

Señores

JUZGADO VEINTICINCO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Atn. Dr. **LUIS AGUSTO DUEÑAS BARRETO**

ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Ref.:

****CONTESTACIÓN A LA DEMANDA****

RADICADO: 11001310302520200012400

DEMANDANTES: MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO Y EVELYN TATIANA VALERO OSORIO

DEMANDADOS: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A.

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, domiciliada en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.967.033 expedida en esta ciudad y titular de la tarjeta profesional número 154.370 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada general de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, (en adelante COMPENSAR)**, entidad con domicilio en la ciudad de Bogotá en la Avenida 68 No. 49 A - 47, identificada con NIT 860066942-7, representada legalmente por el Doctor Luis Andrés Penagos Villegas, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 71.724.156 expedida en Medellín (Antioquia), en ejercicio de las facultades concedidas mediante poder general otorgado a través de Escritura Pública número 12913 del 10 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Circuito de Bogotá D.C. que se allega con el presente escrito, por medio del presente procedo a **CONTESTAR LA REFORMA A LA DEMANDA** en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Considerando que la notificación del auto admisorio de la demanda se efectuó de manera personal a través de mensaje de datos del 18 de septiembre de 2023, que en voces del artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 la notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y que los términos estuvieron suspendidos entre el 14 y el 22 de septiembre hogaño por virtud del Acuerdo PCSJA23-12089, se tiene que la presente contestación a la reforma de la demanda se radica dentro del término de ley. Así las cosas, ruego al Despacho se sirva tenerla como presentada oportunamente.

II. A LOS HECHOS DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

En el mismo orden en que fueron planeados los fundamentos fácticos en el libelo introductorio, procederé a contestarlos, así:

AL HECHO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi prohiada que la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO haya acudido el 2 de julio de 2010 a la IPS Andar Kennedy de la Nueva EPS para recibir tratamiento por las afecciones indicadas en este hecho. Debe aclararse que se trata de una aseveración que remite en exclusiva a hechos de terceros y que además, data de una fecha anterior a la suscripción del *“Contrato de Prestación de Servicios de Salud en la modalidad de Pago Global Prospectivo celebrado entre Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – NUEVA EPS S.A. y Unión Temporal Andar Plus”*.

AL HECHO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mi representada al no haber participado en este hecho, razón por la cual la afirmación allí contenida deberá contrastarse con los registros obrantes en la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, documento sometido a reserva y cuya custodia por virtud de la Resolución 1995 de 1999 le corresponde al prestador que suministró la atención, el cual en esta oportunidad *-14 de septiembre de 2010-* no fue COMPENSAR.

AL HECHO TERCERO: NO LE CONSTA a mi poderdante ya que refiere a hecho de un tercero. Aunado a lo anterior, COMPENSAR no participó en la atención brindada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO el 21 de enero de 2011, ya que para dicha calenda ni siquiera se encontraba conformada la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS. Para aquel entonces tampoco se había celebrado el *“Contrato de Prestación de Servicios de Salud en la modalidad de Pago Global Prospectivo celebrado entre Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – NUEVA EPS S.A. y Unión Temporal Andar Plus”*, el cual data del 28 de julio de 2014, tal y como se observa en las pruebas que NUEVA EPS acompañó al llamamiento en garantía.

AL HECHO CUARTO: NO LE CONSTA a esta defensa ya que refiere a personas distintas a las que represento. COMPENSAR no fue quien prestó el servicio del 1 de julio de 2011 y para aquel entonces tampoco se encontraba conformada la UNION TEMPORAL ANDAR PLUS de la cual formó parte.

Con el fin de contrastar lo relatado en este hecho, habrá de acudir a la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ya que es el tenor literal de este documento el que aclarará lo relativo a los síntomas por ella manifestados a su médico tratante así como la remisión y prescripción aquí aludidas. Y es dicho documento el que arroja luces en dos sentidos, a saber: de una parte, se observa que en consulta de dicha calenda MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO refiere que *“desde hace 1 año presenta visión borrosa bilateral, pese al uso de gafas”* y de otra, que en ninguna de las consultas previas la paciente relata esta alteración ya que en la revisión por sistemas no quedó evidenciada su presencia. Esto arroja serias dudas acerca de la fecha en que debutó tal sintomatología así como del origen que deliberadamente pretende asignarle la libelista.

AL HECHO QUINTO: NO LE CONSTA a mi mandante lo acaecido en la consulta del 15 de mayo de 2012 ya que no participó en ella, sin perjuicio de lo cual se observa que la historia clínica indica que en dicha oportunidad se le indicaron signos de alarma a la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

AL HECHO SEXTO: NO ES UN HECHO, es una apreciación del apoderado de las demandantes la cual no refiere de manera alguna a mi poderdante, quien no tuvo injerencia alguna en el servicio presuntamente prestado el 6 de agosto de 2012. Empero, Su Señoría, debe notarse que la libelista omite señalar que en dicha consulta la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO informó que la aparición de la alteración en su salud visual tuvo lugar con posterioridad a trauma craneoencefálico.

AL HECHO SÉPTIMO: NO LE CONSTA a mi prohiada al no haber participado en este hecho, razón por la cual la afirmación allí contenida deberá contrastarse con los registros obrantes en la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, documento sometido a reserva y cuya custodia por virtud de la Resolución 1995 de 1999 le corresponde al prestador que suministró la atención. Sin perjuicio de lo anterior, se advierte que de manera expresa la paciente refirió en dicha oportunidad que su depresión y pérdida de peso se debieron a la pérdida de un hijo que le generó inapetencia y no a la pérdida de visión, la cual ni siquiera relata. En todo caso, habrá de considerarse que COMPENSAR no intervino en la prestación del servicio que, según lo referido en este numeral, acaeció el 14 de marzo de 2014.

AL HECHO OCTAVO: POR CUANTO ACUMULA INDEBIDAMENTE HECHOS Y AFIRMACIONES DEL APODERADO DE LAS DEMANDANTES, PROCESO A MANIFESTARME SEPARADAMENTE DE LA SIGUIENTE MANERA: NO LE CONSTA a mi representada ya que no existe sustento probatorio que acredite que la *“pérdida de visión era tal que ya casi no le estaba permitiendo trabajar como lo venía haciendo en servicios generales”*. A la demanda no se acompañan incapacidades, concepto de rehabilitación integral, ni certificado de calificación de pérdida de capacidad laboral, que den cuenta que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO viera menguada su aptitud para desempeñar actividades laborales.

NO LE CONSTA a mi poderdante que el trabajo de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO fuera por días en diferentes partes, por lo que la parte actora deberá demostrar además de dicha circunstancia lo siguiente: i) que por cada una de dichas vinculaciones efectuó aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ii) cuándo inició a prestar sus servicios, iii) cuándo cesó dicha actividad, iv) los motivos por los cuales dejó de ejercerla, v) qué montos percibió. Las certificaciones arrimadas con la demanda no resuelven ninguno de estos interrogantes. Tampoco se advierten colillas de pago, certificados bancarios, comprobantes de nómina o similares que permitan afirmar el desmedro económico que a través de este hecho se plantea.

NO LE CONSTA a esta defensa que EVELYN TATIANA VALERO OSORIO sea hija de crianza de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ni que la señora GARCÍA DE ACERO planea pagarle la universidad. Se trata de un hecho de la órbita íntima y familiar de la ciudadana en mención, de manera tal que deberá ser probado idóneamente por la activa procesal. Lo anterior, no obsta para subrayar la orfandad probatoria en lo que atañe al parentesco o condición que aduce respecto de la señora VALERO OSORIO.

AL HECHO NOVENO: NO ES UN HECHO, es una apreciación del apoderado de los demandantes, la cual tampoco arroja luces acerca de la supuesta infracción de la lex artis. Sin embargo, nótese que COMPENSAR EPS no participó en la atención de marzo de 2014 y que el *“Contrato de Prestación de Servicios de Salud en la modalidad de Pago Global Prospectivo celebrado entre Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – NUEVA EPS S.A. y Unión Temporal Andar Plus”*, el cual data del 28 de julio de 2014; es decir de una calenda posterior. Valga decir en todo caso, que según la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO para el año 2014, presentaba aparición de sintomatología visual posterior a trauma craneoencefálico (consulta del 13 de agosto), lo que desvirtúa que haya sido el medicamento la causa eficiente de la misma.

AL HECHO DÉCIMO: NO ES UN HECHO sino una apreciación del extremo actor la cual adolece de sustento probatorio que establezca de manera indubitable la existencia de responsabilidad por parte de la demandada y las llamadas en garantía, debiendo analizarse por qué de manera intencionada, la libelista omite a lo largo de su texto cualquier alusión a la correlación consignada en historia clínica entre la sintomatología visual con el trauma craneoencefálico que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO relató haber padecido. Sea dicho de paso, que COMPENSAR no participó en la atención del 2 de marzo de 2015 por lo que no es posible efectuar manifestación alguna en lo que refiere al supuesto cambio de la dosis.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: NO ES UN HECHO, es una apreciación del apoderado de los demandantes que atañe en exclusiva a las entidades que intervinieron en la atención médica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, entre las cuales no se cuenta COMPENSAR.

Valga anotar que la actuación de mi mandante se contrajo a la prestación de servicios de laboratorio clínico, sin que en ningún momento haya actuado en la determinación respecto a la

instauración, continuidad o suspensión de tratamientos en la persona de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mi representada al no haber participado en este hecho, razón por la cual la afirmación allí contenida deberá contrastarse con los registros obrantes en la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, documento sometido a reserva y cuya custodia por virtud de la Resolución 1995 de 1999 le corresponde al prestador que suministró la atención. COMPENSAR no prestó el servicio de consulta médica del 27 de abril de 2016, ni las que le antecedieron, por lo que no le consta nada de lo manifestado en este hecho.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: NO LE CONSTA a esta defensa ya que refiere a personas distintas a las que represento. Valga decir, que tampoco identifica el hecho a qué galeno hace referencia por lo que deberá someterse a debate probatorio lo que aquí se afirma. Lo anterior no obsta para destacar que COMPENSAR no prestó la atención del 23 de junio de 2016, el cual supuestamente tuvo lugar a través de la especialidad de medicina interna. La responsabilidad de mi mandante en la ejecución del contrato de Unión Temporal por medio del cual se conformó la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS, se encuentra limitada al seis por ciento (6%) y se circunscribe a los servicios de laboratorio, patología y vacunación.

AL HECHO DÉCIMO CUARTO: NO ES UN HECHO sino una apreciación del extremo actor la cual adolece de sustento probatorio que establezca de manera indubitable la existencia de responsabilidad por parte de la demandada y las llamadas en garantía. Así pues deberá ser sometida a prueba sin que en ningún momento se pierda de vista que: i) COMPENSAR no prescribió, ni suministró medicamentos a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, limitándose su actuar a los servicios de laboratorio, patología y vacunación frente a los que en un seis por ciento (6%) se comprometió a aportar en la UNIÓN ANDAR PLUS, y ii) se encuentra suficientemente documentado que la aparición de los síntomas sobrevino a un trauma craneoencefálico, causa eficiente que no puede ser soslayada en ningún momento.

AL HECHO DÉCIMO QUINTO: NO ES UN HECHO SINO UNA APRECIACIÓN DE LA LIBELISTA, LA CUAL DE NINGUNA MANERA REFIERE A MI PODERDANTE. COMPENSAR no fungió como prestador de servicios de consulta ambulatoria y/o salud visual para con la usuaria MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, razón por la cual deberá inquirirse a NUEVA EPS sobre el particular.

AL HECHO DÉCIMO SEXTO: NO ES CIERTO que la pérdida de la visión que aduce haber sufrido MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO obedezca a una falla en el servicio por parte de la demandada y las llamadas en garantía. Particularmente en lo que a mi poderdante atañe, habrá de decirse que, tal y como quedó establecido en la cláusula quinta del acuerdo de constitución de la Unión Temporal Andar Plus, cada uno de los integrantes de las misma respondería ante la NUEVA EPS solamente “hasta el monto de su participación”, lo cual implicaría que ella respondería solamente hasta el seis por ciento (6%) por servicios de laboratorio, patología y vacunación.

AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: NO LE CONSTA a mi prohijada pues se trata de un hecho de la órbita íntima de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, de manera tal que deberá ser probado idóneamente por la activa procesal. Ello no quiere decir que el solo sentir de la usuaria permita atribuir la pérdida de su visión a una supuesta “negligencia médica” la cual jamás aconteció.

AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: NO LE CONSTA a mi representada toda vez que no fungió como asegurador de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ni intervino en su atención, contrayéndose su participación al servicio de laboratorio clínico.

AL HECHO DÉCIMO NOVENO: NO LE CONSTA a esta defensa ya que refiere a SERVIOFTALMOS IPS, persona jurídica distinta a la que represento.

AL HECHO VIGÉSIMO: NO LE CONSTA a mi poderdante ya que refiere a hecho de un tercero, esto es, SERVIOFTALMOS IPS. Aunado a lo anterior, COMPENSAR no participó en la atención brindada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO el 14 de agosto de 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, nótese que en la referida historia el profesional anota tal asociación entre la patología y la toxicidad por medicamentos bajo la noción de probabilidad, es decir que no existe grado de certeza sobre el particular, no se trata de un diagnóstico definitivo.

AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NO ES UN HECHO, es una apreciación del apoderado de los demandantes, la cual carece de sustento fáctico como jurídico.

Sea pues la oportunidad para aclarar que **NO ES CIERTO** que COMPENSAR haya actuado con total descuido ya que el servicio de laboratorio clínico, única prestación en salud ejecutada por esta entidad, se prestó de manera oportuna, eficiente y con apego a las mejores prácticas vigentes en la materia.

Vale la pena destacar que la apoderada de los demandantes prescinde de hacer cualquier tipo de referencia a un hecho relevante para la resolución del caso, como lo es el acaecimiento de un trauma craneoencefálico presuntamente en accidente de tránsito posterior al cual debuta sintomatología visual. Para tal efecto, considérese lo consignado en historias clínicas del 6 de agosto de 2012, 6 de junio de 2013, 13 de agosto de 2014, 18 de enero de 2015, 24 de enero y 27 de abril de 2016 en las cuales se indica con claridad:

- *“Cuadro clínico de 2 años de evolución dado por Trauma Craneoencefálico hace 2 años al ser arrollada por carro, refiere presentó múltiples fracturas en hemicara derecha con posterior pérdida de agudeza visual derecha e hipoacusia ipsilateral*
- *“disminución agudeza visual dolor ocular posterior a TCE”*
- *“Paciente con déficit visual, posterior a TCE”, “Paciente con déficit visual de predominio derecho posterior a TCE”, “DEGENERACIÓN DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DE AO (TCE HACE 5 AÑOS)”*
- *“Enfermedad Actual: Paciente que asiste en compañía de su hija, con apoyo de bastón por Artrosis de rodillas y ceguera secundaria a atrofia del nervio óptico por trauma actualmente con antecedente de osteoartrosis degenerativa (...)”*

—Negrillas y subrayas propias.

Por tanto, no puede afirmarse que la incidencia visual sea atribuible a la demandada, ni mucho menos a las llamadas en garantía.

AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES UN HECHO, es una apreciación del apoderado de los demandantes, la cual carece de sustento fáctico como jurídico. COMPENSAR no intervenido en las atenciones que se reputan como defectuosamente prestadas, razón por la cual deberá exonerársele de todas las pretensiones tanto de la demanda como del llamamiento en garantía.

AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: NO LE CONSTA a mi representada dado que para el año 2010 no se había conformado la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS, ni se había suscrito el contrato de prestación de servicios entre aquella y NUEVA EPS. COMPENSAR no intervenido en la prescripción del medicamento *cloroquina*, ni conoció las condiciones de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se ejecutó el tratamiento farmacológico.

AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: NO LE CONSTA a mi poderdante la presanidad de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ni mucho menos que varias veces se haya caído por la presunta pérdida sobreviniente de su visión, máxime si se considera que la parte actora no allega ningún medio de convicción legalmente obtenido que así lo acredite.

Lo que sí se encuentra documentado con suficiencia es que su disminución en la agudeza visual fue secundaria al trauma que sufrió “*al ser arrollada por carro*”, según ella lo relató al equipo médico que la atendió.

AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: POR CUANTO ACUMULA INDEBIDAMENTE VARIOS HECHOS CON AFIRMACIONES DE LA LIBELISTA, ME MANIFESTARÉ POR SEPARADO, DE LA SIGUIENTE MANERA: NO LE CONSTA a mi representada que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO trabajara ya que no se encuentra demostrada tal circunstancia en el plenario, así como tampoco se acreditó que devengara monto suficiente que le permitiese asumir los gastos de educación superior que aquí se refiere.

NO ES UN HECHO lo relativo a su proyecto de vida y **NO LE CONSTA** a mi prohijada pues atañe a la órbita íntima de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

NO LE CONSTA a COMPENSAR y no se encuentra probado que EVELYN TATIANA VALERO OSORIO sea hija de crianza y nieta de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO. En ningún momento la parte demandante probó dicha aseveración y no se encuentra demostrado que haya sido entregada a la señora GARCÍA desde su nacimiento.

NO LE CONSTA a mi mandante que la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO se haya visto en “imposibilidad de continuar trabajando”. A la demanda no se acompañan incapacidades, concepto de rehabilitación integral, ni certificado de calificación de pérdida de capacidad laboral, que den cuenta que hubiere visto menguada su aptitud para desempeñar actividades laborales.

AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO LE CONSTA a esta defensa ya que refiere a personas distintas a las que represento y comprende meras afirmaciones, sin sustento probatorio.

AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO: NO LE CONSTA a esta entidad ya que refiere a personas distintas a las que represento y comprende meras afirmaciones, sin sustento probatorio.

AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO LE CONSTA a mi poderdante debido a que no presencié dicho hecho. Los daños aquí relatados no se encuentran acreditados, no media certeza respecto de su existencia, entidad y antijuricidad. No existe prueba acerca de la presanidad de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ni de la supuesta calidad de nieta e hija de crianza de EVELYN TATIANA VALERO OSORIO. Tampoco se encuentra sustentado que el daño invocado sea jurídicamente imputable a mi representada. No existe prueba siquiera sumaria que establezca ni que la tristeza y alteración anímica que supuestamente padece MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO sea atribuible a acción u omisión de mi mandante, justamente por cuando se trataba de una patología previamente existente como bien lo confesó judicialmente el extremo actor en el hecho séptimo del libelo introductorio, la cual fue desencadenada por perder a su hijo.

AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO ES UN HECHO SINO CORRESPONDE A AFIRMACIONES DE LA PARTE ACTORA DIRIGIDAS A ESTRUCTURAR LA EXISTENCIA DE DAÑO. Por tanto, COMPENSAR rechaza este hecho, ya que no media certeza del daño ni frente a su existencia, ni en cuanto a su intensidad, no se demostró que existiese falla atribuible a COMPENSAR con nexo causal en la supuesta pérdida visual que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO padeció y cuya sanidad previa tampoco fue probada. Y por si no bastase lo anterior, no existe legitimación en la causa por parte de EVELYN TATIANA VALERO OSORIO para reclamar daño alguno, situaciones todas ellas sumadas que devienen en la improcedencia de las pretensiones.

AL HECHO TRIGÉSIMO: NO ES UN HECHO, es una apreciación de la apoderada de los demandantes, la cual tampoco arroja luces acerca de los supuestos estándares de atención que supuestamente fueron infringidos. La citación descontextualizada de literatura médica no constituye por sí misma demostración de la existencia de infracción a la *lex artis*, máxime si se considera que la libelista no cuenta con la experticia, ni con los conocimientos especializados para arribar a una correcta interpretación de su contenido. Con el mayor comedimiento me permito subrayar que la literatura médica no puede, ni debe ser referida aisladamente, debiendo ser considerada única y exclusivamente dentro del contexto del caso y siempre con el respectivo apoyo técnico de personal especializado para dilucidar su alcance y aplicabilidad. Finalmente, se tiene que la libelista pretende desconocer el trauma craneoencefálico como causa adecuada y diagnóstico diferencial documentado en la literatura frente a la maculopatía.

AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi prohijada, quien se limitó a la prestación de servicios de laboratorio y por consiguiente no participó, ni presenció consultas médicas, ni intervino en las conductas allí instauradas.

AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES UN HECHO, SINO UNA AFIRMACIÓN DE LA APODERADA DE LOS DEMANDANTES. No se encuentra probado que el referido medicamento haya sido causante de la pérdida de la visión de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y en el evento remoto en que de tal manera haya sido, tampoco se probó que tal situación le sea atribuible a COMPENSAR a título de culpa o dolo.

AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO ES UN HECHO, SINO UNA AFIRMACIÓN DE LA APODERADA DE LOS DEMANDANTES, sin que pueda perderse de vista que COMPENSAR jamás intervino en la instauración de conductas médicas, ni en la prescripción o suministro de medicamentos.

III. A LAS PRETENSIONES DECLARACIONES Y CONDENAS

Frente a las pretensiones, **LAS RECHAZO** desde ya a todas y cada una de ellas en lo que atañe a COMPENSAR y a la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS toda vez que carecen de fundamento legal y jurídico.

Para lo anterior me permito hacer un pronunciamiento expreso sobre cada una de ellas, en igual forma en que fueron formuladas en el escrito de subsanación de la demanda y haciendo uso de la misma enumeración que el apoderado de la parte demandante realizó.

A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO y solicito se deniegue ya que, como se probará a lo largo del proceso judicial, en el caso en concreto de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO no se presentan o no se probaron por las demandantes los tres (3) elementos que son imprescindibles legalmente para que se configure o se declare la responsabilidad civil.

Así mismo, me opongo a la declaratoria de responsabilidad civil solidaria entre la NUEVA EPS, la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS y/o COMPENSAR, toda vez que a esta última no le es atribuible la atención médica que se imputa como defectuosa o constitutiva de culpa.

Ahora bien, en el caso eventual en que la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS llegase a considerarse como eventual responsable civilmente, debe indicarse que mi representada, esto es, COMPENSAR no puede ser declarada responsable como miembro de esta Unión Temporal, toda vez que esta no tuvo participación alguna en las consultas médicas instauradas en la persona de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO. No existe solidaridad entre COMPENSAR y/o la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS con NUEVA EPS. El actuar de mi representada en su condición de integrante de dicha Unión Temporal se circunscribió a la prestación de los servicios de laboratorio, patología y vacunación, encontrándose su responsabilidad limitada al seis por ciento (6%).

A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO dado que ni NUEVA EPS, ni la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS, ni COMPENSAR, cometieron una conducta que atentara contra los reglamentos de la lex artis o que fuere culposa o dolosa. Por el contrario, las prestaciones asistenciales fueron autorizadas y prestadas de forma continua e integral acompañada con los signos y síntomas que presentaba la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO en cada una de las consultas médicas. Todo lo anterior deviene en la inexistencia de algún tipo de perjuicio indemnizable.

A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO y solicito se deniegue ya que al no existir responsabilidad civil en cabeza de COMPENSAR y en consecuencia no tener el deber legal de reparar algún tipo de daño, también resulta improcedente la actualización de sumas a las que la parte actora definitivamente no tiene derecho.

A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO y solicito se deniegue ya que al no existir responsabilidad civil en cabeza de COMPENSAR y en consecuencia no tener el deber legal de reparar algún tipo de daño, también resulta improcedente cualquier condena con intereses sobre las sumas pretendidas.

A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO y solicito se deniegue en tanto si no existe procedencia de las pretensiones declarativas y condenatorias, por las razones previamente expuestas la condena al pago de costas y agencias en derecho carece de sentido.

IV. DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO

4.1 INEXISTENCIA DE UNA ACTUACIÓN CULPOSA – INEXISTENCIA DEL PRIMER ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD

Debe tener en cuenta el despacho que, en tanto que la demanda se enfoca a buscar la declaratoria de responsabilidad médica respecto de NUEVA EPS (*entidad que llamó en garantía a mi representada*) por las supuestas deficiencias en el tratamiento suministrado a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y puntualmente a los supuestos efectos adversos que pretenden atribuir a la administración del medicamento *cloroquina*, será en ese sentido en el que se enfocará la respectiva defensa.

En este orden de ideas, lo primero es verificar la posibilidad tanto fáctica como jurídica de atribuir el hecho al sujeto a quien pretende imputársele la responsabilidad, lo que conduce indefectiblemente a que en el caso bajo examen no se cristaliza este presupuesto. Sobre el particular, sea lo primero decir que en lo que a COMPENSAR refiere, **está suficientemente**

probado que no intervino en la prestación del servicio supuestamente defectuoso, de manera tal que, de entrada se corrobora que estamos ante la falta de legitimación por pasiva frente a mi representada.

Valga decir que el “Contrato de Prestación de Servicios de Salud en la modalidad de Pago Global Prospectivo celebrado entre Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – NUEVA EPS S.A. y Unión Temporal Andar Plus” número 00171-2014 no estuvo vigente durante todo el lapso de tiempo en que fue atendida la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO con cargo a NUEVA EPS. De hecho, aquel inició el 28 de julio de 2014 y finalizó el 1 de septiembre de 2018, sin que la llamante en garantía haya demostrado cuál(es) servicio(s) fueron suministrados por COMPENSAR y/o la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS en vigencia de dicho acuerdo de voluntades. En igual sentido, se tiene que las atenciones frente a las cuales se formula reproche inicial el 2 de julio de 2010, cuando ni siquiera se había conformado la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS.

