA 8 F # 2 A -21	
Barrio: NO SELECCIONAR		Departamento: BOGOTA D.C.	
Municipio: BOGOTA DC		Ocupacion:	
Etnia:		Grupo Etnico:	
Nivel Educativo:		Atención Especial:	
Discapacidad:		Grupo Poblacional:	

Responsable: JAZMIN 1 MUNEVAR ZAMUDIO	Teléfono: 7838171	Parentesco: Padre o Madre
Acompañante: JAZMIN MUNEVAR	Teléfono: 1	

SNC SIN DEFICIT NEUROLOGICO GLASGOW 15/15

PIEL LESIONES ESCAMATIVAS EN PLACAS CON **EDEMA, ERITEMA, CALOR LOCAL** PERILESIONALES EN MIEMBROS INFERIORES, PLIEGUES INGUINALES, MIEMBROS SUPERIORES, CUELLO Y PARTE BAJA DEL MENTON, Y ESPALDA, LESIONES ERITEMATOSAS PUNTIFORMES EN ABDOMEN Y ROSTRO

IDX 1 DERMATITIS ATOPICA VS **CELULITIS SEVERA**

Basado en los hallazgos físicos de la paciente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- A. Signos de infección en piel : Se realiza lista de chequeo encontrando que la paciente ingresó con 7 criterios de 8 compatibles con infección en piel lo que corrobora que el diagnóstico incluido al ingreso como celulitis severa

Signos de infección	Paciente en estudio
Eritema	Si
Dolor	No descrito
Calor	Si
Aumento de volumen	Si
Malestar general	si. Paciente irritable
Fiebre	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda)
Vomito	Si. El 8 de abril (pag 4 texto de la demanda)

Lo anterior corrobora nuevamente que la paciente cursaba con una infección en piel justificando el manejo antibiótico.

- B. Bibliografía de medicina basada en evidencia

- La Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009;11Supl 15:s49-s67 Elena Sendagorta Cudós, elenasendagorta@hotmail.com. Tratamiento de la

dermatitis atópica E. Sendagorta Cudósa, R. de Lucas Lagunab a,bDermatología. b Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, publica que pacientes con La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea (vemos que desde el ingreso la paciente tenía alteración de la barrera cutánea en miembros inferiores e inferiores, pliegues inguinales, espalda, abdomen, cuello, parte baja de menton incluso cara, es decir en mas del 50% de la superficie corporal, es decir, se encontraba con la infección ya dismeizada), el mismo artículo informa que Existe un aumento de la colonización por Staphylococcus aureus, que está presente en más del 90% de los niños con DA, tanto en piel afecta como en piel sana y que cuando existen lesiones excematosas (clínica de sobreinfección) el paciente amerita manejo antibiótico. El mismo artículo menciona que los alimentos relacionados con mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópicas son la leche de vaca, el huevo, el plátano y el pescado. (podemos recordar que la paciente a partir de los 2 meses recibía fécula de plátano).

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que la paciente cursó inicialmente con una dermatitis probablemente atópica manejada inicialmente con corticoides que no obró de la manera esperada, de tal manera que se extendió y diseminó requiriendo manejo antibiótico por alta sospecha de colonización de Staphylococcus que es un microorganismo que frecuentemente habita en piel y en fosa nasales de cuidadores y que penetra al sistema a través de las laceraciones que se producen en las lesiones dérmicas. Lo anterior justifica el manejo antibiótico. Es por eso que no es correcto decir que el manejo antibiótico era errado para la infección.

C. Amikacina: Se confirma a través de diferente literatura médica basada en evidencia que el concepto emitido por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado. A continuación se exponen 2 de ellas:

- La Asociación Española de Pediatría publica que este antibiótico es un aminoglucósido con formulación exclusivamente parenteral y uso hospitalario, con un espectro antimicrobiano frente a bacterias gramnegativas (incluidas muchas resistentes a la gentamicina y/o la tobramicina), con alguna cobertura de bacterias grampositivas (estafilococos principalmente). Su uso clínico incluye infecciones de la piel, de los huesos, de los tejidos blandos, de las articulaciones, en quemados, posquirúrgicas entre otros.

