

Señor

JUEZ CUARENTA Y NUEVE (49) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

PROCESO: DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

EXPEDIENTE: 110013103049-2020-00396 00

DEMANDANTES: FRANKLIN FERNANDO UHIA SARMIENTO Y OTRO.

DEMANDADAS: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR EPS. – CLÍNICA NUEVA. - CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ. – IPS CLÍNICA PARTENON LTDA. – IPS CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA.

REF: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

MIGUEL ARTURO ACOSTA GÓMEZ, mayor de edad vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.210.909 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta profesional No. 165.069 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación, según poder especial anexo al presente escrito, emitido por la **CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ**, sociedad de carácter privado y sin ánimo de lucro, legalmente constituida, según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por el Ministerio de Salud de Bogotá, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada por el doctor GABRIEL CAMERO RAMOS, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.367.172 de Bogotá, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal respectiva, respetuosamente me permito en primer lugar CONTESTAR LA DEMANDA incoada por FRANKLIN FERNANDO UHIA SARMIENTO, así mismo procedo a ANUNCIAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en escrito separado, advirtiéndole desde ya que me opongo a las pretensiones de la demanda, conforme a los fundamentos fácticos y jurídicos que se expondrán en los respectivos escritos, el de la demanda a continuación.

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta que el día miércoles 24 de mayo de 2023, a las 12:01, mi representada fue notificada a través del correo electrónico del traslado de la información ordenada en el Auto de fecha 24 de abril de 2023, procediendo para tal fin al envío del Link para el acceso al expediente digitalizado acopiado hasta la fecha, el traslado del mismo comenzó a contabilizarse a partir del día jueves **25 de mayo de 2023**, lo anterior de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 8° de la Ley 2213 de 2022. En efecto, a la fecha de radicación del presente escrito (22 de junio de 2023) nos encontramos dentro del término legal concedido para dar respuesta tanto a la demanda impetrada como a realizar el llamamiento en garantía ya referido, la contestación versará sobre el escrito de la demanda subsanada, mas no de la reforma de la misma, ello en razón al rechazo por parte del despacho teniendo en cuenta que el extremo actor no subsana la referida reforma, tal como fue ordenado Auto del 24 de abril de 2023:

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al enunciado con el número **1.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMRCA Y BOGOTÁ, **NO LE CONSTA** de forma directa lo señalado por el apoderado actor, son realidades que le son ajenas, no obstante, del análisis de la documentación aportada por los demandantes, se encuentra que la paciente registraba afiliación al Plan de Beneficios en Salud (PBS) en calidad de cotizante a COMPENSAR EPS.

Al enunciado con el número **2. ES CIERTO.** Así está registrado en el documento REPORTE TRIAGE, del día 26 de febrero de 2016, realizado en la Sede SAMU AV. 68 CENTRO.

Al enunciado con el número **3. ES CIERTO PARCIALMENTE. CIERTO.** La clasificación registrada en el documento REPORTE TRIAGE, del día 26 de febrero de 2016, realizado en la Sede SAMU AV. 68 CENTRO, a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), por la profesional de salud Nohora María Barato, correspondió a TRIAGE 3. **NO ES CIERTO** que en el instrumento TRIAGE se encuentren registrados los términos “*prioritaria, Grupo de riesgo III*”, son términos citados por el apoderado actor. La atención medica se prestó 11 minutos después de su clasificación en el consultorio de TRIAGE, fue valorada por medicina general de urgencias por el doctor Jimmy Alberto Jácome Rodríguez.

Al enunciado con el número **4. NO ES CIERTO** como está planteado por el apoderado actor por lo que se aclara con base en los registros médicos que se generaron durante el proceso de atención, en los siguientes términos:

“MOTIVO DE CONSULTA

“TENGO DIARREA Y VOMITO”

ANAMNESIS

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE UNAS HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN PINTAS DE SANGRE, SIN MOCO, EN NO DE VARIAS, EPISODIOS DE EMESIS EN NO 2 DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA. TOMO EMDICAMNTOSS LVE MEJROIA NO MAS SINTOMAS

Tiempo de evolución de la sintomatología que motivo la consulta: UNAS HORAS

Escala del dolor: 6 0,00 **Síntomas asociados al síntoma principal:** NO

(...)

EXAMEN FISICO:

TENSION ARTERIAL (TA): 100/70. **FRECUENCIA CARDIACA (FC):** 69 X Min. **TEMPERATURA (T):** 36.7 **SATURACION DE OXIGENO (SAT)** 02:98.

ABDOMEN: Clínicamente normal. **PERISTALSIS (+).** **BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO CON LA PALPACION PROFUNDA,** **RUIDOS INTESTINALES NORMALES,** **NO SE PALPAN MASAS,** **NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACION,** **MURPHY (-).**

ANALISIS: PACIENTE CON DIARREA ESTABLE HIDRATADA, NO GANAS DE DEFECACION AHORA HEMODINAMICAMENTE NORMAL. SALIDA RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA MANEJO AMBULATORIO.

FDO: JACOME RODRIGUEZ JIMMY ALBERTO MEDICO GENERAL.

DIAGNOSTICO: AO48. INFECCION INTESTINAL VIRAL. SIN OTRA ESPECIFICACION.

PLAN DE MANEJO: SUERO ORAL. SOBRES 4. TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA, POR 2 DIAS. METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS 10. TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. HIDROXIDO DE ALUMINOO SUSPENSION 1. TOMAR 5 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. RANITIDINA 150 MG TABLETAS 10 TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

RECOMENDACIONES: SIGNOS DE ALARMA SI PERSISTE SINTOMAS ACUDIR POR URGENCIAS.

REGRESAR A URGENCIAS SI:

1. DIARREA PERSISTE MAS DE 8 DIAS.
2. DOLOR ABDOMINAL INTENSO."

Al enunciado con el número **5. NO ES CIERTO** como se plantea. Lo enunciado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno, los registros médicos expresan con base en el examen físico realizado lo siguiente:

"EXAMEN FISICO:

TENSION ARTERIAL (TA): 100/70. FRECUENCIA CARDIACA (FC): 69 X Min. TEMPERATURA (T):36.7 SATURACION DE OXIGENO (SAT) 02:98.

ABDOMEN: Clínicamente normal. PERISTALSIS (+). BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO CON LA PALPACION PROFUNDA, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, NO SE PALPAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACION, MURPHY (-).

ANALISIS: PACIENTE CON DIARREA ESTABLE HIDRATADA, NO GANAS DE DEFECACION AHORA HEMODINAMICAMENTE NORMAL. SALIDA RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA MANEJO AMBULATORIO.

FDO: JACOME RODRIGUEZ JIMMY ALBERTO MEDICO GENERAL.

DIAGNOSTICO: AO48. INFECCION INTESTINAL VIRAL. SIN OTRA ESPECIFICACION.

PLAN DE MANEJO: SUERO ORAL. SOBRES 4. TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA, POR 2 DIAS. METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS 10. TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. HIDROXIDO DE ALUMINOO SUSPENSION 1. TOMAR 5 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. RANITIDINA 150 MG TABLETAS 10 TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

(...)

Subraya de mi autoría.

Si bien es cierto, la conducta adoptada acorde con la sintomatología que presentaba la paciente para el momento de la atención ("ABDOMEN: Clínicamente normal. PERISTALSIS (+). BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO CON LA PALPACION PROFUNDA, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, NO SE PALPAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACION, MURPHY (-)"), fue la del manejo ambulatorio con la formulación descrita, dicho manejo ambulatorio estaba condicionado a las indicaciones precisas que el médico tratante le dio a la paciente y que quedaron debidamente registradas en la historia clínica que se generó durante el proceso de atención, en el sentido de:

“RECOMENDACIONES: SIGNOS DE ALARMA SI PERSISTE SINTOMAS ACUDIR POR URGENCIAS.

REGRESAR A URGENCIAS SI:

1. DIARREA PERSISTE MAS DE 8 DIAS.
2. DOLOR ABDOMINAL INTENSO.”

La señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), en ningún momento consultó nuevamente en razón de la sintomatología que presentaba el día de la valoración en el servicio de urgencias del Centro de Atención: SAMU AV. 68 CENTRO. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la parte demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Al enunciado con el número **6.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas le son ajenas. Para que lo señalado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en las diferentes IPS.

No obstante, lo anterior es imprescindible señalar con fundamento en el instrumento TRIAGE y en la historia clínica que se generó durante el proceso de atención en el Centro de Atención: SAMU AV. 68 CENTRO de CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., el día 26 de febrero de 2016, que en la clasificación del Triage se menciona dolor abdominal, pero la paciente NO lo manifiesta durante la valoración inicial, en ningún momento ya durante la consulta médica realizada por el médico de urgencias, manifestó dolor abdominal, como motivo de la consulta refirió episodios de “diarrea y vómito” así están debidamente registrado por el profesional de la salud Jimmy Alberto Jácome Rodríguez médico general, quien le presto la atención en salud, sintomatología no comparable con las sintomatologías que se refieren por el apoderado actor en el presente hecho, citando como fecha el 28 de febrero de 2016, “antes de las 16:42 horas”, es decir dos (2) días después de la atención médica en las instalaciones de mi representada.

Al enunciado con el número **7.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas le son ajenas. Para que lo señalado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generan durante el proceso de atención en las diferentes IPS. De conformidad con la definición de la Historia Clínica, ésta es el reflejo exacto fiel y completo de las condiciones de salud de un paciente y su elaboración no es facultativa sino obligatoria para las personas y entidades que de una y otra forma participen en la elaboración de la misma.

Al enunciado con el número **8.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas le son ajenas. Para que lo señalado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en las diferentes IPS y no apartes de las mismas, escindiendo los registros médicos que la componen.

No obstante, lo anterior es imprescindible señalar con fundamento en el instrumento TRIAGE y en la historia clínica que se generó durante el proceso de atención en el Centro de Atención: SAMU AV. 68 CENTRO de CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., el día 26 de febrero de 2016, que en la clasificación del Triage se menciona dolor abdominal, pero la paciente NO lo manifiesta durante la valoración inicial, en ningún momento ya durante la consulta médica realizada por el médico de urgencias, manifestó dolor abdominal, como motivo de la consulta refirió episodios de “*diarrea y vómito*” así están debidamente registrado por el profesional de la salud Jimmy Alberto Jácome Rodríguez médico general, quien le presto la atención en salud, diagnóstico no comparable con las sintomatologías que se refieren por el apoderado actor, en el presente hecho, citando como fecha el 1 de marzo de 2016, “*a las 10:56 a.m.*”, es decir ya **cuatro** (4) días después de la atención médica en las instalaciones de mi representada.

Al enunciado con el número **9. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de una afirmación meramente subjetiva o transcripción errónea de la parte demandante sin soporte probatorio alguno, de errónea e imprecisa redacción, pretende confundir al despacho con relación al tiempo de evolución del cuadro clínico de la paciente, dando a entender que la atención en las instalaciones de mi representada, viene de cinco (5) días de evolución, término que **NO** corresponde a lo afirmado por la misma paciente durante la consulta médica. Los registros médicos de la atención prestada el día 26 de febrero de 2016, en las instalaciones de mi representada, expresan con base en el examen físico realizado lo siguiente:

“MOTIVO DE CONSULTA
“TENGO DIARREA Y VOMITO”

ANAMNESIS

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE UNAS HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN PINTAS DE SANGRE, SIN MOCO, EN NO DE VARIAS, EPISODIOS DE EMESIS EN NO 2 DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA. TOMO EMDICAMNTOSS LVE MEJROIA NO MAS SINTOMAS

Tiempo de evolución de la sintomatología que motivo la consulta: UNAS HORAS”

(...)

Tampoco es cierta la afirmación o transcripción por parte del apoderado actor en el sentido que la paciente haya consultado el servicio de urgencias de mi representada SAMU AV. 68 CENTRO, el día 26 de febrero de 2016, por “*Disfonía*

y enfermedad actual” de diarrea líquida asociada a dolor tipo retorcijón, vómito y fiebre y manejada con hioscina y metronidazol, sin mejoría y que hoy asocia a disminución de audición y no tiene voz, se fatiga con facilidad”

Los registros médicos de la atención prestada el día 26 de febrero de 2016, en las instalaciones de mi representada, expresan con base en el examen físico realizado lo siguiente:

“MOTIVO DE CONSULTA

“TENGO DIARREA Y VOMITO”

ANAMNESIS

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE UNAS HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN PINTAS DE SANGRE, SIN MOCO, EN NO DE VARIAS, EPISODIOS DE EMESIS EN NO 2 DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA. TOMO EMDICAMNTOSS LVE MEJROIA NO MAS SINTOMAS

Tiempo de evolución de la sintomatología que motivo la consulta: UNAS HORAS”

DIAGNOSTICO: AO48. INFECCION INTESTINAL VIRAL. SIN OTRA ESPECIFICACION.

PLAN DE MANEJO: SUERO ORAL. SOBRES 4. TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA, POR 2 DIAS. METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS 10. TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. HIDROXIDO DE ALUMINOO SUSPENSION 1. TOMAR 5 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. RANITIDINA 150 MG TABLETAS 10 TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

(...)

Así mismo el apoderado actor al afirmar o transcribir la errónea e imprecisa redacción, omite de manera intencional la segunda atención prestada a la paciente el día 28 de febrero de 2016, en la IPS CLÍNICA PARTENON, atención a la cual hace referencia en los HECHOS 6 y 7 de su escrito de demanda, debe resaltarse que en el **HECHO 7** resume:

“En el examen físico de ADRIANA MARIA GALINDO ARAAQUE (q.e.p.d) le diagnosticaron Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso siendo dada de alta sin exámenes de rigor para estas patologías, con prescripción de metronizadol 500mg cada 8 hora, hioscina cada 8 horas, solo signos de alarma con recomendaciones incapacidad tres días del 28 de febrero de 2016 hasta el 1 de marzo de 2016.”

Lo anterior permite inferir sin duda alguna que la medicación a la que hace referencia el apoderado actor en este hecho, fue indicada por los profesionales de la salud que la atendieron en la IPS citada con anterioridad.

La formulación por parte del profesional de la salud que valoró a la paciente en las instalaciones de mi representada el día 26 de febrero de 2016, a las 09:26 a.m., de acuerdo a los registros médicos generados durante el proceso de atención describen:

“DIAGNOSTICO: AO48. INFECCION INTESTINAL VIRAL. SIN OTRA ESPECIFICACION.

PLAN DE MANEJO: SUERO ORAL. SOBRES 4. TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA, POR 2 DIAS. METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS 10. TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. HIDROXIDO DE ALUMINOO SUSPENSION 1. TOMAR 5 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. RANITIDINA 150 MG TABLETAS 10 TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.”

(...)

La Implementación medicamentosa indicada a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), por presentar cuadro clínico de vómito y diarrea, corresponde a las Guías de tratamiento Institucionales para el manejo de la sintomatología que en su momento de atención presentaba.

Además, es pertinente resaltar en este punto, que el apoderado de los demandantes, solamente se enfocó en colocar apartes de las notas médicas a conveniencia, con el fin de demostrar una supuesta falla, pero dejando de lado en tal sentido la atenta gestión que fue realizada por los profesionales de la salud vinculados con mi representada.

Al enunciado con el número **10.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin aludir a qué atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta (síntomas) y patologías de base, en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios.

Al enunciado con el número **11.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin mencionar a qué atención medica se refiere y a cual centro médico, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada uno de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **12.** A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin citar a qué atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **13**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin transcribir a qué momento de la atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **14**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin citar a qué atención medica se refiere y en que IPS, ingreso, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **15**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin citar a qué atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **16**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas de manera imprecisa y sin citar a qué atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **17**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **NO LE CONSTA** las circunstancias de tiempo, modo y lugar del lamentable deceso por no ser hechos directos ni indirectos provenientes de ella, en razón a que las circunstancias enunciadas sin citar a qué atención medica se refiere, le son ajenas. Para que lo declarado en este hecho sea apreciable dentro del proceso, el apoderado actor, también deberá cumplir con la carga señalada en el artículo 167 del C.G.P., con fundamento en el documento que por Ley sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, motivos de consulta en cada una de los ingresos y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **18. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Aunado a lo anterior, nuevamente se reitera que, para la fecha de los hechos, acorde a lo registrado en el instrumento TRIAGE que se generó durante la clasificación correspondiente, el día 26 de febrero de 2016, a las 09:15:56 a.m., se menciona dolor abdominal, que la paciente **NO** manifiesta durante el motivo de consulta que realiza el médico.

En el instrumento TRIAGE se menciona que la paciente toma medicamentos (**BUSCAPINA COMPUESTA**), situación que el medico ratifica en el motivo de consulta como toma de medicamentos. El diagnostico no se realizó en “*suposiciones*” como lo afirma de manera irreflexiva el apoderado actor, sino en la sintomatología que presentaba la paciente, en ningún momento de la valoración la paciente manifiesta “Dolor Abdominal” Según consta en la historia clínica como motivo de consulta manifiesta presentar: **diarrea y vómito**, tampoco se evidencia que la paciente haya presentado fiebre, tampoco presento sintomatología urinaria. se dieron las indicaciones precisas para que, en caso de agravamiento de la sintomatología que presentaba el día de la valoración (26 de febrero de 2016) en el servicio de urgencias.

El tratamiento instaurado a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), en la sede SAMU AV. 68 CENTRO de la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, el día 26 de febrero de 2016, a las 9:34 a.m., por presentar cuadro clínico de **vómito y diarrea** corresponde a las Guías de tratamiento Institucional para el manejo de la sintomatología que en su momento presentaba. La afirmación por parte del apoderado actor de una “*falla en el servicio por falta de oportunidad en el tratamiento*”, es desacertada y aciaga y desconoce la gran labor medica que siempre se ajustó a la lex artis y a los respectivos protocolos en aras de garantizar una evolución favorable en el cuadro médico que Ella presentaba.

Imprescindible resulta destacar finalmente, que la indeterminada redacción del HECHO, con relación a las valoraciones “3. y 4.”, no permite identificar a que centro de atención se refiere, hecho que pone en evidencia la lectura inadecuada que se hizo de las historias clínicas.

Al enunciado con el número **19. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, hecho que pone en evidencia nuevamente la lectura inadecuada que se hizo de las historias clínicas.

Ahora bien, frente a la afirmación del apoderado actor:

“De lo anterior, como de las valoraciones médicas y de enfermería encontradas fácilmente se establece, la evidente falla en el servicio, en lo que tiene que ver en la falta de calidad en la atención del paciente, es así, que la paciente ingresaba y egresaba por orden medica de las clínicas demandadas por las mismas cusas, sin una atención y un tratamiento que resolviera su padecimiento”

Se evidencia que solamente cita apartes de las notas médicas y de enfermería consignadas en las historias clínicas generadas a convencia para probar su teoría del caso, desconociendo toda la gestión prudente y ajustada a la lex artis que fue realizada por los médicos tratantes en la diferentes ocasiones en que la paciente consulto en cada una de la Instituciones Prestadoras de Servicios, omitiendo por ejemplo que en el caso de mi representada la paciente presenta un solo ingreso el día 26 de febrero de 2016, egresando con las correspondientes recomendaciones y explicación sucinta de los síntomas por los cuales debía consultar nuevamente si se presentaba un agravamiento en los mismos.

Al enunciado con el número **20. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **21. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Al enunciado con el número **22. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **23. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **24. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

Al enunciado con el número **25. NO ES CIERTO.** Nuevamente se resalta que el apoderado del extremo actor realiza solamente apreciaciones subjetivas, las cuales no tienen fundamento científico o probatorio alguno, máxime, cuando a lo largo de la situación fáctica, se evidencia que solamente cita apartes de las notas médicas consignadas en las historias clínicas a conveniencia para probar su teoría del caso, desconociendo toda la gestión prudente y ajustada a la *lex artis* que fue realizada por los médicos tratantes en los diferentes momentos de su atención, acorde a la sintomatología que presentaba. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Al enunciado con el número **26. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, aunado a lo anterior no determina a que médico tratante se refiere y a qué momento preciso de la atención en salud.

Al enunciado con el número **27. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, aunado a lo anterior no determina a que médico tratante se refiere y a qué momento preciso de la atención en salud.