Es preciso tener en cuenta tres circunstancias, a saber:

- i) El contrato número 00171-2014 correspondió a la modalidad de “*pago global prospectivo*” cuya naturaleza implica la definición por anticipado del valor de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, conforme a la cual se arriba a la determinación previa de un pago global por una población previamente definida que cuenta con características similares en su proceso de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Partiendo de este presupuesto, se observa que en ningún momento NUEVA EPS demostró que dentro de la población señalada en la cláusula primera del contrato, estuviere la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.
- ii) En la certificación emitida por Óscar Javier Tocarruncho Barón, profesional IV Back de la Dirección de Acceso a Servicios de Salud de NUEVA EPS¹, no se advierten servicios médicos autorizados o prestados por COMPENSAR y/o por la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS:

c. Especificar en cuales IPS fue atendido el paciente.

R/

Según revisión del caso y del Aplicativo Cliente Servidor – Módulo Salud – Nueva EPS, se evidencia que el afiliado fue atendido en las siguientes IPS, para el caso concreto:

- C BIOMAB IPS S.A.S
- CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.
- CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
- FUNDACION ABOOD SHAO

2de3

nueva
eps

- INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A.
- SO SERVICIOS MEDICOS Y OFTALMOLOGICOS S.A.S - BOGOTA

¹ Archivo “002C1Folios201A1342.pdf”, carpeta “01CuadernoPrincipal” del expediente digital, folios 214 a 216.

En el Anexo “*Autorizaciones Aplicativo Cliente Servidor Modulo Salud Nueva EPS*”² no se observa ningún servicio direccionado, autorizado o prestador por COMPENSAR y/o por la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS. De ello buena cuenta da la columna “*A Donde se Remite*”, que en ninguno de los folios que la componen, arroja registro relacionado con las entidades en cita. Se observan autorizaciones emitidas por NUEVA EPS dirigidas a la BIOMAB IPS S.A.S., FUNDACIÓN ABOOD SHAIQ, UT 1 FARMACIA – CAFAM RESTREPO, FARMACIA CAFAM BOGOTÁ – CIUDAD MONTES, CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, IDIME S.A., UT 1 FARMACIA – COLSUBSIDIO KENNEDY, SO SERVICIOS MÉDICOS Y OFTALMOLÓGICOS S.A.S. – BOGOTÁ, FARMACIA ALTO COSTO COLSUBSIDIO, sin que en ningún momento se acredite que uno o alguno de los servicios prestados a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y que dan lugar a la presente controversia haya sido prestado por COMPENSAR EPS y/o por la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS.

- iii) El “*Anexo 2*”³ exhibe el título “UT VIVA BOGOTÁ – KENNEDY” sin que se refiera de manera alguna a COMPENSAR o a la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS.
- iv) En el contrato de conformación de la Unión Temporal Andar Plus celebrado el 19 de diciembre de 2013 las partes señalaron de manera expresa e inequívoca que cada una de ellas participaría en un porcentaje y a través de servicios previamente definidos, así: a Clínica Partenón Ltda. con el veinte por ciento (20%) representado en la prestación de servicios especializados y quirúrgicos, la Sociedad de Consultoría y Prestación de Servicios Andar S.A. con el setenta y cuatro por ciento (74%) representado en la atención de servicios básicos y especializados e imágenes diagnósticas y la **Caja de Compensación Familiar Compensar con una participación del seis por ciento (6%) a través de laboratorio clínico, patología y vacunación**. Siendo el régimen de las Uniones Temporales de responsabilidad conjunta, se tiene que cada uno de sus integrantes responde solo hasta el monto y tipo de la participación en la ejecución, que para el caso de COMPENSAR se contrae a los servicios de **laboratorio clínico, patología y vacunación en un seis por ciento (6%)**.
- v) Según lo certifica la Gerencia de Laboratorio Clínico de COMPENSAR se tiene que en vigencia de la Unión Temporal Andar Plus, esta entidad solo prestó servicios de laboratorio:

FECHA	NÚMERO DE REFERENCIA	EXAMEN	CONVENIO
2014-08-09	201408093135	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE HEMOGRAMA III	ANDAR KENEDY
2015-04-11	201504111421	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ANDAR KENEDY
2016-11-11	201611183851	PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG MANUAL	ANDAR KENEDY

² Archivo “002C1Folios201AI342.pdf”, carpeta “01CuadernoPrincipal” del expediente digital, folios 217 a 227.

³ Archivo “002C1Folios201AI342.pdf”, carpeta “01CuadernoPrincipal” del expediente digital, folios 228 a 235.

Por tanto, la actuación de COMPENSAR se concreta a esta función, de cuya ejecución no se formula censura alguna en el libelo introductor y la cual se sujeta a dar curso a los estudios solicitados por las instituciones tratantes antes mencionadas.

Sin perjuicio de lo anterior, esta defensa advierte tajantemente que si se analiza la conducta de la demandada NUEVA EPS, así como de las llamadas en garantía es posible concluir sin asomo de duda que no se configura ninguno de los elementos para pretender la responsabilidad perseguida, máxime cuando hablamos de la actividad médica la cual ha sido calificada por las altas cortes Colombianas (Consejo de Estado, Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia) como de responsabilidad de medio, apreciable bajo el régimen subjetivo.

Pues bien, en el presente caso no existió una conducta ni dolosa ni culposa, pues los actos médicos desplegados fueron acordes a la *lex artis*. Así lo concluye el concepto técnico especializado emitido por la doctora Cindy Catalina Herrera Romero, cuyo análisis permite concluir:

- Las reacciones adversas tipo trastornos oculares y alteración retiniana asociadas a la administración del medicamento *cloroquina* son raras, la incidencia de toxicidad retiniana es baja *“entre el 0.5% a 3.5% de los pacientes tratados con hidrocloroquina y del 10 al 25% en pacientes con cloroquina”*.
- Dichas reacciones adversas se presentan con manifestaciones en el sistema de conducción cardiaco y el miocardio, ninguna de las cuales se presentó en la paciente.
- El inicio de la sintomatología visual acaeció con posterioridad a trauma craneoencefálico y presencia de hipoacusia, según lo descrito por la especialidad de neurología, lo que apunta a diagnósticos diferenciales como lo es la patología genética.
- Ninguna de las historias médicas reporta signos característicos de la intoxicación con cloroquina como lo son la maculopatía en “ojo de buey”, alteraciones en percepción del color.
- La retinopatía pigmentaria puede ser de origen hereditario.
- En ningún momento se profirió un diagnóstico definitivo de toxicidad, aspecto de gran relevancia si se considera que la paciente presentó otras condiciones como trauma craneoencefálico, la ausencia de síntomas óculo-visuales durante las valoraciones médicas y la falta de alteraciones al examen físico.
- Compensar no realizó valoraciones médicas, ni prescribió medicamentos, su intervención se limitó a los servicios de laboratorio clínico.

En lo que atañe al reproche a la supuesta falta de seguimiento frente a la administración del medicamento *cloroquina*, a la cual pretende atribuírsele su pérdida de la visión, debe considerarse que: i) la atención fue continua, integral y con apego a la *lex artis*, y, ii) y que la paciente presentaba otras condiciones, anteriormente descritas, que favorecieron dicha alteración. Parece olvidar el extremo actor que la paciente fue atendida sin solución de continuidad y que el manejo que le fue brindado en todo momento contó con diversas especialidades en procura del mantenimiento de su salud y la resolución de sus síntomas. De hecho, la sintomatología presentada por MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO fue abordada de manera perita, oportuna e idónea en cada una de las consultas a las que acudió, sin que sea dable reprochar la terapéutica instaurada.

Por lo anterior, debe descartarse la existencia del primer elemento de la responsabilidad, esto es, la conducta de tipo culposo o doloso.

4.2 INEXISTENCIA DE RELACIÓN CAUSA - EFECTO ENTRE LA CONDUCTA DE COMPENSAR Y EL DAÑO ALEGADO POR LAS DEMANDANTES - SEGUNDO ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD

El nexo causal se entiende como:

“(...) la relación o vínculo que debe existir entre el hecho y el correspondiente daño. Si no hay nexo causal no surge la responsabilidad civil (...)”⁴

En relación a COMPENSAR como ya se dijo y demostró, nunca participó en la atención médica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO a la cual se reprocha como inadecuada, razón por la cual mucho menos puede existir nexo causal.

Ahora bien, a quien le incumbe la prueba del nexo causal es a las demandantes, carga que no fue cumplida dentro de la presente Litis. Tampoco demostró la llamante en garantía NUEVA EPS la existencia de mérito para convocar a COMPENSAR en su calidad de miembro de la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS a las presentes diligencias ya que se estableció con suficiencia que en ningún momento se prestaron servicios médicos a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO en ejecución del “Contrato de Prestación de Servicios de Salud en la modalidad de Pago Global Prospectivo celebrado entre Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – NUEVA EPS S.A. y Unión Temporal Andar Plus” por lo que mi poderdante no participó en los hechos que se aducen como agentes causales del daño.

Ciertamente, aun cuando se observa procesamiento de muestras a solicitud de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO estas no guardan relación de causalidad con la pérdida de la visión de la paciente, debiendo los resultados arrojados por cada una de las pruebas ser correlacionados con los respectivos hallazgos clínicos, como en efecto se hizo según consta en las historias clínicas que obran a buen recaudo del expediente.

Y es que no se observa tampoco relación de causalidad entre las atenciones suministradas por las codemandadas y el desenlace que se les atribuye, cuya causa adecuada obedece en exclusiva a condiciones propias de la paciente, como lo son las genéticas y a un hecho propio de la víctima como lo es el trauma cráneo encefálico.

Para tal efecto, considérese lo consignado en historias clínicas del 6 de agosto de 2012, 6 de junio de 2013, 13 de agosto de 2014, 18 de enero de 2015, 24 de enero y 27 de abril de 2016 en las cuales se indica con claridad:

- *“Cuadro clínico de 2 años de evolución dado por **Trauma Craneoencefálico** hace 2 años al ser arrollada por carro, refiere presentó múltiples fracturas en hemicara derecha **con posterior pérdida de agudeza visual** derecha e hipoacusia ipsilateral*
- *“**disminución agudeza visual dolor ocular posterior a TCE**”*
- *“**Paciente con déficit visual, posterior a TCE**”, “**Paciente con déficit visual de predominio derecho posterior a TCE**”, “**DEGENERACIÓN DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DE AO (TCE HACE 5 AÑOS)**”*

⁴ Gilberto Martínez Rave, De la Responsabilidad Civil Extracontractual, Capítulo XI, Nexo de Causalidad y Ruptura del Nexo Causal, Página 141, Editorial Temis, Décima Edición, Bogotá, 1998

- “Enfermedad Actual: Paciente que asiste en compañía de su hija, con apoyo de bastón por Artrosis de rodillas y **ceguera secundaria a atrofia del nervio óptico por trauma** actualmente con antecedente de osteoartrosis degenerativa (...)”

–Negrillas y subrayas propias.

Por si no bastase lo anterior, debe apreciarse que la ciencia médica ha documentado que la presencia concomitante de “disminución de la agudeza visual + hipoacusia ipsilateral” apunta a un diagnóstico diferencial de patología genética. La retinosis pigmentaria, se encuentra asociada a otras manifestaciones, como la sintomatología auditiva dada por hipoacusia y su etiología es netamente genética. En síntesis, el nexo de causalidad se encuentra roto lo que impide la prosperidad de las pretensiones e impone que se exonere totalmente a COMPENSAR EPS.

4.3 INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO – TERCER ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD

La hago consistir en que un daño antijurídico que pueda ser atribuible a mi representada o a cualquiera de las aquí demandadas, se debe entender como el que “la víctima no está en obligación legal de soportar”⁵

Al respecto del daño, la doctrina ha señalado:

“El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. Estudiarlo en primer término es dar prevalencia a lo esencial en la figura de la responsabilidad”⁶ (Negrillas propias)

Independientemente de la conducta médica, ya sea esta culposa o no culposa, dolosa o no dolosa, cuando no existe un daño, no habrá lugar a la declaratoria de responsabilidad civil:

“...si a pesar del comportamiento del acusado no se generó un perjuicio o una afectación dañina, simplemente, no hay lugar a la reparación reclamada. Queda así fijada la regla general en la materia de que no hay responsabilidad sin daño, aunque exista incumplimiento o infracción a un deber de conducta...

*De tal modo, que el daño constituye un elemento nuclear de la responsabilidad civil, vale decir, su centro de gravedad, el fundamento del fenómeno resarcitorio, siendo necesarias su presencia y su justificación, para que se abra paso la indemnización de perjuicios.”*⁷ (Subrayado y negrita texto afuera)

Deberá tenerse en cuenta, en el caso remoto en que el despacho llegare a considerar que la demandada, la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS, su personal médico y/o COMPENSAR actuaron de manera culposa o dolosa, ha de indicarse que dicha conducta no puede ser tomada como elemento suficiente

⁵ VELÁSQUEZ POSADA Obdulio. Op cit. pág. 115.

⁶ Henao, Juan Carlos. El Daño. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1998. p. 36, 37.

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017. Radicación n° 47001-31-03-002-2002-00068-01. Fecha 07 de diciembre de 2017.

para la condena por responsabilidad civil, toda vez que, tal y como se explicará en adelante no existe prueba de existencia de un daño que la demandante no estuviera obligada a soportar.

No es dable relevar a los demandantes de la carga que sobre ellos pesa en punto a acreditar la existencia del daño. Y es que el caso sub judice, se alega, sin más, que la administración del medicamento *cloroquina* condujo a la pérdida de la visión, cuando lo cierto es que, el trauma cráneo encefálico que presentó MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y sus condiciones propias actuaron como causa eficiente de tal suceso. No puede enrostrársele a la acción u omisión de COMPENSAR la disminución de la agudeza visual de la actora cuando está claro que esta entidad solo prestó servicios de laboratorio clínico.

Lo anterior, también se encuentra relación con que además de que la carga de la prueba del daño se encuentra en cabeza del extremo actor, esa prueba debe demostrar la certidumbre del daño:

*2.1 Uno de los requisitos que debe reunir **el daño es su certidumbre**, es decir, que se demuestre su existencia misma; lo cual ocurre cuando no haya duda de su concreta realización. Además, es el requisito “más importante (...), al punto que, sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna” (CSJ, SC del 1º de noviembre de 2013, Rad. n.º 1994- 26630-01; CSJ, SC del 17 de noviembre de 2016, Rad. nº2000-00196-01). (Subrayado y negrita texto afuera)*

De esta manera consideramos que resulta totalmente desacertado por la parte demandante pretender que el despacho judicial concluya de manera subjetiva que existió un daño ante la emisión de un diagnóstico que se dio en una fecha y no en otra por la mera afirmación de que ha sido tardío, y más aún cuando se evidencia en la historia clínica que una vez la paciente presenta manifestación clínica de su enfermedad es remitida a consulta especializada.

Por tal razón, NO ESTAMOS EN PRESENCIA DE UN DAÑO QUE PUEDA CONSIDERARSE COMO ANTIJURÍDICO ya que la retinosis pigmentaria, se encuentra asociada manifestaciones propias de la paciente, sin que los padecimientos propios de la enfermedad y su curso natural puedan ser atribuibles a las demandadas.

Concluyendo todo lo anterior, nos encontramos ante la inexistencia de la prueba o propiamente del daño, o por lo menos del daño de tipo antijurídico y de orden indemnizable por las razones fácticas antes expuestas, por lo que, independientemente de la conducta culposa o no, sin la existencia de daño no podrá existir la declaratoria de responsabilidad civil.

4.4 MÉDICOS TRATANTES TIENEN RESPONSABILIDAD EN OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

De conformidad con los diferentes pronunciamientos producidos por las Altas Cortes de nuestro País y teniendo claro el correcto procedimiento realizado por los médicos en el caso bajo estudio, no existe responsabilidad alguna derivada de las atenciones médicas y en específico, de la atención médica suministrada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

En ese estado de las cosas, debe advertirse que todo acto médico ejecutado en la atención de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO siempre fue tendiente a su seguimiento y valoración integral, diagnóstico y efectivo tratamiento, **todo eso atendiendo a la sintomatología que presentaba la paciente en cada una de una de sus consultas médicas, no pudiendo pretender del cuerpo médico un diagnóstico de pérdida de la agudeza visual previamente a la manifestación de dicha entidad, la cual valga aclarar se derivó de condiciones propias**

de la paciente y de un hecho que no le es atribuible al cuerpo médico, como lo fue el trauma craneo encefálico que padeció.

Al respecto, debe indicarse que el diagnóstico se da a partir de las herramientas que tienen los galenos. Entre estas se encuentran: la información estricta de los síntomas que proporciona el paciente, la valoración física que realiza el médico y ante una sospecha diagnóstica, por último lo eventuales resultados de los exámenes paraclínicos que se puedan ordenar, entre otras. Basados en el conjunto de esas herramientas es que se descartan, se sospechan, se confirman o se piensan en diferentes diagnósticos, advirtiendo que, de manera alguna un diagnóstico se realiza únicamente con un examen paraclínico o que, de manera preventiva un médico ordena en cada consulta un examen paraclínico en búsqueda de posibles enfermedades en su paciente. NO.

Pues bien, si nos remitimos al caso de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, observamos que jamás cursó con alteraciones cardíacas propias de la intoxicación con cloroquina y que una vez ella relató al personal médico los síntomas asociados con su salud visual, tuvo lugar la interconsulta con oftalmología. La historia clínica es fehaciente al advertir que aquella debutó con posterioridad a trauma craneoencefálico, por lo que su aparición no le es atribuible al manejo medicamentoso. De hecho, es la misma especialidad de neurología en historia clínica de junio de 2013 quien da cuenta de tal suceso, el cual en el acápite de “enfermedad actual” refiere antecedente de trauma craneoencefálico “al ser arrollada por carro, por lo que fue sometida a valoraciones para descartar secuelas de origen cerebral. Valga decir que, de manera repetida en la historia clínica se documentó que la aparición de la alteración en la salud visual de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO fue posterior a dicho trauma, mención que de manera deliberada evita la apoderada de los demandantes en el libelo introductorio, justamente porque con ella queda desvirtuada cualquier posible responsabilidad del extremo pasivo.

Por lo anterior, es dable concluir que los tratantes efectuaron un diagnóstico oportuno de acuerdo los signos y síntomas que refirió y presentó la paciente, que una vez presentados se emitió un diagnóstico y tratamiento pertinentes y que no puede atribuirse al tratamiento medicamentoso la pérdida de salud visual cuando existe un antecedente relevante como lo fue el trauma craneoencefálico que sufrió y con posterioridad al cual sobrevino la alteración como bien lo aclara la historia clínica de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

Al respecto, ha dicho HERRERA RAMÍREZ⁸ que:

*“es opinión prácticamente unánime que el contrato de asistencia médica genera una obligación de medios (**obligación de poner todos los medios disponibles en beneficio de la salud del paciente**) y no una obligación de resultado (obligación de curar).*

(...) es importante precisar que, tratándose de una obligación de medios, para incumplimiento contractual, no basta el daño del paciente sino que consiste en no haber puesto los medios necesarios para devolverle la salud al mismo. Es lo que en términos jurídicos ya referidos sería no haber actuado “con toda la diligencia de un buen padre de familia”.

Esta postura ha sido reiterada por OSPINA FERNÁNDEZ GUILLERMO, exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia, quien ha señalado que:

“... Las obligaciones son de medios cuando el resultado a que éstas apuntan sobrepasa lo que el acreedor justamente puede exigir al deudor... Esta clasificación coadyuva en la

⁸ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer, Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.

ardua labor que corresponde a los jueces de determinar, en cada caso concreto y según las circunstancias, si la obligación ha sido cumplida o no, o, mejor aún, si la prestación o prestaciones que ella impone han sido o no ejecutadas...”

Lo anteriormente expuesto nos permite afirmar sin temor a equivocarnos que la prestación del servicio brindado, fue ajustada a los procedimientos médicos establecidos y con observación absoluta de la Lex artis, rompiéndose de esta forma cualquier posible nexo de causalidad esgrimido por la misma con fundamento en error médico, negligencia, inoportunidad y/o inexperiencia en la prestación del servicio.

4.5 INCUMPLIMIENTO DE LA CARGA PROBATORIA DE LAS DEMANDANTES – RÉGIMEN DE FALLA PROBADA

De conformidad con la jurisprudencia consolidada de las altas cortes en materia de responsabilidad médica es patente que las obligaciones que contrae el médico son de medio y no de resultado. Por esto, puede afirmarse que no existe responsabilidad civil alguna de las demandadas derivada de la atención médica prestada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO. En este caso, es claro que las demandantes, como les correspondería en armonía con su carga procesal, no acreditaron la negligencia aducida frente a la prestación del servicio médico.

En aras de sustentar el medio exceptivo sea lo primero recordar que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y en concordancia con lo señalado en el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011,⁹ la responsabilidad médica y odontológica es de naturaleza subjetiva, motivo por el cual al momento del análisis judicial es imprescindible que se valore la conducta del profesional de cara a las normas y principios propios del ejercicio médico. En este sentido, en sentencia del pasado 7 de septiembre de 2020, expediente SC3272-2020 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona), la Corte Suprema de Justicia recordó esta posición en los siguientes términos:

“Sin embargo, la actividad médica no puede ser concebida como peligrosa, ni mucho menos, gobernada por la responsabilidad objetiva; salvo, casos excepcionales, por cuanto no puede concebirse las obligaciones que lo componen como de resultados, sino de medios, por regla general, por cuanto la finalidad esencial es la lucha por el bienestar humano, por la salud, por una existencia vital libre de apremios y achaques.

Esta actividad conlleva en gran medida el riesgo y el azar, con mayor razón, ante el estado actual de la ciencia y el crecimiento desmedido de nuevas enfermedades y el poco avance en la investigación científica que arroje resultados ciertos contra enfermedades catastróficas o en los tratamientos complejos y delicados que permitan prever con certidumbre el resultado, de tal modo que frecuentemente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, sino también por la diferente y peculiar reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento médico o a la propia medicina; sin desconocer que el ejercicio y práctica galénica, de algún modo provocan lesiones a la corporeidad humana.

⁹ **“ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL.** 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.** (...)” (Negritas fuera de texto)

Ante el marco de tales lesiones, debe entenderse que justamente apuntan para combatir la causa del dolor y procurar la cura; por consiguiente, todas las teorías que conciben la actividad médica como una actividad peligrosa, incurren en un craso error epistemológico en la perspectiva teórica y ética de la profesión del médico. (...)

Una visión peligrosista desconoce la historia, el presente y el futuro de la profesión del médico, que de ningún modo puede ser equiparada con la actitud de vándalos irresponsables, de lesionadores dolosos, de mercaderes de la medicina o de científicos sin ética que cosifican al ser humano”

Partiendo de estas consideraciones y en atención a lo señalado en el artículo 167 del CGP, deberá la parte demandante demostrar mediante pruebas técnicas, si la conducta de los facultativos se ajustó a los cánones descritos en la literatura científica ya que “presumir la culpa del médico, sin saber cuál fue la causa del daño, conduce, nada más ni nada menos, a una presunción de causalidad que no es más que una responsabilidad objetiva”¹⁰. De esta forma, se tiene que “corresponde al paciente demostrar la culpa del profesional de la salud o de la institución que le prestó un servicio para que surja la responsabilidad”.¹¹

Con esto, está asentado que el hecho de presumir la culpa del médico, sin determinar la causa o establecer con certeza el causante del daño, lleva a que se someta al demandado a una responsabilidad objetiva que, por su parte, plantea un serio riesgo de enriquecimiento injustificado del demandante.

De lo anterior se colige que es la parte demandante quien debe ocuparse de probar los supuestos axiológicos para que exista responsabilidad médica y no es factible entonces que se presuma la misma, ni que las entidades demandadas sean quienes deban verse avocadas a probar que su actuación se ajustó a los lineamientos de la *lex artis*, muy a pesar que en el presente escrito y en el material probatorio aportado se demostró y demostrará que el actuar médico se ajustó a aquellos.

En este caso particular, conviene destacar que en el presente caso concurren sólidas pruebas documentales que demuestran que COMPENSAR se ciñó íntegramente a la órbita de sus obligaciones establecidas en el contrato de UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS en su ámbito de competencia sin que se advierta haya participado en otros ámbitos del devenir médico. Así se comprueba con el certificado expedido por la Gerencia de laboratorio clínico de COMPENSAR, en el cual se evidencia el procesamiento de los siguientes exámenes:

FECHA	NÚMERO DE REFERENCIA	EXAMEN	CONVENIO
2014-08-09	201408093135	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE HEMOGRAMA III	ANDAR KENEDY
2015-04-11	201504111421	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ANDAR KENEDY
2016-11-11	201611183851	PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG MANUAL	ANDAR KENEDY

¹⁰ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 57.