De igual manera, la asociación recomienda su utilización (de acuerdo a la ficha técnica del medicamento) en pacientes prematuros, neonatos. Adicionalmente no se encuentra contraindicada en pacientes con fallo renal, en estos casos la

recomendación es ajustar la dosis. Este artículo indica que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

- Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, publica que Después de las penicilinas, los aminoglucósidos son los antibióticos mas utilizados en neonatología. Debido a las características especiales del neonato, la distribución de estos aminoglucósidos en el cuerpo hacen que el neonato requiera una dosis más alta por kg de peso que los niños mayores y que los adultos, y hace que el prematuro pequeño requiera más dosis que el a término para lograr concentraciones adecuadas en el lugar de la infección. Esto se debe a mayor cantidad de líquido en el cuerpo. Los aminoglucósidos también tienen un efecto post antibiótico bueno. Este efecto se define como la capacidad de continuar eliminando bacterias posterior a la caída de los niveles por debajo de lo denominado concentración inhibitoria mínima. Además clínicamente la nefrotoxicidad y ototoxicidad importantes son poco frecuentes en los recién nacidos durante los cursos de antibióticos de menos de 7 días. Lo anterior, siendo otra literatura médica lleva a concluir igual que la Asociación Española de Pediatría, que el que el argumento notificado por la juez en cuento al soporte técnico de que este medicamento era equivocado para la infección, se encuentra equivocado.

D. Amikacina: Suministro de dosis incorrecta como causal de falla renal aguda: Al revisar la formula vemos que efectivamente se cometió un error de digitación al dejar escrito el intervalo de la dosis a 4 horas, por escribir 24 horas, sin embargo, en la sentencia se dejo notificado que no se encontraba el soporte de enfermería para corroborar la aplicación de medicamento en cuestión, por lo que no se tuvo en cuenta la dosificación realmente a la paciente. En EUSALUD, la historia clínica se encuentra sistematizada a travez de una herramienta llamada HOSVITAL, en donde queda el soporte no solo de la atención médica, si no tambien de los anexos, es por eso, que se puede confirmar a través del presente documento que solo se aplicaron 2 dosis y con un intervalo de 8 horas, dosis con la que no es posible llevar a la paciente a una insuficiencia renal aguda. A continuación pantallazo de la hoja de medicamentos.



EUSALUD
800227072 - 8
PACIENTERC 1146127061 SALMA PARRA MUNEVAR
SEDE DE ATENCIÓN: 001 MATERNO INFANTIL
FECHA DESDE 25/04/11 00:00 HASTA 07/05/11 23:59

[R]

Fecha: 21/05

Hora: 16:14

Página: 1

RELACION DE MEDICAMENTOS PACIENTE

Con	Folio	Descripcion	Dosis	Unidad	Frecuencia	Via	Fecha Hora Formulación	Fecha Hora Programación	Fecha Hora Reg. Aplicación	Estado Aplicación	Usuario Aplicación
1	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	183	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 01:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
2	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
3	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
4	196	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE	3,00	CC	6 Horas	ORAL	03/05/2011 13:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	252	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	268	ADRENALINA EQUIVALENTE EPINEFRINA SOL. INY. X1MG (AMP)	2,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 09:48	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	101	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	29/04/2011 18:57	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	160	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	5,50	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	02/05/2011 09:19	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	196	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	245	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	268	ALBUMINA HUMANA SOL. INY. 20% FCO. VIAL X50ML (AMP)	6,00	GRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	04/05/2011 09:05	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	26/04/11 16:00	26/04/11 16:32	APLICADO	MABEL DEL SO
2	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	26/04/11 20:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIBETH
3	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 00:00	26/04/11 23:49	APLICADO	ERIKA LIBETH
4	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 04:00	// 00:00	PENDIENTE	
5	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 08:00	// 00:00	PENDIENTE	
6	14	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	4 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 12:00	// 00:00	**MODIFICADO	
1	31	AMIKACINA X 100 MG	80,00	MILIGRAMOS	24 Horas	ENDOVENOSO	27/04/2011 10:35	27/04/11 16:00	27/04/11 16:12	APLICADO	MABEL DEL SO
1	268	AMINOFILINA SOL. INY. X240MG (2.4%) AMP. X10ML (AMP)	20,00	MILIGRAMOS	Inf. Continua	ENDOVENOSO	06/05/2011 08:24	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	
1	183	CEFTRIAXONA SODICA POLVO SOL. INY. VIAL X1G (AMP)	325,00	GRAMOS	12 Horas	ENDOVENOSO	03/05/2011 13:02	// 00:00	// 00:00	PENDIENTE	