Los servicios médicos que se le brindaron en las instalaciones de mi representada, están debidamente registrados en la historia clínica y soportados en los principios básicos de la atención Inicial de urgencias en la sede S.A.M.U. AV 68 CENTRO, fundamentados en la Ética asistencial con **oportunidad**, calidad, excelencia técnica, responsabilidad social, humanismo y eficiencia en el servicio médico que se le dispense, actuar que se tradujo en:

- Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales.
- La realización de un diagnóstico de impresión.
- La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

La atención de la paciente como se resalta fue oportuna, de acuerdo con los síntomas que manifestó y los hallazgos del cuadro clínico, la interpretación de los signos, síntomas y examen físico de la paciente, son congruentes con un cuadro clínico de gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, por tal motivo no es pertinente solicitar hemograma ni ningún paraclínico adicional. Debe reiterarse una vez más que se entregaron signos de alarma para regresar a urgencias, para orientar a la paciente sobre la conducta a tomar de acuerdo con la evolución clínica.

Al enunciado con el número **28. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. La atención de la paciente como se resalta fue oportuna, de acuerdo con los síntomas que manifestó y los hallazgos del cuadro clínico, la interpretación de los signos, síntomas y examen físico de la paciente, son congruentes con un cuadro clínico de gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, de pocas horas de evolución, por tal motivo no es pertinente solicitar hemograma ni ningún paraclínico adicional. Debe reiterarse una vez más que se entregaron signos de alarma para regresar a urgencias, para orientar a la paciente sobre la conducta a tomar de acuerdo con la evolución clínica, el diagnóstico referido no concuerda con la variada sintomatología que describe y sin un orden de evolución determinado el apoderado actor. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Al enunciado con el número **29. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Una vez más se reitera que del proceso asistencial que se le prestó a la paciente en las instalaciones de mi representada el día 26 de febrero de 2016, a las 9:34 a.m., no procede el admitir falla en el proceso asistencial, toda vez que fue atendida oportunamente y que consultó varios días después en otras Instituciones prestadoras de Servicios. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Lo indeterminado de la redacción lo que denota es una inadecuada lectura y estudio de las historias clínicas que se generaron durante los diferentes momentos en que la paciente consultó en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios, omitiendo a manera de ejemplo y con base en los registros médicos que se generaron durante el proceso de atención, para el caso de mi representada, que como complemento de la oportuna y adecuada atención, se cumplió por parte del médico tratante con el deber de información, proporcionándole indicaciones precisas para que en caso de agravamiento de la sintomatología que presentaba el día de su valoración (*febrero 26 de 2016 a las 09:34 a.m.*), acudiera nuevamente al servicio de urgencias en cualquier momento, indicación que la paciente no atendió e ingresa a un nuevo servicio de urgencias de otra Institución de Salud dos (2) días después de la atención citada.

Al enunciado con el número **30. ES CIERTO**. Corresponde al Contrato de Prestación de Servicios Numero 009/2006, suscrito entre la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR y la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, que mi representada ejecutó con plena autonomía científica, técnica y administrativa para con los usuarios afiliados a la EPS, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad

correspondiente al nivel de complejidad, sin que la EPS intervenga en el proceso de atención médica.

Al enunciado con el número **31. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

En punto a lo citado, también debe aclararse que las Instituciones Prestadoras de Servicios objeto de este debate en ejercicio de su autonomía administrativa, técnica y financiera que les asiste, actuaron de manera independiente en la atención de la paciente en la secuencia de tiempo en que la paciente solicitó la prestación del servicio médico acorde a la sintomatología que presentaba para cada ingreso, no fue objeto de remisión ambulatoria o intrahospitalaria, ella de manera libre y voluntaria, en su derecho de libre escogencia, ingreso en las fechas referidas, sin que por este motivo pueda pregonarse por parte del apoderado actor la denominada “*relación de causa*”, y menos que se le pueda endilgar a mi representada la causa de su temprano fallecimiento.

Al enunciado con el número **32. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

De otra parte y con base en los registros médicos referidos que se generaron durante el proceso de atención de la paciente en las instalaciones de mi representada, la clasificación TRIAGE se realizó de manera eficaz y oportuna una vez ingreso al servicio a las 09:15:56 a.m., e ingreso al consultorio para valoración por el médico de urgencias a las 09:26 a.m., es decir 11 minutos después de su ingreso, lo que denota la oportuna accesibilidad al servicio médico, egreso con un diagnóstico e implementación medicamentosa y lo más importante con las recomendaciones a seguir y los signos de alarma para regresar al servicio de urgencias, sin embargo la paciente no regreso al SAMU, prestación que contradice la imprudente afirmación del extremo actor.

Al enunciado con el número **33. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin,

como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS.

Debe reiterarse una vez más que la atención de la paciente fue oportuna, de acuerdo con los síntomas que manifestó y los hallazgos del cuadro clínico. La interpretación de los signos, síntomas y examen físico de la paciente, eran concordantes para ese momento con un cuadro clínico de gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, por tal motivo no era pertinente solicitar hemograma ni ningún paraclínico adicional.

Al enunciado con el número **34. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Al enunciado con el número **35. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **36. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiriera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Debe resaltarse que el apoderado actor incide solamente en apreciaciones personales, las cuales no tienen fundamento científico o probatorio alguno, especialmente, cuando en lo difuso de las situaciones fácticas que plantea cita aparte de notas medicas a conveniencia para probar su teoría del caso, desconociendo que la historia clínica debe ser estudiada y enunciada de manera integral.

Al enunciado con el número **37. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sumado a lo anterior es imprescindible señalar que contrario a lo afirmado por el extremo actor, al término de la valoración médica en las instalaciones de mi representada el día 26 de febrero de 2016, el médico que intervino en el proceso de atención, cumplió cabalmente con el deber de información al entregar los signos de alarma para regresar a urgencias, para orientar sobre la conducta a tomar de acuerdo a la evolución clínica, indicación que la paciente no acato, dirigiéndose dos (2) días (28 de febrero de 2016) después, a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud, con la cual mi representada no tiene vínculo alguno.

Al enunciado con el número **38. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **39. NO ES CIERTO.** Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

En punto a lo citado, también debe aclararse que las Instituciones Prestadoras de Servicios objeto de este debate en ejercicio de su autonomía administrativa, técnica y financiera que les asiste, actuaron de manera independiente en la

atención de la paciente en la secuencia de tiempo en que la paciente solicito la prestación del servicio médico acorde a la sintomatología que presentaba para cada ingreso, no fue objeto de remisión ambulatoria o intrahospitalaria, ella de manera libre y voluntaria, en su derecho de libre escogencia, ingreso en las fechas referidas, sin que por este motivo pueda pregonarse por parte del apoderado actor la denominada "*relación de carácter contractual*", y menos que se le pueda endilgar a mi representada la causa de su temprano fallecimiento, también debe resaltarse que en los procesos de atención de los pacientes, no hay injerencia de ningún tipo por parte de la EPS, conforme lo preceptúa el artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Al enunciado con el número **40. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

En punto a lo citado, también debe aclararse que las Instituciones Prestadoras de Servicios objeto de este debate en ejercicio de su autonomía administrativa, técnica y financiera que les asiste, actuaron de manera independiente en la atención de la paciente en la secuencia de tiempo en que la paciente solicito la prestación del servicio médico acorde a la sintomatología que presentaba para cada ingreso, no fue objeto de remisión ambulatoria o intrahospitalaria, ella de manera libre y voluntaria, en su derecho de libre escogencia, ingreso en las fechas referidas, sin que por este motivo pueda pregonarse por parte del apoderado actor el referido "*nexo causal*", y menos que se le pueda endilgar a mi representada la causalidad de su temprano fallecimiento.

Al enunciado con el número **41. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No existe prueba documental dentro del plenario que acredite por parte del apoderado actor, que los profesionales de la salud que atendieron a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), en las instalaciones de mi representada el día 26 de febrero de 2016, a la 9:15:56., hayan incurrido en conductas presuntamente negligentes, imperitas u omisivas. Son profesionales idóneos y debidamente entrenados tanto en la aplicación del Instrumento TRIAGE, como en la atención inicial de urgencias y consulta prioritaria, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondiente al nivel de complejidad, que para los servicios que se habilitaron ante la Secretaría Distrital de Salud, corresponden a baja y mediana complejidad.

Al enunciado con el número **42. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera

relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **43. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido “falla” como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **44. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **45. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a

través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **46. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **47. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **48. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto

médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **49. NO ES CIERTO**. Lo afirmado en el acápite no es un hecho, se trata de apreciaciones meramente subjetivas de la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Para que lo manifestado adquiera relevancia en el proceso, dicha parte debe cumplir la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma el demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin como lo es el documento que por Ley (*Resolución 1995 de 1999*) sustenta el acto médico cumplido, como son las historias clínicas que se generaron durante el proceso de atención en vida de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), relacionadas con sus antecedentes médicos, evoluciones y patologías de base, en las diferentes IPS, además conforme al material probatorio obrante en el expediente, se tiene que no es cierto que la atención en las instalaciones de mi representada haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla como equivocadamente lo sostiene el apoderado actor en el servicio médico del día 26 de febrero de 2016.

Al enunciado con el número **50**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMRCA Y BOGOTÁ, **NO LE CONSTA** de forma directa lo señalado por el apoderado actor, son realidades que le son ajenas, no obstante, del análisis de la documentación aportada por los demandantes, se encuentra que el señor Franklin Fernando Uhia Sarmiento, figura como cónyuge de la señora Adriana María Galindo Araque. (Q.E.P.D.).

Al enunciado con el número **51**. A la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMRCA Y BOGOTÁ, **NO LE CONSTA** de forma directa lo señalado por el apoderado actor, son realidades que le son ajenas, no obstante, del análisis de la documentación aportada por los demandantes, se encuentra que el joven Samuel Uhia Galindo es el hijo de la señora Adriana María Galindo Araque. (Q.E.P.D.).

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a que progresen todas y cada una de las pretensiones de la demanda, sean **declarativas** o de **condena**, sean estas principales o subsidiarias, directas o indirectas, individuales o solidarias proyectadas, por cuanto **NO** existe responsabilidad en los hechos objeto de la misma, **ni solidaridad** entre mi representada, y las otras tres (3) Instituciones demandadas, asociado a lo anterior se concibe de manera incuestionable una ausencia de culpa y de nexo de causalidad entre el daño alegado y los servicios prestados por la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, como en efecto se demostrará en el impulso de esta defensa.

Así las cosas, no existiendo relación de causalidad entre los hechos y el alegado daño, así como la total ausencia de culpa en la actuación de mi poderdante **CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ**; la cual en concordancia con la historia clínica que se generó durante el proceso de atención el día 26 de febrero de 2016, registra un correcto y oportuno plan de manejo, tratamiento conveniente y una eficiente prestación del servicio de salud frente a la sintomatología que para ese momento presentaba la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), porque además no es cierto que la atención prestada haya sido inadecuada, aunado a lo anterior en el caso concreto **NO** convergen los elementos *sine qua non* para que pueda atribuirse responsabilidad civil a mi representada.

Parte Declarativa (Principal)

FRENTE A LA PRIMERA. **ME OPONGO**. En primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar **ME OPONGO** a que se declare de manera **solidaria** la responsabilidad civil contractual de las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA y solicito comedidamente se objete, en razón a que como se probara en el momento procesal indicado, la causa de la muerte de la paciente **NO** se debe a una imprudencia, negligencia e impericia de parte de mi representada, por el contrario su actuar se ajustó a los mandatos de la LEX ARTIS y a los Protocolos médicos aplicados de manera oportuna y adecuada, acorde con la sintomatología que presentaba al momento de su valoración, así se prueba con la historia clínica que se generó durante el proceso de atención, prestación del acto médico por parte de las IPS, con total **autonomía científica**, técnica y administrativa, sin que le sea dable a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR, intervención o participación alguna en el proceso de atención en salud de la paciente.

FRENTE A LA SEGUNDA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se declare la responsabilidad contractual y por ende el reconocimiento y pago de forma **solidaria** de los presuntos perjuicios materiales, por parte de las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA., en razón a que no fue justificada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el cálculo es excesivo, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA TERCERA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se declare contractualmente responsables y de manera solidaria a las demandadas

COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA., a reconocer y pagar los presuntos perjuicios morales al pago de suma alguna por concepto de indemnización y en el equivalente de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes, para cada uno de los demandantes, en razón a que no fue justificada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el apoderado actor olvida lo preceptuado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, con relación a los perjuicios extra patrimoniales, los mismos no son objeto de estimación; cita la norma "*El juramento estimatorio no aplicara a la cuantificación de los daños extra patrimoniales*", su actuación como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis y, porque el cálculo es excesivo objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA CUARTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se declare la responsabilidad contractual y por ende al reconocimiento y pago de forma **solidaria** de los presuntos "daños de vida en relación", al pago de suma alguna por concepto de la solicitada indemnización y en el equivalente de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes, para cada uno de los demandantes, por parte de las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA., en razón a que no fue justificada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el apoderado actor olvida lo preceptuado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, con relación a los perjuicios extra patrimoniales, los mismos no son objeto de estimación; cita la norma "*El juramento estimatorio no aplicara a la cuantificación de los daños extra patrimoniales*", su actuación como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis y, porque el cálculo es excesivo, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA QUINTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se declare con base en la alegada pero no acreditada responsabilidad contractual, "actualizar" la pretendida condena por parte de las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA., en razón a que no fue justificada la responsabilidad por parte de mi representada en el fallecimiento de la paciente, por el contrario, su actuación como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA SEXTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta declaración, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro *ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS* no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se declare que las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA

SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON. y CLÍNICA NUEVA., deban asumir solidariamente el pago de costas y agencias en derecho, en razón a que es accesoria a las anteriores pretensiones y no es procedente, bajo el entendido que en este caso no existe responsabilidad imputable a COMPENSAR EPS ni a las IPS demandadas, la actuación de mi representada como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

Parte Condenatoria

FRENTE A LA PRIMERA. **ME OPONGO**. En primer lugar, a esta declaración de condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS" no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar **ME OPONGO** a que se **condene** como responsables contractualmente y de forma solidaria por la presunta "falla" en la prestación de servicio de salud a la demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA y solicito comedidamente se deniegue, en razón a que como se probara en el momento procesal indicado, la causa de la muerte de la paciente **NO** se debe a una imprudencia, negligencia e impericia de parte de mi representada, por el contrario su actuar se ajustó a los mandatos de la LEX ARTIS y a los Protocolos médicos aplicados de manera oportuna y adecuada, acorde con la sintomatología que presentaba al momento de su valoración, así se prueba con la historia clínica que se generó durante el proceso de atención, prestación del acto médico por parte de las IPS, con total autonomía científica, técnica y administrativa, sin que le sea dable a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR, intervención o participación alguna en el proceso de atención en salud de la paciente.

FRENTE A LA SEGUNDA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS" no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se **condene** a las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON. Y CLÍNICA NUEVA., como responsables contractualmente por la presunta "falla en la prestación del servicio de salud", al pago de suma alguna por concepto de indemnización para cada uno de los demandantes y menos con base en el cálculo que el apoderado actor cita, por los presuntos perjuicios materiales, en razón a que no fue acreditada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el cálculo se fundamenta en una proyección sobre un supuesto errado, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA TERCERA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS" no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se **condene** a las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON. Y CLÍNICA

NUEVA., como responsables contractualmente por la presunta “falla en la prestación del servicio de salud”, al pago de suma alguna por concepto de indemnización por los presuntos perjuicios morales un equivalente en pesos de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes para cada uno de los demandantes, en razón a que no fue acreditada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el apoderado actor olvida lo preceptuado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, con relación a los perjuicios extra patrimoniales, los mismos no son objeto de estimación; cita la norma “*El juramento estimatorio no aplicara a la cuantificación de los daños extra patrimoniales*”, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones. Solicito comedidamente que, en cumplimiento a lo establecido en el artículo en cita, que en caso que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía de la reclamación, se condene a la parte actora a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia.

FRENTE A LA CUARTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS” no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se **condene** a las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON. Y CLÍNICA NUEVA., como responsables contractualmente por la presunta “falla en la prestación del servicio de salud”, al pago de suma alguna por concepto de indemnización por los presuntos daño de vida en relación un equivalente en pesos de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes para cada uno de los demandantes, en razón a que no fue acreditada la responsabilidad por parte de mi representada y, porque el apoderado actor olvida lo preceptuado en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, con relación a los perjuicios extra patrimoniales, los mismos no son objeto de estimación; cita la norma “*El juramento estimatorio no aplicara a la cuantificación de los daños extra patrimoniales*”, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones. Solicito comedidamente que, en cumplimiento a lo establecido en el artículo en cita, que en caso que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía de la reclamación, se condene a la parte actora a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

FRENTE A LA QUINTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS” no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se **condene** con base en la alegada pero no acreditada responsabilidad contractual, “actualizar” la pretendida condena por parte de las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON., CLÍNICA NUEVA., en razón a que no fue justificada la responsabilidad por parte de mi representada en el temprano fallecimiento de la paciente, por el contrario, su actuación como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones

FRENTE A LA SEXTA. **ME OPONGO** en primer lugar, a esta condena, porque la Entidad sin Ánimo de Lucro ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ADMINISTRADORA DE REGIMEN CONTRIBUTIVO COMPENSAR EPS E IPS ASUCOM EPS" no hace parte de la presente Litis. En segundo lugar, **ME OPONGO** a que se **condene** que las demandadas COMPENSAR EPS., CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., IPS PARTENON. y CLÍNICA NUEVA., deban asumir solidariamente el pago de costas y agencias en derecho, en razón a que es accesoria a las anteriores pretensiones y no es procedente, bajo el entendido que en este caso no existe responsabilidad imputable a COMPENSAR EPS ni a las IPS demandadas, la actuación de mi representada como se ha reiterado a lo extenso de este escrito se ajustó a los mandatos de la Lex Artis, objeción que será sustentada en la enunciación de las excepciones.

A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LAS PRETENCIONES

Niego que los fundamentos jurídicos, jurisprudenciales y doctrinales invocados por el apoderado de la parte demandante sean aplicables al caso en cuestión, por cuanto mi mandante la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, no ha cometido ninguna conducta negligente y/o descuidada que haya podido dar lugar a los perjuicios que los accionantes afirman padecer. Por lo tanto, en el presente asunto no procede, por no configurarse los elementos propios de esta institución jurídica, ni una declaración de responsabilidad ni una condena resarcitoria.

La prestación del servicio médico solicitado por la paciente, se ajustó estrictamente a los mandatos de la ciencia médica y a las guías de práctica especializadas y se prestó bajo los más altos estándares de calidad, por profesionales altamente calificados, con suficiencia de recursos técnicos y humanos tal como está debidamente consignado en la historia clínica electrónica que se generó durante el proceso de atención.

AL RAZONAMIENTO ESTIMADO DE LA CUANTÍA

El artículo 206 del Código General del Proceso establece frente al Juramento estimatorio lo siguiente:

"Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimar razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación. (subrayado fuera de texto)

Formulada la objeción el juez concederá el termino de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes. (...)"

En consecuencia y, en razón a las excesivas pretensiones condenatorias, no concordantes con la realidad de norma y jurisprudencial, de la manera más atenta me permito **OBJETAR** la cuantía de los presuntos daños pretendidos por la parte demandante, por cuanto no obra en el expediente prueba idónea que demuestre la existencia del supuesto daño y, menos la tipificación de la culpa por parte de mi representada CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ,

EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA DEMANDA

PRIMERA: Inexistencia del Elemento Culpa.

La culpa: que se ha definido como aquel error de conducta en el que no habría incurrido un profesional de igual formación y experiencia puesto en las mismas circunstancias externas. No puede desconocerse que para asuntos en los que se debata un presunto daño derivado de la prestación de servicios de salud y en especial de la actividad médica, la culpa debe ser analizada bajo los parámetros de la **lex artis ad hoc**, es decir, la ley aplicable al momento de los hechos teniendo en consideración las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que los mismos ocurrieron. La culpa se materializa en el comportamiento con negligencia, impericia, imprudencia o violación de los reglamentos.