¹¹ YEPES RESTREPO, Sergio. La Responsabilidad Civil Médica. Biblioteca Jurídica DIKE, 6ª Edición, 2004, pág 79.

En definitiva, teniendo en cuenta que, realmente, no puede afirmarse que la supuesta falla médica, le hubiere causado Compensar y/o que esta se hubiese originado a partir de una negativa de mi representada para cumplir con su obligación contractual de garantizar los laboratorios, patologías o vacunación.

Por lo anterior, al lado de que es notorio el incumplimiento de la carga procesal a cargo de los demandantes de acreditar la falta de diligencia de **COMPENSAR** frente a su obligación contractual de garantizar los laboratorios, patologías o vacunación, se tiene que en el presente caso, ni siquiera se evidencia la inobservancia de alguna de las obligaciones a cargo de mi representada, como presupuesto esencial y determinante para que se configure su responsabilidad.

4.6 INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA ENTRE COMPENSAR Y LOS DEMÁS INTEGRANTES DE LA UT ANDAR PLUS

Mediante contrato 810-2013 de 19 de diciembre de 2013 se creó la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS integrada por Clínica Partenón Ltda., Sociedad de Consultoría y Prestación de Servicios Andar S.A. y la Caja de Compensación Familiar Compensar.

En la cláusula octava del contrato de constitución de la Unión Temporal se estableció como **participación:** i) de la Clínica Partenón Ltda. el 20% representado en la prestación de servicios especializados y quirúrgicos, ii) de la Sociedad de Consultoría y Prestación de Servicios Andar S.A. el 74% representado en la atención de servicios básicos y especializados e imágenes diagnósticas y iii) de la Caja de Compensación Familiar Compensar con una participación del 6% a través de laboratorio clínico, patología y vacunación.

Tal y como se dispuso en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, la Unión temporal se constituye cuando “...dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero **las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.**” (Subrayado y negrita texto afuera)

Según se estableció en la cláusula quinta del acuerdo de constitución de la Unión Temporal, cada uno de los integrantes de las misma respondería ante la NUEVA EPS solamente “**hasta el monto de su participación**”, lo cual implicaría que Compensar respondería solamente hasta el 6% por servicios de laboratorio, patología y vacunación.

Así entonces, teniendo en cuenta que la atención médica que se reprocha no fue producto de un servicio de laboratorio, de patología o de vacunación, no es dable si quiera afirmar que Compensar fue quien prestó el servicio y mucho menos es procedente entrar a estudiar su responsabilidad, de manera tal que no respondería de manera alguna en el presente caso.

Ahora bien, en el remoto caso en que se llegase a pensar que Compensar debería responder, su responsabilidad únicamente estaría limitada y condicionada:

- i) A que se demuestre que prestó un servicio de laboratorio, vacunación o patología a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.
- ii) A que se pruebe que el servicio de laboratorio, vacunación o patología prestado a la usuaria en mención fue defectuoso.

- iii) A que se constate que el servicio prestado de manera defectuosa por mi mandante fue la causante del daño alegado.

Sin embargo, en ningún momento se esbozó ninguna inconformidad frente a los servicios de laboratorio, vacunación o patología, razón por la cual mal podría atribuirse responsabilidad alguna a COMPENSAR EPS en el presente asunto.

4.7 FALTA DE LEGITIMACIÓN POR PASIVA DE COMPENSAR Y DE LA UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS – IMPROCEDENCIA DE IMPUTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

La hago consistir en el hecho según el cual no fue COMPENSAR quien prestó los servicios médicos a la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y que se imputan como aquellos que produjeron un diagnóstico inoportuno.

Ahora bien, en el caso eventual que se llegase a considerar que fue la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS quien efectivamente prestó los servicios médicos objeto de reproche, debe tenerse en cuenta que la obligación y responsabilidad que le asistía a mi representada dentro de la mencionada Unión Temporal se limitaba y circunscribía únicamente a la prestación de servicios de laboratorio, vacunación y patología. La real y concreta prestación de servicios de salud se encontraba a cargo de la Clínica Partenón Limitada y Andar S.A., los cuales eran quienes tenían a su cargo las atenciones médicas básicas, especializadas y servicios quirúrgicos, atención y suministro que se dio con total autonomía técnica, administrativa y médica, sin que ello implique entonces que pueda alegarse responsabilidad alguna por parte de mi representada con respecto a actividades en las cuales no participó.

Lo anterior, teniendo en cuenta que tal y como quedó establecido en la cláusula quinta del acuerdo de constitución de la Unión Temporal, cada uno de los integrantes de las misma respondería ante la NUEVA EPS solamente **“hasta el monto de su participación”**, lo cual implicaría que Compensar respondería solamente hasta el 6% por servicios de laboratorio, patología y vacunación.

Es, en virtud de lo anterior, su señoría, que en últimas quien debe responder ante el remoto evento de una condena, es la IPS PARTENÓN e IPS ANDAR, pero jamás mi representada, pues en específico fueron estas quienes con total independencia y autonomía presuntamente realizaron todas las atenciones médicas a la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y no COMPENSAR.

4.8 HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE LA VÍCTIMA EXONERANTE DE TODA RESPONSABILIDAD Y/O ATENUANTE DE LA MISMA

En primer término, debe señalarse que en el caso sub examine confluyeron factores que son atribuibles única y exclusivamente a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y que bajo ninguna circunstancia son endilgables a COMPENSAR, a la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS y/o a la NUEVA EPS.

Como se indicó en precedencia, MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO presentó antecedente de trauma craneoencefálico, suceso de gran relevancia e incidencia en la progresión de su patología visual. Ello se encuentra consignado con suficiencia y claridad en su historia clínica, dando lugar además a interconsultas con oftalmología y neurología. Debe subrayarse que todos estos antecedentes comportan riesgo para la aparición y desarrollo de pérdida visual y, muy a pesar que fue la misma paciente quien manifestó al personal haber sido arrollada por un

vehículo¹², en el libelo introductorio permanece oculta sin que medie certeza de si la pérdida que aquí se discute, ha sido materia de indemnización integral por parte del agente causal que protagonizó dicho accidente.

Sumado a lo anterior y desde el punto de vista científico, el concepto técnico de la profesional Cindy Catalina Herrera Romero da cuenta de la incidencia de factores genéticos, estamos en presencia de un segundo factor que rompe el nexo causal entre la conducta de la demandada y las llamadas en garantía y el supuesto daño que se infligió a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO.

Así pues, las condiciones previamente descritas (trauma craneoencefálico y características genéticas) las cuales son propias de la paciente necesariamente intervinieron en el curso causal erigiéndose como exonerante de la responsabilidad que se pretende atribuir a COMPENSAR.

Ahora bien, debe señalar esta defensa que en el evento en que el Despacho considere que no es procedente la presente excepción de fondo en cuanto a que se declare probada la culpa exclusiva y exonerante de responsabilidad y por el contrario acceda, así sea parcialmente a las pretensiones de la demanda, y considere que debe procederse a proferir una sentencia condenatoria en el presente asunto, lo que se solicita en subsidio es que se declare la atenuante de responsabilidad por culpa de la propia víctima.

Para lo anterior, basta con que el Despacho haga uso entonces de lo dispuesto en el artículo 2357 del Código Civil Colombiano, en donde el legislador expresó:

“ARTICULO 2357. <REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN>. La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente”.

Entonces, se solicita al Despacho que en la sentencia de mérito que resuelva lo anterior, realice la denominada reducción de la indemnización por compensación de culpas que prevé el artículo que se indica con precedencia, pues resulta claro que la demandante si le es atribuible conductas propias que llevaron a la producción del daño.

En este sentido, la Honorable Corte Suprema de Justicia ha dicho que:

*“En efecto, esta Corporación en relación con la coparticipación en la ocurrencia del daño ha anotado lo siguiente: «“(…) para que opere la compensación de culpas de que trata el artículo 2357 del Código civil no basta que la víctima se coloque en posibilidad de concurrir con su actividad a la producción del perjuicio cuyo resarcimiento se persigue, sino que se demuestre que la víctima efectivamente contribuyó con su comportamiento a la producción del daño”, pues el criterio jurisprudencial en torno a dicho fenómeno es que para deducir responsabilidad en tales supuestos “la jurisprudencia no ha tomado en cuenta, como causa jurídica del daño, sino la actividad que, entre los concurrentes ha desempeñado un papel preponderante y trascendente en la realización del perjuicio. De lo cual resulta que si, aunque culposo, el hecho de determinado agente fue inocuo para la producción del accidente dañoso, el que no habría ocurrido si no hubiese intervenido el acto imprudente de otro, no se configura el fenómeno de la concurrencia de culpa, que para los efectos de la gradación cuantitativa de la indemnización consagra el artículo 2357 del Código Civil. En la hipótesis indicada solo es responsable, por tanto, la parte que, **en últimas, tuvo oportunidad de evitar el daño y sin embargo no lo hizo**” (CLII, 109 – Cas. 17 de abril de 1991)» (CSJ SC de 6 de may. de 1998, exp. 4972).”¹³.*

¹² Historia clínica del 6 de junio de 2013.

¹³ C.S. de J., Sala de Casación Civil. M.P. Margarita Cabello Blanco. Radicación n.º 05001 31 03 009 2009-00447 01.Sentencia 14 Mayo 2019.

Y es que debe señalarse entonces su señoría que es procedente la eventual atenuación y/o reducción de la indemnización, ante una eventual sentencia condenatoria, pues se observa que bien la conducta o la condición idiosincrática propia de MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO coadyuvaron con el resultado.

4.9 EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS - IMPROCEDENCIA DE CONDENA ANTE LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y POR TRATARSE DE DAÑOS NO PROBADOS, IMPROCEDENTES, HIPOTÉTICOS E INCIERTOS

Hago consistir la presente excepción en el hecho según el cual, al no configurarse todos los elementos constitutivos de responsabilidad civil médica, es improcedente acceder al reconocimiento de perjuicio alguno. Así, al no existir una conducta culposa, ni nexo causal, y mucho menos daño de naturaleza antijurídica, no existe responsabilidad y en tal virtud deben negarse las pretensiones respecto de cualquier tipo de perjuicio.

Sumado a lo anterior, los perjuicios solicitados no se prueban ni en su existencia y ni en su *quantum* y exceden en veces los topes y baremos jurisprudenciales.

No se probó que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO hubiera sufrido menoscabo derivado por la supuesta imposibilidad de ejecutar actividad económica lícita. No consta que hubiera efectuado aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por las supuestas vinculaciones a través de las cuales ejecutó servicios remunerados.

No se demostró cuándo inició a prestar sus servicios MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, ni cuándo cesó dicha actividad, ni los motivos por los cuales dejó de ejercerla, y mucho menos qué montos percibió. Las certificaciones arrimadas con la demanda no resuelven ninguno de estos interrogantes. Tampoco se advierten colillas de pago, certificados bancarios, comprobantes de nómina o similares que permitan afirmar el desmedro económico que plantea.

Adicionalmente, los perjuicios que se reclaman se presentan en el plano de lo hipotético y, ciertamente, no cumplen con el requisito de certeza que exige el ordenamiento para su configuración.

De igual manera, resulta excesiva la estimación de perjuicios que hace la parte demandante de los supuestos daños causados con ocasión de una supuesta negligencia en la atención médica suministrada por la IPS, que, en el evento en que el Señor Juez, aceptare una condena en contra de la demandada por las desmesuradas cuantías, **causaría un detrimento en el patrimonio de mi representada y un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la demandante**, dado que las sumas solicitadas o no se soportan con pruebas si quieras sumarias o exceden cualquier criterio o referente jurisprudencial y/o legal.

No bastando con lo anterior, se tiene que en el plenario no existe siquiera prueba sumaria que permita establecer o identificar con plena certeza que el causante del daño sea COMPENSAR.

De lo expuesto, se tiene entonces que no puede existir condena alguna por concepto de daño material e inmaterial en atención a que se trata de un perjuicio eventual e hipotético, sin prueba alguna y demostración que sea actual, personal e ilícito.

4.10 EXCEPCIÓN GENÉRICA

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual, deberán declararse probadas las excepciones que no

habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

V. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito realizar la objeción a la estimación razonada de la cuantía respecto de los perjuicios solicitados por la parte demandante, especialmente frente al “daño emergente futuro”, lucro cesante consolidado y futuro, como modalidad de perjuicios patrimoniales.

También me permito indicar que la preceptiva en cita señala que el juramento estimatorio no aplica para las solicitudes de perjuicios extrapatrimoniales, por lo que solicito al Señor Juez, que no le dé categoría de prueba a la estimación realizada por la parte demandante por cuanto es manifiestamente improcedente.

Ahora bien, en el caso remoto en que se considerara darle aplicación, presento la objeción respectiva por cuanto las peticiones condenatorias del extremo actor son notoriamente injustas, excesivas, desbordan los lineamientos jurisprudenciales y carecen de fundamento legal por las razones expuestas en la contestación a las pretensiones y las que aquí se desarrollarán.

De hecho, la tasación realizada por concepto de daño moral en monto de 100 SMLMV resulta desmesurada pues la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia únicamente ha reconocido la suma máxima de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000)¹⁴ para casos de muerte, lo cual no resulta compatible con el acaecimiento de consecuencias propias del antecedente de trauma craneoencefálico que presentó MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, en cuyo tratamiento médico en todo caso no participó COMPENSAR por contraerse su gestión al procesamiento de muestras de laboratorio clínico. En lo que atañe a las reclamaciones relacionadas con el *“perjuicio a derechos fundamentales con protección constitucional”* nótese cómo son formuladas de manera desbordada, sin que exista meridiana certeza acerca de su antijuricidad, certeza y subsistencia. Tampoco se establece cómo pudo mi prohijada incidir en el curso causal de un hecho que se realizó sin su aquiescencia o intervención.

En relación con los valores solicitados a título de daño emergente futuro, no se advierte tasación ni prueba alguna que dé certeza acerca de su existencia y magnitud, por lo que deberán ser denegados.

De otra parte y en lo que refiere a la condena solicitada a título de daño a la vida de relación a favor de las demandadas, aquella deviene improcedente ante la falta de legitimación en la causa por pasiva de COMPENSAR, la falta de legitimación por activa de EVELYN TATIANA VALERO OSORIO y la ausencia total de los elementos que conforman la responsabilidad civil tanto de COMPENSAR como de la demandada y demás llamados en garantía. Su tasación es excesiva dado que, en el remoto e hipotético caso en que se probada su existencia y la atribución jurídica a los demandados, no comprenden resarcimiento en el exagerado monto solicitado, sin que obste lo anterior para la rotunda oposición a la imposición de condena solidaria en contra de

¹⁴ Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 9 de julio de 2012, radicado 11001-3103-006-2002-00101-01 (M.P. Ariel Salazar Ramirez)

COMPENSAR ya que no se encuentra probado que haya participado o concurrido en la producción del daño.

Frente al lucro cesante consolidado, nótese que este valor no se encuentra demostrado pues de los soportes que acompañan la demanda no se desprende cuál era el monto que supuestamente devengaba MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO. De admitirse la validez de tales medios de convicción debe analizarse que se trató de actividades a tiempo parcial por lo que no puede tenerse como probado que ganaba el salario mínimo, sino apenas la fracción proporcional a este conforme al tiempo efectivamente ejecutado, del cual tampoco hay meridiana claridad. No se advierte a partir de qué fecha dejó de desempeñar actividad económica ya que no obran incapacidades, concepto de rehabilitación integral, ni certificado de calificación de pérdida de capacidad laboral, que den cuenta que MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO viera menguada su aptitud para desempeñar actividades lícitas remuneradas.

Igualmente ocurre con el lucro cesante futuro, que toma como referente sumas de cálculo exageradas y no probadas, que no brindan certeza sobre su causación, incumpliendo así un insoslayable requisito para su reconocimiento.

“La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320).”¹⁵

Con base en las anteriores consideraciones y en las expresadas en el acápite que contesta las pretensiones, ruego a su Señoría abstenerse de darle la categoría de plena prueba a las manifestaciones contenidas en este acápite de la demanda, y en el caso eventual de tenerlo en cuenta solicito se sirva ordenar la consecuente regulación por no ajustarse a la ley ni a la jurisprudencia de las Altas Cortes con la condena a la parte demandante del 10% del valor de la diferencia en los términos del canon procesal invocado.

VI. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, con observancia de los preceptos del Código General del Proceso, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la reforma de la demanda, formularé los siguientes llamamientos en garantía:

6.1 A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. AA198548 de la cual es tomadora y asegurada la Caja de Compensación Familiar Compensar.

6.2 A la SOCIEDAD DE CONSULTORÍA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ANDAR S.A.S. por virtud de contrato de constitución de Unión Temporal Andar Plus de 19 de diciembre de 2013.

6.3 A la CLÍNICA PARTENÓN LTDA. en atención al contrato de constitución de Unión Temporal Andar Plus de 19 de diciembre de 2013.

¹⁵ Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 9 de septiembre de 2010, expediente 17042-3103-001-2005-00103-01, (M.P. William Namén Vargas)

VII. DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

Solicito señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba:

7.1 DOCUMENTALES QUE SE APORTAN

Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

7.1.1 Reporte extraído de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la ADRES que da cuenta de la afiliación de la señora MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO identificada con cédula de ciudadanía 41516487 a NUEVA EPS.

7.1.2 Copia del contrato 810-2013 de constitución de Unión Temporal Andar Plus de 19 de diciembre de 2013

7.1.3 Copia del contrato suscrito entre la NUEVA EPS SA y Unión Temporal ANDAR PLUS.

7.1.4 Copia de la certificación expedida por la Gerencia del Laboratorio Clínico en el cual se comprueba que la prestación de servicios por parte de COMPENSAR a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO se limitó al laboratorio clínico.

7.1.5 Resultados de laboratorio emitidos por Compensar en ejecución de la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS.

7.1.6 Concepto médico emitido por la doctora Cindy Catalina Herrera Romero sobre la atención médica brindada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO, junto con los documentos que acredita su idoneidad y soporte técnico.

7.2 INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a las demandantes MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO Y EVELYN TATIANA VALERO OSORIO, para que absuelvan el interrogatorio de parte que personalmente les formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda, la subsanación de aquella y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor. Los demandantes podrán ser citados en las direcciones consignadas en la demanda y la subsanación o a través de su apoderada judicial, la doctora Ruth Liliana Najhar Hurtado, en la dirección Calle 19 No. 5-30, oficina 905, Edificio Bacatá de la ciudad de Bogotá D.C. o en el correo electrónico juridico@gruposabaoth.com, teléfono 3102181845.

7.3 DECLARACIÓN DE PARTE

7.3.1 Solicito al despacho se sirva hacer comparecer al representante legal de la SOCIEDAD DE CONSULTORÍA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ANDAR S.A.S. SOCIEDAD DE CONSULTORÍA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ANDAR S.A.S., doctor VÍCTOR ALFONSO GARCÍA ZACIPA y/o quien haga sus veces para que rinda declaración de parte que personalmente le formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda, en el llamamiento en garantía y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor. El representante

legal mencionado podrá ser citado en la Calle 72 B No. 76-68 de Bogotá D.C. o en el correo electrónico conahite@gmail.com

7.3.2 Solicito al despacho se sirva hacer comparecer al representante legal de la CLÍNICA PARTENÓN LTDA, doctor VÍCTOR ALFONSO GARCÍA ZACIPA y/o quien haga sus veces para que rinda declaración de parte que personalmente le formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda, en el llamamiento en garantía y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor. El representante legal mencionado podrá ser citado en la Calle 72 B No. 76-68 de Bogotá D.C. o en el correo electrónico direcciongeneral@clinicapartenon.com

7.4 TESTIMONIAL

Solicito al honorable Despacho se sirva fijar fecha y hora con la finalidad de recibir declaración de las siguientes personas:

7.4.1 A la doctora JULY KATHERINE LAGUNA MURILLO, quien atendió a la paciente los días 15 de febrero, 27 de agosto de 2012, 7 de febrero, 20 de marzo y 20 de mayo de 2013. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.2 A la doctora MARTHA LUCÍA ARBOLEDA JAIME, quien atendió a la paciente los días 13 de febrero, 30 de abril de 2012 y 14 de marzo de 2014. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o _secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.3 A la doctora YULY OSORIO, quien atendió a la paciente el 6 de junio de 2013, solicitando exámenes diagnósticos y ordenando citas de control. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o _secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.4 Al doctor LUIS GRANADOS, quien atendió a la paciente el 6 de junio de 2013. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.5 A la doctora ILIANA ESTHER SABALZA BERDUGO, quien atendió a la paciente el 27 de agosto de 2014. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de

la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.6 Al doctor ANDRÉS RUIZ RODRÍGUEZ, quien atendió a la paciente el 25 de septiembre de 2010, 21 de enero de 2011. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.7 Al doctor MOISÉS ENRIQUE MOSQUERA, quien atendió a la paciente el 24 de noviembre de 2016, solicitando exámenes diagnósticos y ordenando citas de control. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.4.8 Al doctor MARCO ANTONIO VILLAMIZAR CAJIAO, quien atendió a la paciente, solicitando exámenes diagnósticos y ordenando citas de control. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse en la Calle 79 No. 18 – 34, consultorio 105 de esta ciudad o en la dirección que al momento del decreto de la prueba suministraré al despacho.

7.4.9 A la doctora ELUDYS ADRIANA CAMARGO, quien atendió a la paciente el 27 de abril de 2016. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La especialista en mención podrá ubicarse a través de ANDAR SEDE KENNEDY y/o a través de NUEVA EPS a los correos electrónicos conahite@gmail.com y/o secretaria.general@nuevaeps.com

7.5 PRUEBA PERICIAL

Dando aplicación a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso y atendiendo a que el término del traslado de la contestación de la demanda es insuficiente para aportar el dictamen al que alude esta disposición, solicito al Despacho, de la manera más respetuosa, que le conceda a mi representada un término no menor a diez (10) días para aportar el dictamen de un ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA y/o MEDICINA INTERNA que brinde su experticia y conocimiento técnico en relación con las atenciones que aquí se debaten.

7.6 DECLARACIÓN Y RATIFICACIÓN DE CONCEPTO DE EXPERTO

Solicito al Despacho que de conformidad con lo establecido en el artículo 165 del CGP se sirva hacer comparecer a la Doctora Cindy Catalina Herrera Romero, identificada con cédula de

ciudadanía número 1072642460, con domicilio en la Carrera 69 No. 47 - 34 Torre B, Piso 4 de la ciudad de Bogotá, para que rinda su declaración y ratifique su concepto médico en relación con la atención médica brindada a MARTA OBDULIA GARCÍA DE ACERO y que es objeto del presente proceso. La médica podrá citarse a través de la suscrita apoderada o en el correo electrónico ccherrerar@compensarsalud.com

VIII. ANEXOS

8.1 Escritura Pública número 12913 del 10 de diciembre de 2015 otorgada ante la Notaría 38 del Círculo de Bogotá, por medio de la cual se le otorga poder a la suscrita para actuar en calidad de apoderada general de la Caja de Compensación Familiar Compensar.

8.2 Certificado de existencia y representación legal de la Caja de Compensación Familiar Compensar. El anterior documento para evidenciar quién actúa como representante legal de la entidad que represento.

8.3 Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

IX. NOTIFICACIONES

Mi representada, COMPENSAR recibirá notificaciones en la Avenida 68 No. 49 A – 47 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com

La suscrita apoderada, en la Carrera 69 No. 47 – 34 Piso 4 de la ciudad de Bogotá D.C, en el correo electrónico sembautistag@compensarsalud.com y el celular 3136010677. Así mismo, manifiesto que el referido buzón electrónico es el canal digital elegido por la suscrita para todos los fines del proceso.

Del Señor Juez, con el mayor comedimiento, suscribo.



SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ
C.C. No 52.967.033 expedida en Bogotá D.C.
T.P. No. 154.370 del C.S. de la J.



Ca441942040

CERTIFICADO NUMERO: 10368/2023

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CIRCULO DE BOGOTA
CONFORME A LOS ARTICULOS 89 Y 90 DEL DECRETO 960/70 Y
DEMÁS NORMAS CONCORDANTES.

CERTIFICA QUE:

MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NUMERO: **DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)** DE FECHA **DIEZ (10) DE DICIEMBRE** DEL AÑO **DOS MIL QUINCE (2015)** OTORGADA EN ESTA NOTARIA, COMPARECIÓ EL DOCTOR **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NUMERO **71.724.156** EXPEDIDA EN MEDELLÍN, QUIEN OBRA EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DE LA **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "COMPENSAR"** OTORGÓ PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE A LA DOCTORA **SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ**, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NUMERO **52.967.033** EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C., ABOGADA TITULADA CON TARJETA PROFESIONAL NUMERO **154.370** EXPEDIDA POR EL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA.