Documento académico: Aminoglucósidos y otros en Neonatología Resumen de la charla del Dr. Karel Allegaert. Simposio de Farmacología y Nutrición. Bogotá, Febrero 28-Marzo 1, 2014 y resumen de su artículo: van den Anker JN, Allegaert K. Pharmacokinetics of aminoglycosides in the newborn. Curr Pharm Des. 2012;18(21):3114-8. Resumido por la Dra. Angela Hoyos, Bogotá Colombia, informa que efectivamente que los efectos secundarios específicos con el uso de aminoglucósidos es la nefrotoxicidad y la ototoxicidad, pero el mismo artículo aclara que la incidencia de nefrotoxicidad en neonatos parece ser considerablemente menor que en los adultos. No se ha demostrado de forma concluyente en los estudios prospectivos un persistente deterioro del filtrado glomerular. No se encontraron diferencias en la función renal entre una vez al día versus múltiples dosis diarias tanto para amikacina como gentamicina. Informa que se ha demostrado disfunción tubular reversible en muchos estudios que incluyeron recién nacidos, que es más pronunciada en los recién nacidos a término que en los recién nacidos prematuros.

Con lo anterior se da claridad que a pesar de que hubo un error en la digitación de la amikacina a cada 4 horas, esta dosis no fue aplicada de esa manera. Adicionalmente podemos ver en la literatura anterior que, no se puede adjudicar el daño renal a la amikacina y en caso de que se hubiera podido presentar, esta hubiera sido reversible. Se recuerda que el daño renal en la paciente fue rápidamente progresivo.

ALIANZA PARA CONTROL ASESORIA LEGAL AUDITORIA Y GESTION EN SALUD S.A.S.

Carrera 64 No. 103-05, Bogotá D.C.

Teléfonos: 6242526 - 5332388

Correo electrónico: alianzagesa@gmail.com



Al entrevistar al nefrólogo Dr Juan Guillermo Cardenas, nos informa que muy probablemente la paciente ingreso con daño renal, que no se vió reflejado en la creatinina dado que un paciente en desnutrición no genera una úrea significativa, dado que a menor músculo menos creatinina. Es importante tener en cuenta que el médico tratante en la unidad le llama la atención que a pesar de tener los niveles de BUN y creatinina estables aun persistía en anuria, lo que apoya el concepto de nefrólogo.

ANALISIS: Paciente aun estado critico con problema mas grave actualmente la falta de uresis; se inicio hacia el medio dia de hoy goteo de furosemida evidenciando por ahoara escasa orina en sonda y cistoflo. Llama atencuion sin embargo que a pesar de esta anuria las cifras de nitrogenados muestran bun en descenso y creatinina estable con relacion a previas. Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado distermias y se encuentra en manejo sugerido por servicio de infectología pediátrica. Estan pendientes reportes de sodio y potasio del dia de hoy. En el momento no se considera realizar nuevos cambios al plan de manejo. Se estara atento a presencia o no de orina, cifras de tension arterial,

De acuerdo al concepto del infectólogo pediatra Dr Juan Torres, el nefrólogo y los articulos aportados, se concluye que el manejo con Amikacina fue completamente adecuado para la infeccion de tejidos blandos con sospecha de sepsis, que no es

No es cierto que la paciente no recibió antibióticos dirigidos a su proceso infeccioso. Y no fueron administrados de forma errónea exepcto la amikacina pero al final de la atención pero si te tuvo en cuenta los diagnósticos médicos de hecho el esquema antibiótico inicial se orientó o lo orientó la sospecha de sepsis de piel y tejidos blando, que tampoco es cierto que la falla renal haya sido secundario a los medicamentos puesto que no se observó alteración de la función misma del riñón basado en el BUN y en la cretinina y en que ademas no se aplicó un esquema de amikacina cada 4 horas. Adicionalmente el documento aportado de sobreviendo a la sepsis es una recopilación de datos que se van optimizando con la revisión de la literatura el manejo de la sepsis es decir es para casos posteriores. Los cadis previos no se benefician de esta actualización puesto que el documento se estaba construyendo

2. Procedimientos de referencia y contra referencia: La Atención en salud no garantizada a través de la UCI pediátrica: Se anexa bitacora de referencia y contra referencia
- 3.