En el caso concreto y con fundamento en las historias clínica que se generaron durante el proceso de atención, se puede explicar que la atención médica requerida por la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D.), en cada uno de los momentos de la evolución de sus sintomatología y motivos de consulta, fueron oportunas, adecuadas, peritas y necesarias, para el caso de mi representada CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., le garantizo a la paciente durante el proceso de atención, la accesibilidad, oportunidad y disponibilidad requerida, la atención se enmarco dentro de los atributos de la calidad relacionados con la idoneidad y la continuidad.

SEGUNDA: Apreciación del Acto Médico – Naturaleza de las obligaciones médico - asistenciales.

Todo acto médico implica beneficios y riesgos, la Jurisprudencia ha sido reiterativa en señalar que las Obligaciones en el campo de la responsabilidad médica, por regla general, son de medio y no de resultado. Así las cosas, puede afirmarse que los profesionales médicos no están obligados a: *“(...) a sanar al enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones.”*

Como lo han referido las altas Cortes, la obligación del médico es de medio y no de resultado, dado que se está frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor únicamente asume la obligación de mera actividad, a estos profesionales solo se les puede exigir una conducta servicial y diligente, en

virtud de la cual han de procurar la recuperación sin que el resultado, sea parte del alcance del débito prestacional.

El Honorable Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia del 18 de abril de 1994, sustentó:

“...La responsabilidad médica sigue siendo tratada, en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que, conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo”

El artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa lo siguiente en su artículo 26 objeto de la modificación:

“Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio basada en la competencia profesional.” (Subraya fuera de texto)

(...)

El Despacho en su leal saber y entender tendrá en cuenta está normativa, y que mi representada ejerció a través de sus profesionales de la salud debidamente capacitados, la prestación del servicio asistencial por el servicio de urgencias de mediana y baja complejidad, de manera diligente, perita y en juiciosa observancia a la normatividad que rige para el sector salud y las Guías de Manejo Institucional.

TERCERA: Inexistencia de nexo de causalidad

El nexo causal: que es la relación causa-efecto que debe existir entre el daño y la conducta culposa. La configuración y atribución de responsabilidad civil siempre debe obedecer a la materialización de ciertos elementos que permitan llevar a dicha conclusión con total certeza.

La jurisprudencia ha señalado tres elementos necesarios para la configuración de la Responsabilidad Civil a saber:

- i. La existencia de un hecho generador
- ii. La existencia de un daño o perjuicio
- iii. El nexo de casualidad entre el hecho y el perjuicio sufrido.

Se fundamenta esta excepción en el hecho que durante la atención prestada a la paciente por parte de mi representada la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., **no** se incurrió en error

objetivamente injustificable e imputable a sus profesionales de la salud vinculados que intervinieron en su proceso de atención.

CUARTA: Cumplimiento De Los Estándares De Calidad En La Prestación De Los Servicios De Salud.

La CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., y su Sede SAMU., AV 68 CENTRO, es una institución que cumple con todos los estándares de calidad exigidos por la ley (*decreto 1011 de 2006*) para la prestación de los servicios de salud, los cuales se denominan requisitos de Habilitación. En efecto y para el caso que nos ocupa, la atención prestada se dio dentro de las instalaciones adecuadas con los equipos necesarios, con suficiencia de insumos y por los profesionales idóneos, garantizando siempre una actuación oportuna, diligente, experta, prudente y de conformidad con los dictados de la ciencia médica y de los protocolos y guías institucionales de atención, de ello da fe el hecho de no haber recibido reproche alguno directo y sustentado durante el proceso de atención por parte de los demandantes.

QUINTA: Cumplimiento De La Lex Artis Ad-Hoc.

En el presente caso, como se ha reiterado a lo extenso de este escrito, los profesionales a cargo de la atención en salud proporcionada a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), actuaron en total concordancia con las directrices médicas y los dictados de la **lex artis ad hoc**, colocando a disposición de la paciente, con racionalidad técnico científica y basados en los más altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos y técnicos requeridos para el manejo de la patología para la cual consultó el día 26 de febrero de 2016.

SEXTA: Extralimitación De La Pretensión Indemnizatoria.

La pretensión de indemnización de perjuicios contenida en la demanda que nos ocupa **excede** cualquier lógica de tipo indemnizatorio, teniendo en cuenta que las bases sobre las cuales se fundamenta son meramente especulativas y no cuentan en lo que respecta a mi representada la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., con un soporte probatorio calificado.

Los demandantes pretenden obtener un beneficio desproporcionado de esta acción civil, buscando convertir su pretensión en un evidente factor de enriquecimiento, lo cual contraría abiertamente la Doctrina Jurídica y la Jurisprudencia Nacional que preceptúan que la indemnización debe tener un contenido reparador y en ningún caso ser fuente de lucro de los interesados.

EXCEPCIÓN GENÉRICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declaradas por el Juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la Ley y la Constitución, que resulten probadas, sin perjuicio de que no hayan sido expresamente enunciadas en el presente escrito.

LLAMAMIENTO EN GARANTIA

En escrito separado, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 282 del Código General del Proceso, en la misma oportunidad de radicación de esta contestación de la demanda, realizare el llamamiento en garantía a:

1. La PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS., con fundamento en las Pólizas de Seguro de Responsabilidad Civil números: 1016725 y 1056873. De las cuales es tomadora y asegurada la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA.

PRUEBAS

En segundo lugar, solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes pruebas que ya obran en el expediente:

1. DOCUMENTALES:

Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos, para que sean tenidos como prueba dentro del proceso:

- 1.1 Copia del Instrumento de Clasificación Reporte TRIAGE, realizado a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), documento generado por la profesional de la salud que intervino en el proceso de clasificación.
- 1.2 Copia completa de la Historia Clínica de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), documento generado por el profesional de la salud que intervino en el proceso de atención.
- 1.3 Copia de la fórmula médica externa de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), documento generado por el profesional de la salud que intervino en el proceso de atención.
- 1.4 Copia de la Incapacidad Médica Nro. 872267 expedida a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D).
- 1.5 Copia del Comité de Análisis Atención de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D).
- 1.6 Copia Guía de Atención de Dolor Abdominal, Servicio de Atención Médica de Urgencias S.A.M.U.
- 1.7 Copia Guía de Atención de Apendicitis Aguda, Servicio de Atención Médica de Urgencias S.A.M.U.
- 1.8 Copia de la Hoja de Vida de la profesional de la salud Nohora María Barato, Enfermera Jefe.
- 1.9 Copia de la Hoja de Vida del doctor Jimmy Alberto Jácome Rodríguez.

1.2 SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

Anexo al presente escrito se aportan:

- I. Copia digitalizada del Comité Técnico Científico y Análisis del caso Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D).

- II. Copia digitalizada de la Historia Clínica de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D) y sus anexos; TRIAGE, Incapacidad y fórmula medica.

Con relación a la solicitud del apoderado actor en el sentido de;

“A la IPS CRUZ ROJA COLOMBIANA copia de las investigaciones administrativas realizadas, que se originaron por el fallecimiento de ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE.”

No es posible aportar las documentales por las siguientes razones:

Con fundamento en las conclusiones del Comité Técnico Científico y Análisis del caso, realizado a la Historia Clínica de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), se concluyó:

“La atención de la paciente fue oportuna, de acuerdo con los síntomas que manifestó y los hallazgos del cuadro clínico.

La interpretación de los signos, síntomas y examen físico de la paciente, son congruentes con un cuadro clínico de gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, por tal motivo no es pertinente solicitar hemograma ni ningún paraclínico adicional.

Se entregaron signos de alarma para regresar a urgencias, para orientar a la paciente sobre la conducta a tomar de acuerdo con la evolución clínica.”

(...)”

Con fundamento en las conclusiones citadas, no se consideró ningún tipo de investigación administrativa, salvo las retroalimentaciones al personal de salud (compromisos), que se encuentran descritas en el Acta del Comité referido, razón por la cual no es dable aportar la documental solicita,

2. TESTIMONIALES TÉCNICOS:

Solicito que se llamen a declarar, atendiendo su doble calidad de testigos de los hechos y de expertos en la materia, para que en audiencia y bajo juramento depongan sobre los hechos relatados en esta contestación, en especial todo lo que conozcan y esté relacionado con la atención médica prestada a la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), además de los asuntos puntuales que mencionaré a continuación, a los siguientes profesionales de la medicina:

- 2.1A la Enfermera Jefe NOHORA MARIA BARATO, profesional a cargo del consultorio TRIAGE, quien recibió a la paciente el día 26 de febrero de 2016 a las 09:15:56 a.m., y realizó la clasificación de la urgencia (Triage 3), para que explique cuáles fueron los motivos de consulta, cuáles los diagnósticos, enfermedades, hallazgos y condiciones clínicas generales de la paciente, con base en qué se pudo establecer que cursaba un cuadro de unas horas de evolución, consistente en dolor de estómago, vómito y diarrea y en general, para que declare todo lo que le conste

con relación a la condición de salud de la paciente y demás hechos que permitan aclarar los que son objeto del presente debate.

2.2 Al doctor JIMMY ALBERTO JACOME RODRIGUEZ, profesional a cargo del consultorio de urgencias, quien realizó la consulta de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), para que explique cuáles fueron los motivos de la consulta, cuáles los diagnósticos, enfermedades, hallazgos y condiciones clínicas de la paciente y en general acerca del deber de información al momento del egreso relacionado con los signos de alarma y persistencia de síntomas para acudir por urgencias y para que declare todo lo que le conste con relación a la condición de salud de la paciente y demás hechos que permitan aclarar los que son objeto del presente debate.

2.3 Doctora ROSANA MEDINA, Médica especialista en cirugía general, quien participó en el Comité técnico Científico y Análisis del Caso de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), con el fin de que declare acerca de la condición de salud de la paciente, a su posible origen, pertinencia y racionalidad de su tratamiento por el servicio de urgencia, a la adherencia a las Guías oficiales para la patología diagnosticada y en general, sobre los hechos que le consten y sean relevantes para esclarecer el asunto objeto de este debate.

2.4 Doctor MAURICIO CASTRO RIVERA, Médico especialista, quien, en su calidad de Jefe de Gestión Clínica y Mejoramiento Continuo, participó en el análisis realizado al caso de la señora Adriana María Galindo Araque (Q.E.P.D), con el fin de que declare acerca de las conclusiones a las que se llegó con relación al manejo brindado por la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ en su Sede SAMU AV 68 CENTRO, a la condición de salud de la paciente, a su posible origen, a la pertinencia y racionalidad de su tratamiento por el servicio de urgencias, a la adherencia a las Guías oficiales para la patología diagnosticada y, en general, sobre los hechos que le consten y sean relevantes para esclarecer el asunto objeto de este debate.

Los anteriores profesionales de la salud pueden ser localizados a través del departamento jurídico de la CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, en su sede ubicada carrera 23 N° 73 – 19 Torre Administrativa, Piso 3° en la ciudad de Bogotá D.C., o directamente por el suscrito apoderado judicial, en cumplimiento de las responsabilidades que me competen como parte interesado en la prueba.

DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso, y en atención a que el término del traslado de la contestación de la Demanda y del Llamamiento en Garantía es insuficiente para aportar el dictamen, anuncio que aportaré Dictamen PERICIAL EN CIRUGIA GENERAL en el término que el despacho conceda en su leal saber y entender, término que en ningún caso podrá ser inferior a los diez (10) días.

ANEXOS

Con esta respuesta acompaño los siguientes:

1. Poder especial debidamente otorgado al suscrito, con traslado directo al despacho y sus documentos soporte, que ya obra en el expediente.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la SECRETARIA DE SALUD, que ya obra en el expediente.
3. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas y los que ya obran en el expediente aportados por la parte demandante.

NOTIFICACIONES

La CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ., las recibe en su sede administrativa ubicada en la carrera 23 N° 73 – 19 Torre Administrativa, Piso 3° en la ciudad de Bogotá D.C., y a los correos electrónicos:

<notificacionoficial@cruzrojabogota.org.co>

<paola.roncancio@cruzrojabogota.org.co>

El suscrito apoderado judicial en la Secretaría de su despacho, o en mi oficina de abogado ubicada en la carrea 105 F N° 71 A 04 Interior 10 Apto 504, Celular 310 323 1036 y en los correos electrónicos miguelawyer53@gmail.com <pedro.hernandez@juanncorpas.edu.co>

Del señor Juez, respetuosamente,



MIGUEL ARTURO ACOSTA GÓMEZ

C.C. 19.210.909 de Bogotá

T.P. No. 165.069 del C.S. de la J.



Cruz Roja Colombiana

Sección de Atención Primaria - Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA
CENTRO DE ATENCIÓN : SAMU AV. 68 CENTRO

REPORTE DE TRIAGE

GALINDO ARAQUE ADRIANA MARIA

☐ Confirmado

☐ Paciente Ausente

Nº Triage: 1225684

Fecha del Triage: 26/02/2016 9:15:56 a. m.

Documento: 52785905

Paciente: GALINDO ARAQUE ADRIANA MARIA

Edad: 34

Años

Entidad: COMPENSAR EPS

Municipio: BOGOTA

Departamento: BOGOTA D.C.

Especialidad: ENFERMERO

Conducta: Ninguna

Clasificación: TRIAGE 3

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 130/77

Frecuencia Cardíaca: 71

Frecuencia Respiratoria: 18

Temperatura: 36.2

SO2: 92

Estado de Conciencia: Alerta

Peso (kg): .00

☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta:

REFIERE DOLOR DE ESTOMAGO, VOMITO Y DIARREA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. MUCOSA ORAL HIDRATADA, TOMO BUSCAPINA COMPUESTA SIN MEJORIA. ANTECEDENTES NEGATIVOS

Observaciones:

Hallazgos positivos al examen :

Si usted es clasificado como:

Triage 1-2-ARP -SOAT Por favor dirijase a la recepción de urgencias con este documento para realizar la apertura del ingreso y quedar disponible para el llamado del Médico tratante.

Triage 3 Por favor dirijase a las ventanillas 3 y 4 con este documento para solicitar la autorización de la atención y asignarle el Médico tratante

Triage 4 Institución: Por favor dirijase a las ventanillas 3 y 4 con este documento para solicitar la autorización de la atención y asignarle el Médico tratante

Triage 4 y 5 Usuarios de Compensar EPS deben dirigirse al punto de atención de Compensar y los usuarios que perteneczan a otras entidades deben dirigirse a los puntos de atención de su propia EPS

BARATO NOHORA MARIA

ENFERMERO

R.M. 51882407

Página 1/1 Jueves, 20 de febrero de 2020 12:10 p. m.

Usuario Impresión: 11432812

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070301-1]



CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ

SEDE : SAMU AV. 68 CENTRO

MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica: 52785905

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	52785905	ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	15/11/1981
Edad:	38 Años \ 3 Meses \ 5 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	CRA 104 16 F 51		
Teléfono:	3213536847	Procedencia:	BOGOTA	Ocupación:			
Entidad:	COMPENSAR E P S						
Plan Beneficios:	PRIORITARIA TRIAGE IV AV 68						
Edad de Atencion : 34 Años \ 3 Meses \ 11 Días							
FOLIO Nº 11		Fecha del Folio: 26/02/2016 09:34		Area Serv: URGENCIAS			
Nº Ingreso:	1355961	Fecha:	26/02/2016 09:26	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

MOTIVO DE CONSULTA

"TENGO DIARRREA Y VOMITO "

ANAMNESIS

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE UNAS HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN PINTAS DE SANGRE, SIN MOCO, EN NO DE VARIAS , EPISODIOS DE EMESIS EN NO DE 2 DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL. NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA. TOMO EMDICAMNTOSS LVE MEJROIA NO MAS SINTOMAS

Tiempo de evolución de la sintomatología que motivó la consulta : UNAS HORAS

Escala del dolor : 6 0,00 Síntomas asociados al síntoma principal : NO

Tratamientos médicos recibidos : NO

Consultó por misma sintomatología en últimas 48 horas. NO

REVISION POR SISTEMA

ALIMENTARIO DIURESIS NORMAL, NO MAS SINTOMAS

ANTECEDENTES

Patológicos:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Farmacológicos:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Hospitalizaciones:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Quirúrgicos:	NO	Observaciones:
MANO		
Traumáticos:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Transfusionales:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Familiares:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Psicosociales:	NO	Observaciones:
SECTETARIA		
Perinatales:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Alérgicos:	NO	Observaciones:
NIEGA		
Tóxicos:	NO	Clase: Observaciones:
NO		

Sexo: Femenino

GINECOBISTETRICOS

Menarquía:: F.U.M. 250116 Ciclos:: G: 1 P: 1 A: C: V: 1

Información del folio No. 11

JACOME RODRIGUEZ JIMMY
ALBERTO

MEDICO GENERAL

R.M. 98379181

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070301-1]

Página: 1/5

Fecha Impresión: jueves, 20 febrero 2020

Planificación: POMEROY Materna: NO Controles prenatales Observaciones:
Observaciones:
Enfermedades de Transmisión Sexual: Observaciones:
Inicio de vida sexual NO Número de parejas sexuales en el último año: 1 0,0000
Ha sufrido de enfermedades de transmisión sexual: NO Usted tiene VIH: NO
Factores de riesgo para contraer VIH. NO

EXAMEN FISICO:

Estado General:

PACIENTE, HIDRATADO AFEBRIL CONCIENTE, LUCIDO EN 3 ESFERAS

SIGNOS VITALES:

TA: 100,00 / 70,0000
00

mm,Hg PAM: 80,0000

FC: 69 X min, FR: 16 X Min, T: 36,7 °C, TALLA: 170,00 Cm, PESO: 80,0 Kg, IMC: 27,68

SAT O2: 98 % al ambiente, SAT O2 0,0000 % con O2 por GLASGOW: 15 /15

Cabeza y Cuello: Clínicamente Normal SI Observaciones:

Tórax: Clínicamente Normal SI Observaciones:

Abdomen: Clínicamente Normal SI Observaciones:

ABDOMEN: PERISTALSIS (+), BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO CON LA PALPACIÓN PROFUNDA, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, NO SE PALPAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, MURPHY (-)

Genitorinario: Clínicamente Normal SI Observaciones:

Osteomuscular: Clínicamente Normal SI Observaciones:

Neurológico: Clínicamente Normal SI Observaciones:

PACIENTE ALERTA Y ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, RESTO DE FUNCIONES MENTALES NORMALES. PARES CRANEANOS: AGUDEZA VISUAL BILATERAL CONSERVADA, CAMPIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN NORMAL, FONDO DE OJO SIN ANORMALIDADES, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS DE 3 MM, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD FACIAL NORMAL, SIMETRÍA FACIAL, VELO DEL PALADAR INTEGRO, ÚVULA Y LENGUA CENTRADAS, RESTO DE PARES BAJOS SIN ALTERACIONES. MOTOR: FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, TONO Y TROFISMO NORMALES, RÖTS ++++/++++ EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJO PLANTAR FLEXOR, HOFFMAN Y TROMNER NEGATIVOS, MARCHA NORMAL, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, ROMBER NEGATIVO, COORDINACIÓN NORMAL, NO RIGIDEZ NUCAL, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA

Esfera mental: Clínicamente Normal Observaciones:

Piel: Clínicamente Normal SI Observaciones:

ACCIDENTE DE TRANSITO Y ESTADO DE EMBRIAGUEZ

Accidente de Tránsito: NO Paciente en estado de embriaguez: NO

ANALISIS:

PACIENTE CON DIARREA ESTABLE HIDRATADO, NO GANAS DE DEFECACION AHORA HEMODINAMICAMENTE NORMAL SALIDA RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA MANEJO AMBULATORIO

Información del folio No. 11



JACOME RODRIGUEZ JIMMY
ALBERTO

MEDICO GENERAL

R.M. 98379181

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070301-1]

Página: 3/5

Fecha Impresión: Jueves, 20 febrero 2020

Diagnósticos Registrados en este folio**** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
A084	<input type="checkbox"/> INFECCION INTESINAL VIRAL, SIN OTRA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via adminlstr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
	INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno		1	<input type="checkbox"/> 0	SUERO ORAL SOBRES # 4TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA POR 2 DIA..METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS #10TOMAR 1 CDA 12 HORAS POR 5 DIAS.....HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSION # 1TOMAR 5 CC CDA 8 HORAS POR 5 DIASRANITIDINA 150 MG TABLETAS # 10TOMAR 1 CDA 12 HORAS POR 5 DIAS