CUYAS DISPOSICIONES ESPECIFICAS SE ENCUENTRAN CONSIGNADAS EN DICHA ESCRITURA, Y QUE A LA FECHA NO APARECE NOTA DE REVOCACION, MODIFICACIÓN O SUSTITUCION ALGUNA.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE A LOS CUATRO (04) DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTITRES (2023) CON DESTINO A: **EL INTERESADO.**

**RODOLFO REY BERMUDEZ**

NOTARIO TREINTA Y OCHO (38E) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

Ca441942040



01-09-23

Cadenia S.A. No. 890995340

1135592WAsaQZZCC

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO



República de Colombia

Pág. No 1



Ca441942044

Aa024305651

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

NOTARIA TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN

CÓDIGO NOTARIAL: 1100100038

CLASE DE ACTO: PODER GENERAL

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO IDENTIFICACIÓN:

PODERDANTE:

LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS, identificado con cedula de ciudadanía número 71.724.156 de Medellín en calidad de representante legal suplente de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** según certificado de existencia y representación expedido por la superintendencia de subsidio familiar, adjunto al presente escrito.

APODERADA

SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 52.967.033 expedida en Bogotá D.C.

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los diez (10) días del mes de diciembre de Dos mil quince (2015) el suscrito **RODOLFO REY BERMUDEZ NOTARIO TREINTA Y OCHO (38E) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.** da fe que las declaraciones que se contienen en la presente escritura han sido emitidas por quienes la otorgan.

Compareció con minuta escrita **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.724.156 expedida en Medellín quien obra en calidad de Representante Legal Suplente de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, según certificado de existencia y representación expedido por la Superintendencia del Subsidio Familiar, por medio del presente escrito **OTORGA PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Doctora **SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ**, abogada titulada, identificada con cedula de ciudadanía número 52.967.033 de Bogotá y con tarjeta profesional

NOT. 38
MV

de abogado distinguida número 154.370 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** ejecute todos y cada uno de los siguientes actos:-----

1. REPRESENTACIÓN JUDICIAL. Para que represente a **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, ante cualquier entidad, funcionario o empleado de la Rama Judicial y sus organismos vinculados o adscritos, en la interposición de cualquier acción de carácter civil, agraria, penal, laboral, administrativo, constitucional, comercial y/o de cualquier naturaleza, así como ser parte y comparecer en las mismas en calidad de demandado, notificándose y ejerciendo todas las diligencias y actuaciones propias del derecho de defensa y contradicción, y en general, continuando con tales actuaciones hasta la culminación de los procesos correspondientes. Dentro del presente acto, se incluyen de forma expresa, las siguientes facultades para que sean ejercidas por el poderdante en nombre y representación de **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**: confesar judicialmente; recibir y/o cobrar; allanarse cuando así sea necesario; disponer del derecho de litigio; conciliar, absolver interrogatorio de parte; tachar de falsedad un documento o cualquier tipo de prueba; licitar y solicitar adjudicación de bienes; transigir y transar pleitos y diferencias que ocurran con terceros en el desarrollo de las actividades propias de **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**; desistir de los procesos, pretensiones, reclamaciones o gestiones en que intervenga a nombre de esta, así como de los recursos que en ello interponga y de los incidentes que promueva.-----

2. CONCILIACIÓN. Para que en representación de **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** acuda a las audiencias de conciliación y concilie con plenas facultades, incluyendo la representación legal en diligencias extrajudiciales y judiciales, así como en los procesos jurisdiccionales.-----

3. ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS. Para que en representación de **la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** inicie, se notifique de actuaciones administrativas; invoque el silencio administrativo positivo; solicite revocatoria directa de actos administrativos; interponga los recursos de ley; y en general, realice todas las diligencias y actuaciones pertinentes para ejercer el derecho de defensa y



República de Colombia

Pág. No 3



Aa029726381



Ca441942043

contradicción, y continúe tales actuaciones hasta la culminación de todas las acciones constitucionales, acciones contenciosas administrativas, investigaciones administrativas, y demás diligencias y trámites ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de las Ramas Ejecutiva y Judicial y sus órganos vinculados o adscritos, del Ministerio Público, de los órganos de control fiscal y demás autoridades administrativas del orden público nacional, departamental, distrital o local.

El ejercicio de las facultades que por este mandato se confieren, conllevan las responsabilidades propias de los mandatarios previstas en la legislación colombiana, sin perjuicio de las sanciones penales, fiscales y disciplinarias a que haya lugar.

El ejercicio de este poder no comprende el de vinculaciones de carácter laboral a la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**.

Se presenta **SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., abogada titulada, identificada con cédula de ciudadanía Número 52.967.033 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado distinguida con el Número 154.370 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre propio y manifestó que acepta el poder que mediante esta escritura se le otorga.

HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA

El suscrito Notario Treinta y Ocho (38) en uso de las atribuciones contempladas en el Artículo 12 del Decreto 2148 de 1983 y en virtud que el Doctor **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, actúa en calidad de representante legal suplente de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, tiene registrada su firma en esta Notaria, **AUTORIZA** que el presente instrumento sea suscrito por la persona fuera del recinto Notarial en las Oficinas de la Entidad que representa.

SE ADVIRTIÓ al(a los) otorgante(s) de esta escritura de la **obligación que tiene(n) de leer la totalidad de su texto**, a fin de verificar la exactitud de todos los datos en ella consignados con el fin de aclarar, modificar o corregir lo que le(s) pareciere; la firma de la misma demuestra su aprobación total del texto (Artículo 35 decreto ley 960 de 1.970).

SE ADVIERTE igualmente la necesidad de diligenciar los espacios en blanco

NOT. 38
M.V.

113539a07ZCC29AW

correspondientes a la información personal y de trabajo consignados en el espacio destinado para la firma de los suscriptores del instrumento publico, con el objeto de confrontar la información solicitada con el contenido de la escritura previo a la autorización de la misma. -----

En consecuencia, la notaria no asume ninguna responsabilidad por error o inexactitudes establecidas con posterioridad a la firma del(los) otorgante(s) y del notario. -----

En tal caso, de la existencia de estos, deben ser corregidos mediante el otorgamiento de una nueva escritura, suscrita por el(los) que intervino (eron) en la inicial y sufragada por el (ellos) mismo(s) (Artículo 102 decreto ley 960 de 1.970).

ESTA ESCRITURA FUE ELABORADA EN LAS HOJAS DE PAPEL NOTARIAL NÚMEROS: -----

Aa024305651- Aa028726381- Aa028724814-----

LEIDO el presente instrumento público por los comparecientes manifestaron su conformidad con el contenido lo aprobaron en todas sus partes y en constancia de su asentimiento lo firman con el suscrito notario que lo autorizo con mi firma. -----

RETENCIÓN EN LA FUENTE. ARTÍCULOS 20 y 64 LEY 0075 de 1986. ----- \$ Exento-----

DERECHOS NOTARIALES \$ 49.000-----

SUPERINTENDENCIA \$ 4.850-----

FONDO NACIONAL DEL NOTARIADO \$ 4.850-----

IVA \$ 19.248-----

DECRETO 1681 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1.996, modificado por el DECRETO 3432 DE SEPTIEMBRE 19 DE 2.011, nuevamente modificado por el DECRETO 0188 DEL 12 DE FEBRERO DE 2.013 y RESOLUCION 641 DEL 23 DE ENERO DE 2.015.-----



República de Colombia

Pág. No 5



Ca441942042

Aa028724814

FOLIO ANTERIOR Aa028726381

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

NOTARÍA TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

PODERDANTE

LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS

C.C. 71.724.156 expedida en Medellín

Obra en calidad de Representante Legal suplente de la CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

DIRECCIÓN OFICINA: Calle 73 N° 10-83 C.C. Av. Chile Torre D piso 9.

TELÉFONO OFICINA: 4285088 ext. 24569

CELULAR:

APODERADA

SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ

C.C. No. 52.967.033 de Bogotá D.C.

DIRECCIÓN: Calle 73 N° 10-83 Centro Comercial Av. Chile Torre D Piso 9 Bogotá D.C.

TELÉFONO: 4285088 Ext. 25637

CORREO ELECTRONICO smbautistag@seguramientosalud.com



1039-7-5550E5F53

28-12-2015

1039-7-5550E5F53

01-09-23

Ca441942042

NOT. 38
MV

EL (LA) NOTARIO(A) TREINTA Y OCHO (38)E
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.


RODOLFO REY BERMUDEZ

JORGE RIVERA

NOT. 38
MV

BERMÚDEZ



SuperSubsidio



MINTRABAJO

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Ca441942041

LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA
RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

HACE CONSTAR QUE:

1. Le compete a esta Superintendencia ejercer la vigilancia e inspección sobre el ejercicio y función de las Cajas de Compensación Familiar.
2. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 15 del artículo 16 del Decreto 2595 de 2012 es función de la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales llevar el registro de las instituciones bajo vigilancia de la Superintendencia, de sus representantes legales, de los integrantes del Consejo Directivo y de los Revisores Fiscales.
3. La Corporación denominada **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, es una entidad Privada sin ánimo de lucro, organizada como Corporación que cumple funciones de Seguridad Social, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. y NIT 860066942-7, goza de personería jurídica conferida por medio de la Resolución No.2409 del 30/06/1978; proferida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
4. Según nuestros registros, el Representante Legal Suplente para efectos judiciales y conciliaciones extrajudiciales en asuntos atinentes a la Empresa Promotora de Salud – **EPS COMPENSAR** y en el caso de las **IPS COMPENSAR** cuando éstas estén involucradas en reclamaciones de responsabilidad civil médica o profesional de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, es el doctor **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, identificado con cédula de ciudadanía No.71.724.156 de Medellín y tarjeta profesional 85409 del C. S. de la J., designación aprobada por el Ente de Inspección, Vigilancia y Control mediante Resolución No. 0153 del 25 de marzo de 2011 y Acta de Posesión No. 609.
5. Según información suministrada por la citada Caja, la dirección para efectos de notificaciones judiciales es la Avenida 68 No.49A - 47 de esta ciudad.

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de octubre de 2015.


JEANNETTE BENÍTEZ DE ARÉVALO
Superintendente DelegadaProyectó: Maria Esther Caicedo Angulo Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co

Ca441942041

Cadenia S.A. No. 29090330 01-08-23

ES LA COPIA (FOTOCOPIA) NUMERO =159= DE LA
ESCRITURA PÚBLICA =12913= DE FECHA =10= DEL
MES DE =DICIEMBRE= DEL AÑO =2015= TOMADA DE
SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE CONFORME AL
ARTÍCULO 41 DEL DECRETO 2148 DE 1983, EN =04=
HOJAS CON DESTINO AL: =INTERESADO=

DADO EN BOGOTÁ, D.C., EL 04 DE OCTUBRE DE 2023



RODOLFO REY BERMUDEZ

NOTARIO TREINTA Y OCHO (38E) DEL CIRCULO DE BOGOTA

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C., 2 DE OCTUBRE DEL 2023

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL:
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

EL SUSCRITO DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES DEL REGISTRO DE LAS ENTIDADES BAJO LA VIGILANCIA DE LA SUPERINTENDENCIA.

C E R T I F I C A

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT. 8600669427

DOMICILIO: 3

DIRECCIÓN: Avenida 68 No. 49 A - 47

TELÉFONO: 4280666

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS:

notificacionesjudiciales@compensar.com

CONSTITUCIÓN Y OBJETO: LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 21 DE 1982, ARTÍCULO 42, Y LA LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 16, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN SUSTITUYAN O ADICIONEN. GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2409 DE FECHA 30/06/1978 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTÍCULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN

C E R T I F I C A

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LOS ESTATUTOS, ELECCIÓN Y REMOCIÓN. COMPENSAR TENDRÁ UN DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y UN NÚMERO DE SUPLENTE, DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD QUE REQUIERA LA OPERACIÓN, QUIENES EN SU ORDEN LO REEMPLAZARÁN EN SU FALTA ABSOLUTA O TEMPORAL. LOS SUPLENTE SERÁN DESIGNADOS POR EL CONSEJO DIRECTIVO, EL CU DE LOS ESTATUTOS, LA REPRESENTACIÓN LEGAL Y LA ADMINISTRACIÓN DIRECTA DE LA CORPORACIÓN ESTÁN A CARGO DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO, QUIEN SERÁ ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN SU PRIMERA REUNIÓN PARA PERÍODOS DE CUATRO AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELECCIÓN Y SIN PERJURIO DE SU REMOCIÓN POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN CASO QUE NO SE LLEVE A EFECTO

LA ELECCIÓN, CONTINUARÁ COMO DIRECTOR ADMINISTRATIVO QUIEN HAYA SIDO ELEGIDO PARA EL PERÍODO INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	Carlos Mauricio Vásquez Paez	79.541.640	0556 10/09/2019
SUPLENTE	Margarita Añez Sampedro	51.779.392	0713 09/12/2019
SEGUNDO SUPLENTE	Andrés Barragán Tobar	19.489.949	0713 09/12/2019
TERCER SUPLENTE	Oscar Mario Ruiz	79.538.820	0053 20/02/2009

CERTIFICA

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Conforme al Artículo 38° de los Estatutos de la Corporación, son funciones del Director Administrativo las siguientes: 1. Dirigir a COMPENSAR para el mejor cumplimiento de los fines para los cuales fue creada. 2. Cumplir y hacer cumplir la ley, los estatutos y reglamentos de COMPENSAR, los ordenamientos de la Superintendencia del Subsidio Familiar y las decisiones de la Asamblea General de Afiliados y del Consejo Directivo. 3. Asistir, con voz pero sin voto, a las reuniones de la Asamblea General y del Consejo Directivo. 4. Representar a COMPENSAR judicial y extrajudicialmente. 5. Presentar a la Asamblea General y al Consejo Directivo, en sus reuniones ordinarias o cada vez que lo exijan, las cuentas, balances y cualquier informe sobre la marcha de COMPENSAR. 6. Convocar a la Asamblea General y al Consejo Directivo conforme a los presentes estatutos. 7. Girar, aceptar, endosar, negociar en cualquier forma, títulos valores, titularizar cartera y ejecutar los actos o contratos que se requieran para el cumplimiento de los fines de COMPENSAR, dentro de las previsiones estatutarias. 8. Nombrar los empleados de COMPENSAR cuya designación no esté reservada a otros órganos de la Caja y removerlos libremente. 9. Celebrar todos los actos de disposición y administración necesarios y conducentes al logro del objeto de COMPENSAR, con las limitaciones que establezcan los estatutos, la Asamblea General o el Consejo Directivo. 10. Cumplir con las demás funciones que le asignen la ley, los estatutos, la Asamblea General y el Consejo Directivo.

LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

MEDIANTE ACTA DE ASAMBLEA NO. 51 DE FECHA 10 DE MARZO DE 2022, LA ASAMBLEA APROBÓ POR MAYORÍA, LA CUANTÍA POR LA CUAL EL DIRECTOR PUEDE CONTRATAR SIN CONSULTA PREVIA AL CONSEJO DIRECTIVO ASCIENDE A \$ 29.868.380.803. LA CUAL FUE APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 0292 DE 23 DE MAYO DE 2022, EJECUTORIADA EL 8 DE AGOSTO DE 2022.

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES

NOMBRE:

Luis Andrés Penagos Villegas
C.C. No. 71.724.156 de Medellín
T.P. No. 85409 C S de la J

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE
RESOLUCIÓN No. 0153 DEL 25/03/2011

CERTIFICA

CONSEJO DIRECTIVO

PERIODO 2022-2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 0292 del
23/05/2022 Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO A PARTIR DEL 09/08/2022:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	Empresa: R&I SEGUROS LTDA Nit Empresa: 900.148.606-4 Dirección Empresa: Carrera 67 No. 167 - 61 Oficina 403 de Bogotá, D.C.	Principal 1: ALVARO ANTONIO ROZO PALOU Cédula: 438.255 de Bogotá, D.C.
SEGUNDO REGLÓN	Empresa: DISTRICARGO OPERATIONS S.A Nit Empresa: NIT. 830.033.723-1 Dirección Empresa: carrera 106 No 15-25 MZ 09 BG 04 de BOGOTÁ	Principal 2: ALVARO JOSÉ RIVERA HERNANDEZ Cédula: 19270606 de BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	Empresa: MY PEOPLE CONSULTORES ORGANIZACIONALES SAS Nit Empresa: 830.033.522-6 Dirección Empresa: CARRERA 7 # 156-68 of 1305 Edificio North Point III de BOGOTÁ	Principal 3: LILIANA ARROYO VARGAS Cédula: 66.763.369 de PALMIRA
CUARTO REGLÓN	Empresa: 10 AUDIO S.A.S. Nit Empresa: 900.537.951-1 Dirección Empresa: Calle 78 No. 9 - 57 de Bogotá, D.C.	Principal 4: CARLOS SAAVEDRA GARCÍA Cédula: 19.071.244 de Bogotá, D.C.
QUINTO REGLÓN	Empresa: SKANDIA PENSIONES Y CESANTIAS S.A Nit Empresa: 800.148.514-2 Dirección Empresa: Avenida 19 No 109A-30 de BOGOTÁ	Principal 5: CLAUDIA LLIANA SOLANO ROA Cédula: 39.787.825 de Usaquén



SUPLENTE		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	Empresa: FASECOLDA Nit Empresa: 860.049.275-0 Dirección Empresa: Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11 de Bogotá, D.C.	Suplente 1: MARIA CLAUDIA CUEVAS MARTÍNEZ Cédula: 52.647.393 de USAQUÉN
SEGUNDO REGLÓN	Empresa: CONTINENTAL BUS S.A Nit Empresa: 800.227.937 Dirección Empresa: AVENIDA BOYACÁ # 15-69 de BOGOTÁ	Suplente 2: MARÍA DEL PILAR BETANCOURT CONTRERAS, Cédula: 51.905.743 de BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	Empresa: LA BIFERIA S.A Nit Empresa: 830.135.186-2 Dirección Empresa: CRA 45 NO. 123-33 de BOGOTÁ	Suplente 3: JUAN ANTONIO CABALLERO ARGAEZ Cédula: 19.286.431 de BOGOTÁ
CUARTO REGLÓN	Empresa: FONDO DE EMPLEADOS DE COLSANITAS FECOLSA Nit Empresa: 860.527.467-9 Dirección Empresa: CALLE 99 NO.13-11 de BOGOTÁ	Suplente 4: MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Cédula: 39.682.278 de USAQUÉN
QUINTO REGLÓN	Empresa: SERVICIOS Y MANO DE OBRA SUPLEMENTARIA SERVIMOS S.A.S Nit Empresa: 860.051.638-7 Dirección Empresa: CALLE 42 A NO. 9 - 63 de Bogotá, D.C.	Suplente 5: RUBÉN DARÍO LÓPEZ CORREA Cédula: 16.050.124 de PACORA
SEXTO REGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 6: Cédula:
SÉPTIMO REGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 7: Cédula:
OCTAVO REGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 8: Cédula:
NOVENO REGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 9: Cédula:
DÉCIMO REGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 10: Cédula:

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 1656 del 23/05/2022 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR ESTA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A PARTIR DEL 01/06/2022:

TRABAJADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	Principal 1: FABIÁN ONEIVER CONTRERAS LEMUS Cédula: 79.952.012 de BOGOTÁ	Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A Nit Empresa: 860002180 Dirección Empresa: AV. DORADO NO. 68B-31 de BOGOTÁ D.C
SEGUNDO REGLÓN	Principal 2: JORGE ADONAI ESPINOZA PÉREZ Cédula: 19.233.530 de BOGOTÁ	Empresa: FEDERACIÓN CGT SECCIONAL BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA Nit Empresa: 900530873 Dirección Empresa: DIAGONAL 39 A BIS # 14-52 de BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	Principal 3: ALBERTO ALFREDO CASTILLO FANDIÑO Cédula: 79.749.086 de BOGOTÁ D.C	Empresa: AJECOLOMBIA S.A Nit Empresa: 830081407 Dirección Empresa: KM 2 VÍA FUNZA SIBERIA PARQUE INDUSTRIAL SAN ANTONIO BOD 123 BL A de No registra
CUARTO REGLÓN	Principal 4: MARÍA DORIS GONZÁLEZ Cédula: 41.713.286 de BOGOTÁ	Empresa: SUBRED INTEGRA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE Nit Empresa: 900959051-7 Dirección Empresa: DIAGONAL 34 No. 5-43 de BOGOTÁ
QUINTO REGLÓN	Principal 5 MIGUEL ENRIQUE MORANTES SABOGAL Cédula: 19.430.928 de BOGOTÁ	Empresa: INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU Nit Empresa: 8999999081 Dirección Empresa: CALLE 22 NO. 6-27 de BOGOTÁ
SUPLENTE		
REGLON	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	Suplente 1 ALBERTO LEÓN TORRES Cédula: 19.427.035 de BOGOTÁ.	Empresa: DELTA SALUD SAS BIC Nit Empresa: 800214959 Dirección Empresa: CALLE 116 NO. 18-77 de BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	Suplente 2 ADRIAN CORTES VARGAS Cédula: 79.182.723 de SIBATE	Empresa: CORPORACIÓN DE ABASTOS DE BOGOTÁ SA CORABASTOS Nit Empresa: 860028093 Dirección Empresa: AV. CARRERA 80 NO. 2-51 EDF. ADMON de BOGOTÁ

Identificador: HsaT wbyA e0WA oNV3 mj4i AOAw yrw=
La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

Documento firmado digitalmente

TERCER RENGLÓN	Suplente 3 MARIO ALEXANDER SANCHEZ TORRES Cédula: 79.623.726 de BOGOTÁ	Empresa: BANCO GNB SUDAMERIS SA Nit Empresa: 860050750 Dirección Empresa: CALLE 34 NO, 24-08 de BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	Suplente 4 MELVA RINCÓN SUÁREZ Cédula: 37.310.464 de OCAÑA	Empresa: FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOGOTÁ Nit Empresa: 899999061-9 Dirección Empresa: AV. EL DORADO # 66-63 de BOGOTÁ
QUINTO RENGLÓN	Suplente 5 CLAUDIA PATRICIA SUAREZ SEGURA Cédula: 41.106.900 de ORITO	Empresa: FUNDACIÓN CLINICA SHAI O Nit Empresa: 860006656 Dirección Empresa: DIAGONAL 115 A No. 70C-75 de BOGOTÁ
SEXTO RENGLÓN	Suplente 6: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
SÉPTIMO RENGLÓN	Suplente 7: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
OCTAVO RENGLÓN	Suplente 8: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
NOVENO RENGLÓN	Suplente 9: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
DÉCIMO RENGLÓN	Suplente 10: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:

CERTIFICA

REVISOR FISCAL

PERIODO 2022 - 2026 Ó SU DESIGNACIÓN

REVISORES FISCALES	PERSONA JURIDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	BAKER TILLY		80.353.347	35189-T	0499 05/08/2022

COLOMBIA
LTDA.
NIT.
800.249.449-
5

BERNARDO
RODRÍGUEZ
LAVERDE

SUPLENTE	ERNST & YOUNG AUDITORES S.A.S NIT. 860.008.890- 5	JOANA KATERIN PARRA BORDA	1.032.368.135	199.627-T	0198 03/03/2023
----------	---	------------------------------------	---------------	-----------	--------------------

Carlos Andrés Esquiaqui Rangel

SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO
FAMILIAR**

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	41516487
NOMBRES	MARTA OBDULIA
APELLIDOS	GARCIA DE ACERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/17/2023 17:22:02	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

810-2013

ACUERDO DE CONSTITUCIÓN DE UNION TEMPORAL

Entre los suscritos:

- **JAZMIN MORENO CORTES**, mayor de edad, identificada como aparece al pie de su firma, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., debidamente facultada para el efecto, tal como obra en el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de comercio de Bogotá, en su condición de representante legal de **CLINICA PARTENON LTDA**, sociedad comercial debidamente constituida de acuerdo con las Leyes de la República de Colombia, la cual, además, se encuentra debidamente inscrita en el Registro Mercantil de la Cámara de Comercio de Bogotá;
- **NESTOR RICARDO RODRIGUEZ ARDILA**, mayor de edad, identificado como aparece al pie de la firma, c con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., como Director y por ende representante legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** corporación privada sin ánimo de lucro como consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia del Subsidio Familiar y debidamente facultado para suscribir el presente contrato de Unión Temporal por su Consejo Directivo en sesión del 14 de agosto de 2013, según certificación de Secretaría General de COMPENSAR que se anexa.
- **ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES**, mayor de edad, identificado como aparece al pie de la firma, con domicilio en el Distrito Capital de Bogotá, quien debidamente facultado para el efecto, tal como obra en el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, en su condición de Suplente del Gerente de **SOCIEDAD DE CONSULTORIA Y PRESTACION DE SERVICIOS ANDAR S.A.**, sociedad comercial debidamente constituida de acuerdo con las Leyes de la República de Colombia, la cual, además, se encuentra debidamente inscrita en el Registro Mercantil de la Cámara de Comercio de Bogotá,

Hemos convenido constituir la presente **UNION TEMPORAL**, que se regirá por lo previsto en las disposiciones legales aplicables a la materia de que trata este acto jurídico y en especial por las siguientes:



CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO DE LA UNION TEMPORAL.- El presente acuerdo tiene por objeto conformar una **UNION TEMPORAL** para la celebración y ejecución de un contrato con la Nueva Empresa promotora de Salud - NUEVA E.P.S., para la Prestación de Servicios de Salud Básicos y Especializados Clínicos y Quirúrgicos, para el corte poblacional asignado con y sin condiciones clínicas identificadas, con el fin de mantener y mejorar la salud de sus afiliados para el grupo Bogotá 1.