4. No colocación del cateter:

Se evidencia que el cateter central no se colocó inicialmente dado que las condiciones clínicas del paciente no lo permitieron, pues se encontraba con una infección en piel, en estos casos se encuentra contraindicado dado que los gérmenes pueden ser arrastrados por la aguja o el cateter directamente al vaso sanguíneo. Es por lo anterior que se planteo la posibilidad de una venodisección, la cual efectivamente fue realizada en la unidad de cuidados intensivos y sin complicaciones

PEDIATRIA

Sede de Atención : 001		MATERNO INFANTIL		
FOLIO	190	FECHA 03/05/2011 06:30:02	TIPO DE ATENCION	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

Previa dosis de Ketamina de 6 mg.
 Asepsia y antisepsia.
 Anestesia local con lidocaina 1% sin epinefrina
 Se realiza **venodiseccion** femoral izquierda pasando cateter central bilumen 4 french 22 cm
 Se revisan retornos
 Se inicia transfusion sanguinea y liquidos basales a 15 cc/h
 Procedimiento sin complicaciones.
 Pendiente valoracion pr cirugia pediátrica.
 Se toma Rx de torax con infiltrados intersticiales parahiliares, no evidencio en esta proyeccion la

5. Ausencia de interconsulta de especialidades que no se realizaron:

Se anexa bitacora de referencia y cotrreferencia

4. Resultado del Estudio



PEDIATRIA

Sede de Atención : 001		MATERNO INFANTIL		
FOLIO	190	FECHA 03/05/2011 06:30:02	TIPO DE ATENCION	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

Previa dosis de Ketamina de 6 mg.

Asepsia y antisepsia.

Anestesia local con lidocaina 1% sin epinefrina

Se realiza ~~venotomía~~ venotomía femoral izquierda pasando cateter central bilumen 4 french 22 cm

Se revisan retornos

Se inicia transfusion sanguinea y liquidos basales a 15 cc/h

Procedimiento sin complicaciones.

Pendiente valoracion pr cirugía pediátrica.

Se toma Rx de torax con infiltrados intersticiales parahiliares, no evidencio en esta proyeccion la

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 1

Nº Solicitud
RCR-53603

Fecha
04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
Hospitalaria

Identificación del Paciente

Nº Identificación RC 1146127061 **Nombre :** PARRA MUNEVAR SALMA
Edad 3 AÑOS **Dirección Residencia** CARRERA 8 F # 2 A -21 **Sexo** F **Teléfono** 7838171
Tipo Afiliado D BENEFICIARIO NIVEL 1 **Nivel atención** 4 NIVEL IV **Localidad** BOGOTA DC

Afiliación SGSSS

Empresa 800250112-1 SALUDCOOP EPS

IPS Referente: 6 SALUDCOOP

Médico Referente: REMISION NEFROLOGIA

Reg Medico Ref:

Especialidad : 410 NEFROLOGIA

Diagnostico N19X INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA

Descripción Caso Clínico :

INSUFICANCIA RENAL AGUDA +SEPSIS DEORIGEN UINARIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Observaciones e indicaciones:

MAYO 04 DE 2011 09:08AM SE RECIBE LLAMADA DE SANDRA SUAZO

SOLICITANDO REMISION URGENTE PARA SALMA PARA UNIDAD RENAL INDICA QUE YA SALIERON RESULTADOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y SE COMPLICÓ A NIVEL RESPIRATORIO (J.P9 9:15AM SE HABLA VIA CELULAR CON HENRRY PEREZ DE REFERENCIA DE HOSPITAL SANTA CLARA SOLICITA SE LE ENVIE LA HISTORIA CLINICA VIA FAX Y +SE LE LLAME EN UNA HORA (J.P) 09:20AMSE ENVIA VIA FAX HISTORIA CLINICAA HOSPITAL SANTA CLARA PENDIENTE CONFIRMAR EN UNA HORA (J.P) 09:34AM SE ENVIA HISTORIA CLINICA A LA EPS PENDIENTE CONFORMAR (J.P) 09:40AN SE HABLA CON EL JEFE ANDRES QUIEN INFORMA QUE SI LLEGO EL FAX LA JEFE CAROLINA BUENO TIENE EL CASO (J.P) 09:42AM SE LLAMA A L CRUP SE HABLA CON ALISSON ROJAS SE LE PRESENTA CASO DE LA PACIENTE QUES ESTA YA HACE VARIOS DIAS PARA REMISION A UNIDAD DE NEFROLOGUA PERO POR PARTE DE LA EPS NO HAY RESPUESTA ELLA TRATA DE COMUNICACARSE CON SANTA CLARA PERO NO LES CONTESTAN IGUAL ELLA INDICA QUE AL SER CONTRIBUTIVO SE DEBE TRASLADAR COMO PRIMARIO ELLA INDICA QUE SI NO SE OBTIENE AYUDA DE LA EPS EN EL TRASCURSO DELDIA VOLVERLOS A LLAMAR (J.P) 10:00AM JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP ME INDICA QUE NO SE PUEDE REALIZAR TRASLADO PRIMARIO SI NO SE CUENTA CON CUPO PARA VENTILACION MECANICA EN EL SITIO AL QUE SE VA ENVIAR AL PACIENTE, YA QUE ESTE PACIENTE ESTA VENTILADO EN UNA UCIP, NO SERIA CORRECTO ENVIARLA A UN SALA DE URGENCIAS EN ESTAS CONDICIONES, (JOHNQ) 10:08AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE LA PACIENTE A LA EPS SE HABLA CON EL JEFE ANDRES CADENA QUIEN INFORMA QUE SI PASO EL FAX YA ESTAN HABLANDO CON SANTA CLARA PARA VER LA POSIBILIDAD DE LA CAMA PENDIENTE RESPUESTA (J.P) 10:48AM SE LLAMA NUEVAMENTE A HOSPITAL SANTA CLARA SE HABLA CON HENRRY PEREZ QUIEN