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida

Órd. Médicas: SALIDA RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA SI PERSISTE SINTOMAS ACUDIR POR URGENCIAS

DIETA ASTRINGENTE PARA DIARREA
QUE SI CONSUMIR:

1. POLLO SIN PIEL, CARNE SIN GRASA A LA PLANCHA
2. SOPA DE ARROZ, COLICERO, CEBADA, VERDURAS

3. JUGOS NATURALES DE MANZANA, PERA, GUAYABA EN AGUA HERVIDA SIN AZUCAR

4. SUERO ORAL A NECESIDAD (DISOLVER UN SOBRE EN UN LITRO DE AGUA HERVIDA FRIA Y TOMAR, SI A LAS 24 HORAS NO LO HA CONSUMIDO DESECHARLO)

5. CALDOS DE POLLO O CARNE SIN GRASA

6. PAN BLANCO, PAPA, ARROZ, GALLETAS DE SAL, YUCA, PLATANO

QUE NO CONSUMIR:

1. JUGOS DE CAJA, GASEOSAS, REFRESCOS, CHOCOLATE.

2. GATORADE U OTRAS BEBIDAS DE DEPORTISTAS, NO BEBIDAS NI JUGOS ACIDOS (NARANJA, MANDARINA, LIMON, MARACUYA, MORA)

3. COMIDAS RAPIDAS (HAMBURGUESAS, SALCHICHAS, JAMONES), GRASAS, FRITURAS, GRANOS (FRIJOL, GARBANZOS, LENTEJAS)

4. EVITAR LACTEOS Y SUS DERIVADOS (QUESO, YOGURTH)

5. DULCES NI GOLOSINAS

REGRESAR A URGENCIAS SI:

1. DIARREA PERSISTE MAS DE 8 DIAS

2. DIARREA CON MOCO O SANGRE

3. FIEBRE QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO

4. INTOLERANCIA A LA VIA ORAL (VOMITA TODO LO QUE TOMA INCLUYENDO SUERO)

5. DOLOR ABDOMINAL INTENSO

6. CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, SOMNOLENCIA, DETERIORO DEL PACIENTE O NO HAY MEJORIA

Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
89020104	89020104 - CONSULTA PRIORITARIA	1	Rutinario	

Incapacidad

Consecutivo No. ***

872267

Información del folio No. 11

***** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, ítem Incapacidad)**

JACOME RODRIGUEZ JIMMY
ALBERTO

MEDICO GENERAL

R.M. 98379181

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070301-1]

Página: 5/5

Fecha Impresión: jueves, 20 febrero 2020



CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA
CENTRO DE ATENCIÓN : SAMU AV. 68 CENTRO

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

FORMULA MEDICA EXTERNO

MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica: 52785905 Nº Folio: 11 Nº Ingreso: 1355961 Fecha de ingreso: 26/02/2016 9:26:43 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE Identificación: Cédula Ciudadanía 52785905

Edad Actual: 40 Años \ 7 Meses \ 22 Días Estado Civil: Soltero Sexo: Femenino

Dirección: CRA 104 16 F 51 Teléfono: 3213536847 Procedencia: BOGOTA

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COMPENSAR E P S Régimen: Regimen Simplificado Cotizante

Plan Beneficios: PRIORITARIA TRIAGE IV AV 68 Nivel - Estrato: NIVEL 2

INDICACIONES A PACIENTE EXTERNO

SUERO ORAL SOBRES # 4

TOMAR 1 TAZA LUEGO DE CADA DIARREA POR 2 DIA..

METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETAS #10

TOMAR 1 CDA 12 HORAS POR 5 DIAS.....

HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSION # 1

TOMAR 5 CC CDA 8 HORAS POR 5 DIAS

RANITIDINA 150 MG TABLETAS # 10

TOMAR 1 CDA 12 HORAS POR 5 DIAS

Página 1/1

Usuario Impresión: 11432812

viernes 8 de julio de 2022 16:13

JACOME RODRIGUEZ JIMMY ALBERTO
MEDICO GENERAL
R.M. 98379181



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ
CENTRO DE ATENCIÓN : SAMU AV. 68 CENTRO

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº872267

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 26/febrero/2016 09:33 a. m.
Médico: 98379181 JIMMY ALBERTO JACOME RODRIGUEZ
Información Paciente: ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 52785905 **Edad:** 40 Años \ 7 Meses \ 22 Días **F. Nacimiento:** 15/11/1981
Ocupación: **Clase de Incapacidad:** Inicial
Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General
Diagnóstico: A084 INFECCION INTESITINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 1 **Fecha Inicial:** 26/febrero/2016 **Fecha Final:** 26/febrero/2016
INCAPACIDAD 1 DIA

Página 1/1

viernes, 08 de julio de 2022 4:13 p. m.

Usuario Impresión:11432812



CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA

JACOME RODRIGUEZ JIMMY
ALBERTO
MEDICO GENERAL
R.M. 98379181



Cruz Roja Colombiana
Servicio Humanitario y Humanitario

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO

ACTA DE REUNIÓN

Código: GEME-CAL-F009

Versión: 03

Fecha: 17/07/2017

Página: 1 de 3

		Acta No.	1
Fecha:	11/03/20	Hora de Inicio:	14+30
Lugar de Reunión:	Dirección salud	Área:	Salud
Tipo de Reunión:	<input type="checkbox"/> Junta <input type="checkbox"/> Reunión <input checked="" type="checkbox"/> Comité Otro ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Ordinaria <input checked="" type="checkbox"/> Extraordinaria
Objetivo de la Reunión:	Comité técnico científico y análisis de caso de ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE – CC 52785905		

No	Participantes	Cargo/ Ocupación	Firma
1.	Rosana Medina	Medica especialista en cirugía general	
2.	Mauricio Castro	Jefe de gestión clínica y mejoramiento continuo	
3.	Johnathan Roncancio	Supervisor de Gestión clínica	

No	Orden del Día
1.	Lectura de historia clínica ADRIANA MARIA GALINDO ARAQUE
2.	Análisis en el actuar del medico
3.	Conclusiones
4.	Planes de mejora

No	Tema	Desarrollo	Responsable
1.	Lectura de historia clínica	<p>Se da inicio a lectura de historia clínica de la paciente Adriana María Galindo Araque, se realiza Triage el día 26/2/2016 a las 09+15, la paciente refiere cuadro clínico de dolor abdominal, vómito y diarrea, automedicación de buscapina compuesta, signos vitales dentro de parámetros normales, clasifican como Triage 3</p> <p>Valoración médica 26/2/2016 9+26 Al interrogatorio médico la paciente refiere cuadro clínico de unas horas de evolución, consistente en deposiciones líquidas, sin pintas de sangre, ni moco, dos episodios eméticos de contenido alimentario, náuseas y malestar general, niega fiebre u otros síntomas, antecedentes personales: niega. Examen físico signos vitales normales, (ABDOMEN : PERISTALSIS (+), Blando DEPRESIBLE NO DOLOROSO CON LA</p>	Dr. castro



Cruz Roja Colombiana
Servicio de Urgencias y Emergencias

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO

ACTA DE REUNIÓN

Código: GEME-CAL-F009

Versión: 03

Fecha: 17/07/2017

Página: 2 de 3

		<p><i>PALPACIÓN PROFUNDA, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, NO SE PALPAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, MURPHY (-)</i></p> <p>El análisis médico considera cuadro de gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, dando egreso con fórmula médica, recomendaciones dietarias y signos de alarma para reconsultar.</p>	
2.	Análisis en el actuar médico	<p>La doctora Rosana considera que hay una anamnesis deficiente en lo relacionado con la descripción del dolor, el tiempo de evolución, el número de deposiciones y sus características. Por otra parte considera que llama la atención en el examen físico una muy detallada descripción del examen neurológico, en contraste con la descripción del examen abdominal. Sin embargo deja claro que no hay signos que sugieran abdomen agudo quirúrgico.</p> <p>También comenta que el registro del análisis también es pobre en su descripción, considerando que se trataba de un dolor abdominal.</p> <p>Por otra parte con respecto al tratamiento ordenado menciona que no hay justificación clínica para prescribir hidróxido de Aluminio y Ranitidina dado el diagnóstico de gastroenteritis aguda. Sin embargo estos medicamentos no hubieran causado enmascaramiento de un cuadro abdominal agudo de tipo quirúrgico.</p> <p>Como algo positivo se registra que a la paciente se le entregaron por escrito las recomendaciones a seguir y los signos de alarma para regresar al servicio de urgencias, sin embargo la paciente no regresó al SAMU.</p>	Dr. castro, Dra. medina y Dr. Roncancio
3.	Conclusiones	<p>La atención de la paciente fue oportuna, de acuerdo con los síntomas que manifestó y los hallazgos del cuadro clínico.</p> <p>La interpretación de los signos, síntomas y examen físico de la paciente, son congruentes con un cuadro clínico de</p>	Dr. castro, Dra. medina y Dr. Roncancio



Cruz Roja Colombiana
Servicio de Consultoría y Reporte

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO

ACTA DE REUNIÓN

Código: GEME-CAL-F009

Versión: 03

Fecha: 17/07/2017

Página: 3 de 3

		<p>gastroenteritis aguda sin signos de deshidratación, por tal motivo no es pertinente solicitar hemograma ni ningún paraclínico adicional.</p> <p>Se entregaron signos de alarma para regresar a urgencias, para orientar a la paciente sobre la conducta a tomar de acuerdo con la evolución clínica.</p> <p>No hay pertinencia en la prescripción de antiácidos de acuerdo con la impresión diagnóstica solicitada.</p>	
4.	Recomendaciones	<p>Considerando lo dispuesto en el análisis, el comité considera que no es procedente admitir fallas en el proceso asistencial que tuvo la paciente en nuestra institución, toda vez que fue atendida oportunamente y que consultó varios días después a otras instituciones, donde tampoco evidenciaron signos de un proceso abdominal quirúrgico agudo.</p> <p>Se recomienda retroalimentar al grupo médico para mejorar la calidad de los registros asistenciales y la adherencia a las guías de atención clínica.</p>	

No.	Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
1.	Resocialización de guías clínica de dolor abdominal y EDA	Johnathan Roncancio	Mayo de 2020
2.	Realizar comunicado referente a formulación de protectores gástricos en EDA	Johnathan Roncancio	Abril de 2020

Se termina la sesión a las

Próxima Reunión:

Fecha y Hora: _____ Lugar de Reunión: _____

Johnathan Roncancio Rubiano

Nombre del Secretario de la Reunión

Nombre del Moderador (Si Aplica)



CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA S.A.M.U
GUÍA DE ATENCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO

- 1. JUSTIFICACIÓN**
- 2. OBJETIVO**
- 3. POBLACIÓN OBJETO**
- 4. DEFINICIÓN**
- 5. CLASIFICACIÓN**
- 6. CUADRO CLÍNICO**
- 7. DIAGNOSTICO**
- 8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
- 9. TRATAMIENTO**
- 10. COMPLICACIONES**
- 11. FLUJOGRAMAS**
- 12. BIBLIOGRAFÍA**

1. JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta de Urgencias. (Alrededor del 65%). Aunque frecuentemente la interpretación del cuadro clínico puede hacerse sin dificultad, en muchos casos su diagnóstico puede convertirse en un verdadero reto para el médico que se enfrenta a este cuadro,

dada la variedad de la sintomatología y las patologías a las cuales se asocian. El dolor abdominal se presenta en todas las edades de la vida y en cualquier sexo, es la causa más frecuente de consulta por trastornos abdominales agudos que puedan requerir un tratamiento quirúrgico y las tasas de morbilidad están directamente relacionadas con la demora entre el inicio de los síntomas y la solución del problema. Esta es la razón por la cual el diagnóstico y el tratamiento deben ser realizados en el menor tiempo posible. Ampliar el campo del dolor abdominal mas allá de la cavidad abdominal nos recuerda que el enfoque clínico del médico de urgencias es muy diferente al de los cirujanos. Estos últimos enfocan el dolor abdominal buscando una respuesta binaria a la pregunta "¿necesita cirugía este paciente?" Por el contrario, el médico de urgencias debe identificar lo más pronto posible a los pacientes enfermos y sus patologías para evitar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento oportuno.

2. OBJETIVO

Garantizar una atención adecuada de nuestros pacientes, de manera oportuna; haciendo uso racional de los recursos de forma secuencial y enfocada a la realización rápida de un diagnóstico, que nos permita instaurar un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible disminuyendo las tasas de morbilidad que presenta esta patología.

3. POBLACION OBJETO

Esta guía de atención va dirigida a todos los profesionales de la salud de la institución y a todos los usuarios que soliciten nuestros servicios de atención.

4. DEFINICION

El dolor es una experiencia subjetiva que el médico debe ser capaz de comprender e interpretar, la capacidad del paciente para revelar sus síntomas se basa en sus aptitudes intelectuales y de comunicación, por lo que se puede definir el Abdomen agudo (cuyo común denominador es el dolor abdominal) como un dolor abdominal, acompañado de unos signos y síntomas de la causa que lo está generando.

La definición de dolor abdominal hace referencia a los signos y síntomas de dolor y sensibilidad abdominales, un cuadro clínico que obliga a menudo al tratamiento quirúrgico de urgencia. Este cuadro clínico tan complicado obliga a realizar un estudio exhaustivo e inmediato para determinar si es necesario realizar cirugía o iniciar el tratamiento apropiado. Son muchos procesos (algunos de los cuales no son quirúrgicos ni intrabdominales) que pueden producir dolor y sensibilidad abdominales agudos. Debido a ello, se debe hacer todo lo posible para establecer un diagnóstico correcto y poder elegir el tratamiento más adecuado.

5. CLASIFICACIÓN

Las características del dolor abdominal se presentan de acuerdo con su etiología.

El dolor abdominal se clasifica en las siguientes categorías:

5.1. Dolor abdominal intra-abdominal surge desde el interior de la cavidad abdominal o del retro peritoneo y las causas se dividen por sistemas: gastrointestinal, genitourinario y ginecológico; además de un cuarto grupo, menos frecuente pero a menudo catastrófico, de urgencias vasculares. Cada uno de estos sistemas se subdivide ulteriormente en diagnósticos específicos.

5.1.1. Gastrointestinal

- Apendicitis
- Enfermedad de las vías biliares
- Obstrucción del intestino delgado
- Pancreatitis
- Diverticulitis

5.1.2. Genitourinario

- Cólico renal
- Retención Urinaria Aguda
- Infección de vías urinarias
- Escroto agudo

5.1.3. Ginecológico

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Embarazo ectópico
- Quistes anexiales.

5.1.5. Vascular

- Aneurisma aórtico abdominal
- Isquemia mesentérica
- Colitis isquémica

5.2. Dolor abdominal extra abdominal, es mucho menos frecuente se divide de manera similar en tres categorías etiológicas amplias; cardiopulmonares, de la pared abdominal y tóxico-metabólicas.

5.2.1. Cardiopulmonar

- Neumonía
- Derrame pleural
- Infarto agudo del miocardio

5.2.2. Pared abdominal

- Hernia
- Otros síndromes de la pared abdominal: Hematomas, miositis, infecciones y traumatismos.

5.2.3. Tóxico-metabólico

- Envenenamiento
- Infeccioso
- Uremia
- Diabetes

5.3. Dolor abdominal inespecífico, es una causa frecuente de dolor abdominal indiferenciado entre pacientes que acuden a urgencias.

6. CUADRO CLÍNICO

Para realizar el enfoque de un paciente se debe realizar una descripción semiológica adecuada del dolor abdominal como de sus síntomas asociados, en los extremos de la vida, puede variar, por lo que el diagnóstico etiológico en estos pacientes, a veces es difícil.

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

6.1.1. INICIO DEL DOLOR.

Dolor de gran intensidad y de inicio súbito, sugiere:

- Ruptura de embarazo ectópico
- Ruptura de aneurisma aórtico
- Disección aórtica
- Torsión testicular u ovárica
- Hematoma de la vaina de los rectos
- Litiasis ureteral
- Infarto agudo de miocardio.
- Úlcera péptica perforada

Dolor de inicio gradual que puede modificarse con el tiempo sugiere:

- Apendicitis
- Colecistitis
- Úlcera péptica
- Obstrucción del intestino delgado
- Diverticulitis de Meckel
- Pancreatitis
- Anexitis
- Diverticulitis
- Infecciones del tracto urinario
- Retención urinaria

Dolor intermitente de tipo cólico de aparición lenta sugiere:

- Obstrucción Intestinal baja
- Neoplasias
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Apendicitis complicada
- Abscesos intraabdominales

6.1.2. LOCALIZACION DEL DOLOR.

El dolor visceral es ocasionado por la distensión de una víscera hueca y es transmitido a la línea media por razón del origen embriológico del órgano comprometido.

El dolor de **localización epigástrica** es el resultado de la distensión del estómago, el duodeno, la vesícula biliar o del páncreas, originado en el intestino anterior; y puede corresponder con alguna de las siguientes patologías:

- Úlcera péptica
- Úlcera péptica complicada
- Colecistitis aguda
- Apendicitis (inicialmente)
- Pancreatitis
- Obstrucción intestinal (inicialmente)
- Absceso hepático
- Absceso subfrénico
- Esplenomegalia
- Hepatomegalia
- Pleuritis y neumonías basales
- Infarto agudo de miocardio

El **dolor peri umbilical** es la manifestación de la distensión del intestino delgado desde el ligamento de Treitz hasta el colon transversal, estructuras desarrolladas a partir del intestino medio embrionario, irrigados por la arteria mesentérica superior; puede corresponder a alguna de las siguientes patologías:

- Apendicitis (inicialmente)
- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis
- Hernias epigástrica o umbilical
- Eventración
- Isquemia o gangrena intestinal
- Diverticulitis colónica
- Diverticulitis de Meckel
- Ruptura de aneurisma aórtico

El **dolor localizado en el hipogastrio** es característico de la distensión de las estructuras desarrolladas a partir del intestino posterior, es decir de la porción distal del colon transverso, el descendente, el sigmoide y el recto, lo que corresponde al territorio de la arteria mesentérica inferior y puede corresponder con alguna de las siguientes patologías:

- Apendicitis
- Anexitis
- Embarazo ectópico roto
- Torsión ovárica
- Diverticulitis
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Infección urinaria
- Aneurisma aórtico roto
- Litiasis ureteral
- Retención urinaria
- Hernias inguinales
- Hematoma de la vaina del recto abdominal

El dolor somático es ocasionado por la irritación mecánica o química del peritoneo parietal y se localiza directamente sobre el área comprometida y se exagera con los movimientos de la pared abdominal, como ocurre con el estímulo causado por la tos o la marcha.

6.2. SÍNTOMAS ASOCIADOS

6.2.1. VÓMITO

El vómito es el síntoma que más comúnmente acompaña al dolor abdominal en el paciente con abdomen agudo. Ya se ha mencionado que en el abdomen agudo verdadero el dolor es el síntoma inicial y que los síntomas que le acompañan aparecen posteriormente, aunque el vómito suele aparecer precozmente y se relaciona con una de las siguientes causas:

- Vómito reflejo secundario a inflamación peritoneal parietal o visceral. Este tipo de vómito ocurre precozmente, pero usualmente sigue al dolor. Puede ser precedido o no de náuseas y su contenido es gástrico y con mínima cantidad de bilis. Cuando la enfermedad es más severa, el vómito se repite y cada vez su contenido es de aspecto más intestinal (verde) y menos gástrico (claro, alimentos). En la medida que la enfermedad abdominal progresa y la inflamación intraperitoneal se extiende, las náuseas y el vómito pueden hacerse más frecuentes.
- Vómito por obstrucción del tracto gastrointestinal o de una víscera hueca. En la dilatación aguda del estómago el contenido del vómito suele ser abundante, de olor característico, mínimamente mezclado con bilis y acompañado de

distensión dolorosa que alivia el vómito. Esta condición clínica acompaña al íleo postoperatorio, al trauma abdominal, a la diabetes y a procesos infiltrativos gástricos (linfoma) y cáncer gástrico.