CLÁUSULA SEGUNDA: DOMICILIO.- El domicilio de la **UNION TEMPORAL** que aquí se integra será el Distrito Capital de Bogotá, República de Colombia y su dirección para notificaciones judiciales y extrajudiciales será la Calle 73.A No. 76-45 de Bogotá D.C.

CLÁUSULA TERCERA: DENOMINACION.- Para todos los efectos, la **UNION TEMPORAL** será distinguido con la denominación de "**UNION TEMPORAL ANDAR PLUS**".

CLÁUSULA CUARTA: DURACIÓN.- La **UNION TEMPORAL** tendrá vigencia de dos (2) años para la celebración, ejecución y liquidación del correspondiente contrato, más un (1) año adicional. Las partes integrantes de la **UNION TEMPORAL** podrán extender, por mutuo acuerdo y siempre y cuando conste por escrito, el término de vigencia inicialmente pactado.

CLÁUSULA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LOS INTEGRANTES.- Los integrantes de la **UNION TEMPORAL** se obligan a responder ante la Nueva Empresa promotora de Salud - NUEVA E.P.S., en los términos de la ley, de manera solidaria hasta el monto de su participación con la ejecución del contrato a cuya celebración hubiere lugar. En consecuencia, las actuaciones, hechos y omisiones que se presenten en desarrollo del contrato afectarán indistintamente a las partes que lo conforman.

CLÁUSULA SEXTA: IMPUESTOS Y GASTOS.- Cada una de las partes integrantes de la **UNION TEMPORAL**, será responsable de manera individual e independiente, por el recaudo, declaración y pago de los impuestos, tasas o contribuciones de orden nacional o territorial que le correspondan.



5

CLÁUSULA SÉPTIMA: CAPACIDAD. La UNION TEMPORAL podrá adquirir derechos y asumir las obligaciones necesarias, dirigidas a la realización de su objeto.

CLÁUSULA OCTAVA: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES. Los miembros de la UT son responsables en forma conjunta y solidaria con relación al contrato y en los trabajos a realizarse mancomunadamente. Cada integrante se obliga a cumplir con una participación equivalente así: **CLINICA PARTENON LTDA 20%, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR 6% y SOCIEDAD DE CONSULTORIA Y PRESTACION DE SERVICIOS ANDAR S.A. 74%.** De acuerdo con lo anterior la participación de los integrantes estará representada en la ejecución de las siguientes actividades para la prestación de los servicios: **CLÍNICA PARTENON**, atención de los servicios clínicos especializados y quirúrgicos, **SOCIEDAD DE CONSULTORIA Y PRESTACION DE SERVICIOS ANDAR S.A.**, atención de los servicios de salud básicos y especializados, e imágenes diagnósticas; y **COMPENSAR** atención de los servicios de laboratorio clínico, patología y vacunación. Los ingresos, costos y gastos, las utilidades y pérdidas se asumirán por los integrantes de acuerdo con el porcentaje de su participación.

CLÁUSULA NOVENA: CESIÓN. Ninguno de los integrantes de la UNION TEMPORAL podrá ceder o enajenar, de manera total o parcial, su participación en la UNION TEMPORAL sin autorización previa, expresa y escrita de los demás integrantes de la UNION TEMPORAL y de la Nueva Empresa promotora de Salud - NUEVA E.P.S.

CLÁUSULA DÉCIMA: ÓRGANOS DE LA UNION TEMPORAL.- La UNION TEMPORAL tendrá los siguientes órganos de dirección: a) La Junta de Integrantes y, b) El representante de la UNION TEMPORAL.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: LA JUNTA DE INTEGRANTES.- La Junta de Integrantes estará conformada por los miembros de la UNION TEMPORAL y será, por consiguiente, el organismo supremo de la misma.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: REUNIONES.- La Junta se reunirá cada vez que la convoque el representante de la UNION TEMPORAL o cuando la convoque el representante de cualquiera de sus respectivos integrantes y sus decisiones se adoptarán por mayoría. La convocatoria a las reuniones deberá efectuarse por escrito, independientemente de que se transmita vía fax o por correo electrónico, con una anticipación de al menos, dos (2) días.



En todo caso, cuando se encuentren presentes la totalidad de los integrantes de la UNION TEMPORAL, las reuniones, deliberaciones y adopción de decisiones podrán efectuarse en cualquier lugar y sin necesidad de que hubiese mediado convocatoria alguna.

PARAGRAFO PRIMERO: QUÓRUM.- Para deliberar y decidir se requerirá la presencia de al menos dos (2) de los tres (3) integrantes de la UNION TEMPORAL. Para la adopción de decisiones se requerirá mayoría si se encuentran presentes los tres (3) integrantes de la UNION TEMPORAL; en caso de que sólo hayan asistido dos (2) de los integrantes de la UNION TEMPORAL, la decisión será unánime. Cuando no se pueda llevar a cabo una reunión por falta de quórum para deliberar, podrá procederse a una nueva convocatoria, la cual se efectuará por escrito y sólo requerirá anticipación de un (1) día para la realización de tal reunión.

PARAGRAFO SEGUNDO: REUNIONES NO PRESENCIALES.- Las reuniones de la Junta de Integrantes y sus decisiones podrán realizarse y adoptarse sin la presencia física de cada uno de ellos, contando, para el efecto, con los medios que el avance de la técnica permita para facilitar su comunicación simultánea o sucesiva, de suerte que en estos eventos se verifique y se asegure la deliberación y la adopción de decisiones mediante comunicación efectiva de los integrantes de la UNION TEMPORAL. Así mismo, las decisiones podrán adoptarse sin necesidad de la presencia física de los representantes de los integrantes de la UNION TEMPORAL, cuando tales decisiones obren en documentos que lleven la firma de los integrantes de la UNION TEMPORAL.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: REPRESENTACIÓN.- La UNION TEMPORAL tendrá un sólo y único representante, que será quien actúe en nombre tanto de la UNION TEMPORAL como de los integrantes para todos los efectos administrativos, técnicos, operativos y/o legales que sean necesarios y ejecutará entre otros los siguientes actos:

- a) Preparar las finanzas y garantías necesarias para el perfeccionamiento y ejecución del contrato;
- b) Recibir la correspondencia y notificaciones de la UNION TEMPORAL e informar al mismo sobre el particular;
- c) Conservar los archivos y documentos que puedan ser requeridos por la ley y el contrato.

De la misma manera el representante contará con las siguientes facultades:



- 7
- a) Presentar la propuesta de servicios.
 - b) Celebrar el contrato con la Nueva Empresa promotora de Salud - NUEVA E.P.S.
 - c) Representar a la UNION TEMPORAL en todas sus relaciones con la entidad pública contratante y para todos los efectos legales.
 - d) Administrar los recursos financieros.
 - e) Celebrar los contratos requeridos para la ejecución del objeto contractual.
 - f) Constituir las garantías requeridas.
 - g) Presentar balance y rendir cuenta a los Consorciados.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROHIBICIONES.- Se prohíbe a los integrantes de la UNION TEMPORAL y a su representante contraer obligaciones que comprometan a la UNION TEMPORAL como fiador, avalista o garante de obligaciones de terceros.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN. La UNION TEMPORAL se disolverá: a) Por vencimiento del término de duración, si antes no fuere prorrogado; b) Por la imposibilidad de desarrollar el objeto de la UNION TEMPORAL; c) Por desaparición de dos de los tres consorciados; d) Por disposición judicial; e) Por las demás causales establecidas por la ley.

PARÁGRAFO PRIMERO: Será liquidador el representante o la persona que designe la Junta de Integrantes. En el momento en que no fuere posible el nombramiento de liquidador, la Cámara de Comercio de Bogotá hará la designación del liquidador. La liquidación del patrimonio social, se hará en un todo de acuerdo a las prescripciones legales consagradas en el Capítulo X del título 1 del Libro Segundo del Código de Comercio, o las que en su momento rigen al respecto. El liquidador podrá hacer adjudicaciones o distribuciones en especie, si así lo aprueba la Junta de Integrantes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: REFORMA DEL ACUERDO DE LA UNION TEMPORAL.- Las reformas a los acuerdos plasmados en el presente documento, deberán ser adoptadas por escrito, el cual deberá llevar la firma de los integrantes de la UNION TEMPORAL o de sus respectivos representantes.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: CLÁUSULA COMPROMISORIA: Las diferencias que surjan entre los integrantes de la UNION TEMPORAL entre



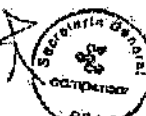
si o entre estos y la UNION TEMPORAL, por causa o con ocasión tanto de la celebración, la ejecución o la liquidación del presente acuerdo, así como por causa de la celebración, el desarrollo, la ejecución o la liquidación del contrato a que hubiere lugar y que no puedan resolverse amigablemente, serán sometidas a decisión de un tribunal de arbitramento el cual estará integrado por tres (3) árbitros. Los árbitros correspondientes serán designados por acuerdo entre las partes convocante y convocada y si ese acuerdo no se logra, tal designación será efectuada por la Cámara de Comercio de Bogotá. Los fallos respectivos deberán pronunciarse en Derecho. El Tribunal funcionará en las dependencias del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, con sujeción a los estatutos y reglamentos del mencionado Centro de Arbitraje y Conciliación.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. Las partes manifiestan que no se encuentran incurso en alguna de las inhabilidades o incompatibilidades para realizar el presente acuerdo.

CLÁUSULA VIGESIMA. CONFLICTO DE INTERESES. Las partes declaran no estar comprometidas en conflicto de intereses, de conformidad con lo previsto en el artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

CLÁUSULA CONDICIÓN DE MODIFICACIÓN. Teniendo en cuenta que Compensar es una Caja de Compensación Familiar sometida a control y vigilancia del Estado, en el evento en que éste modifique la normatividad que rige el funcionamiento de las Cajas o las EPS o la Superintendencia del Subsidio Familiar o la Superintendencia Nacional de Salud dicten normas que las afecten o adopte decisiones que incidan en la ejecución del presente contrato, LAS PARTES se obligan a sujetarse a las nuevas disposiciones y requisitos que se establezcan, incluyendo la suspensión de la ejecución del objeto contratado e incluso la rescisión del contrato, si a ello hubiere lugar.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: NOMBRAMIENTOS.- Designese como representante de la UNION TEMPORAL, a **ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 65.781.175 de Ibagué y como representante suplente, se designa a **ANGELICA PATRICIA NAVARRETE VARGAS** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.550.384 de Bogotá



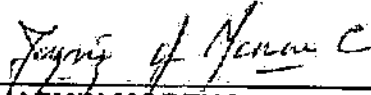
Las doctoras **ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES** y **ANGELICA PATRICIA NAVARRETE VARGAS**, por medio de la suscripción del presente acuerdo, expresan en su propio nombre y representación, su aceptación a los cargos designados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- En lo no previsto en este contrato y en cuanto no resulten incompatibles con su naturaleza, para el funcionamiento de la presente UNION TEMPORAL se aplicarán las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes que rigen en Colombia.

En señal de aceptación, las partes integrantes de esta UNION TEMPORAL suscriben el presente acuerdo en tres (3) ejemplares con el mismo contenido y valor, en la ciudad de Bogotá D.C., a los **19 DIC 2013**

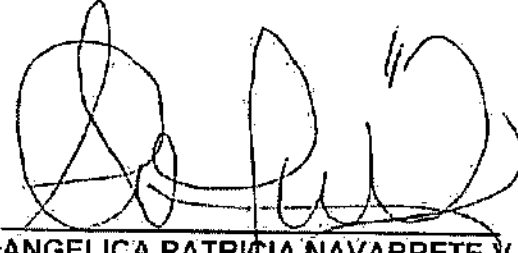



NESTOR RICARDO RODRIGUEZ
 C.C. 19.189.652 de Bogotá
 Director Administrativo
 CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
 COMPENSAR


JAZMIN MORENO CORTES ARDILA
 C.C. 52.017.221 de Bogotá
 Representante Legal
 CLINICA PARTENON LTDA


ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES
 C.C. 65.781.175 de Ibagué
 Representante Legal
 SOCIEDAD DE CONSULTORIA Y
 PRESTACION DE SERVICIOS ANDAR
 S.A


ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES
 C.C. 65.781.175 de Ibagué
 Representante
 UNION TEMPORAL ANDAR PLUS


ANGELICA PATRICIA NAVARRETE V.
 C.C. No. 1.026.550.384 de Bogotá
 Representante Suplente
 UNION TEMPORAL ANDAR PLUS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

CONTRATANTE:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. "NUEVA EPS S.A."
PRESTADOR:	UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS
PLAZO DE EJECUCION:	VEINTICUATRO (24) MESES
NUMERO DEL CONTRATO:	01-05-01- 00171-2014

Entre los suscritos a saber, **JOSE FERNANDO CARDONA URIBE**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.267.821, quien actúa en nombre y representación de la sociedad domiciliada en Bogotá, denominada **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. "NUEVA EPS S.A."**, identificada con NIT No. 900.156.264-2, sociedad comercial de naturaleza anónima y carácter privado, constituida mediante Escritura Pública No. 753 de la Notaría 30 de Bogotá del 22 de marzo de 2007, registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá el 31 de mayo de 2007 bajo el número 01134885 del Libro IX, matrícula mercantil No. 01708546, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 371 del 3 de abril de 2008 para funcionar como Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a quien se le denominará **NUEVA EPS**, por una parte, y por otra parte, **ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No.65.781.175 obrando en nombre y representación de la **UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS**, identificada con NIT No. 900.694.059-6, conformada y según documento de constitución, por las siguientes sociedades: **CLÍNICA PARTENON LIMITADA**, identificada con NIT 800.085.486-2, constituida por Escritura Pública 3.300 del 28 de diciembre de 1989 de la Notaría 26 de Bogotá D.C., inscrita el 31 de enero de 1990 bajo el número 285.712 del Libro IX, según consta en el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.; **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, identificada con NIT No. 860.066.942-7 con personería jurídica conferida por medio de la Resolución No. 2409 del 30 de junio de 1978 proferida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; **SOCIEDAD DE CONSULTORIA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ANDAR S.A.**, identificada con NIT No. 900.123.162-8, constituida por Escritura Pública 0000500 del 26 de enero de 2006 de la Notaría 29 de Bogotá D.C., inscrita el 3 de febrero de 2006 bajo el número 01036811 del Libro IX, según consta en el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., instituciones prestadoras de servicios de salud que acredita los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud vigente, a quien se les denominará **EL PRESTADOR**; hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**, previas las siguientes **CONSIDERACIONES**:

1) La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, modificada



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

por la Ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, el cual tiene por objeto la organización de la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud - POS directamente o indirectamente a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y de los profesionales de la salud que se encuentren habilitados para prestar los servicios de salud en el respectivo nivel de complejidad. 2) NUEVA EPS es una sociedad anónima, privada autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para funcionar como Entidad Promotora de Salud - EPS, autorización que le fue otorgada mediante la Resolución 371 del 3 de abril de 2008. 3) NUEVA EPS dentro del proceso precontractual divulgó la información geográfica y demográfica de la población objeto del presente contrato, así como el modelo de atención, la organización de la red de servicios que tiene dispuesta para sus afiliados, dando a conocer los mecanismos y medios de difusión que tiene establecidos para mantener informados a sus afiliados, prestadores y proveedores. 4) EL PRESTADOR acredita los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tiene vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Entidad correspondiente y acredita el Certificado de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación emitido por la entidad territorial o autoridad respectiva, para la cual fue seleccionada. 5) EL PRESTADOR acredita la suficiencia para prestar los servicios que hacen parte del presente contrato conforme su capacidad instalada y las condiciones demográficas de la población objeto de amparo por el presente contrato. 6) EL PRESTADOR declara que cumple con los parámetros de calidad establecidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 7) EL PRESTADOR declara bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la normatividad vigente, ni en conflicto de intereses. 8) EL PRESTADOR acepta que el presente contrato se encuentra sujeto a los cambios normativos y/o cambios en las condiciones de la población, de igual manera acepta los ajustes a que haya lugar. 9) NUEVA EPS tiene documentado el proceso de referencia y contrarreferencia para la correcta ejecución del contrato frente a la operación de toda su red de prestadores. 10) El presente contrato se regirá por las normas del Derecho Privado, las condiciones establecidas por NUEVA EPS, la propuesta presentada por EL PRESTADOR, y en especial por las siguientes **CLÁUSULAS: CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.**- El presente Contrato tiene por objeto la prestación de los servicios de salud básicos o básicos y especializados clínicos y quirúrgicos para una cohorte poblacional asignada, con y sin condiciones clínicas identificadas. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL PRESTADOR proporcionará los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y que se encuentran descritos en el ANEXO N°1 - FICHA TÉCNICA DE SERVICIOS - PAGO GLOBAL PROSPECTIVO, que hace parte del presente Contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El presente contrato de prestación de servicios de salud se pacta en la modalidad de PAGO GLOBAL PROSPECTIVO. **CLÁUSULA SEGUNDA: LUGAR DE EJECUCIÓN.**- EL PRESTADOR proporcionará los servicios contratados en la ciudad de Bogotá D.C. **CLÁUSULA TERCERA: CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS.**- EL PRESTADOR prestará los servicios determinados en la cláusula anterior, a quienes se encuentren afiliados y activos en la base de verificación de

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

derechos. En el caso que la base de verificación de derechos no sea suministrada oportunamente, EL PRESTADOR deberá verificar en la red de la internet en la dirección: <http://www.nuevaeps.com.co> en la pestaña autorizaciones IPS la adscripción o verificación de los derechos del afiliado. Las coberturas de los servicios a los afiliados activos relacionados en la base de verificación de derechos será la determinada en este contrato. Respecto a los afiliados nuevos, tendrán derecho a la atención inicial de urgencias y a las acciones de Promoción y Prevención, y para los afiliados de Protección Laboral, tendrán derecho a los casos de urgencias y a los tratamientos en curso, de acuerdo a la normatividad vigente. **PARAGRAFO PRIMERO:** EL PRESTADOR prestará los servicios de salud objeto de este contrato en sus instalaciones. Para garantizar la oportuna atención de los afiliados y precaver los riesgos en la salud, EL PRESTADOR deberá remitir los pacientes a otras Instituciones que pertenezcan a la red de prestadores de servicios de salud de NUEVA EPS, cuando éstos requieran de atención complementaria o de mayor complejidad, de acuerdo al proceso de referencia y contrareferencia establecido por NUEVA EPS. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En los eventos de urgencia vital, la remisión oportuna del paciente es de exclusiva responsabilidad del PRESTADOR, sin mediar autorización previa por parte de NUEVA EPS, quien avalará con posterioridad la remisión efectuada por EL PRESTADOR. EL PRESTADOR se obliga a informar a NUEVA EPS sobre la remisión dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su ocurrencia a través de la línea nacional 018000948811 y en Bogotá al teléfono 3077023. **PARAGRAFO TERCERO:** Si verificada la Base de Datos en tiempo real, se encuentra que el afiliado no adscrito al PRESTADOR tiene la calidad de afiliado adscrito a otra IPS diferente al PRESTADOR con la cual se suscribe el presente Contrato, ésta última deberá solicitar instrucciones a la línea de autorizaciones de NUEVA EPS a fin de definir la forma de atención; si la atención es autorizada ésta se facturará a las tarifas señaladas en el ANEXO N° 1 - FICHA TÉCNICA DE SERVICIOS - PAGO GLOBAL PROSPECTIVO. En ningún caso, se pagarán o retribuirán los eventos no autorizados por NUEVA EPS, salvo la atención inicial de urgencias. **PARAGRAFO CUARTO:** Las gestantes, los menores de un (1) año, las personas discapacitadas, las personas de la tercera edad y los pensionados tienen prioridad en su atención. **PARAGRAFO QUINTO:** Los servicios podrán ser autorizados a través de: (i) el sistema de IVR, (ii) Call Center, (iii) página Web, (iv) oficinas de atención al usuario o el canal de autorizaciones establecidos por NUEVA EPS en el ANEXO N°2 - MANUAL DE AUTORIZACIONES NUEVA EPS. **PARAGRAFO SEXTO:** Los servicios NO POS se podrán prestar siempre y cuando medie una autorización previa de servicios por parte de NUEVA EPS en cumplimiento de una acción judicial o decisión del Comité Técnico Científico. **CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES DEL PRESTADOR.-** EL PRESTADOR se obliga para con NUEVA EPS a: **4.1) ATENCIÓN CON CALIDAD.-** 4.1.1) Prestar sus servicios con calidad a los Afiliados de NUEVA EPS, enfatizando el cumplimiento de la normatividad y la propuesta de servicios, relacionada con la oportunidad, la accesibilidad y la pertinencia clínica y abstenerse de realizar prácticas discriminatorias o dilatorias en la atención a los usuarios. **4.1.2) Entregar a los afiliados, cuando EL PRESTADOR no preste el servicio, el Formato de Negación de servicios de acuerdo con la Circular Única (CE 021) del 7 de octubre de 2005 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que la aclaren, modifiquen**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. 4.1.3) Cumplir con la programación y el horario de los servicios contratados, cualquier cambio deberá ser informado a los usuarios y/o cancelado con la debida anticipación, dejando constancia de la comunicación al usuario, salvo en los casos en que se presente caso fortuito o fuerza mayor, y ello no acarree perjuicios al usuario. 4.1.4) Expedir los certificados de incapacidad y licencias por maternidad a que diere lugar el proceso de atención del afiliado y dejar constancia en la Historia Clínica. 4.1.5) No cobrar a los afiliados de NUEVA EPS, ninguna suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, excepto las cuotas moderadoras y copagos como lo establece la normatividad vigente. 4.1.6) Prestar los servicios de salud ordenados a los usuarios de la cohorte poblacional asignada dentro del plazo de ejecución del presente contrato y que no hayan podido realizarse al momento de la finalización del mismo. 4.1.7) Gestionar el cumplimiento de las actividades de protección específica y detección temprana y el seguimiento de las cohortes poblacionales para la gestión del riesgo de su competencia como IPS. 4.1.8) Garantizar el monitoreo y control de uso de las ayudas de laboratorio clínico, imagenología y los demás servicios contratados. 4.1.9) Realizar la caracterización de la cohorte poblacional asignada según riesgo. 4.1.10) Implementar el Modelo de Salud de NUEVA EPS. 4.2) CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD.- 4.2.1) Cumplir permanentemente con las normas sobre el Sistema de Garantía de Calidad y mejoramiento de la calidad y el componente de Auditoría Médica de conformidad con lo establecido en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, Resolución 2680 del 11 de agosto de 2007 y Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007 emanadas del entonces Ministerio de la Protección Social, Circular 049 del 2 de abril de 2008 y la Circular 0056 del 6 de octubre de 2009 emanadas de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás normas que las aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. 4.2.2) Mantener vigente su habilitación como prestador de servicios de salud durante el plazo de ejecución de este contrato. NUEVA EPS podrá verificar los estándares o requisitos de habilitación y conforme a los resultados obtenidos dará el traslado correspondiente al ente de vigilancia y control. 4.2.3) Atender las recomendaciones y sugerencias realizadas por los auditores de NUEVA EPS. 4.2.4) Garantizar la suficiencia para prestar los servicios objeto del presente contrato a partir de la capacidad instalada, frente a la población adscrita por NUEVA EPS notificando inmediatamente las situaciones de emergencia funcional, así como su levantamiento. 4.2.5) Disponer de profesionales adecuadamente capacitados y entrenados para la atención de los afiliados de NUEVA EPS. NUEVA EPS podrá solicitar al PRESTADOR el cambio de los profesionales asignados a la prestación del servicio, siempre que se produzca cualquier tipo de conflicto que influya en la correcta prestación del servicio. 4.2.6) Garantizar el cumplimiento de los protocolos y guías de atención comunicados por NUEVA EPS. 4.2.7) Cumplir en su totalidad con el modelo de atención de salud de NUEVA EPS y de capacidad instalada definidos por NUEVA EPS, en las instalaciones donde EL PRESTADOR prestará los servicios de salud, conforme la información de parámetros y estándares aportada por NUEVA EPS. 4.3) MANEJO Y SUMINISTRO DE INFORMACIÓN: 4.3.1) Consultar con NUEVA EPS cualquier información demandada por los medios de comunicación u ofrecida a ellos, que se relacione o afecte la marca, la