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 2

Nº Solicitud
RCR-53603

Fecha
04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
Hospitalaria

INFORMA QUE YA LA DRA ELA CAMARGO TIENE CONOCIMIENTO DEL CASO Y YA ESTAN HABLANDO CON LA JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP PARA CONFIRMAR DERECHOS Y TRAMITES ADMINISTRATIVOS POR LA NO CONTRATACION SOLO POR EVENTO (J.P PENDIENTE RESPUESTA 11:30AM SE HABLA CON LA JEFE CAROLINA BUENO QUIEN INFORMA QUE NO HAY RESPUESTA DEL SANTA CLARA DRA CARDENAS LOE INDICAN QUE ESTARIAN PENDIENTE DE RESPUESTA EN LA TARDE (J.P)

13:30PM NO RESPONDEN EN REFERENCIA PARA CONFIRMAR SI HAY RESPUESTA (J.P)

14:12PM SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE QUIEN INFORMA QUE ESTA PENDIENTE DE RESPUESTA EN FCI Y HOSPITAL SANTA CLARA (JOHN)

15:25PM JEFE ADRIANA LIZARALDE INFORMA QUE EN FCI TIENEN ORDEN DE NO ACEPTAR NINGUN PACIENTE ESTAN EN SOBRECUPPO POR EMERGENCIA FUNCIONAL (J.Q)

16:40PM NUEVAMENTE SE HABVLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE QUIEN INFORMA QUE EN SANTA CLARA NO HAY CAMAS (J.P)

19:18PM SE LLAMA A SALUDCOOP SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA LIZARALDE DE REFERENCIA QUIEN NOS INFORMA QUE ES COMPLETAMENTE IMPOSIBLE UBICAR LA PACIENTE ESTAN EN EMERGENCIA FUNCIONAL EN FCI Y HOSPITAL SANTA CLARA Y EN CLINICA DE LA 104 NO HAY CAMAS (J.P)

20:55PM JEFE ADRIANA NOS INFORMA QUE POR LA ESPECIALIDAD ESTA MUY DIFICIL QUE LA PUEDAN RECIBIR AHORA EN LA NOCHE (JP)

23:00PM SE HABLA CON LA JEFE ADRIANA QUIEN INFORMA QUE ESTABA PENDIENTE DE RESPUESTA EN SAN IGNACIO PERO FUE NEGADA ,ELLA INDICA QUE EN SANTA CLARA A LAS 08:00AM LES QUEDARON DE CONFIRMAR SI HAY POSILBILIDADES PENDIENTE RESPUESTA (J.P)

MAYO-05-2011

07:00AM SE HABLA CON ESTELLA MORA DE HOSPITAL SANTA CLARA PARA CONFIRMAR SI HAY POSIBILIDAES PARA HOY DE DE UBICACION SOLICITA COMUNICARNOS EN UNA HORA NO TIENE CONOCIMIENTO DEL CASO (J.P)

08:10AM NO CONTESTAN EN EL HOSPITAL SANTA CLARA (JOHNQ)

09:20AM JEFE CAROLINA BUENO DE SALUDCOOP ME INDICA QUE NO HAY RTA AUN (JOHNQ)

10:05 SE LLAMA A HOSPITAL SANTA CLARA Y SE HABLA CON ESTELLA MORA QUIEN DICE QUE NO HAY CAMAS (JP)

10:50AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE LA PACIENTE A SALUDCOOP(JP)