- El vómito de la obstrucción pilórica en el adulto es esencialmente de contenido gástrico claro, no mezclado con bilis, se acompaña de regurgitación, es abundante y su contenido se relaciona con alimentos ingeridos previamente.
- En la obstrucción del intestino delgado el vómito puede ser inicialmente reflejo y de contenido alimenticio o claro. El olor cambia del olor gástrico característico a un olor fecaloide, que refleja el cambio de la composición bacteriana del contenido intestinal, con proliferación de bacterias anaerobias.
- Vómito originado en el sistema nervioso central. La causa del vómito puede ser secundaria a irritación del sistema nervioso central. Este origen del vómito debe tenerse en cuenta especialmente en pacientes traumatizados.

El médico tiene la tendencia a ubicar la causa del vómito en el tracto gastrointestinal, olvidando que el vómito puede ser causado por lesiones que ocupan espacio en el cráneo (síndrome de hipertensión endocraneana).

6.3. ANORMALIDADES EN LA FUNCIÓN INTESTINAL

En igual forma como se han investigado las características del dolor y del vómito deben averiguarse las alteraciones de la función intestinal en el abdomen agudo. El íleo reflejo que acompaña a la mayoría de los procesos inflamatorios intraperitoneales hace que el paciente manifieste sensación de distensión, incapacidad para pasar flatos y constipación. Los antecedentes de deposiciones sanguinolentas, deben alertar sobre patología colónica, principalmente diverticulitis y carcinoma. La acolia indica la existencia de ictericia de tipo obstructivo.

La distensión abdominal también acompaña a muchos procesos abdominales. Es producto de la dilatación intestinal causada por íleo reflejo u obstrucción mecánica. Es común en la peritonitis, la pancreatitis y la obstrucción intestinal. Es mayor en la obstrucción intestinal baja que en la obstrucción del intestino delgado proximal.

6.4. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Se puede presentar disuria o aumento de la frecuencia urinaria más comúnmente en la infección urinaria, pero también en procesos inflamatorios pélvicos relacionados con apendicitis, anexitis, diverticulitis complicada y embarazo ectópico. La hematuria suele acompañar a procesos infecciosos, litiasis, trauma o neoplasia del árbol urinario. Sin embargo, la presencia de hematuria en pacientes con abdomen agudo debe hacer sospechar litiasis.

La historia de retardo menstrual o amenorrea reciente, debe conducir a la investigación de embarazo ectópico. Los sangrados genitales anormales (hemorragias disfuncionales) en la mujer orientan al estudio de patologías uterinas o alteraciones endocrinas ginecológicas.

6.5 EXAMEN FÍSICO

6.5.1. ASPECTO GENERAL

El aspecto general del paciente (facies, sudoración, palidez y grado de agitación) proporciona información acerca de la intensidad del dolor. Aunque esto es muy útil para ayudar a determinar la necesidad inmediata de analgesia, la intensidad del dolor abdominal no necesariamente se relaciona con lo grave de la enfermedad. Por ejemplo, el dolor de la isquemia mesentérica en su fase inicial puede ser de modesta vago, a diferencia del inicio súbito de dolor intenso del cólico renal. Sin embargo la litiasis renal prácticamente no se acompaña de mortalidad aguda, mientras que la mayoría de pacientes con isquemia del intestino delgado mueren. Los pacientes con dolor cólico de índole visceral debido a distensión de un órgano hueco a menudo no pueden permanecer quietos, mientras que aquellos con peritonitis prefieren estar inmóviles.

6.5.2. EXAMEN ESPECÍFICO

6.5.2.1. TEMPERATURA

Es importante contar con un método confiable para medir la temperatura central, pero la ausencia de fiebre sobretodo en ancianos, no tiene valor pronóstico.

6.5.2.2. FRECUENCIA RESPIRATORIA

Con frecuencia se omite tomar con cuidado la frecuencia respiratoria y observar la profundidad de las respiraciones durante 15 segundos. Sin embargo, esto permite detectar signos sutiles de taquipnea o hiperpnea, que ayuda a identificar el grado compensatorio ya sea de una deshidratación, hipovolemia por tercer espacio o anemia secundaria a una enfermedad crónica o traumática, también nos orienta a pensar en enfermedades del sistema respiratorio, que nos estén originando un dolor abdominal de tipo falso (neumonías).

6.5.2.3. PULSO Y PRESIÓN ARTERIAL

Si la historia clínica hace sospechar contracción del volumen intravascular, la medición del pulso y la presión arterial deben incluir cambios ortostáticos. Un cambio en el pulso de 30 puntos en 1 minuto al pasar de la posición supina a sedente (o la aparición de pre síncope) indica con gran precisión la pérdida de 1 litro de sangre que equivale a casi 3 litros de solución isotónica. Los cambios en la presión arterial no orientan en este sentido, probablemente porque son signos tardíos del fracaso de la respuesta taquicárdica para preservar el gasto cardíaco. Este umbral no se aplica en pacientes que toman bloqueadores de la respuesta taquicárdica ni en ancianos debido al efecto del envejecimiento sobre el sistema de conducción cardíaca.

6.5.2.4. ABDOMEN

- **INSPECCION:** En el abdomen se deben buscar signos de distensión (por aire o líquido), cicatrices y tumores. Es indispensable tomarse el tiempo necesario para hacer una adecuada inspección. Se debe descubrir la totalidad del abdomen, incluida la parte inferior del tórax, los genitales y las regiones inguinales. En primer término se observa el color de la piel, la presencia de hernias o cicatrices que orienten hacia el diagnóstico de obstrucción intestinal, o permitan concluir que el paciente ya tuvo, por ejemplo, una apendicetomía previa. La coloración azul del ombligo (signo de Cullen) puede verse en pacientes con sangrado intraperitoneal y la equimosis en los flancos y la región dorsal puede verse en hemorragias retroperitoneales asociadas a pancreatitis o ruptura de Aneurisma aórtico (signo de Grey Turner). Se debe observar el contorno abdominal, si existe distensión, excavación, pulsaciones o masas anormales y el grado de tensión en la pared abdominal. Una severa distensión abdominal está asociada a íleo reflejo u obstructivo o a peritonitis generalizada.

- **AUSCULTACION:** Contrario a lo que suele enseñarse, la ausencia o disminución de los ruidos intestinales proporciona poca información útil. Esto se apoya en la observación de que en una serie de 100 paciente con peritonitis secundaria a perforación de ulcera péptica confirmada quirúrgicamente casi 50% de los pacientes mostraban ruidos intestinales normales o aumentados. Los ruidos intestinales aumentados o hiperactivos también tiene poco valor, pero son más útiles, pues se encontraron en cerca de 50% de los 100 pacientes con obstrucción del intestino delgado, mientras que estuvieron presentes en solo 5 al 10% de aquellos con otros 500 diagnósticos quirúrgicos. Sin embargo, 25% de los pacientes con obstrucción del intestino delgado no tenían ruidos intestinales o estos se encontraban disminuidos. Por lo tanto parece ser que solo los ruidos intestinales hiperactivos u obstructivos tienen cierto valor clínico, pues incrementan 5 veces más la probabilidad de obstrucción del intestino delgado; sin embargo la ausencia de los ruidos intestinales o la presencia de ruidos intestinales normales son de escaso valor, como lo demuestra su presencia en un porcentaje similar tanto en la obstrucción intestinal como en la ulcera péptica perforada. En pacientes hipertensos la presencia de un soplo abdominal sistólico y muy especialmente la auscultación de un soplo abdominal sistodiastólico es sugestivo de hipertensión renovascular, y la misma debería ser descartada.

- **PALPACION:** Existen dos tipos de palpación y la mayor parte de la información clínica obtenida por examen del abdomen se adquiere mediante la palpación.

Palpación superficial: se aprecia la existencia de zonas de hiperestesia cutánea. Sirve para ganar la confianza del paciente, acompañada de una charla, con preguntas no referentes al dolor abdominal, permite identificar la defensa voluntaria.

Palpación profunda: se aprecia la existencia de crecimiento de órganos y de masas o tumoraciones como plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas, hernias, pseudoquistes pancreáticos y adicionalmente buscar los signos de irritación peritoneal.

Se exploran primero los sitios más lejanos al punto máximo de dolor. La contractura voluntaria (contracción de defensa de la musculatura abdominal anticipando a la palpación) puede aliviarse un poco pidiendo al paciente que flexione las rodillas. Quienes permanecen con defensa voluntaria después de esta maniobra a menudo se relajan si el médico coloca su mano sobre la mano del paciente y después le pide que utilice su propia mano para palpar el abdomen. A diferencia del síntoma de dolor, la hipersensibilidad es un signo; el dolor lo produce la palpación. Cuando la hipersensibilidad se limita a un solo cuadrante es más útil como signo para el diagnóstico. Sin embargo, es frecuente que la hipersensibilidad abarque una de las áreas combinadas antes mencionadas. La rigidez (defensa involuntaria o reflejo espasmódico de los músculos abdominales) sugiere inflamación peritoneal, lo mismo que el dolor referido al punto de máxima hipersensibilidad cuando se palpa un cuadrante adyacente.

La hipersensibilidad de "rebote", considerada como criterio clínico normativo de peritonitis, en realidad tiene limitaciones importantes. En caso de peritonitis la combinación de rigidez abdominal, hipersensibilidad referida y, sobretudo, "dolor al toser", proporciona suficiente información diagnóstica, de modo que es en vano despertar el dolor de rebote. Casi uno de cada 5 pacientes sin peritonitis presentan hipersensibilidad de rebote falsamente positiva, tal vez como respuesta inespecífica de sobresalto. De hecho, autores de investigaciones recientes han concluido que la hipersensibilidad de rebote, a diferencia del dolor provocado por la tos, "no es de gran valor diagnóstico". Han de buscarse hepatomegalia y esplenomegalia, así como tumores y distensión de la vejiga. Se debe prestar atención a la presencia de hernias: las que son dolorosas sugieren encarcelación o estrangulación. A los varones con dolor abdominal se les debe hacer un examen genitourinario. Conviene, asimismo, conservar un umbral bajo para realizar examen pélvico al valorar el dolor abdominal en mujeres en edad reproductiva, independientemente del sitio de dolor abdominal.

6.5.3. SIGNOS ESPECIALES

- **Signo del psoas:** Con el paciente acostado en decúbito supino y la extremidad inferior completamente extendida se le pide que eleve la pierna mientras el examinador le ofrece resistencia. Si esta maniobra despierta dolor, se puede concluir que existe un proceso irritativo sobre el músculo psoas, relacionado con un proceso apendicular o un absceso retroperitoneal, aunque también puede observarse en hernias discales lumbares bajas.

- **Signo de Rovsing:** Es característico de la apendicitis aguda y consiste en la aparición de dolor en el punto de McBurney, mientras se palpa o se percute la fosa ilíaca izquierda.
- **Signo del obturador:** Colocando el muslo del paciente en ángulo recto, se le hace rotar interna y externamente, apareciendo dolor si existe un proceso inflamatorio en relación con el músculo obturador interno (apendicitis agudas en situación pélvica).
- **Signo de Murphy:** mientras se palpa el punto cóstico se pide al paciente que haga una inspiración profunda. Este signo caracteriza a la colecistitis aguda cuando se produce la detención repentina de la inspiración. Puede presentarse también en procesos inflamatorios relacionados con el hígado y en los procesos pleuropulmonares basales derechos.
- **Signo de Courvoisier – Terrier:** detección de una vesícula biliar palpable. La positividad de este signo sugiere la existencia de una neoplasia de vías biliares o de la cabeza del páncreas, o menos frecuentemente de un plastrón inflamatorio con obstrucción litiásica de la vía biliar.
- **Signo de Kehr:** consiste en la aparición de dolor referido a los hombros, especialmente el izquierdo cuando se palpa la región superior del abdomen, y caracteriza clásicamente a la ruptura esplénica. Este signo se hace más evidente en posición de Trendelenburg

6.5.2.5. TACTO RECTAL

Es mandatorio en todo paciente con dolor abdominal agudo debido a que el tercio inferior del abdomen esta incluido en la pelvis. Se debe evaluar temperatura, sensibilidad, exacerbación del dolor a la presión. En la luz rectal se valora la presencia de heces y sus características, masa o tumoraciones (fecalomas), colecciones líquidas en espacio perirrectal. En la pared anterior: protrusiones y / o dolor en el fondo de saco de Douglas. En el varón se palpa la próstata y en la mujer el cuello uterino. Es importante considerar el aspecto de las heces, por ejemplo, heces acólicas, melena, color marrón o presencia de sangre fresca.

6.5.2.6. TACTO VAGINAL

En toda mujer sexualmente activa y cuya sintomatología este localizada en hemiabdomen inferior se evalúa la temperatura, elasticidad de la vagina, presencia de leucorrea, sangrado uterino, forma y posición del cuello uterino, dolor a la movilización, tamaño del útero, patologías en los ovarios, abscesos, masas, colecciones en fondo de saco.

7. DIAGNOSTICO

7.1 DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico asociado al dolor abdominal en el servicio de urgencias como se dijo anteriormente sigue siendo un reto para el médico, sin embargo este se basa primordialmente e inicialmente en una buena anamnesis (buen interrogatorio al paciente, acerca del inicio del dolor, duración, tipo, localización, irradiación, intensidad y sintomatología asociada) así como indagar acerca de los antecedentes tanto patológicos, quirúrgicos y traumáticos y realizar un correcto y adecuado examen físico; de esta manera tratando de tener un enfoque diagnóstico inicial, para posteriormente y de manera lógica; solicitar las ayudas diagnósticas que le permitan esclarecer sus dudas llegando finalmente a un diagnóstico y de esta manera brindar de manera oportuna y eficaz el tratamiento adecuado al paciente.

Anteriormente se hablo del enfoque diagnóstico dados los hallazgos al examen físico, resumiendo debemos tener en cuenta para la EVALUACIÓN CLÍNICA del abdomen agudo:

- Hidratación y estado hemodinámico del paciente
- Identifique signos de irritación peritoneal: defensa muscular, blumberg y dolor a la percusión
- Determine presencia de SIRS: FC > o igual a 90 por minuto, FR > o igual a 20 por minuto, fiebre > o igual a 38 grados centígrados o temperatura < o igual a 37 grados centígrados y leucocitos > a 12000 o < a 7000.
- Determine localización y tipo de dolor: donde duele está el foco. Los dolores continuos obedecen a procesos inflamatorios, isquémicos o por distensión. Los dolores difusos se asocian a gastroenteritis, pancreatitis, peritonitis, obstrucción intestinal y crisis hemolíticas.
- Determine si existen patologías asociadas: alteraciones del estado de conciencia, arritmias, falla renal, estados acidóticos
- Tener en cuenta que los pacientes ancianos o inmunosuprimidos pueden tener signos ocultos.

7.2. AYUDAS DIAGNOSTICAS

Los paraclínicos que se soliciten deben estar orientados a la sospecha diagnóstica vamos a ver las posibles ayudas diagnosticas que se pueden emplear, su utilidad y eficacia.

7.2.1. PRUEBAS DE LABORATORIO

7.2.1.1. HEMOGRAMA

El descenso en la hemoglobina y el hematocrito, en presencia de dolor abdominal debe ser interpretado como causado por sangrado intraperitoneal. Un descenso en el recuento de eritrocitos es indicativo de pérdida crónica de sangre como puede ocurrir en la enfermedad ulcerosa péptica o en algunas neoplasias del tracto gastrointestinal. La leucocitosis puede ser un hallazgo común en las entidades que producen inflamación intraperitoneal. Sin embargo, algunas de ellas pueden cursar con recuento leucocitario normal o aun bajo, como ocurre en estados sépticos

avanzados y en los extremos de la vida, hecho asociado, en general, a mal pronóstico.

7.2.1.2. QUÍMICA SANGUÍNEA:

- **Bilirrubinas:** Encontrar una bilirrubina elevada es confirmatorio del hallazgo clínico de ictericia. Cuando esta elevación se hace a expensas de la bilirrubina directa, puede relacionarse con colestasis secundaria a obstrucción biliar.
- **Fosfatasa alcalina:** puede elevarse en colestasis, pero no permite distinguir si la colestasis es extra o intrahepática, siendo por ello un dato poco específico.
- **Electrolitos:** Al igual que otras pruebas son el reflejo del trastorno homeostático producido por el vómito, la diarrea o la pérdida de líquidos en un tercer espacio.
- **Glicemia:** el hallazgo de glucemia elevada puede reflejar solamente la respuesta metabólica a la infección. No obstante, en pacientes diabéticos puede ser el principal indicador de una descompensación originada en una infección intraperitoneal.
- **Nitrógeno ureico y creatinina séricos:** El uso de estas pruebas está encaminado a establecer más el estado de la función renal que a confirmar un diagnóstico específico.
- **Amilasas:** Es común el uso de la determinación de amilasas para confirmar el diagnóstico de pancreatitis. La amilasa pancreática se eleva en cerca del 80% de los pacientes con pancreatitis aguda.
- **Proteína C reactiva:** importante como valor pronóstico en caso de pancreatitis
- **Gonadotropina coriónica (HCG):** más de 97% de las mujeres con embarazo ectópico tienen una prueba de embarazo positivo. Cuando se emplea la medición de la subunidad beta la especificidad aumenta.

7.2.1.3. URONÁLISIS

Idealmente la muestra debe obtenerse en forma limpia, con lavado de la región genital y toma de la muestra en mitad de la micción. Sólo en casos seleccionados se requiere la cateterización vesical. El hallazgo de densidad urinaria elevada es reflejo del estado de deshidratación. La presencia de glucosa es manifestación de hiperglucemia en un paciente diabético descompensado por infección. La proteinuria puede ser indicativa de enfermedad renal. La leucocituria sugiere el diagnóstico de infección urinaria, aunque también puede presentarse cuando existe inflamación de órganos adyacentes al tracto urinario. No obstante, cuando

el recuento leucocitario es mayor de 20 por campo es altamente sugestivo de infección urinaria. Una prueba útil es la realización de coloración de Gram del sedimento urinario o urocultivo para confirmar la infección. La hematuria siempre es anormal. Un recuento de hematíes bajo es posible en cuadros de infección urinaria; sin embargo, cuando la hematuria es mayor se debe sospechar la presencia de litiasis, trauma o neoplasia.

7.2.2. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

7.2.2.1. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

En la evaluación del dolor abdominal agudo la radiografía del tórax puede tener gran utilidad. Permite descartar o confirmar la presencia de procesos pleuropulmonares que puedan ser causa de dolor abdominal. Sin embargo, el hallazgo de derrame pleural o atelectasias basales es común en pacientes con patología abdominal y sería un error interpretar el dolor abdominal como causado por este hecho. En la radiografía tomada de pie debe buscarse la presencia de aire libre subdiafragmático que es siempre indicativo de ruptura de víscera hueca. (Neumoperitoneo)

7.2.2.2. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN

El aire puede no estar libre completamente en la cavidad pero puede dibujar el riñón derecho (retroneumoperitoneo) en casos de ruptura duodenal.

Debe observarse cuidadosamente la distribución del patrón gaseoso intestinal. Normalmente el aire se encuentra solamente en el colon. El hallazgo de aire dentro del intestino delgado siempre es anormal. Para establecer el diagnóstico de obstrucción intestinal deben existir tres elementos:

- Distensión de asas proximales al sitio de obstrucción.
- Ausencia de gas distal al sitio de la obstrucción.
- Presencia de niveles hidroaéreos escalonados.

En aneurismas puede hallarse calcificación y dilatación de la aorta abdominal.

El borramiento de las líneas de los psoas, la obliteración de la grasa paracólica y la situación medial y separada de las asas son signos de la presencia de líquido intraabdominal.