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

imagen o la reputación de NUEVA EPS antes de su publicación o respuesta. 4.3.2) Guardar la confidencialidad de la información de NUEVA EPS a la que tenga acceso durante la vigencia del presente contrato, especialmente la información relacionada con su ejecución, cumplimiento y estado. 4.3.3) No usar la marca de NUEVA EPS para justificar ante sus proveedores o terceros el incumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. 4.3.4) Responder oportuna y adecuadamente las solicitudes y/o requerimientos que le presente NUEVA EPS, suministrando toda la información y documentación pertinente. 4.3.5) Presentar a NUEVA EPS, la información correspondiente a los servicios de salud objeto de este contrato y la que adicionalmente se le requiera para adelantar la auditoría exigida por los organismos de Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 4.3.6) Presentar y suministrar información oportuna y veraz. En el evento que se compruebe que la información suministrada no cumple con este requisito, será causal de terminación unilateral del contrato por parte de NUEVA EPS, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar. 4.3.7) Informar el correo electrónico al cual NUEVA EPS hará las notificaciones que se requieran. 4.4) **RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR:** Responder, sin solidaridad de NUEVA EPS, por los perjuicios que se puedan generar a ésta, o a los afiliados o a los beneficiarios que atienda en cumplimiento de éste contrato, como consecuencia de fallas del servicio, o de acciones u omisiones del personal que disponga para la prestación de los servicios, así como también por los perjuicios que ocasionen sus socios, los grupos de práctica profesional y/o los profesionales independientes con que cuente EL PRESTADOR para el cumplimiento del presente contrato. 4.5) Garantizar durante la ejecución del Contrato que la conformación de la Unión Temporal no se modificará en sus integrantes, participación, y/o responsabilidades asumidas sin la previa, expresa y escrita autorización de la Presidencia de NUEVA EPS. 4.6) **RESERVA DE INFORMACIÓN:** No divulgar información epidemiológica a terceros, relacionada con los pacientes afiliados a NUEVA EPS, salvo que se trate de requerimientos efectuados por los Organismos de Vigilancia y Control del Estado. 4.7) **REPORTES:** Presentar a la Regional correspondiente o al área del nivel Nacional competente los reportes que a continuación se enumeran, vía correo electrónico y/o en medio magnético y dentro de los términos aquí establecidos: 4.7.1) Reportar a NUEVA EPS todas aquellas circunstancias que se relacionen con una posible suspensión del servicio dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a que se conozca la limitación. 4.7.2) Reportar a NUEVA EPS dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia de los hechos, el ingreso de alguno(s) de sus afiliados, si es víctima de accidente o evento urgente. 4.7.3) Reportar a NUEVA EPS el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes, en atención a lo establecido en la Resolución 02816 de 1998 del Ministerio de Salud y demás normas que la aclaren modifiquen o sustituyan, norma que es de obligatorio cumplimiento. 4.7.4) Reportar las fallas o deficiencias en la prestación del servicio y efectuar los comités de calidad para resolver las inquietudes de los usuarios, dejando evidencia en actas escritas, las cuales en caso de requerirse deben ser remitidas en copia a NUEVA EPS. 4.7.5) Reportar a NUEVA EPS los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios. 4.7.6) Reportar a NUEVA EPS cualquier novedad en materia de los servicios objeto del presente contrato inscrito en el registro

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

especial de prestadores de servicios de salud por la autoridad competente, en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación ante la autoridad que le corresponda, y enviar copia del documento de reporte. 4.7.7) Entregar de acuerdo a los requerimientos de NUEVA EPS, los reportes de la operación del Contac Center. 4.8) **INFORMES:** Presentar a la Regional correspondiente o al área de nivel Nacional competente vía correo electrónico, a través de página web y/o en medio magnético y dentro de los términos establecidos, los informes que a continuación se describen: 4.8.1) Indicadores de gestión previstos en las Circulares vigentes de la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los tres (03) primeros días hábiles de cada mes. 4.8.2) Nacidos vivos y defunciones de usuarios que se produzcan en sus instalaciones o bajo su atención, semanalmente y mediante los formatos establecidos en la Circular Externa conjunta 0081 de noviembre 13 de 2007 del entonces Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo de Nacional de Estadística y demás normas que la aclaren modifiquen o sustituyan, norma que es de obligatorio cumplimiento. 4.8.3) información estadística de los usuarios de NUEVA EPS sobre morbilidad, mortalidad, infección intrahospitalaria, reingresos y días de estancia hospitalaria por usuario hospitalizado dentro de los tres (03) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios en el formato establecido para tal fin. 4.8.4) Información de prestaciones de servicios de salud -RIPS-, anexa en medio magnético a la facturación mensual. 4.8.5) Informe sobre las quejas de los usuarios y copia de la respuesta dada por EL PRESTADOR dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente a la presentación de la queja. 4.8.6) Informe de los eventos adversos trazadores definidos en la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006 -Anexo Técnico- del entonces Ministerio de la Protección Social, y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, norma que es de obligatorio cumplimiento. 4.8.7) Informe y monitoreo de los eventos de interés en salud pública, establecidos en el Decreto 3518 de 2006 y aplicación de protocolos de obligatorio cumplimiento de acuerdo a normatividad vigente. 4.8.8) Informe sobre la ejecución de actividades de protección específica y detección temprana, en los tiempos y formatos definidos por Nueva EPS, relacionados en la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 del Ministerio de Salud y demás normas, que la aclaren, modifiquen o sustituyan. 4.8.9) Informe sobre la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos de eventos de interés en salud pública que se presenten, de acuerdo a lo previsto en los Protocolos de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, vigentes para Colombia, que se deriven de la atención de los servicios objeto del presente contrato y demás normas que aclaren, modifiquen o sustituyan, norma que es de obligatorio cumplimiento. 4.8.10) Informe técnico mensual de actividades de acuerdo a la Resolución 4505 de 2012, por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento o demás normas que aclaren, modifiquen o sustituyan. 4.8.11) Cualquier otro informe técnico que le sea requerido en los formatos establecidos y con la periodicidad definida por NUEVA EPS; incluidos los solicitados por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud o la Cuenta de Alto Costo y que permitan evaluar el comportamiento del costo medio evento, como los RIPS dentro de los tiempos establecidos. 4.8.12) Entregar periódicamente de

子

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

detección temprana, los criterios de evaluación del Plan Decenal de Salud Pública y demás normas que aclaren, modifiquen o sustituyan, para el logro de las coberturas poblacionales a través de seguimiento de cohortes y realizando la demanda inducida de los usuarios a los servicios intra y extramural. 4.14) Autorizar la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de NUEVA EPS, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales. 4.15) Disponer de atención telefónica en una línea local, las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana, conforme a lo ordenado por la Circular No. 031 de septiembre 9 de 2006 expedida por la Superintendencia Nacional de y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, disposición que es de obligatorio cumplimiento. 4.16) Permitir en sus instalaciones la colocación de carteles y material informativo de NUEVA EPS en los lugares autorizados y concertados previamente de acuerdo con las políticas de la compañía o condiciones normativas vigentes. 4.17) Atender lo estipulado en el Decreto 050 del 14 de enero de 2003 del Ministerio de Salud, la Circular 066 del 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, en lo relacionado con la subcontratación de servicios de Salud. 4.18) Apoyar y acompañar a NUEVA EPS, en la defensa judicial que deba adelantar ante los entes judiciales y extrajudiciales como consecuencia de las reclamaciones adelantadas por los usuarios de NUEVA EPS, derivada de la prestación directa de los servicios por parte del PRESTADOR, suministrando la información requerida por NUEVA EPS dentro de los términos que ésta señale, como copia de la Historia Clínica, Estudios de Calidad del PRESTADOR en la ocurrencia de eventos adversos, entre otros. 4.19) Establecer un proceso de asignación de citas médicas no presencial, garantizando que se cumplan los tiempos establecidos dentro de la propuesta de servicio. 4.20) Cumplir la programación informada a los usuarios y/o cancelarla como mínimo con doce (12) horas de anticipación, cuando ello no acarree perjuicios al afiliado y siempre que medie justa causa de acuerdo con los parámetros definidos en la ley y la normatividad vigente. Cualquier cambio en el horario de los servicios contratados deberá contar con la autorización escrita de NUEVA EPS. 4.21) Cumplir las normas para el manejo de las historias clínicas definidas por el Ministerio de Salud en la Resolución No. 1995 de julio 8 de 1999 y demás normas que la que la aclaren, modifiquen o sustituyan, especialmente lo establecido en los artículos 3, 7, 12 y 13, y demás normas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan 4.22) Cumplir con lo dispuesto en el artículo 110 del Decreto 019 de 2012 en relación con la disposición y entrega de las historias clínicas en caso de liquidación del PRESTADOR como entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 4.23) Tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en la ley general de archivos Ley 594 de 2000 y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. 4.24) Contar con el espacio físico adecuado para la conservación de historias clínicas físicas que estén en su poder y las que reciba dentro de la ejecución del presente contrato. 4.25) Permitir a NUEVA EPS el acceso a la información relacionada con el estado de salud de los afiliados y la prestación de los Servicios, facilitando el acceso a la historia clínica y demás documentos que requiera.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

NUEVA EPS de conformidad con la Ley 23 del 18 de febrero de 1981, el Decreto reglamentario 3380 del 30 de noviembre de 1981, Decreto 1725 de 1999, la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas que las aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. 4.26) Abstenerse de divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera NUEVA EPS para efectos de éste contrato, o la que requieran las autoridades competentes o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación del PRESTADOR obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud. 4.27) Entregar a la terminación del contrato, por cualquier causa, la información relacionada con los usuarios atendidos incluidos todos los registros clínicos, de acuerdo con el procedimiento que para tal efecto le señale NUEVA EPS. 4.28) Cancelar con sus propios medios económicos y dentro de las oportunidades establecidas a sus empleados, socios, grupos de práctica profesional o profesionales independientes con que cuente para el cumplimiento del objeto del contrato, los salarios y prestaciones, honorarios o comisiones que pacte con ellos, según la modalidad de pago que adopten. NUEVA EPS no se solidariza con EL PRESTADOR por los conceptos derivados de las obligaciones laborales, civiles, comerciales y/o contractuales de carácter civil, a cargo de ésta. NUEVA EPS solicitará al PRESTADOR la certificación de los pagos de aportes al Sistema de Seguridad Social y de parafiscales, por sus empleados, si los tuviere, emitido por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal del PRESTADOR del mes inmediatamente anterior, a través del Supervisor, como requisito para cada pago. 4.29) Afiliar y mantener vigente la afiliación de todos sus empleados al Régimen General de Seguridad Social Integral e implementar un programa de salud ocupacional que involucre a sus empleados y contratistas, en cumplimiento del Decreto 1295 del 22 de junio de 1994, Artículo 21 Literal D y la Resolución 001016 del 31 de marzo de 1989 de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, Artículo 4 y Parágrafo 1 y demás normas que las aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. 4.30) Constituir y mantener vigentes las pólizas de garantía pactadas en el presente Contrato y pagar el valor de la prima de cada una de ellas. 4.31) Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el Supervisor del contrato y/o el área competente de NUEVA EPS, las que se deriven de la ley o reglamento o tengan relación con la naturaleza del contrato. **CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES DE NUEVA EPS.-** NUEVA EPS se obliga para con EL PRESTADOR a: 5.1) Pagar el valor de los servicios en los términos y condiciones previstas en el presente contrato. 5.2) Dar a conocer al PRESTADOR los mecanismos de supervisión, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del PRESTADOR, el cual hace parte del presente contrato ANEXO N°3 - MANUAL DE AUDITORIA MÉDICA. 5.3) Realizar directamente o a través de terceros, el proceso de auditoría médica y de auditoría de cuentas. En caso de que estas auditorías se hagan a través de un tercero, deberá notificar al PRESTADOR el nombre de la firma y responsable de la misma. 5.4) Garantizar una línea de atención veinticuatro (24) horas al día para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes. 5.5) Recibir las facturas presentadas por EL PRESTADOR siempre y cuando reúnan los requisitos de Ley y hayan sido presentadas con los informes obligatorios establecidos en el presente contrato y en el

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

ANEXO N°4 - MANUAL DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS.
CLÁUSULA SEXTA: PLAZO DE EJECUCIÓN.- El presente contrato tiene un plazo de ejecución de VEINTICUATRO (24) MESES contados a partir de la fecha de su suscripción. No obstante, si ninguna de las partes manifiesta por escrito a la otra su decisión de darlo por terminado con una antelación no menor de dos (2) meses a la fecha de su vencimiento, éste se prorrogará automáticamente por el término inicialmente pactado. **PARAGRAFO:** El plazo de ejecución del contrato se encuentra sujeto a los cambios normativos que se den en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; situación que posibilita la terminación unilateral anticipada sin lugar a indemnización alguna. **CLÁUSULA SÉPTIMA: VALOR DEL CONTRATO.-** NUEVA EPS reconocerá a EL PRESTADOR, como pago global prospectivo mensual la suma de DOS MIL CUATROCIENTOS DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS (\$2.402.570.510) MONEDA LEGAL, acordado por las partes, que se reconocerá por la prestación de los servicios contratados en el respectivo mes, dicho valor incluye el porcentaje de cuotas moderadoras y los copagos. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Para todos los efectos de Ley, las partes establecen que este contrato tiene un valor estimado anual promedio de VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTE PESOS (\$28.830.846.120) MONEDA LEGAL. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Las modificaciones tarifarias a que haya lugar se realizarán de mutuo acuerdo entre las partes, a través de la suscripción de un nuevo Anexo N°1, suscrito por los Representantes Legales de cada una de las partes contratantes. **CLÁUSULA OCTAVA: FORMA DE PAGO.-** EL PRESTADOR producirá la factura de venta por servicios de salud con base al listado mensual de prestación de servicios señalados en el ANEXO N°1 - FICHA TÉCNICA DE SERVICIOS - PAGO GLOBAL PROSPECTIVO; dicha cuenta de cobro y/o factura se entregará dentro de los diez (10) primeros días del mes en curso con los siguientes documentos: **8.1)** Registro Individual de prestación de Servicios (RIPS) completamente diligenciado de acuerdo a los términos de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. **8.2)** Reporte del monitoreo de cohortes de los programas de protección específica y detección temprana de acuerdo a la Resolución 412 de 2000, reporte del Anexo Técnico de la Resolución 4505 de 2012, y demás normas que aclaren, modifiquen o sustituyan. **8.3)** Relación de pacientes remitidos a los programas de gestión de la enfermedad que cumplan con los criterios de inclusión señalados en las Guías de manejo de poblaciones específicas, definidas por la NUEVA EPS que hacen parte integral del presente contrato. **8.4)** Relación de pacientes atendidos por evento autorizados conforme a lo estipulado en este contrato y sus respectivos RIPS. **8.5)** Certificación del pago detallado de aportes al Sistema de Seguridad Social y de parafiscales por sus empleados, emitido por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal del PRESTADOR, del mes inmediatamente anterior. **PARAGRAFO PRIMERO:** La radicación de las facturas de venta por Servicios prestados no implica la aceptación de las mismas por parte de NUEVA EPS. **PARAGRAFO SEGUNDO:** NUEVA EPS cancelará al PRESTADOR los servicios objeto del presente contrato bajo la modalidad de PAGO GLOBAL PROSPECTIVO por la prestación de los servicios contratados a la población adscrita, conforme a la normatividad vigente. **PARAGRAFO TERCERO:** Los servicios que

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

no se encuentren incluidos en el pago global prospectivo que proporcione EL PRESTADOR a los afiliados se cancelarán a las tarifas señaladas en el ANEXO N° 1 - FICHA TECNICA DE SERVICIOS - PAGO GLOBAL PROSPECTIVO, conforme a la normatividad vigente. **PARAGRAFO CUARTO:** Los copagos y cuotas moderadoras que se causen en esta modalidad serán recaudados por EL PRESTADOR y por este concepto la misma debe relacionarlo dentro del cuerpo de la factura como un descuento por copagos y cuotas moderadoras correspondiente al cuatro punto cinco por ciento (4.5%) del valor de la facturación mensual. El régimen de copagos y cuotas moderadoras y el cobro al afiliado por estos conceptos se ajustarán a la normatividad vigente. **PARAGRAFO QUINTO:** Si EL PRESTADOR por cualquier motivo no presta los servicios contratados a un usuario de su población adscrita, NUEVA EPS asegurará la prestación del servicio en otra IPS de la red, y el costo generado por dichas atenciones será recobrado a las tarifas facturadas por EL PRESTADOR que atiende al usuario. Este recobro se hará efectivo al mes siguiente en que NUEVA EPS cancele la factura radicada por EL PRESTADOR que prestó el servicio. **PARAGRAFO SEXTO:** EL PRESTADOR autoriza a NUEVA EPS a realizar un descuento mensual de DOCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS (\$12.296.480) MONEDA LEGAL por la cohorte poblacional asignada para cubrir los costos del sistema de información relacionado con el uso de la plataforma tecnológica. **PARAGRAFO SEPTIMO:** Los cambios en las condiciones y tamaño de las cohortes poblacionales, podrán generar ajustes en el valor mensual del contrato y/o en los descuentos del parágrafo anterior. **PARAGRAFO OCTAVO:** NUEVA EPS realizará el primer pago una retención del diez por ciento (10%) del valor a cancelar, para garantizar el cumplimiento del contrato. A partir del segundo mes de ejecución, NUEVA EPS verificará con base en las autorizaciones que haya debido generar para garantizar la atención a los usuarios del PRESTADOR, si dicho valor no excede el monto de la retención, si así fuere NUEVA EPS retendrá del siguiente pago, la diferencia. Esta retención en garantía, será conciliada antes de finalizar cada periodo fiscal con el fin de comprobar el cumplimiento a satisfacción del mismo por parte del supervisor. **PARAGRAFO NOVENO:** EL PRESTADOR se compromete a mantener sin modificación alguna durante el primer año de ejecución del contrato el valor aquí pactado. **PARAGRAFO DECIMO:** NUEVA EPS ajustará al finalizar el primer año de ejecución el valor mensual del contrato con el IPC general del año corrido. **CLÁUSULA NOVENA: DESCUENTOS A LA FACTURACIÓN.-** NUEVA EPS aplicará mensualmente descuentos a la facturación con ocasión de aquellos incumplimientos parciales o aquellos incumplimientos extemporáneos a las obligaciones previstas en el presente contrato, incumplimientos en indicadores normativos y/o aquellos determinados y verificados de acuerdo con las metodologías y herramientas definidas por NUEVA EPS como parte del seguimiento en el ANEXO No.5 MANUAL DE DESCUENTOS A LA FACTURACIÓN. Si EL PRESTADOR incumple el indicador o criterio de evaluación establecido se generará un descuento a la facturación de hasta el doce por ciento (12%) del mes evaluado de acuerdo a las variables establecidas. El nivel de cumplimiento de los indicadores de seguimiento se expresará en puntos, porcentaje o categorías de evaluación sobre las cuales se aplicará el porcentaje de descuento de facturación. Los indicadores o criterios

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

objeto de descuento de la facturación se determinarán anualmente, salvo en casos cuando se requieran ajustar por un cambio normativo, por un requerimiento de un ente de control, del Ministerio de Salud o por NUEVA EPS. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La reincidencia en el incumplimiento injustificado de indicadores, criterios de evaluación o los planes de mejoramiento faculta a NUEVA EPS para imponer multas o demás sanciones y/o dar por terminado unilateralmente el contrato. De igual manera, existirán incumplimientos considerados como intolerables que pueden conllevar a descuentos desde el primer incumplimiento y se podrá descontar hasta el máximo porcentaje determinado y en un tiempo definido, lo que será comunicado al PRESTADOR. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Habrá lugar a descontar hasta el cincuenta por ciento (50%) del valor de los servicios que deba cancelar NUEVA EPS a otros prestadores de servicios de salud, cuando dichos servicios se originen como consecuencia de desviaciones que estén por encima de lo estimado para la población asignada. Esto aplica para imagenología y otros servicios, en los que se debe garantizar por parte del PRESTADOR el monitoreo y control de uso. **PARÁGRAFO TERCERO:** NUEVA EPS aplicará después de los dos (2) meses siguientes del inicio de la operación descuentos a la facturación con ocasión de aquellos incumplimientos a las obligaciones relacionadas con el Contac Center, incumplimientos en indicadores determinados y verificados de acuerdo con las metodologías y herramientas definidas por NUEVA EPS como parte del seguimiento, los cuales deberán ser soportados por EL PRESTADOR mediante Notas crédito. **CLÁUSULA DÉCIMA: GARANTÍAS.-** Para amparar el presente contrato, EL PRESTADOR se obliga a tomar con una Compañía de Seguros legalmente autorizada por la Superintendencia Financiera dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo las siguientes pólizas: **10.1) PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO** cuyo asegurada y beneficiaria sea NUEVA EPS S.A., que ampare los siguientes riesgos: **10.1.1) Cumplimiento** por un período igual al plazo de ejecución del Contrato y cuatro (4) meses más, y por un valor del diez por ciento (10%) del valor estimado del Contrato. **10.1.2) Pago de Salarios y Prestaciones Sociales** por un período igual al plazo de ejecución del Contrato y tres (3) años más, y por un valor del cinco por ciento (5%) del valor estimado del Contrato. **10.2) PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL**, donde NUEVA EPS S.A. junto con EL PRESTADOR sean la parte Asegurada de la póliza, por un período igual al plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más, y por un valor del veinte por ciento (20%) del valor estimado del Contrato. **PARÁGRAFO:** La Póliza deberá amparar todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se llegaren a ocasionar a los beneficiarios de la misma. **10.3) PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, Y HOSPITALES**, donde NUEVA EPS S.A. junto con EL PRESTADOR sean la parte Asegurada de la póliza, por un período igual al plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más, y por un valor de 4000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. **PARÁGRAFO 1:** La Póliza deberá amparar todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se llegaren a ocasionar a los beneficiarios de la misma. **PARÁGRAFO 2:** En caso de que tenga una póliza global constituida de Responsabilidad Civil Profesional para Clínicas y Hospitales, deberá remitir una certificación expedida por la Aseguradora en donde se indique de manera expresa que ampara el presente contrato

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

y en la suma que señala la presente cláusula. **PARÁGRAFO 3:** En el evento de la realización de un siniestro que afecte a beneficiario diferente a NUEVA EPS, EL PRESTADOR se obliga a presentar certificación de la Aseguradora en la que conste que se mantiene como mínimo valor asegurado una suma igual o superior a la señalada en el presente numeral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL PRESTADOR deberá presentar a NUEVA EPS dentro de los diez (10) días siguientes a la firma del presente Contrato, un ejemplar de las pólizas de que trata la presente cláusula, junto con su recibo, constancia o certificación de pago expedida por la Compañía de Seguros en la que conste el pago de las mismas. Si EL PRESTADOR no cumple con esta obligación NUEVA EPS está facultada para suspender los pagos hasta tanto se subsane este incumplimiento. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** EL PRESTADOR se compromete a mantener vigentes las garantías solicitadas en la presente cláusula durante toda la relación contractual que se configura con NUEVA EPS. **PARÁGRAFO TERCERO:** Para la constitución de las pólizas, la aseguradora deberá tener como TOMADOR a EL PRESTADOR, quien a su vez será parte ASEGURADA junto con las sociedades que la conforman. **PARÁGRAFO CUARTO: SOLIDARIDAD.-** Para efectos del desarrollo y ejecución del contrato las sociedades que integran el PRESTADOR, mediante el representante legal designado, manifiestan que serán solidariamente responsables por los perjuicios que se llegasen a ocasionar a NUEVA EPS y/o terceros que se viesen afectados por incumplimiento de las cláusulas establecidas en el contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: SUPERVISIÓN.-** NUEVA EPS ejercerá la supervisión del presente contrato a través de la Gerencia Regional de Salud de la Regional Bogotá. NUEVA EPS se reserva el derecho de realizar las visitas de monitoreo y la supervisión que estime convenientes. De igual forma, con la finalidad de asegurar que la prestación del servicio por parte del PRESTADOR se haga en condiciones óptimas de calidad, NUEVA EPS podrá inspeccionar, verificar el servicio e igualmente hacer sugerencias por escrito para que EL PRESTADOR corrija las deficiencias en la prestación del servicio. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO.- 12.1) MULTAS:** En caso de incumplimiento parcial o total reiterativo de alguna o algunas de las obligaciones del presente contrato o de los planes de mejoramiento definidos y/o indicadores y/o criterios de evaluación, EL PRESTADOR pagará a NUEVA EPS, multas diarias y sucesivas hasta del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor anual estimado del contrato, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) del valor estimado del contrato; para lo cual se adelantará el siguiente procedimiento: (i) NUEVA EPS a través del Supervisor requerirá por escrito al PRESTADOR precisándole el no cumplimiento oportuno de una o varias de las obligaciones pactadas, exigiéndole en plazos ciertos y perentorios que cumpla con ellas, e, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (ii) Si EL PRESTADOR persiste en el incumplimiento o no cumple dentro del plazo pactado, NUEVA EPS a través del Supervisor requerirá por segunda vez al PRESTADOR por escrito, con plazos perentorios y ciertos, e, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento; se remitirá copia de dicho requerimiento a la compañía aseguradora que expidió las pólizas. (iii) Si persiste el incumplimiento, el Supervisor emitirá un concepto técnico donde precisará la(s) obligaciones incumplidas, el valor de ejecución al que corresponde tal incumplimiento, y, los daños y perjuicios que el incumplimiento