11:40 SE INSISTE EN LA REMISION CON REFERENCIA SALUDCOOP PERO NO HAYA RESPUESTA AFIRMATIVA (JOHANA PINZON)

12:50PM JEFE CAROLINA BUENO NOS INDICA QUE AUN NO TIENE RESPUESTA, CONTINUAN COMENTADO EL CASO EN STA CLARA, ESPERANDO UN CUPO (JP)

14:35PM MONICA PEREZ INDICA QUE LO ESTAN COMENTANDO PERO AUN NO TIENE ACEPTACION EN NINGUNA PARTE(OSCAR CHARRY)

Formato de Referencia de Salida

Fecha: 15/06/2011
Página: 3

Nº Solicitud
 RCR-53603

Fecha
 04/05/2011 12:11:08

Nº Verificación

Tipo de Atención
 Hospitalaria

17:55 SE HABLA CON EL DR ATENCIO DICE QUE ESPERAMOS 24 HORAS PARA CONFIRMAR SI MEJORA LA DIURESIS Y SE DEFINE SI SE CONTINUA REMISION (OSCAR CHARRY)

06-05-2011

07:30AM SE HABLA CON LA JEFE NELLY SE LE SOLICITA EVOLUCION ELLA INDICA QUE YA EL DR ATENCION LA ESTA REALIZANDO

07:50AM SE ENVIA EVOLUCION A LA EPS, PENDIENTE CONFIRMAR (JOHANA PINZON)

08:10 AM SE LLAMA A HOSPITAL SANTA CLARA Y SE HABLA CON HENRY PÉREZ QUIEN SOLICITA QUE LLAME EN UNA HORA, LA DRA HELA CAMARGO ESTA PENDIENTE DEL CASO, NO SE HA PODIDO RECIBIR POR FALTA DE CAMAS EN LA UCI PEDIATRICA (JOHANA PINZON)

08:20 AM SE HABLA CON EL JEFE EDWIN GÓMEZ QUIEN INFORMA QUE EL CASO LO TIENE LA JEFE CAROLINA BUENO YA LO ESTA COMENTANDO (JOHANA PINZON)

09:05AM SE ENVIA ULTIMA EVOLUCION DE PLA PACIENTE (JP)

10:23 AM SE HABLA CON LA JEFE CAROLINA BUENO QUIEN INFORMA QUE LA DRA LUZ DARY GALAN DE LA CLINICA 104 DE SALUDCOOP EN LA TARDE TIENE DOS SALIDAS Y HAY POSIBILIDAD DE RECIBIRLA, IGUAL ESTAN PENDIENTE DE RESPUESTA DE SANTA CLARA DE LA DRA HELA CAMARGO (JOHANA PINZON) 15:10 SE HABLA CON EL JEFE EDWIN GOMEZ DICE QUE ESTA PENDIENTE EN LA CLINICA 104 DESPUES DE LAS 16:00 HORAS QUE ESTAMOS PENDIENTE DE CUPO

18:15 LLAMA LA JEFE MARCELA HERNANDEZ DE REFERENCIA SALUDCOOP DICE QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN 104 POR EL DR FERNANDEZ, SE HACE PUENTE CON LA JEFE BIBIANA EN EUSALUD CHAPINERO QUIEN CONFIRMA TIPO DE AMBULANCIA Y NUMERO DE BOMBAS, PARA EL TRASLADO, PENDIENTE EGRESO (OSCAR CHARRY)

20:42 SE HABLA CON LA JEFE ANDREA BLANCO QUIEN CONFIRMA QUE LA NIÑA ACABA DE FALLECER HIZO PARO CARDIO RESPIRATORIO(OSCAR CHARRY)

20:46 SE LLAMA A AMBULANCIAS SALUDCOOP Y SE LE INFORMA A MARY CIFUENTES PARA QUE CANCELE SERVICIO AMBULANCIA (OSCAR CHARRY))

Servicio Solicitado :

UNIDAD RENAL

Servicio Ambulancia : BASICA

IPS de Destino: 14 CLINICA EUSALUD CHAPINERO

Fecha y hora de traslado : 04/05/2011 12:11:08

Quien entrega : 1 11

Reg Medico 1

Quien recibe : 1

Reg Medico 1

Responsable paciente : 1 1

Dirección respon :

Telefono : 1

Parentesco : Padre

Usuario Registro :

Medico que Aprueba :

OSCAR E.CHARR POLANCO

6J.0 *HOSVITAL*

14/10/2014

* * *

FIN DEL REPORTE

* * *

11:56:16

Usuario:

CHARRYO