7.2.2.3. ECOGRAFÍA ABDOMINAL

El ultrasonido puede ser útil en el diagnóstico de algunas entidades causantes de abdomen agudo. Sin embargo, debe tenerse en mente que su sensibilidad y especificidad son dependientes del operador. Su principal uso es en el diagnóstico de la enfermedad biliar y está indicada en:

- Sospecha de colecistitis aguda, en pacientes con enfermedad inmunodepresora o con cuadro de sepsis.
- Diagnóstico incierto de pancreatitis aguda

- Dolor abdominal e hipovolemia sin exteriorizaciones hemorrágicas, con sospecha de rotura visceral o embarazo ectópico.
- Sospecha de aneurisma disecante de la aorta abdominal.
- Dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y cuyo origen no puede ser precisado clínicamente (isquemia intestinal, etc)

Se ha empleado también para el diagnóstico de apendicitis, cada vez con mayor frecuencia, especialmente en niños. El hallazgo de un apéndice mayor de 7 mm, no compresible, constante en varias imágenes sugiere el diagnóstico de apendicitis. En la mujer con dolor abdominal bajo la ultrasonografía pélvica juega un papel importante, puede confirmar la presencia de embarazo ectópico, anomalías inflamatorias de los anexos o la presencia de masas ováricas.

7.2.3. ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)

Todo paciente con factores de riesgo para enfermedad coronaria, debe tener un ECG en el curso de la evaluación por dolor abdominal. Este permite establecer la existencia de infarto agudo del miocardio o detectar anomalías del ritmo como la fibrilación auricular que puedan complicarse con embolia mesentérica.

7.2.3. OTROS

En algunas ocasiones estos estudios diagnósticos no son suficientes para ayudar a esclarecer la etiología del dolor abdominal, por lo tanto existen otros métodos diagnósticos como son la Tomografía axial computadorizada (tac), con alta sensibilidad y especificidad, la laparoscopia en los casos dudosos, especialmente en mujeres con dolor en el abdomen inferior y gases arteriales pero en caso de que el paciente lo requiera se debe remitir a una institución de un nivel superior ya que hoy en día no se hacen en la institución.

8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Previamente se hablo de la importancia de identificar el origen del dolor abdominal, a continuación se muestran todos los procesos intraabdominales que pueden producir un abdomen agudo. Lo más importante es decidir si el paciente debe o no ser intervenido quirúrgicamente de inmediato.

• **CUADRANTE SUPERIOR DERECHO** colecistitis aguda, úlcera duodenal perforada, pancreatitis aguda, hepatitis aguda, hepatomegalia congestiva aguda, neumonía con reacción pleural, pielonefritis aguda, angina de pecho, hepatitis aguda, absceso hepático.

• **CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO** rotura de bazo, úlcera gástrica o yeyunal perforada, pancreatitis aguda, rotura de aneurisma aórtico, colon perforado (tumor, cuerpo extraño), neumonía con reacción pleural, pielonefritis, aguda, infarto miocárdico agudo.

- **CENTRAL (PERIUMBILICAL)** obstrucción intestinal, apendicitis, pancreatitis aguda, trombosis mesentérica, hernia inguinal estrangulada, aneurisma aórtico en proceso de disección o rotura, diverticulitis (intestino delgado o colon), uremia.

- **CUADRANTE INFERIOR DERECHO** apendicitis, salpingitis aguda, absceso tuboovárico, embarazo ectópico roto, quiste ovárico torcido, adenitis mesentérica, hernia inguinal estrangulada, diverticulitis de Meckel, diverticulitis cecal, y gastroenteritis, patología inguinoescrotal en el hombre (epididimitis, torsión testicular), úlcera péptica perforada, carcinoma del ciego perforado, litiasis urinaria, isquemia mesentérica regional, hidrocolecisto.

- **CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO** diverticulitis sigmoidea, salpingitis aguda, absceso tuboovárico, embarazo ectópico roto, quiste ovárico torcido, hernia inguinal estrangulada, colon descendente perforado (tumor, cuerpo extraño), ileítis regional, absceso del psoas, cálculo ureteral.

9. TRATAMIENTO

En el Servicio de Atención Médica en Urgencias cuando se presente dolor abdominal se debe:

9.1. Ordenar al paciente no ingerir nada vía oral

9.2. Solicitar paraclínicos de acuerdo a sospecha diagnóstica.

9.3. Canalización de vena periférica y administración de cristaloides de acuerdo a los requerimientos del paciente según las patologías de base y estado de hidratación. Administración de electrolitos de acuerdo a las pérdidas

Cuando el abdomen está distendido la pérdida insensible intraabdominal puede ser mayor.

9.4. Colocación de sonda vesical en pacientes que requieran cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados ya que el gasto urinario es un indicador del grado de volemia del paciente.

9.5. Descompresión gastrointestinal: si es necesario con sonda nasogástrica con aspiración continua. En pacientes con cuadros de obstrucción intestinal, vómito persistente y en aquellos pacientes con íleo que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, por el riesgo de bronco aspiración.

9.6. Sólo colocar drenajes en presencia de abscesos intraabdominales y de fístulas.

9.7. Remisión a cirugía general en el paciente con abdomen agudo quirúrgico.

9.8. Tratamiento específico de acuerdo a la causa de abdomen no quirúrgico.

9.9. Tratamiento del dolor: la administración de analgésicos está totalmente contraindicada si existe sospecha de abdomen quirúrgico, **(el cirujano tratante decide si lo utiliza o no, una vez tomada la decisión quirúrgica)** ya que se suprimiría el síntoma principal y se dificultaría el diagnóstico. Solo se administran cuando hay certeza que el manejo del dolor abdominal es médico. Los analgésicos más utilizados son:

- Butil bromuro de hioscina + dipirona intravenoso en bolo que puede repetirse cada 6 horas o según necesidad.
- Diclofenac 75mg intravenoso o intramuscular.
- Tramal 50 mg IV
- Meperidina 30 Mg. intravenoso, dosis.

9.10. Tratamiento del vómito: lo más importante es la hidratación del paciente. Si el vómito no cede, se administrará metoclopramida 10 mg. intravenoso / dosis en adultos y a 0.2 hasta 0.7 Kg intramuscular o intravenosa para niños.

9.11. Antiácidos están indicados por epigastralgia o enfermedad ácido péptica, Ranitidina 50 Mg. IV cada 8 horas. Niños: 2 – 7 mg/Kg/dosis. En caso de alergia Omeprazol 80 mg IV cada 12 horas.

9.12. Uso racional de antibióticos de acuerdo al diagnóstico etiológico.

Los antibióticos están indicados cuando se sospecha sépsis abdominal y en la mayoría de los pacientes con peritonitis. La flora intestinal endógena causa infecciones abdominales en las vías gastrointestinales o genitourinarias. Las infecciones ginecológicas primarias, de las cuales la enfermedad pélvica inflamatoria es el prototipo, se comportan diferente y se discuten por separado bajo el tratamiento de sospecha de peritonitis. En todas las infecciones intrabdominales (no ginecológicas), la cobertura debe orientarse a microorganismos anaerobios y aerobios facultativos gram negativos.

Una excepción a esta generalización es la necesidad de proporcionar una cobertura adicional para aerobios gran positivos y gran negativos, por ejemplo, *Pneumococcus*, en la peritonitis bacteriana espontánea. La peritonitis bacteriana espontánea, también conocida como peritonitis primaria, ocurre en paciente con cirrosis y ascitis, probablemente debido a la siembra bacteriémica espontánea de líquido ascítico. El modificador primario se utiliza para distinguirla de la peritonitis secundaria a la inflamación de órganos intraperitoneales, isquemia, filtración o perforación, que es más frecuente.

Históricamente se han utilizado dos regímenes de medicamentos para cubrir de manera adecuada las infecciones intraabdominales. Atacaban los aerobios gran negativos con un aminoglucósido (**gentamicina** 3 mg/Kg) en dosis única diaria, para disminuir los efectos nefrotóxicos de los mismos, y a los aerobios con

metronidazol (500 mg IV cada 8 horas) o **clindamicina** (600 mg IV cada 8 horas). Esta terapia doble puede seguir siendo necesaria para paciente más viejos y graves. Inmunocomprometidos o hipotensos. Para pacientes que requieren un régimen más eficaz pero en quienes no se desea utilizar aminoglicosidos, una opción es usar una monoterapia "combinada" consistente en administrar **ampicilina y sulbactam** (1.5 gramos IV cada 6 horas).

En la peritonitis primaria la monoterapia con cefalosporina de tercera generación como **ceftriaxona** (2 gramos IV cada 12 horas, dosis máxima) amplía el espectro suficientemente para la cobertura de *Pneumococcus*, además de bacterias entéricas gramnegativas, como *E. coli*. Quizá la razón más conveniente para no seguir utilizando un aminoglicosido no sea la toxicidad renal y vestibular, sino más bien la frecuencia con que se subdosifica a los pacientes por temor a la toxicidad. Esto da lugar a la aparición de resistencia a los antimicrobianos, en particular a las especies de *Enterococcus*.

De acuerdo con las sugerencias anteriores el tratamiento se encuentra encaminado hacia la profilaxis de la peritonitis y esta terapia varía de acuerdo con cada paciente.

9.13. Control signos vitales- curva térmica cada cuatro horas.

9.14. Los cambios posturales frecuentes: para evitar repercusiones pulmonares.

10. COMPLICACIONES

Son complicaciones usuales del abdomen agudo: peritonitis, sépsis, hipovolemia, desequilibrio hidroelectrolítico, malnutrición grave, insuficiencia renal, alteraciones cardiovasculares, insuficiencia hepática, disfunción orgánica múltiple e incluso hasta la muerte.

11. FLUJOGRAMAS (ver anexos)

12. BIBLIOGRAFIA

Tratado de cirugía de patología quirúrgica. Sabiston. Beauchamp, Evers, Mattox, Ed.18, Elsevier, Barcelona España, 2009, 18p, Ilus.

Medicina de Urgencias, Tintinalli J. E, Kelen G and Stapczynski S., Ed.6, Mac Graw Hill Interamericana, Mexico D.F, 2006, 20p.

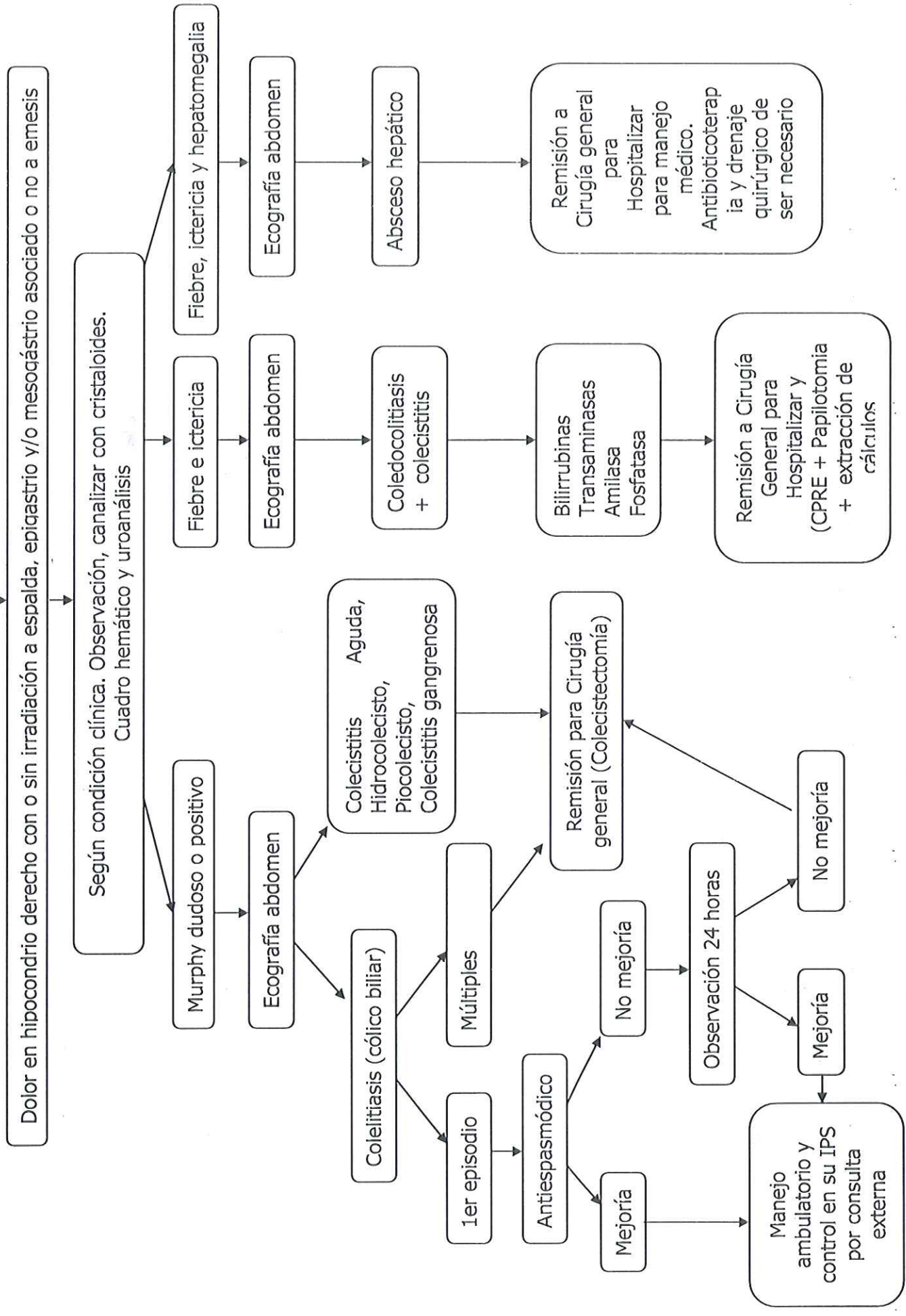
Principios de cirugía de Schwartz, Brunicardi Charles F, Anderson Dana K, Billiar Timonthy, Dunn David L, Hunter John G, Pollock Raphael E, Ed.8, Mac Graw Hill Interamericana, 2008, 22p.

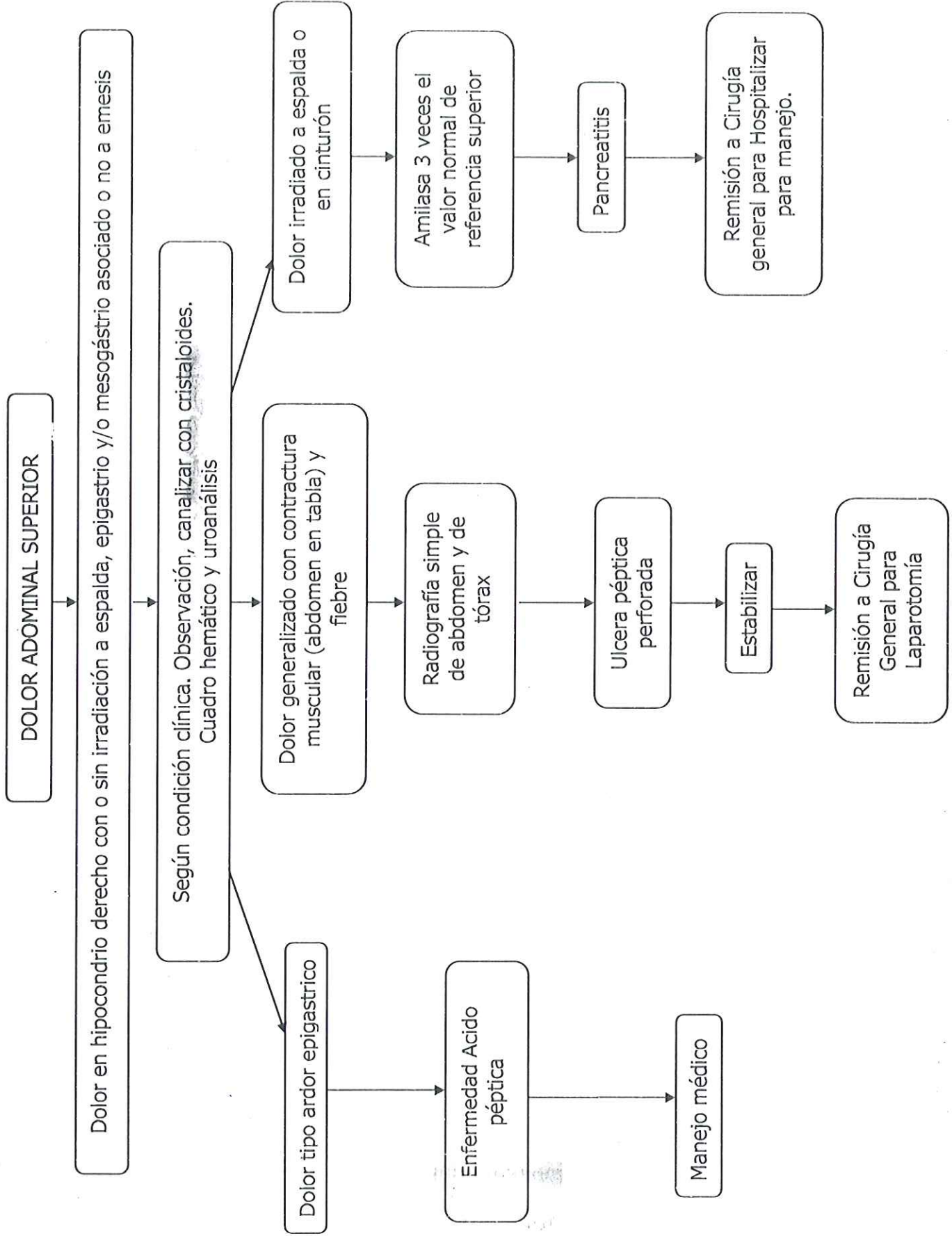
Current Diagnosis and treatment, Emergency Medicine, Stone C Keith, Humphries L Roger, Ed.6, Mac Graw Hill Interamericana, 2008, 33p, Ilus.

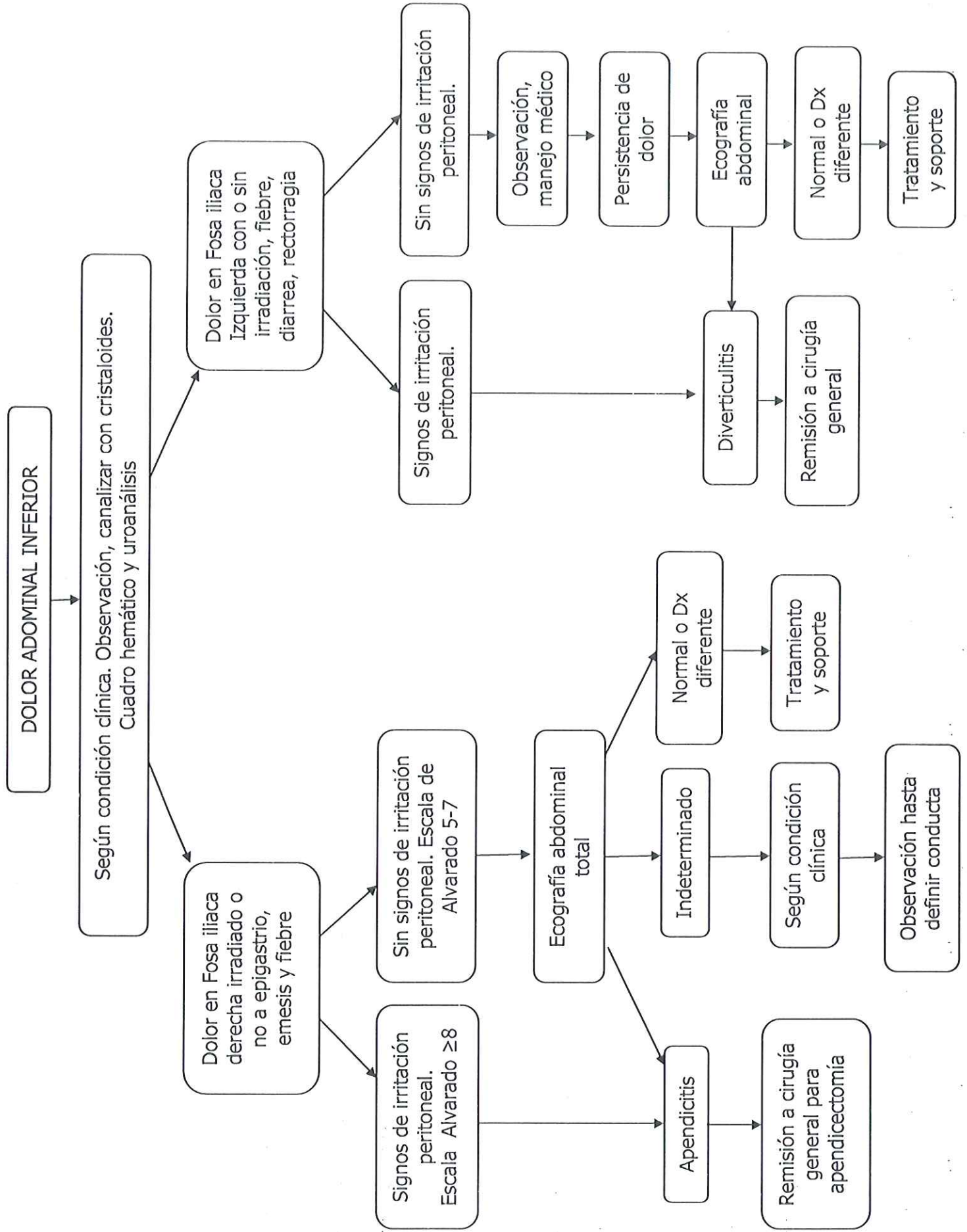
APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

	ELABORADO	REVISADO	APROBADO
NOMBRE	Johnny Bustos	Liliana Paramo	Doctor Caicedo
CARGO	Medico General	Coordinadora Medica	Jefe de Cirugía Universidad Nacional
FECHA	Enero de 2011	Marzo de 2011	Abril de 2012
FIRMA			

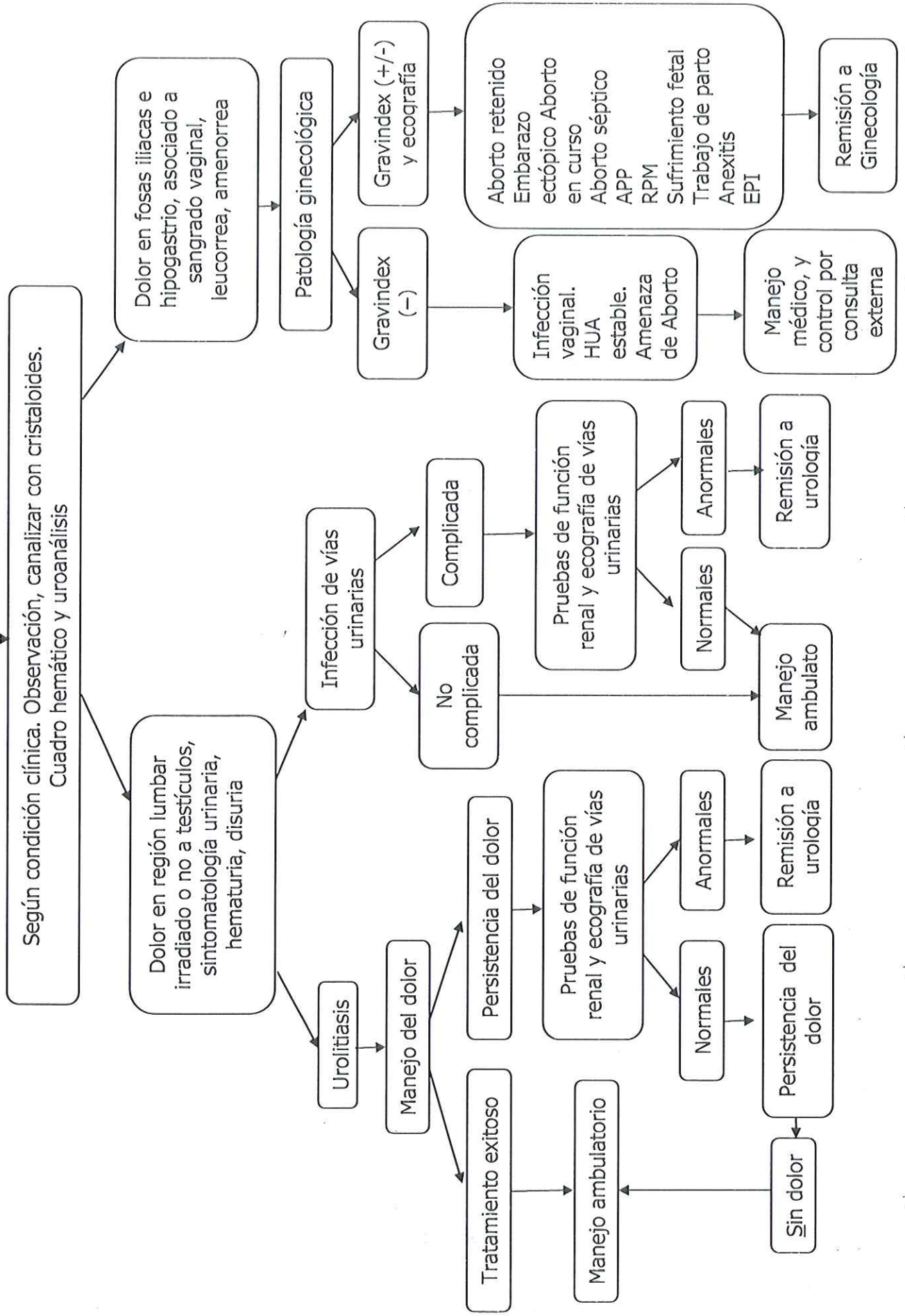
DOLOR ABDOMINAL SUPERIOR







DOLOR ABDOMINAL INFERIOR





**CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA S.A.M.U.**

GUÍA DE ATENCIÓN DE APENDICITIS AGUDA

TABLA DE CONTENIDO

- 1. JUSTIFICACIÓN**
- 2. OBJETIVO**
- 3. POBLACIÓN OBJETO**
- 4. DEFINICIÓN**
- 5. CUADRO CLÍNICO**
- 6. DIAGNOSTICO**
- 7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
- 8. TRATAMIENTO**
- 9. COMPLICACIONES**
- 10. FLUGOGRAMA**
- 11. BIBLIOGRAFÍA**

1. JUSTIFICACIÓN

La apendicitis aguda es la enfermedad quirúrgica más frecuente en los servicios de cirugía, con una prevalencia que oscila entre un 10% (entre los 3 y los 6 años) y un 17% (entre los 10 y 12 años), se puede presentar en cualquier edad y ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas por abdomen agudo, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno en el servicio de urgencias para evitar las complicaciones.

La manifestación clínica principal de los pacientes con apendicitis aguda es el dolor abdominal tipo cólico difuso que inicia en la región periumbilical que en un lapso de aproximadamente 24 horas se irradia a fosa iliaca derecha acompañado en ocasiones a náuseas, vómito y fiebre.

El diagnóstico de apendicitis aguda no tiene un signo ni un síntoma clínico patognomónico de la enfermedad pero es claro que la combinación de varios signos apoyan rápidamente su diagnóstico clínico; los tres síntomas que predicen mejor la presencia de la apendicitis son el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, la rigidez de la pared abdominal y la migración del dolor desde la región periumbilical al cuadrante inferior derecho.

Al examen físico se pueden encontrar múltiples signos que pueden dar diagnóstico clínico de apendicitis aguda, es frecuente encontrar paciente con fiebre, taquicardia y deshidratación con dolor exquisito en fosa iliaca derecha, defensa muscular y dolor con el rebote, además de muchos otros signos que se pueden presentar durante la evaluación clínica.

La ubicación anatómica del apéndice es variada: puede localizarse sobre el aspecto posteromedial del ciego, en la unión de las tres tenias. La punta exhibe diferentes localizaciones: retrocecal 65,2%, pélvica 31%, subcecal 2,2%, paraileal 1% y paracólica 0,4%. Tales diferencias explican por qué en el examen físico los signos clínicos de la apendicitis aguda pueden ser muy difíciles de interpretar.

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación (apendicectomía); desde que Mc Burney la introdujo en 1894 sigue siendo el método de elección para la apendicitis aguda. La técnica implementada duró más de un siglo sin ningún tipo de modificación ya combinada la eficacia terapéutica asociado a bajas tasas de morbilidad, pero en 1983 cuando Semm describe la técnica endoscópica inicia una nueva opción de tratamiento con el objetivo de minimizar el tiempo de

recuperación, disminuir el dolor, disminuir complicaciones postoperatorias, optimizar recursos institucionales y obtener un mejor resultado estético. Aunque se implementa cada vez más la técnica por laparoscopia, existe aun controversia en cuanto a si presenta o no mayores ventajas en comparación a la técnica abierta.

2. OBJETIVO

Garantizar atención de calidad con racionalidad científica, para el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Apendicitis aguda.

3. POBLACIÓN OBJETO

Esta guía de atención va dirigida a todos los profesionales de la salud de la institución y a todos los usuarios que soliciten nuestros servicios de atención.

4. DEFINICIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal dada por la obstrucción de la luz intestinal que lleva al aumento de la secreción de moco, liberaciones de mediadores de respuesta inflamatoria, edema de la pared intestinal con el subsecuente aumento de la presión intraluminal lo que desencadena una disminución del flujo sanguíneo trayendo como consecuencia la necrosis y posterior perforación de pared intestinal.

5. CUADRO CLÍNICO

En la presentación clínica de la apendicitis aguda el síntoma principal es el dolor abdominal, que es difuso, poco preciso y no demasiado intenso, usualmente de tipo cólico, de ubicación epigástrica o periumbilical, cuyo origen es visceral y es causado por la distensión del apéndice, éste dolor en un periodo de tiempo variable (entre 1 y 4 horas) puede localizarse en la fosa ilíaca derecha con frecuencia a nivel del punto de McBurney (centro de una línea trazada entre el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, correspondiente al sitio de implantación del apéndice en el ciego) que se acentúa al caminar y al toser, mejora al flexionar la cadera, sobre todo cuando la posición del apéndice es retrocecal y a diferencia del dolor inicial éste es causado por la irritación del peritoneo que recubre interiormente la pared abdominal, el dolor puede acompañarse de náusea, vómito y fiebre. Cuando hay vómito, se presenta luego del dolor y se reduce a uno o dos episodios.

Al examen físico del paciente se demuestra fiebre no muy elevada, taquicardia y algún grado de deshidratación que varía según el tiempo de evolución de la enfermedad, al examinar el abdomen se aprecia sensibilidad dolorosa al presionar el cuadrante inferior derecho; contracción muscular voluntaria de la pared

abdominal y varios signos que se realizan con el objetivo de llegar más rápidamente al diagnóstico y tratamiento oportunos.

En pacientes con morbilidad asociada como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica (IRC), en niños, en ancianos, en obesos y en mujeres embarazadas o en edad fértil, el diagnóstico clínico es más difícil.

Signos Clínicos que sugieren apendicitis:

- **Signo de Blumberg o rebote:** Dolor provocado al descomprimir bruscamente la fosa iliaca derecha.
- **Signo de Cope (del obturador):** Dolor provocado en el hipogastrio al flexionar el muslo derecho y rotar la cadera hacia adentro.
- **Signo de Cope (del psoas):** Aumento del dolor en fosa iliaca derecha al realizar la flexión activa de la cadera derecha.
- **Signo de Rovsing:** La presión en el lado izquierdo sobre un punto correspondiente al de McBurney en el lado derecho, despierta dolor en este (al desplazarse los gases desde el sigmoides hacia la región ileocecal se produce dolor por la distensión del ciego).
- **Signo de Aarón:** Sensación de dolor en el epigastrio o en la región precordial por la presión en el punto de McBurney.
- **Signo de Donnelly:** Dolor por la compresión sobre y por debajo del punto de McBurney, estando la pierna derecha en extensión y aducción (en las apendicitis retrocecales)
- **Signo de Dunphy:** Incremento del dolor en la FID con la tos.
- **Signo de Head:** Hiperestesia cutánea en la fosa iliaca derecha.
- **Signo de Holman:** Dolor a la percusión suave sobre la zona de inflamación peritoneal.
- **Signo de Thomayer:** En las inflamaciones del peritoneo, el mesenterio del intestino delgado se contrae y arrastra a los intestinos hacia la derecha; de ahí que estando el paciente en decúbito supino, el lado derecho sea timpanito y el izquierdo mate.

6. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico, la combinación de síntomas y signos puede establecer el diagnóstico de apendicitis aguda en la mayoría de los casos.

Cuando clínicamente se sospecha apendicitis aguda, se deben ordenar exámenes de laboratorio que incluyan hemograma, uroanálisis y prueba de embarazo en las mujeres en edad reproductiva. En general, el recuento de leucocitos en sangre aparece moderadamente elevado, y en la mayoría de los casos hay desviación a la izquierda, aunque en un porcentaje bajo (menos de 5%), aunque significativo, tanto el recuento de glóbulos blancos como la fórmula diferencial son normales.

Si bien el examen físico y los resultados de laboratorio son débiles indicadores diagnósticos considerados individualmente, combinados sí dan un alto grado de probabilidad diagnóstica.

La radiografía simple de abdomen debe hacerse en la población mayor como imagen diagnóstica inicial, que sirve para aclarar otras condiciones anormales. Pero esta radiografía realmente no debe ser solicitada rutinariamente si todo apunta al diagnóstico de apendicitis aguda.

La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 75 a 90% y una especificidad de 86 a 100%. Se debe tener en cuenta que se trata de un examen operador dependiente, y que presenta dificultades técnicas en pacientes obesos o con distensión abdominal, por la interposición del gas. Puede proporcionar imágenes precisas del apéndice inflamado y de las colecciones de pus que a su alrededor puedan formarse. En mujeres jóvenes en quienes se debe descartar patología ginecológica, la ecografía pélvica o transvaginal puede ser de gran ayuda.

Otros exámenes que no se realizan en la institución, solicitados de acuerdo al criterio clínico del cirujano general pero que son de gran utilidad para el diagnóstico de apendicitis aguda en los casos dudosos son:

La tomografía axial computadorizada (TAC): es considerada el "patrón oro" como examen diagnóstico no invasor en la apendicitis aguda. Puede detectar y localizar masas inflamatorias periapendiculares (plastrones), abscesos (algo similar como en la diverticulitis) y, con gran precisión, la apendicitis aguda. La TAC es más precisa en el diagnóstico que la ultrasonografía en los adultos y los adolescentes, es la mejor imaginología diagnóstica de la apendicitis aguda en caso en que el diagnóstico es dudoso. Sin embargo, se ha encontrado apendicitis en pacientes con hallazgos equívocos en la TAC, y si los síntomas y demás pruebas indican que se trata de una apendicitis, el paciente debe ser llevado a cirugía. Los radiólogos consideran que si el apéndice mide menos de 9 mm en su diámetro, el diagnóstico de apendicitis es muy improbable. Por su costo, es un examen para ser practicado sólo en pacientes seleccionados.

En los últimos años la laparoscopia se ha convertido no solo en una herramienta diagnóstica de gran utilidad, especialmente en mujeres jóvenes con diagnóstico no claro, sino en una valiosa herramienta terapéutica para todo tipo de pacientes, por cuanto simultáneamente permite el diagnóstico muy preciso mediante la visualización directa del apéndice y de los órganos abdominales y pélvicos, y también la remoción del apéndice.

La escala de Alvarado puede ayudar a tomar conductas médicas o quirúrgicas

ESCALA DE ALVARADO

- M – Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho) **1 punto**
- A – Anorexia y/o cetonuria. **1 punto**
- N – Náuseas y/o vómitos. **1 punto**
- T – Sensibilidad en cuadrante inferior derecho **2 puntos**
- R – Rebote. **1 punto**
- E – Elevación de la temperatura > de 38° C. **1 punto**
- L – Leucocitosis **2 puntos**
- S – Desviación a la izquierda (Neutrofilia) **1 punto**

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA

- SUMA TOTAL 10 PUNTOS
- 9 -10 CASI SIEMPRE APENDICITIS
- 7 – 8 ALTA POSIBILIDAD DE APENDICITIS
- 5 – 6 COMPATIBLES PERO NO DX, US,TAC
- 0 – 4 POCO PROBABLE, PERO NO IMPOSIBLE DE APENDICITIS

7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe establecerse con una larga serie de procesos abdominales agudos, dentro de lo que se denomina genéricamente un cuadro de abdomen agudo:

- Neumonitis y pleuritis basales
- Gastroenteritis aguda
- Adenitis mesentérica aguda
- Inflamación aguda del divertículo de Meckel
- Ileítis regional en la enfermedad de Crohn
- Perforación úlcera gastroduodenal
- Colecistitis aguda
- Diverticulitis del colon sigmoides
- Cólico renal
- Pielonefritis aguda
- Embarazo ectópico
- Torsión de quiste de ovario
- Anexitis aguda

- Rotura de un folículo de Graaf

8. TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico de apendicitis aguda la indicación terapéutica es la intervención quirúrgica urgente para realizar la apendicectomía, ya que demoras en practicar la cirugía pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis. En la actualidad la intervención puede realizarse mediante una incisión relativamente amplia en la pared abdominal del cuadrante inferior derecho (técnica abierta) o mediante cirugía laparoscópica, que requiere unas mínimas incisiones abdominales.

En el Servicio de Atención Médica en Urgencias cuando se sospeche apendicitis se debe:

8.1 Dejar sin vía oral.

8.2 Canalizar una vena e iniciar hidratación con cristaloides.

8.3 Sí clínicamente el diagnóstico no es claro solicitar ayudas diagnósticas, cuadro hemático, parcial de orina y prueba de embarazo en las mujeres en edad reproductiva.

8.4 Dejar en observación si la condición clínica lo amerita o si aún con paraclínicos el diagnóstico no es claro y existe todavía la sospecha clínica de apendicitis.

8.5 Si la condición clínica y los paraclínicos no son concluyentes y persiste la sospecha clínica de apendicitis se debe indicar la ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico.

8.6 Una vez establecido el diagnóstico de apendicitis aguda se debe remitir al especialista

8.7 En los casos que clínicamente el paciente persista con sospecha de apendicitis aguda, aún con paraclínicos que no confirmen el diagnóstico, evaluar y si es necesario solicitar valoración por el especialista.

8.8 Si se descarta la sospecha de apendicitis aguda, alta médica con control por consulta externa si se requiere y signos de alarma.

8.9 En presencia de un cuadro de abdomen agudo con peritonitis se debe priorizar el proceso de remisión del paciente

9. COMPLICACIONES

La presentación clínica atípica ocurre cuando hay perforación con algún grado de peritonitis. Entonces el cuadro puede incluir fiebre, escalofríos y dolor abdominal difuso; el examen físico muestra defensa (espasmo) muscular, signos de peritonitis difusa, íleo, distensión abdominal y, ocasionalmente en el caso de plastrón o absceso, una masa palpable.

Una vez ocurre la perforación del apéndice, se desencadenan otras complicaciones como obstrucción intestinal, absceso hepático e incluso pyleflebitis.

9.1 PLASTRÓN APENDICULAR

El signo sobresaliente es la palpación de una masa de tamaño variable, a veces poco definido y generalmente situado en la FID. Este tumor, de carácter inflamatorio agudo, se puede palpar, en ocasiones, por tacto rectal o vaginal.

El plastrón puede estar abscedado. Otra complicación que también obliga a su intervención quirúrgica, es la oclusión intestinal mecánica por acodadura de una de las asas intestinales delgadas que forman parte del proceso.

El diagnóstico se complementa con el uso de la ultrasonografía y/o la laparoscopia. Se empleará la radiología simple del abdomen, vertical y en decúbito, cuando existan signos de oclusión intestinal mecánica.

Cuando se hace el diagnóstico de absceso por ecografía o por TAC, hay dos posibilidades terapéuticas:

- Drenaje percutáneo, en caso de que el compromiso sistémico del paciente sea importante y la localización del absceso lo permita. Se realiza apendicectomía diferida en 6 a 8 semanas

- Operación: laparotomía y apendicectomía en el mismo tiempo operatorio. En ambos casos es necesario el uso de antibióticos en régimen terapéutico. El uso de drenes en cirugía está restringido a dos situaciones: cuando hay una cavidad para drenar y cuando hay dudas sobre el cierre del muñón apendicular en la base del ciego.

En las formas abscedadas con fístulas espontáneas o fiebre persistente después del drenaje y ante un plastrón de evolución tórpida, se debe sospechar

actinomicosis cecoapendicular e instituir tratamiento específico. Después de la normalización clínico-humoral se practicará, como parte del seguimiento, colon por enema, para descartar un tumor como responsable del proceso.

9.2. PERITONITIS DIFUSA

Dolor difuso en el abdomen, con los signos típicos del síndrome peritoneal (contractura, dolor a la percusión y a la descompresión, etc.), demás signos de toxoinfección (oliguria, polipnea, etc.).

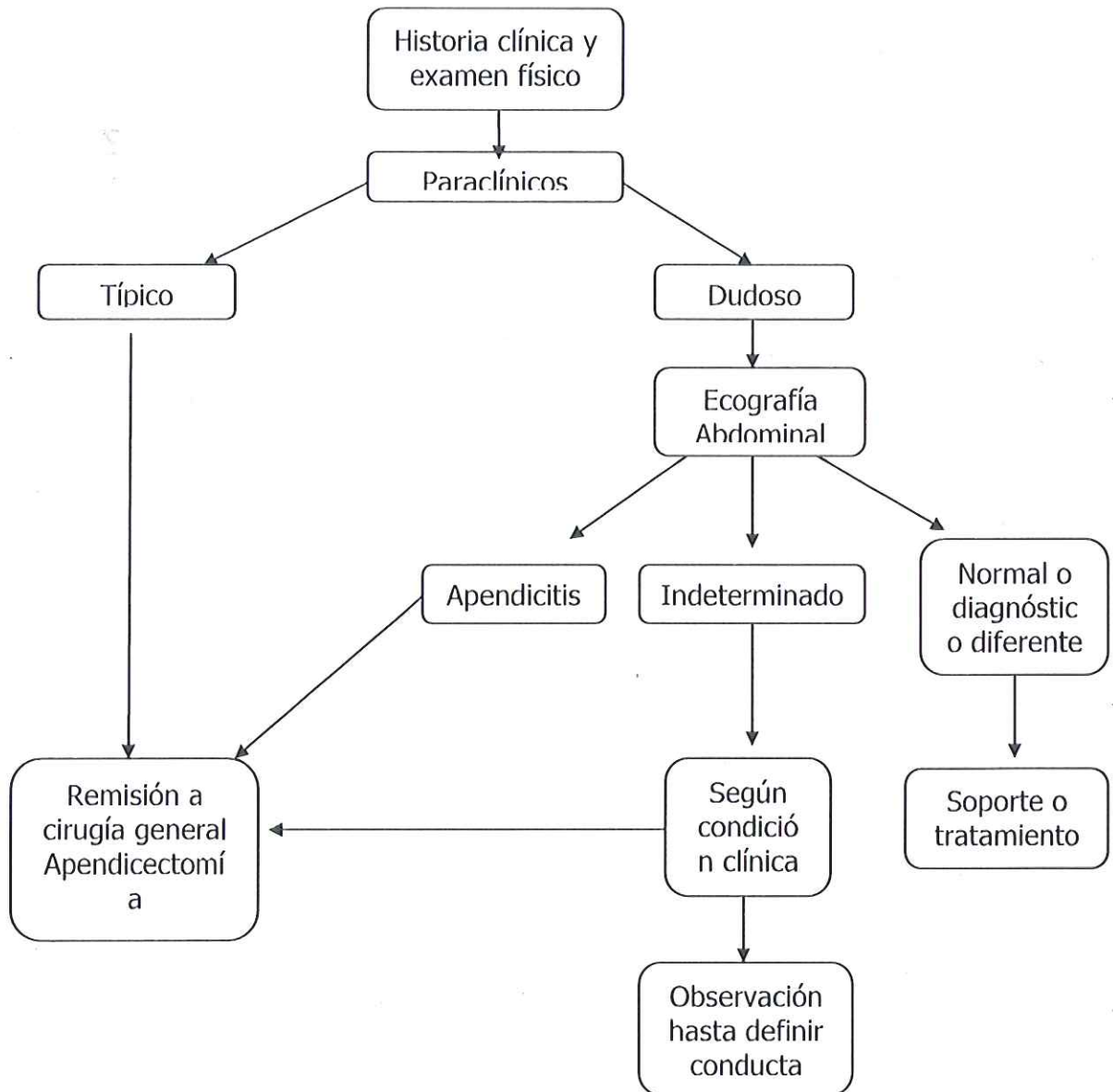
Tratamiento: Laparotomía para eliminar la fuente de contaminación. Uso adecuado de antibióticos. Medidas generales de sostén y contra el shock. Lavados peritoneales con soluciones electrolíticas y agentes antimicrobianos; valorando, según el caso, laparotomías programadas o el abdomen abierto.

9.3 PILEFLEBITIS

Al inicio temperatura elevada, escalofríos intensos, leucocitosis y subictérico; con posterioridad: sangrado digestivo bajo.

Tratamiento: Antibioticoterapia. Anticoagulantes: del grupo de la heparina hasta obtener el doble o el triple del tiempo normal de coagulación.

10. ALGORITMO DE MANEJO



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Bergeron E. Clinical judgment remains of great value in the diagnosis of acute appendicitis. J Can Chir 2006; 49: 96-100.
2. Lavalle A, Flores G. Frecuencia de fecalitos en las apendicitis de los niños. Rev Mex Ped 2005; 72: 165-168.
3. Menendez R, Cárdenas E. Marcadores séricos de isquemia intestinal aguda para el diagnóstico de apendicitis aguda. Cir Ciruj 2005; 73: 449-452.
4. Paulsen Erick K., Mathew F. Kalaby, Pappas Theodore. Suspected appendicitis NEJM 2003; 348(3): 237-248
5. Bundy David G., Byerley Julie S., Liles Allen. Does this child have appendicitis? JAMA 2007; 298(4): 438-451
6. Strange Gary R., Dobiesz Valerie A., Arhens William R. Pediatric Emergency Medicine Just de facts. McGraw Gill publications 2004.
7. Guías para Manejo de Urgencias. Tercera edición. Tomo II. Ministerio de la Protección Social. Grupo Atención de Emergencias y Desastres. Convenio FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA FEPAFEM 2009. Bogotá, D. C., Colombia.

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

	ELABORADO	REVISADO	APROBADO
NOMBRE	Johnny Bustos	Liliana Paramo	Doctor Caicedo
CARGO	Medico General	Coordinadora Medica	Jefe de Cirugía Universidad Nacional
FECHA	Enero de 2011	Marzo de 2011	Abril de 2012
FIRMA			



Cruz Roja Colombiana
Servicio de Voluntariado y Proyección

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

INFORMACIÓN PERSONAL

Código: TALH-SCD-F013
Versión: 00
Fecha: 27/12/2017
Página: 1 de 2



Primer Apellido Barato	Segundo Apellido De	Nombres Nehora Maria	
Documento de Identidad N° 51'882.407	De Bogotá D.C	Fecha de Nacimiento 15/05/1967	
Correo Electrónico: jucal6719@hotmail.com			
Dirección Calle 150A N° 115-03	Teléfono / Celular 318-3788462	Ciudad / Municipio Bogotá/Cund.	
Deportes, actividades y aficiones : Caminar, Lectura		Lugar De Nacimiento Chiriquie (Cund)	
Estado Civil Unión Libre	Nombre Cónyuge Julio M. Calcetero	Actividad del Cónyuge Desempleado	
Nombres de los Hijos	Edad	Grado escolar	
Adriana A. Calcetero Barato	28 años	Universitario	
Julian David Calcetero Barato	21 años	Universitario	
Número de personas a cargo: 3	Mascotas: si (X) no ()Cuál? Perro		
Vivienda: Propia (X) Arrendada () Estrato (3)	Tipo: Casa () Apto (X) OtroCuál: _____		
Vehículo: Marca _____	Tipo _____	Modelo _____	
Primaria (último curso y año de terminación)	Secundaria (último curso y año de terminación)	Técnico/Tecnólogo/Profesional (Título y año de terminación)	Otros Estudios
Quinto 1977	Sexto 1983	Enfermera 1992	Cursos de Educación continuada



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

INFORMACIÓN PERSONAL

Código: TALH-SCD-F013

Versión: 00

Fecha: 27/12/2017

Página: 2 de 2

Último Trabajo:

Empresa:

Cargo:

Funciones:

Fecha de Ingreso:

Fecha finalización contrato:

Tiempo total en la empresa:

Empresa:

Cargo:

Funciones:

Fecha de Ingreso:

Fecha finalización contrato:

Tiempo total en la empresa:

Empresa:

Cargo:

Funciones:

Fecha de Ingreso:

Fecha finalización contrato:

Tiempo total en la empresa:

Empresa:

Cargo:

Funciones:

Fecha de Ingreso:

Fecha finalización contrato:

Tiempo total en la empresa:

EPS

FONDO DE PENSIONES

FONDO DE CESANTIAS

ARL

CAJA DE COMPENSACIÓN

Compensar

Colpensiones

Protección

Colpatria

Compensar

Grupo Sanguíneo:

A Positivo.

Estatura (cms) : 165 Peso (Kgs) : 85

Limitaciones Físicas:

Ninguna.

En caso de accidente
avisar a:

Julio M. Calcetero G.

Teléfono:

301 7026214

Cuenta Bancaria N°
(Nómina)

078364106

Banco: Bogotá

Ahorros

☒ Corriente

☐

Implementos de dotación
(Describe la talla)

Camisa:

Overol:

Pantalón:

Botas:

AUTORIZO: De manera expresa A LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ identificada con el NIT 860070301-1, exclusivamente para que haga uso de mis datos personales, incluido los sensibles y de ser necesario, comparta, transmita, entregue, transfiera y divulgue estos datos para fines estadísticos, de control, supervisión y comercial. Lo anterior en los términos de la Ley 1581 del 2012

Firma:

C.C.

51882407

FECHA:

Mayo 28/2018



ACTUALIZACION HOJA DE VIDA

Nombre: **NOHORA MARIA BARATO**

Cédula ciudadanía: 51.882.407 Bogotá.

Edad: 38 años

Profesión: Enfermera

Dirección residencia: Calle 147B No. 114H-03

Teléfono: 6-90-94-52

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN.

- Taller de Rescate Urbano. Cruz Roja Colombiana. Enero 2000.
- Primer Simposio Urgencias Médicas SAMU. Mayo 2000.
- Primer Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado primario. Julio 2000.
- Taller de diálisis Peritoneal. Septiembre 2000.
- Curso de riesgo biológico. ARP Bolívar. Marzo 2001.
- Curso básico de Reanimación Cardíopulmonar. (BLS). Marzo 2002.

Crusil
7.3.22

- III Jornada de cuidado de Enfermería al paciente cardiovascular
VI Simposio de Enfermería en cuidado crítico. Agosto 2002.
- IX Jornada de atención de Enfermería al paciente Cardiovascular.
VII Simposio de Enfermería en cuidado crítico. Agosto 2004.
- Seminario de Cuidado del paciente crítico. Septiembre 2005.

Se expide a los catorce días del mes de febrero de 2006.

UNIDAD DE GESTIÓN HUMANA

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fecha de Actualización:

19/11/2023

415001Ps 242 39

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Simón	Antonio	Alfonso	Ramírez
Lugar y Fecha de Nacimiento:	Pastor, 16/06/1978	Edad:	34 años - 16
Documento de Identidad		Número	Expedida en
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>		98379151	Pastor
Estado Civil:	Soltero	SEXO:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Libreta Militar: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Número: 98379151	Clase: 2da	Distrito: Pácora 23
Pase de Conducción: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Número: 98379151	Categoría: 3ra	
Dirección de Domicilio	Barrio	Telefono	Celular
Calle 54 No 499-75	San Antonio		3113549920
Correo Electrónico:	caranor182@hotmail.com	Beeper:	
Grupo Sanguíneo:	RH: O Positivo	Estatura: 1.53	Peso: 125 kg
Uso Anteojos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Uso Lentes de Contacto	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Tallas	Oversol: M Pantalon: M Camiseta: M Chaqueta: M Botas: 41.5		
Último Título Académico	Registro Médico	Tarjeta Profesional	Certificado de Inscripción Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Septiembre 2001	98379151		98379151

Cargo :	Partido Privada CA	Fecha de Ingreso:	Año 2013 Mes 03 Día 12
Tipo de Vinculación:	Cruz Roja <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input checked="" type="checkbox"/> Empresa de Servicios Temporales <input type="checkbox"/> ¿cual? <input checked="" type="checkbox"/>	Orden de servicios <input type="checkbox"/>	
EPS	AFP	Fondo de Cesantías	Caja de Compensación
Voluntario Cruz Roja	Agrupación	Fecha de Inicio	Activo
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre del Padre	ocupación	Telefono Domicilio	Telefono Oficina / Celular
Humano Jaime	Morado	7214051	
Nombre de la Madre	ocupación	Telefono Domicilio	Telefono Oficina / Celular
Nubia Patricia	Morada	7214051	
Nombre del Cónyuge o compañero (a)	ocupación	Telefono Domicilio	Telefono Oficina / Celular
Relación de Hermano (s)	ocupación	Telefono Domicilio	Telefono Oficina / Celular
Fredy Jaime R	Oficinista	7214051	
Dyandra Jaime	Procedimiento	7214051	

RELACIÓN DE HIJOS

[illegible]

INFORMACIÓN ACADÉMICA				
Educación	Establecimiento	Años	Título	Año Culminado
Primaria	Primaria	6	Argentino	1985
Secundaria	Secundaria	6	Argentino	1992
Técnico				
Profesional	U. Católica	7	Marketing	2001
Especialización				
Sub - Especialización				
Maestría				
Otros y/o Tomados en Cruz Roja				

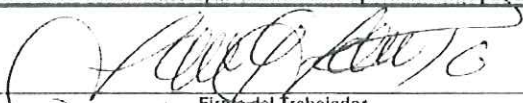
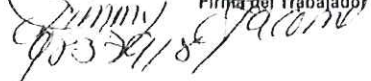
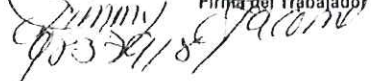
EXPERIENCIA LABORAL			
Empresa	Cargo	Fecha de Iniciación	Fecha de Finalización
Hospital de la Unión (Mun.)	Marketing	18-07-2001	30-07-2005
Hospital de la Unión (Mun.)	Marketing	01-08-2005	01-08-2005
Servicio Salud, Indus. N.º 20	Marketing	09-09-2001	15-09-2005
Servicio Salud, Indus. N.º 20	Marketing	19-02-2005	16-02-2005
		DÍA / MES / AÑO	DÍA / MES / AÑO

IDIOMAS QUE DOMINA O QUE LE INTERESA APRENDER			
Idioma	Habla	Lee	Escribe
Turco	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>
Turco	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>
	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>

INTERESES Y PASATIEMPOS
Cine, Basket, tenis, Fútbol

ESTADO DE SALUD	
Alergias:	Ninguna
Enfermedades:	Ninguna
Antecedentes Familiares:	Diabetes, Abuso
Observaciones:	

Cualquier modificación sobre los datos suministrados, favor informarlo oportunamente por escrito a la unidad de Gestión Humana


 Nombre: 
 C.C. No. 

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES	JIMMY ALBERTO
APELLIDOS	JACOME RODRÍGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	16 DE JUNIO 1971
CEDULA DE CIUDADANIA	98.379.181 de PASTO
ESTADO CIVIL	SOLTERO
NACIONALIDAD	COLOMBIANO
DIR. RESIDENCIA	CALLE 84 N° 49 A 75 Apto 302 (San Martin)
CELULAR	311-3549930 316-326-9748

II. INFORMACION ACADEMICA

PRIMARIOS	INSTITUTO CHAMPAGNAT
GRADO CURSADO	5 DE PRIMARIA
SECUNDARIOS	SEMINARIO CONCILIAR DE PASTO
GRADO CURSADO	11 DE SECUNDARIA
TITULO	BACHILLER ACADEMICO
CIUDAD	PASTO - Nariño
EDUCACION SUPERIOR	UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
TITULO OBTENIDO	DR. EN MEDICINA Y CIRUGIA

CURSOS –DIPLOMADOS– SEMINARIOS

***CURSO DE INFORMATICA– CENTRO DE INFORMATICA BIOMEDICA**

Quito– Ecuador duración 36 horas

***CURSO CLINICO DE ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES
PREVALENTES DE LA INFANCIA. AIEPI.**

Ipiales.valor curricular. 23al 30 de noviembre 2002

*** XVI CURSO DE ACTUALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Valor curricular, 16 horas

*** CURSO DE INDICADORES DE GESTION. Valor curricular 16 horas**

*** CURSO DE CAPACITACION SOBRE EL "DICTAMEN DE LA**

EMBRIAGUEZ" valor curricular 19 de diciembre de 2002

*** TALLER DE CAPACITACION PARA IMPLEMENTACION DE**

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA "IAMI"

*** JORNADA "MADRES SALUDABLES, BEBES SALUDABLES"**

Valor curricular 23 de agosto de 2002

* TALLER DE CAPACITACION PARA LA IMPLEMENTACION DE
INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA "IAMI"
10 PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA. LACTANCIA MATERNA.
Valor curricular, 18 horas.

* CURSO DE "AIEPI" CLINICO NEONATAL valor curricular 56 horas

* CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA valor curricular 16 horas

* CURSO DE ATENCION, TRATAMIENTO E INTERVENCION EN
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL PARA EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION valor curricular 16 horas.

* CURSO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL valor
curricular 18 horas

* CURSO PARA LA FORMULACION Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS valor curricular 36 horas

CURSOS IMPARTIDOS

SUB-DIRECCION SALUD PÚBLICA.

P.A.B. PLAN ATENCION BASICA

CARGO

EXPOSITOR AL SEMINARIO TALLER:

**"ESCUELAS SALUDABLES UNA
OPORTUNIDAD PARA ERRADICAR
EL ANALFABETISMO AFECTIVO"**

INTENSIDAD

27 HORAS

III. EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD	DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD DE IPIALES.
CARGO	Medico grupo salud pública Ejecutando los proyectos.
HABITOS	DE VIDA SALUDABLE Y ESCUELAS SALUDABLES.
TIEMPO LABORADO	4 de junio 2002 a 4 de junio de 2003.
EMPRESA	DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CARGO	MEDICO GENERAL
TIEMPO LABORADO	6 de febrero al 14 de abril del 2004

EMPRESA

HOSPITAL EDUARDO SANTOS

LA UNION NARIÑO 2 NIVEL

CARGO

MEDICO GENERAL

**AREAS : Consulta externa,
Hospitalización y urgencias.**

TIEMPO LABORADO

**30 de junio de 2004 a
agosto 31 de 2005**

EMPRESA

HOSPITAL EL BUEN

SAMARITANO

LA CRUZ NARIÑO 1 NIVEL

CARGO

MEDICO GENERAL

**AREAS : Consulta externa,
Hospitalización y urgencias.**

TIEMPO LABORADO

**4 de septiembre 2005 al
31 de agosto de 2007**

EMPRESA

**Dirección Local de Salud
Ipiales.**

CARGO

MEDICO GENERAL

TIEMPO LABORADO

**01 de septiembre a 31 de
Diciembre de 2007**

EMPRESA

**Empresa social del Estado
IPS Ipiales 1 Nivel**

CARGO

**MEDICO GENERAL y
COORDINADOR Centro de
Salud PUENES.**

AREAS: Consulta externa.

TIEMPO LABORADO

**1 de Enero de 2008 a 29
de Febrero de 2008**

CERTIFICACION:

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T. Art. 62 Num 1º) Régimen Laboral Colombiano.

JIMMY ALBERTO JACOME RODRIGUEZ
CC No. 98.379.181 de PASTO

III. REFERENCIAS PERSONALES

Doctor

EINAR OQUENDO

Cirujano Plástico y estetico

Nueva - Clina del Country

Santafé de Bogotá

Teléfono 315- 5373736

Doctora

YOLI ENRIQUEZ

Gerente Hospital Buen Samaritano

(La Cruz-Nariño)

Tel.: 7266102

Doctor

RAFAEL VALLEJO LOBATO

Gerente Empresa Social del Estado

(Ipiales-Nariño)

Tel. 7732413