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

genera o puede generar y las demás pruebas documentales pertinentes al caso; con copia a la compañía aseguradora. (iv) A través de comunicación escrita enviada, NUEVA EPS informará al PRESTADOR la imposición de la multa, indicándole de manera clara y precisa los motivos de la misma, el valor y el plazo para cancelarlo. (v) Si vencido el plazo para el pago, EL PRESTADOR no cancela la multa impuesta NUEVA EPS podrá descontarlo de las sumas que por cualquier concepto le adeude. **12.2 TERMINACIÓN UNILATERAL:** En aquellos eventos en que el incumplimiento del PRESTADOR afecte de manera grave la ejecución del presente contrato y/o cuando pese a las multas impuestas y/o al procedimiento establecido no se haya logrado la ejecución oportuna, NUEVA EPS podrá dar por terminado el contrato de forma unilateral, sin que por este hecho se genere indemnización alguna a cargo de las partes, cancelando al PRESTADOR los servicios prestados hasta la fecha de la terminación unilateral. Para lo anterior, se adelantará el siguiente trámite: (i) NUEVA EPS requerirá por escrito al PRESTADOR precisándole el no cumplimiento del contrato, exigiéndole en plazos ciertos y perentorios que cumpla con las obligaciones incumplidas, e, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (ii) Si EL PRESTADOR persiste en el incumplimiento o no cumple dentro del plazo pactado, NUEVA EPS requerirá por segunda vez al PRESTADOR por escrito, con plazos perentorios y ciertos, e, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento; se remitirá copia de dicho requerimiento a la compañía aseguradora que expidió las pólizas. (iii) Si persiste el incumplimiento, el Supervisor emitirá un concepto técnico donde precisará el incumplimiento del contrato, los daños y perjuicios que el incumplimiento genera o puede generar y las demás pruebas documentales pertinentes al caso; con copia a la compañía aseguradora. (iv) A través de comunicación enviada por correo certificado, NUEVA EPS informará al PRESTADOR la terminación unilateral del contrato, indicándole de manera clara y precisa los motivos de la misma. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: CLÁUSULA PENAL.-** EL PRESTADOR se obliga a pagar a NUEVA EPS una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor anual estimado del contrato, por los perjuicios ocasionados por el incumplimiento total o parcial de las obligaciones del mismo que afecten de manera grave su ejecución, a título de sanción, sin necesidad de requerimiento o constitución en mora, derechos a los que renuncia EL PRESTADOR, todo lo anterior, sin perjuicio de que se pueda hacer exigible la indemnización de perjuicios y la póliza de cumplimiento. Para lo cual, NUEVA EPS a través del Supervisor emitirá un concepto técnico donde precisará el incumplimiento total o parcial del contrato, los perjuicios que el incumplimiento genera o puede generar, y, las demás pruebas documentales pertinentes al caso, y, a través de comunicación enviada por correo certificado, informará al PRESTADOR que se hará efectiva la cláusula penal, indicándole de manera clara y precisa los motivos de la misma el valor y el plazo para cancelarlo. Si vencido el plazo para el pago, EL PRESTADOR no cancela el valor correspondiente a la cláusula penal, NUEVA EPS podrá descontarlo de las sumas que por cualquier concepto le adeude o al final de la orden resultante del contrato, de las retenciones efectuadas en cada pago. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIONES.-** Toda modificación que se efectúe al presente contrato, durante el plazo de ejecución, se deberá realizar de común acuerdo entre las partes, de lo cual se dejará constancia por escrito en el respectivo documento, suscrito por los representantes legales. **PARÁGRAFO: NUEVA**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

EPS y EL PRESTADOR reconocen que el presente contrato se relacionan con el derecho a la salud y el uso de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual en el evento en que las autoridades del sector salud y demás autoridades competentes emitan ajustes legislativos y/o reglamentarios que afecten el contrato, NUEVA EPS podrá realizar los ajustes y/o tomar las medidas que considere necesarios.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DEBER DE CONFIDENCIALIDAD.- Las partes se comprometen a mantener de manera confidencial toda aquella información a la que tengan acceso con motivo o por ocasión de la celebración y ejecución del presente contrato. Ninguna de las partes podrá utilizar parcial o totalmente, en provecho suyo o de un tercero diferente al debido cumplimiento de este contrato, la información relativa a éste contrato o que se derive del mismo. La anterior obligación surtirá efecto a partir de la fecha en que se firme el presente contrato y tendrá vigencia hasta dos (2) años después de terminado el mismo. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: INVALIDEZ PARCIAL.-** Si cualquier estipulación o disposición de este contrato se considerase nula, inválida o no exigible por cualquier juez competente, dicha decisión será interpretada estrictamente para dicha estipulación o disposición y no afectará la validez de ninguna otra disposición del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.-** Declara expresamente el Representante Legal de EL PRESTADOR que no existen las inhabilidades e incompatibilidades a que se refiere el Artículo 3º del Decreto 0973 del 13 de mayo de 1994 y demás normas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan que prohíban la celebración del presente contrato. **PARÁGRAFO:** La violación a la norma jurídica citada es causal de terminación unilateral del presente contrato por parte de NUEVA EPS. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: INDEMNIDAD.-** EL PRESTADOR mantendrá indemne a NUEVA EPS de toda reclamación, demanda, sanción que contra ésta se llegare a presentar de forma directa o indirecta con ocasión de los servicios objeto del presente contrato. **CLÁUSULA NOVENA: INDEPENDENCIA E INEXISTENCIA DE RELACION LABORAL.-** EL PRESTADOR ejecutará el objeto de este contrato con plena autonomía técnica y administrativa, razón por la cual, no existirá entre ésta y NUEVA EPS ningún tipo de vínculo o relación laboral. Tampoco existirá dicho vínculo o relación entre NUEVA EPS y las personas destinadas por EL PRESTADOR para la ejecución de sus obligaciones, toda vez que EL PRESTADOR será la única empleadora de aquellas. De esta forma, EL PRESTADOR se obliga a mantener indemne a NUEVA EPS frente a cualquier reclamación o demanda laboral proveniente del personal que haya destinado para la ejecución del presente contrato. Los empleados de cada una de las partes no se considerarán, bajo ningún supuesto, representantes, agentes o empleados de la otra. En todo caso, el personal del PRESTADOR que trabaje en el desarrollo de la relación comercial que surja del presente contrato, estará vinculado en forma tal que se garantice su disponibilidad para la ejecución de las distintas actividades aquí mencionadas, y dependerá exclusivamente del PRESTADOR quien será su única empleadora y responderá por sus salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás gastos a que esté obligada. **PARÁGRAFO:** EL PRESTADOR asumirá todos los costos que ocasione la defensa de NUEVA EPS por demandas del personal designado para la ejecución del contrato por parte del PRESTADOR. En el evento que por decisión judicial o administrativa, incluso extrajudicial, NUEVA EPS deba pagar cualquier concepto

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

laboral relacionado con empleados del PRESTADOR o empleados de los subcontratistas del PRESTADOR, EL PRESTADOR deberá restituir los montos a NUEVA EPS dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en la que se le informe de tal hecho, sin perjuicio de la facultad de NUEVA EPS de descontar tales sumas de aquellas que deba pagarle al PRESTADOR por cualquier concepto. **CLÁUSULA VIGÉSIMA: CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.-** Son causales de terminación del Contrato las siguientes: 20.1) El incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones del presente Contrato por parte del PRESTADOR. 20.2) El mutuo acuerdo entre las partes, contenido en escrito firmado por ambas. 20.3) El incumplimiento del PRESTADOR de una cualquiera de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud o de las condiciones de Calidad de prestación de Servicios, conforme al contenido del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 del entonces Ministerio de la Protección social y sus reglamentaciones. 20.4) El estar incurso los Miembros de Organismos Directivos, Directores, Gerentes o Representantes Legales, Administradores y Empleados del PRESTADOR en las inhabilidades e incompatibilidades, a que se refiere el Artículo 3° del Decreto 0973 del 13 de mayo de 1994 de la Presidencia de la República de Colombia. 20.5) Unilateralmente por NUEVA EPS, durante el plazo de ejecución inicial del presente Contrato o de sus prórrogas. La cual se anunciará a la otra mediante comunicación escrita con una antelación no menor de dos (2) meses a la fecha de terminación deseada. Esta forma de terminación de Contrato, no genera indemnización a favor o a cargo de ninguna de las partes. 20.6) Por la aplicación de multas que superen el diez por ciento (10%) del valor estimado del contrato. 20.7) Como consecuencia de una investigación administrativa interna, judicial o adelantada por un ente de vigilancia y control, resultare implicada EL PRESTADOR en actos que afecten la Transparencia, la Buena Fe y/o Lealtad Contractual o la Confianza Legítima de las partes. 20.8) Por la reincidencia en (2 evaluaciones) de incumplimiento a los indicadores calificada por el supervisor y/o el área competente de NUEVA EPS. 20.9) Unilateralmente por NUEVA EPS por cambios normativos o regulatorios que impidan la continuidad del contrato. 20.10) Las demás causales consagradas en la Ley y en la normatividad vigente. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: CESIÓN.-** EL PRESTADOR no podrá ceder este contrato (derechos y obligaciones), ni los derechos que de él se deriven a persona alguna, salvo autorización previa, escrita y expresa de NUEVA EPS. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.-** Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del presente Contrato se procederá a su liquidación y en las demás circunstancias que prevé la Ley de conformidad con lo establecido en el Artículo 27 del Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, normas que son de obligatorio cumplimiento. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-** Toda controversia o diferencia relacionada con este contrato se resolverá inicialmente de manera directa. Si los intentos por solucionar las diferencias y controversias fueren inviables en esta instancia, se podrá recurrir a los mecanismos de solución directa de controversias como son la conciliación, la amigable composición, etc. Finalmente las partes podrán decidir acudir a: un Tribunal de Arbitramento de naturaleza institucional, el cual funcionará en la ciudad del domicilio contractual y decidirá en derecho, ciñéndose a lo dispuesto en la Ley 1563 de 2012; o a la jurisdicción ordinaria. **PARAGRAFO:**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. Y UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS

Cualquier controversia de carácter exclusivamente técnico podrá ser sometida al criterio de un experto designado por las partes o de someterse a consideración de un organismo consultivo del Gobierno o al de alguna asociación profesional. La decisión así adoptada será definitiva. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: SUJECCIÓN A LA LEY Y A LOS TRIBUNALES COLOMBIANOS.-** La ejecución del presente contrato se realizará de conformidad con lo previsto en las normas aplicables en la República de Colombia Las partes se somete a la jurisdicción de los tribunales colombianos. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: NOTIFICACIONES.-** EL PRESTADOR, acepta y da validez a las notificaciones que realice NUEVA EPS, con ocasión del presente contrato y para todos los efectos, a la(s) dirección(es) de correo electrónico informado(s) por EL PRESTADOR. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL.-** Para todos los efectos legales del presente contrato se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Bogotá. **PARÁGRAFO:** Para efectos de notificación, NUEVA EPS tiene su domicilio en la Carrera 85 K 46 A 66 Piso 2 de la ciudad de Bogotá, D.C. y EL PRESTADOR en la Calle 73 A 76 - 45 de la ciudad de Bogotá D.C. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: DOCUMENTOS.-** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos remitidos y recibidos por EL PRESTADOR: 27.1) Pólizas. 27.2) Ficha técnica de servicios - pago global prospectivo. 27.3) Manual de Autorizaciones NUEVA EPS. 27.4) Manual de Auditoría Médica. 27.5) Manual de Gestión y Trámite de Cuentas Médicas. 27.6) Manual de Descuentos a la Facturación. **PARÁGRAFO:** EL PRESTADOR a la firma del presente contrato manifiesta conocer y aceptar el contenido de todos los documentos señalados en la presente cláusula. **CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: MANIFESTACIÓN.-** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia se firma a los: 28 JUL 2014.

NUEVA EPS

JOSE FERNANDO CARDONA URIBE

ELVIA CAROLINA LOPEZ MONTES

Proyectó: TRV/E
Revisó y Aprobó: AJB

Versión No. 6 - 24/4/2014

EL PRESTADOR

SE REALIZA LA DILIGENCIA
EL DOCUMENTO CONTIENE
ESPACIOS EN BLANCO
SE ADVIERTE LO ESTABLECIDO EN EL
ART. 884 DEL COD. DE COMERCIO

Bogotá, Complejo San Cayetano, Carrera 85 K N° 46 A - 66, piso 2, ala sur, Teléfono 4193000

www.nuevaeeps.com.co

Nueva EPS, gente cuidando gente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
EDUARDO GONZALEZ
NOTARIO

(LEY 1.562 DEL 2012)

Notaría

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
DE DOCUMENTO FIRMA Y HUELLA
Ante la NOTARÍA 17 de este Circuito
compareció quien se identificó como:

1. LOPEZ MONTES ELVIA CAROLINA

C.C. No. 65.781.175 de IBAGUE

y declaró que reconoce el contenido de este
documento, su firma y huella como suya.

Bogotá D.C. 11/07/2014 3:43 p.m.

HUELLA DE
TITULO DE DERECHO

FIRMA

Documento: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

MIRIAN SUAREZ SUAREZ

NOTARIA 17(E) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. DE CO



FUESE 01/01/2014 FERNANDA TIMANA MORA

COPIA No. 70816443



NOTA: JOSE FERNANDO CARDONA URIBE, Representante Legal de NUEVA EPS
S.A., con Nit No. 900156264-2, suscribe el contrato el 28 III 2014



LABORATORIO CLÍNICO COMPENSAR**CERTIFICA QUE:**

De acuerdo con la suscripción con de la Unión temporal Andar Plus con Nueva EPS, por el tiempo desde 29 julio 2014 hasta el 1 de septiembre del 2018 se prestaron los siguientes servicios a la usuaria MARTA OBDULIA GARCIA DE ACERO RODRIGUEZ MAYORGA (Q.E.P.D.), identificada con cédula de ciudadanía 41516487, afiliada a NUEVA EPS:

FECHA	NÚMERO DE REFERENCIA	EXAMEN	CONVENIO
2014-08-09	201408093135	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE HEMOGRAMA III	ANDAR KENEDY
2015-04-11	201504111421	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ANDAR KENEDY
2016-11-11	201611183851	PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG MANUAL	ANDAR KENEDY

Atentamente,



Laura Janeth Forero Rodríguez
Gerente de Laboratorio Clínico
Compensar

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : ANDAR KENNEDY

No INGRESO: 1450363030

Paciente: MARTA OBDULIA GARCIA DE ACERO

Edad: 63 Años

Medico: Otros Medicos

Fecha y Hora de ingreso: 2014-08-09 08:07

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 201408093135

Historia: CC-41516487

Género: Femenino

Teléfono:

Fecha de impresión: 2014-08-13 11:34

Cama:

Examen	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------------------------------

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Resultado: 84.0 mg/dl 70.0-100.0

METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA

Profesional Responsable: ANGELA SAYURI CASTRO ROMERO . Tp: 53001043

ENDOCRINOLOGIA

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

Resultado: 4.510 uUI/ml * 0.270-4.200

Técnica ultrasensible: Interprete el resultado con lectura de tres (3) decimales después del punto.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: DIANA PATRICIA REY GUERRERO . Tp: 52218874

HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA

HEMOGRAMA III

RECuento DE ERITROCITOS 4.90 x10⁶/uL * 3.84-4.50

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMOGLOBINA 14.40 g/dl 12.00-15.50

HEMATOCRITO 43.1 % 38.0-47.0

MCV 88.0 fl 80.0-100.0

MCH 29.4 pg 27.0-34.0

MCHC 33.4 g/dl 31.5-35.0

RDW 13.30 % 11.00-15.00

RECuento DE LEUCOCITOS 2.55 x10³/uL * 5.00-9.40

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

NEUTROFILOS Abs 1.09 x10³/uL * 1.40-6.50

LINFOCITOS Abs 1.14 x10³/uL * 1.20-3.40

MONOCITOS Abs 0.29 x10³/uL 0.00-0.70

EOSINOFILOS Abs 0.00 x10³/uL 0.00-0.70

BASOFILOS Abs 0.03 x10³/uL 0.00-0.20

NEUTROFILOS % 42.70 % 38.20-64.10

LINFOCITOS % 44.70 % * 21.00-39.60

MONOCITOS % 11.40 % 4.50-12.60

EOSINOFILOS % 0.00 % * 1.00-3.90

BASOFILOS % 1.20 % * 0.01-1.00

RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO 284 x10³/uL 150-450

GARCIA DE ACERO MARTA OBDULIA Orden: 201408093135

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO**SEDE : ANDAR KENNEDY**

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
<u>HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA</u>		
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
MPV	10.5 fl	6.4-13.0
RECuento DIFERENCIAL MANUAL	-	
Glóbulos Blancos: Los Neutrofilos presentan Granulaciones toxicas.		

Profesional Responsable: ROSMARIE RAMIREZ RAMIREZ. Tp: 63325410

GARCIA DE ACERO MARTA OBDULIA Orden: 201408093135

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

KR 78D No. 40 - 25 SUR Bogotá D.C. Tel:2656173

Exámenes Procesados por Compensar

COPIA DEL INFORME

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO**SEDE : ANDAR KENNEDY****No INGRESO: 1450861476****Paciente: MARTA OBDULIA GARCIA DE ACERO**

Edad: 64 Años

Medico: Otros Medicos

Fecha y Hora de ingreso: 2015-04-11 07:54

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 201504111421**Historia: CC-41516487**

Género: Femenino

Teléfono:

Fecha de impresión: 2015-04-15 11:08

Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
<u>BIOQUIMICA</u>		
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
Resultado:	0.55 mg/dl	0.51-0.95
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA (AV). Tp: SYSTEM

GARCIA DE ACERO MARTA OBDULIA Orden: 201504111421

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

KR 78D No. 40 - 25 SUR Bogotá D.C. Tel:2656173

Exámenes Procesados por Compensar

COPIA DEL INFORME

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO**SEDE : ANDAR KENNEDY****No INGRESO: 1451762756****Paciente: MARTA OBDULIA GARCIA DE ACERO**

Edad: 65 Años

Medico: Otros Medicos

Fecha y Hora de ingreso: 2016-11-18 08:45

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 201611183851**Historia: CC-41516487**

Género: Femenino

Teléfono:

Fecha de impresión: 2016-11-24 14:03

Cama:

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
--------	-----------------------------------	--

BIOQUIMICA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO

Resultado: 1.30 mg/L 0.00-5.00

METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA

FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Resultado: 8.0 UI/ml 0.0-14.0

Menor de 14 UI/ml.

METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA

Profesional Responsable: Bact ELSY JACKELINE RAMOS VILLALOBOS. Tp: 39782519

HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA

ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG MANUAL

Resultado: 4.0 mm/hora 0.0-30.0

METODO: WESTERGREEN

Profesional Responsable: MAYRA ALEJANDRA VARGAS ROJAS. Tp: 1022358492

GARCIA DE ACERO MARTA OBDULIA Orden: 201611183851

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CONCEPTO TÉCNICO RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE MARTA OBDULIA GARCÍA ACERO

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MARTA OBDULIA GARCÍA ACERO.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CÉDULA DE CIUDADANÍA 41516487.
EDAD A LA ATENCIÓN: 64 AÑOS PARA ÉPOCA DE ATENCIÓN.

II. METODOLOGÍA

Posterior a la revisión de la historia clínica relacionada con los servicios asistenciales prestados a MARTA OBDULIA GARCÍA ACERO, en lo relacionado a la atención médica, del año 2006 al año 2018 en Nueva EPS-Andar Plus Sede Kennedy y los exámenes de laboratorio clínico realizados por Compensar a través de la UNIÓN TEMPORAL ANDAR PLUS; la suscrita procede a emitir el siguiente concepto, para cuya emisión fueron consideradas además la literatura científica, guías y protocolos del caso.

III. RESUMEN DE LA HISTORIA MARTA OBDULIA GARCÍA ACERO.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 1.**

MEDICINA GENERAL. 29-12-2006.

Motivo de consulta: "Dolor de cabeza", dolor en las articulaciones, gastritis, control mamográfico.
Enfermedad Actual: Paciente quien consulta por lo anteriormente descrito.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.
Ojos: no refiere.
Orl: no refiere.
Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 16, Temperatura: 36, Peso: 44 Kg, Talla: 149, IMC: 19.52.
Condiciones generales: Aceptables condiciones generales.
Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: K929 ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA.

DX Relacionado 1: M255 DOLOR EN ARTICULACION.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Recomendaciones y dieta.

MEDICAMENTOS.

OMEPRAZOL 20 MG, TOMAR 1 EN AYUNAS. # 30.

LABORATORIOS.

Ácido úrico, Colesterol Total, Factor Reumatoideo, Glucosa en suero, Hemograma, Proteína C reactiva, Triglicéridos, Uroanálisis.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Mamografía Bilateral.

Manuel Peñaredonda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 2.**

MEDICINA GENERAL. 02-07-2010.

Motivo de consulta: "Se me inflaman los dedos."

Enfermedad Actual: Paciente refiere cuadro clínico de larga data de evolución caracterizado por edema en falanges de los dedos de las manos además refiere tener micosis en uñas de los pies. motivo por el cual consulta.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/70, Pulso: 67, FR: 19, Temperatura: 36, Peso: 45 Kg, Talla: 167, IMC: 16.14.

Condiciones generales: Buenas condiciones generales.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, Pulmonar: claros, ventilados sin agregados, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Eutróficas se observan nódulos en falanges distales de manos, Neurológico: sin déficit aparente, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M069 ARTRITIS REUMATOIDEA, NO ESPECIFICADA.
Tipo de diagnóstico: impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.
Se solicita Factor Reumatoideo.

MEDICAMENTOS.
Diclofenaco Sódico 50 mg Tableta. Tomar una tableta cada 8 horas. 30.
Fluconazol 200 mg Capsula. Tomar una semanal cada semana.4.

LABORATORIOS.
Factor Reumatoideo.
María Beatriz Miranda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA. Control # 1 de consulta 02/07/2010.**

MEDICINA GENERAL. 14-09-2010.

DIAGNOSTICO CONTROL.

DX Principal: M069 ARTRITIS REUMATOIDEA, NO ESPECIFICADA.
Tipo de diagnóstico: impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente de 59 años con poliartralgias de características inflamatorias asociadas a rigidez matutinas con factor reumatoideo negativo, no hay marcadores inflamatorios y los diagnósticos al examen físico se encuentra sinovitis agudas de metafalanges e interfalanges se considera AR de anciano VS Osteoartritis inflamatoria. Se decide inicio de Cloroquina, ciclo corto de esteroides, se remite a medicina interna para estudio de patologías, se solicita VSG y PCR.

CONTROL MEDICAMENTOS.

Cloroquina Difosfato o sulfato 150 mg Tableta. Tomar una tableta cada día. 20.
Prednisolona 50 mg Tableta. Tomar 1 tableta cada día por 5 días. 5.

CONTROL LABORATORIOS.

VSG.
Proteína C Reactiva.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Medicina Interna.

María Beatriz Miranda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 3.**

Medicina Interna. 25-09-2010.

Motivo de consulta: Valoración por Medicina Interna.

Enfermedad Actual: Paciente de 58 años la cual asiste a consulta para valoración por Medicina Interna sin enfermedad de comorbilidad, con paraclínicos de septiembre/2010 PCR: 1.00, VSG: 8. Con dolor poliarticular.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/70, Pulso: 78, FR: 20, Temperatura: 36, Peso: 48 Kg, Talla: 145, IMC: 22.83.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplo, Pulmonar: ventilados no agregados, Abdomen: blando depresible no doloroso no megalia, Genitales: normal, Extremidades: Eutróficas edema en interfalanges Test de compresión negativo, con pulsos distales presentes, Neurológico: sin déficit aparente, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M150 OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA.

Tipo de Diagnostico: Impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente de 59 años la cual asiste para valoración por Medicina Interna para estudio de dolor poliarticular de características mecánicas con marcadores y rigidez matutina de menor de 1H y marcadores inflamatorios negativos, no hay factor reumatoideo y al examen físico no signos de AR se considera como primera posibilidad OA inflamatoria.

Plan: Cloroquina 150 mg día, Analgésicos, Terapia física, Control dentro de 3 meses, signos de alarma y recomendaciones.

MEDICAMENTOS.

Carbonato de Calcio 600 mg Tableta. Tomar 1 tableta cada día. 30.

Naproxeno 250 mg Tableta. tomar una tableta cada 12 horas. 20.

Omeprazol 20 mg capsula. Tomar una tableta en ayunas. 30.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Medicina Interna.

Cita Control en 3 meses.

Andrés Ruiz.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 4.**

MEDICINA GENERAL. 20-11-2010.

Motivo de consulta: Las manos.

Enfermedad Actual: Continua con dolor, edema y deformidad en dedos de las manos, pese al tratamiento instaurado.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 48Kg, Talla: 146, IMC: 22.52.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor y deformidad en articulaciones interfalángicas proximales y distales de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

Tipo de diagnóstico: Confirmado repetido.

MEDICAMENTOS.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

IBUPROFENO 400 MG TABLETA. 1 tableta cada 6 horas por 8 días. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 5 dias-6am.

Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 5.**

MEDICINA GENERAL- 17-01-2011.

Motivo de consulta: La artritis y el estómago.

Enfermedad Actual: Desde hace 1 mes presenta flatulencia, prurito anal, adinamia, anorexia y poliartralgias.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 148, IMC: 20.54.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: Ruidos intestinales aumentados, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor en rodillas y articulaciones interfalángicas proximal en manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION.

DX Rel 1. B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

Tipo de diagnóstico: Confirmado Repetido.

MEDICAMENTOS.

ALBENDAZOL 200 MG TABLETA. 2 tabletas juntas hoy lunes-6pm. 2.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12m.

IBUPROFENO 400 MG TABLETA. 1 tableta cada 6 horas por 8 días. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

TINIDAZOL 500 MG TABLETA. 4tabletass juntas el martes y el miércoles-6pm. 8.

Ricardo Rueda.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 6.

MEDICINA INTERNA. 21-01-2011.

Motivo de consulta: Para control.

Enfermedad actual: Paciente con cuadro de 2 años consistente en artralgia de manos de predominio en interfalángicas, rodillas asociales edema, rigidez matutina menor de 1 hora, en cita se consideró OA inflamatoria por lo cual se inició cloroquina sin mejoría **asintomática cardiopulmonar.**

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 72, FR: 17, Temperatura: 37.6.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: no masas no dolor a la palpación, Genitales: normal, Extremidades: manos nódulos de Heberden y Bouchard, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL.

Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con OA de características inflamatorias sin criterios clínicos ni paraclínicos de AR, se considera continuar tratamiento con cloroquina, terapia física, Se solicita RA test. Se indica signos de alarma.

MEDICAMENTOS.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta cada 12 horas por 30 días.

TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ML SOLUCIÓN ORAL, tomar 7 gotas cada 8 horas.

LABORATORIOS.

Factor reumatoideo.

Trae resultado del 08-02-2011 Ra test 5 UL/ML normal.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS).

Terapia Física Integral.

CONTRAREFERENCIA.

Medicina Interna. Control en 1 mes.

Andrés Ruiz Rodríguez.

Control de consulta 21-01-2011.

DIAGNOSTICO CONTROL.

DX Principal: M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN.

Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se corrige Dx Paciente con Poli artralgias.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 7.

MEDICINA GENERAL. 08-02-2011.

Motivo de consulta: Los parásitos.

Enfermedad Actual: Manifiesta mejoría con el tratamiento antihistamínico instaurado, aunque continua con cefalea global pulsátil, mareos y adinamia.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

DX Rel. 1: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

Tipo de diagnóstico: confirmado repetido.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Hace 1 mes suspendió la prednisolona.

Trae resultado del 07-12-2021. Citología cervicovaginal: negativa para neoplasia, atrofia. Control en un año, se entrega a la paciente.

MEDICAMENTOS.

Albendazol 200 mg tableta. 2 tabletas juntas hoy martes 6pm. 2.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12m.

IBUPROFENO 400 MG TABLETA. 1 tableta cada 6 horas por 8 días. 30.

TECLOZAN 500 MG TABLETA. 1 tableta cada 12 horas por 2 días- 14 y 15 de febrero.
Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 8.**

MEDICINA GENERAL 28-03-2011.

Motivo de consulta: Dolores de huesos.

Enfermedad Actual: Continua con poliartralgias y adinamia, pese al tratamiento instaurado.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor a los movimientos en codos, rodillas e interfalángicas distales de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M159 POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Relacionado 1: M059 TRASTORNO DE DISCO CERVICAL, NO ESPECIFICADO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

MEDICAMENTOS.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

IBUPROFENO 400 MG TABLETA. 1 tableta cada 6 horas por 8 días. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 5 días-6am.

LABORATORIOS.

25-04-2011.

Colesterol HDL: 78 MG. Normal.

Colesterol Total: 214MG. Alto.

Creatinina: 0.67. Normal.

Glucosa en suero: 74 mg, Normal.
Triglicéridos: 78 mg. Normal.
Uroanálisis: Densidad: 1021, pH: 6, Bacterias +. Normal.
Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 9.**

MEDICINA GENERAL. 04-05-2011.

Motivo de consulta: Dolor de huesos.

Enfermedad Actual: Manifiesta mejoría con el tratamiento instaurado, aunque continua con poliartralgias. Trae resultados de paraclínicos.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.
Ojos: no refiere.
Orl: no refiere.
Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor a los movimientos en muñecas, codos y rodillas, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPPOSITIVA. SIN OTRA ESPECIFICACION.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día. 30.

Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 10.**

MEDICINA GENERAL. 08-06-2011.

Motivo de consulta: La artritis.

Enfermedad Actual: Manifiesta mejoría con el tratamiento instaurado, aunque continua con dolor abdominal tipo cólico ocasional y poliartralgias.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor a los movimientos en articulaciones interfalángicas proximales de los dedos de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal. Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes-6am. 30.

Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 11.**

MEDICINA GENERAL. 01-07-2011.

Motivo de consulta: Los ojos y la artritis.

Enfermedad Actual: Desde hace 1 año presenta visión borrosa bilateral, pese al uso de gafas. Ultimo control hace 2 años.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Disminución de la agudeza visual bilateral, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Deformidad en articulaciones interfalángicas proximales de los dedos de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: H524 PRESBICIA.

DX Relacionado 1: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes. 6am. 30.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Optometría. Se solicita optometría: desde hace 1 año visión borrosa bilateral, pese al uso de gafas ultimo control por ese servicio hace 2 años.

Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 12.**

MEDICINA GENERAL. 01-08-2011.

Motivo de consulta: La artritis.

Enfermedad Actual: manifiesta mejoría con el tratamiento instaurado, aunque continua con poliartralgias.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.
Orl: no refiere.
Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M159 POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se modifican los malos hábitos de vida e higieno-dietéticos. Ejercicio diario. Control en 1 mes.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes -6am. 30.

Ricardo Rueda.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 13.

MEDICINA GENERAL. 14-09-2011.

Motivo de consulta: La artritis.

Enfermedad Actual: Se le terminaron los medicamentos. Continúa con poliartralgias y mareos ocasionales.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se informan los riesgos previstos señales de alarma, se modifican los malos hábitos de vida e higieno-dietéticos y ejercicio diario. Control en 1 mes.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes-6am. 30.

Ricardo Rueda.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 14.

MEDICINA GENERAL. 19-10-2011.

Motivo de consulta: La artritis.

Enfermedad Actual: Manifiesta mejoría con el tratamiento instaurado, aunque continua con poliartralgias. Se le terminaron los medicamentos.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor y deformidad en articulaciones metacarpofalángicas de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se informan los riesgos previstos señales de alarma, se modifican los malos hábitos de vida e higieno-dietéticos y ejercicio diario. Control en 1 mes.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes-6am. 30.

LABORATORIOS.

11-11-2011.

Fosfatasa alcalina: 56 UI/L. Normal.

Transaminasa Oxalacética: 20.9 UI/L. Normal.

Transaminasa pirúvica: 11.8 UI/L. Normal.

Ricardo Rueda.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 15.**

MEDICINA GENERAL. 20-12-2011.

Motivo de consulta: La orina.

Enfermedad Actual: Desde hace 15 días presenta disuria de ardor, polaquiuria, nocturia y adinamia, sin causa aparente y ya ha presentado cuadro clínico similar. Trae resultado de paraclínico.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 76, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 149, IMC: 20.27.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Dolor, edema y deformidad en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de los dedos de las manos, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: N390 INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO.

DX rel.1: M059 ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

DX rel. 2: H524 PRESBICIA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se informan los riesgos previsto señales de alarma, se modifican los malos hábitos de vida e higienodietéticos y ejercicio diario. Control en 15 días.

Agudeza visual bilateral 20/20 con gafas.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M.

NITROFURANTOINA 100 MG TABLETA. 1 tableta cada 6 horas por 10 días. 6am-12m-6pm y 10pm. 40.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes-6am. 30.

Ricardo Rueda.

▪ ATENCION CONSULTA EXTERNA # 16.

MEDICINA GENERAL. 13-02-2012.

Motivo de consulta: Nueva fórmula.

Enfermedad Actual: Paciente de 60 años con gastritis quien consulta por dolores articulares de larga data DX Artrosis.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.
Digestivo: habito cada día.
Genital/Urinario: FU 3X0.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 80, FR: 16, Temperatura: 36, Peso: 43.5 Kg, Talla: 145, IMC: 20.69.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Disminución agudeza visual bilateral, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCSRS sin soplos. Normal, Pulmonar: Murmullo vesicular sin agregados. Normal, Abdomen: Distendido RSIS. Normal, Genitales: normal, Extremidades: Deformidad IFD, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: K295 GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA.

DX Rel.1: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión diagnostica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente de 61 años con Gastritis y Artrosis, **Vicio de refracción en control por oftalmología** se dan indicaciones y cuidados, se solicitan citología y mamografía.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 8 horas por 7 días. 40.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta al día por un mes-12 m.30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. 1tableta al día por 1Mes-12M. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta al día por un mes-5:30 am.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. 1 tableta al día por 1 mes-6am. 30.

Ricardo Rueda.

LABORATORIOS.

Colesterol HDL, Colesterol Total, Creatinina en suero, Glucosa en suero, Triglicéridos, Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Consulta de 1ª vez Medicina General.

Citología cérvico vaginal.

Mamografía Bilateral.

Jaime Arboleda Martha Lucia.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 17.

MEDICINA GENERAL. 30-04-2012.

Motivo de consulta: Nueva fórmula.

Enfermedad Actual: paciente de 60 años con gastritis, Artrosis, refiere que persiste con dolor articular de larga data por el que le DX Artrosis, en manejo con Cloroquina. Dolor de predominio en manos ocasionalmente en codos y rodillas. Refiere inflamación y rigidez por momentos en las noches estaba en manejo por medicina Interna pero se le venció la orden además no se realizó los exámenes entonces necesita que le transcriba la orden.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: Habito cada día.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 80, FR: 18, Temperatura: 36, Peso: 43 Kg, Talla: 145, IMC: 20.45.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCRS sin soplos. Normal, Pulmonar: Murmullo vesicular sin agregados. Normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: Deformidad IFP y distal sin sinovitis manos nódulos de Heberden y Bouchard. Dilatación varicosa GI-II sin edema. Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: Z124 EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERINO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente de 60 años con Gastritis Artrosis, se dan indicaciones y cuidados, se expide formula se transcribe ordenes de control por medicina y exámenes vencidos.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 G TABLETA. 1 tableta cada 6 horas según dolor. 60.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar una tableta cada noche. 30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada día. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta cada 12 horas. 60.

PREDNISOLONA 5MG TABLETA. Tomar una tableta cada día. 30.

Jaime Arboleda Martha Lucia.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 18.**

MEDICINA GENERAL. 15-05-2012.

Motivo de consulta: Por dolor en codos.

Enfermedad Actual: Paciente con cuadro de dolor poliarticular asociado a sinovitis interfalángicas, rigidez menor a 1 hora, refiere compromiso de dedos, manos, muñecas, rodillas.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 86, FR: 16, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 156, IMC: 18.49.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: no masas, Genitales: normal, Extremidades: manos edema en interfalanges, nódulos de Heberden miembros inferiores, no edemas en rodillas, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con poliartralgias secundaria a artrosis se continua cloroquina X2, además se inicia naproxeno 1 tableta cada 12 horas por 7 días, acetaminofén más codeína, se ordena densitometría ósea, se indican signos de alarma.

MEDICAMENTOS.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas por 30 días. 60.

NAPROXENO 250 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 12 horas por 7 días. 14.

Jully Katherine Laguna Murillo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 19.**

MEDICINA GENERAL. 06-08-2012.

Motivo de consulta: Por la cita del oftalmólogo.

Enfermedad Actual: Paciente refiere valoración con el ORL con RM contrastada con énfasis ángulo pontocerebeloso dentro de límites normales electronistagmografía del abril 2 que evidencia vestibular deficitario derecho Tac de oído simple enero del 2012 estudio dentro de límites normales. Dr. remite a oftalmología paciente asiste a confirmación de cita actualmente con disminución de agudeza visual con desvanecimiento, náuseas intermitentes con cefalea no tinnitus ocasionales fosfenos no síncope no convulsiones no síntomas cardiorrespiratorios ni GI Diuresis y deposiciones usuales no fiebre refiere dolor en manos bilaterales rigidez deformidades en manos que no ceden ante analgesia ocasional rubor y calor.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 78 FR: 18, Temperatura: 36.5, Peso: 45 Kg, Talla: 156, IMC: 18.49.

Condiciones generales: Buen estado general.

Cabeza: Conjuntivas normocrómicas escleras anictéricas, Ojos: Pupilas isocóricas, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: no congestiva, Cuello: móvil, no masas, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCRS sin soplos, Pulmonar: RSRS MV conservado no agregados, Abdomen: no masas no hernias no dolor, Genitales: normal, Extremidades: No edemas buena perfusión distal, Neurológico: no déficit aparente no focalización, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: H534 DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se solicita interconsulta con Oftalmología se indica a paciente glicemia, colesterol total, triglicéridos, se indica a paciente factor reumatoideo ácido úrico.

LABORATORIOS.

Ácido úrico, Colesterol total, factor reumatoideo, glucosa pre y post, triglicéridos.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Oftalmología.

Se solicita valoración por disminución agudeza visual **dolor ocular posterior a TCE.**

Intiñan Chávez.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 20.**

MEDICINA GENERAL. 27-08-2012.

Motivo de consulta: Para control.

Enfermedad Actual: Paciente quien acude a control manifiesta artralgia en manos, asocia edema en manos al momento sin tratamiento. Trae paraclínicos del 14 de agosto del 2012 colesterol Total: 223, Triglicéridos: 58, Ácido úrico: 2.4, RA test: 9.7, Glicemia: 84, post: 98. Densitometría del 28 de mayo del 2012 Score Columna Lumbar -3,2, en tercio distal de antebrazo T Score -3.9, Mamografía del 30 de junio del 2012 BIRADS 1.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 80, FR: 17, Temperatura: 37, Peso: 45 Kg, Talla: 156, IMC: 18.49.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: no masas, Genitales: normal, Extremidades: manos edema en interfalanges nódulos de Heberden, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Rel-1.: M815 OSTEOPOROSIS IDIOPATICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con Osteoartritis inflamatoria se inicia Cloroquina se formula Diclofenaco, además Osteoporosis se inicia Alendronato Tableta 70 mg semanal por 3 meses, además se formula Carbonato de calcio y Calcitriol, se dan formulas por 3 meses.

MEDICAMENTOS.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta al día por 30 días. 90.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 12 horas 30 días. 180.

DICLOFENACO SODICO 50 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 8 horas si hay dolor. 21.

DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML SOLUCION INYECTABLE. Aplicar 1 ampolla IM dosis Única. 3.

Jully Katherine Laguna Murillo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 21.**

MEDICINA GENERAL. 28-11-2012.

Motivo de consulta: Control médico.

Enfermedad Actual: paciente de 61 años quien asiste a consulta médica de control con antecedente de Osteoporosis en Tratamiento con DMO que muestra T SCORE: -3.9 con clase funcional estable, con adecuada adherencia al tratamiento.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/70, Pulso: 78, FR: 20, Temperatura: 36, Peso: 42 Kg, Talla: 146, IMC: 19.7.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Rítmicos no soplos, Pulmonar: simétricos no agregados, Abdomen: Blando no doloroso o megalias, Genitales: normal, Extremidades: Eutroficas no edema pulsos distales presentes, Neurológico: sin déficit aparente, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M815 OSTEOPOROSIS IDIOPATICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Se continua tratamiento indicado para osteoporosis.

Se deja tratamiento indicado por Oftalmología.

Recomendaciones signos de alarma.

MEDICAMENTOS.

ALENDRONICO ACIDO 10-70 MG TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 90.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 180.

DICLOFENACO SODICO 50 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 12 horas por dolor. 90.

SODIO CROMOGLICATO 4% SOLUCIÓN OFTALMICA. Aplicar 2 gotas en ambos ojos cada 12 horas. 6.

Natali Valdés Berardinelli.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 22.**

MEDICINA GENERAL. 07-02-2013.

Motivo de consulta: Para control.

Enfermedad Actual: Paciente con Dx de Osteoporosis y OA degenerativa, acude a control manifiesta persistencia de artralgias en manos asocia edema, artralgia en rodillas predominio derecha, dolor en región lumbar, ha estado en tratamiento con Cloroquina Diclofenaco Acetaminofén sin mejoría.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 80, FR: 17, Temperatura: 37, Peso: 50 Kg, Talla: 157, IMC: 20.28.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: no masas no dolor, Genitales: normal, Extremidades: manos edema en interfalanges deformidades y nódulos de Heberden, Rodillas desviación en rodilla derecha Click a flexo extensión bilateral, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con Osteoartrosis degenerativa se continua Cloroquina se adiciona Acetaminofén más Codeína Diclofenaco IM además Osteoporosis se continúa Alendronato se indica signos de alarma. Se solicita RX de Rodillas.

MEDICAMENTOS.

ALENDRONICO ACIDO 10-70 MG TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 90.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 180.

DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML SOLUCIÓN INYECTABLE. Aplicar 1 ampolla IM dosis única. 1.

MEDICAMENTOS NO POS.

ACETAMINOFEN + CODEINA FOSFATO 500/30MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 8 horas por 90 días. 270.

Jully Katherine Laguna Murillo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 23.**

MEDICINA GENERAL. 20-03-2013.

Motivo de consulta: Para traer los exámenes.

Enfermedad Actual: Para control manifiesta artralgia de rodillas trae resultado de RX de rodillas del 11 de febrero del 2013 artrosis degenerativa de rodillas: manifiesta no toleró Acetaminofén más codeína porque presentó mareo.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 78, FR: 17, Temperatura: 37, Peso: 44 Kg, Talla: 156, IMC: 18.08.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: no masas no dolor, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con OA degenerativa se formula Acetaminofén se ordena terapia física.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 6 horas según dolor. 60.

SERVICIOS (AYUDAS DIAGNOSTICAS PROCEDIMEIRNOS)

Terapia física.

Jully Katherine Laguna.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 24.**

MEDICINA GENERAL. 20-05-2013.

Motivo de consulta: Por los medicamentos.

Enfermedad Actual: Paciente con Dx de Artrosis y Osteoporosis acude a control refiere leve mejoría de dolor en rodillas.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: manifiesta hace 2 días diarrea en número de 4 sin moco sin sangre náuseas dolor abdominal tipo retorcijón.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/60, Pulso: 78, FR: 16, Temperatura: 37, Peso: 44 Kg, Talla: 156, IMC: 18.08.

Circunferencia Abdominal (cm): 76.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: mucosa oral húmeda,

Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: sin soplos, Pulmonar: sin agregados,

Abdomen: dolor a la palpación en flancos no masas no signos de irritación peritoneal, Genitales:

normal, Extremidades: manos nódulos de Heberden, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Rel.1: M815 OSTEOPOROSIS IDIOPATICA, SIN FRACTURA PATOLÓGICA.

DX Rel.2: A084 INFECCIÓN INTestinal VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con Gastroenteritis viral se da tratamiento sintomático dieta astringente por 6 días además osteoporosis y artrosis se continua alendronato, calcio y calcitriol, tiene pendiente cita de Oftalmología.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 6 horas según dolor. 240.

ALENDRONICO ACIDO 10-70 MG TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 16.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 120.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 120.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 240.

METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 8 horas por 5 días. 15.

SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL POLVO PARA DISLVER. Tomar a libre demanda. 4.
Jully Katherine Laguna Murillo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 25.**

NEUROLOGÍA. 06-06-2013.

Motivo de consulta: Tuve un accidente.

Enfermedad Actual: Cuadro clínico de 2 años de evolución dado por **Trauma Craneoencefálico hace 2 años** al ser arrollada por carro, refiere presentó múltiples fracturas en hemicara derecha con **posterior perdida de agudeza visual derecha e hipoacusia ipsilateral**. Oftalmología la envía para descartar posible secuela de origen cerebral.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: Dolor en región cervical posterior hace 3 meses, no medicación, no otros síntomas asociados.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

Pulso: 7, FR: 20.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: paciente alerta orientada, lenguaje fluido, repite, nomina, comprende, pares craneanos: agudeza visual por OD: cuenta dedos a 30 cm, pupilas isocóricas normo reactivas, movimientos oculares adecuados, resto de pares sin compromiso, motor: fuerza 5/5, RMT: ++/++ en cuatro extremidades, sensibilidad y coordinación sin compromiso, no signos de irritación meníngea, no movimientos anormales durante valoración, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: S068 TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con déficit visual, posterior a TCE por lo cual se solicita Tac Cerebral simple para evaluar posible lesión en SNC según resultado se evaluará necesidad de realización de RNM de cerebro y orbitas con supresión de grasa, control con resultados.

SEVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Tomografía Axial Computada de Cráneo Simple.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Neurología.

Control por neurología con resultados.

Yuli Osorio.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 26.**

MEDICINA GENERAL. 22-08-2013.

Motivo de consulta: Control.

Enfermedad Actual: Paciente con cuadro de osteopenia en manejo medico con Acido alendrónico, tomar una tableta semanal, además toma Calcio más Vitamina D, acetaminofén, con buen control.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: Dolor en región cervical posterior hace 3 meses, no medicación, no otros síntomas asociados.

Neurológico: no refiere.

Otros: Insomnio.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 75, FR: 20, Temperatura: 37, Peso: 39 Kg, Talla: 145, IMC: 18.55.

Circunferencia abdominal: 78.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: no masas dolor en región cervical con la palpación, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCS Rítmicos sin soplos, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: blando no dolorosos RSIS presentes sin signos de irritación, Genitales: normal, Extremidades: no edemas pulsos presentes, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: R252 CALAMBRES Y ESPASMOS.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 6 horas según dolor. 120.

ALENDRONICO ACIDO 10-70 MG TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 8.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 60.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 60.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 120.

DEXAMETASONA FOSFATO 8MG SOLUCIÓN INYECTABLE. 1 ampolla IM día.

METOCARBAMOL 750 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 8 horas según dolor. 30.
TIAMINA 100 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE. Aplicar 3 cc IM día cada 2 días
TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA. Media tableta noche. 15.
Rocío Ternera.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 27.**

MEDICINA GENERAL. 08-11-2013.

Motivo de consulta: Poliartralgias.

Enfermedad Actual: Paciente quien consulta por poliartralgia especialmente cuello y espalda, de 1 mes de evolución refiere que perdió a su hijo hace 6 meses.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 78, FR: 22, Temperatura: 37, Peso: 38 Kg, Talla: 148, IMC: 17.35.

Circunferencia abdominal: 58.

Condiciones generales: aceptable estado general y nutricional.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: contractura y espasmo de musculatura cervical y paravertebral lo mismo que dorsal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M542 CERVICALGIA.

DX Rel. 1: M549 DORSALGIA, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

MEDICAMENTOS.

METOCARBAMOL 750 MG TABLETA. Tomar 1 cada 6 horas. 30.

NAPROXENO 250MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 8 horas. 20.

SERVICIOS (AYUDAS DX PROCEDIMIENTOS).

Terapia Física integral.

Mojica Pradilla Hugo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 28.**

MEDICINA GENERAL. 20-12-2013.

Motivo de consulta: Dolor en el cuello.

Enfermedad Actual: Cuadro de cervicalgia en tratamiento con terapia física sin mejoría y mareos sin tratamiento de 7 meses de evolución en tratamiento con analgésicos y terapia física sin mejoría motivo por el cual consulta.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 100/65, Pulso: 84, FR: 21, Temperatura: 37, Peso: 38 Kg, Talla: 145, IMC: 18.07.

Circunferencia abdominal: 61.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCS rítmicos, bien timbrados, no soplos, Pulmonar: murmullo vesicular presente no agregados, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: osteomuscular dolor a la palpación de músculos paravertebrales a nivel de columna cervical y limitación funcional.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M542 CERVICALGIA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Cuadro de cervicalgia en tratamiento con terapia física sin mejoría y mareos sin tratamiento de 7 meses de evolución en tratamiento con analgésicos y terapia física sin mejoría examen físico osteomuscular dolor a la palpación de músculos paravertebrales a nivel de columna cervical y limitación funcional resto normal se ordena radiografía de columna cervical control con resultados.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 6 horas según dolor. 60.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 30.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 30.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 60.

SERVICIOS (AYUDAS DX PROCEDIMIENTOS).

Radiografía de columna cervical: incipientes osteofitos anteriores y marginales, resto normal del 23-12-2013.

Carlos Alexander Murgas.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 29.**

MEDICINA GENERAL.

Motivo de consulta: Para control del dolor cuello.

Enfermedad Actual: La paciente consulta por presentar cuadro clínico de ocho meses de evolución consistente en cervicgia en tratamiento con terapia física, no analgésicos. Trae reporte de RX de columna cervical del 23-12-2013 con incipientes osteofitos anteriores y marginales resto normal.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/65, Pulso: 72, FR: 16, Temperatura: 36.7, Peso: 38 Kg, Talla: 147, IMC: 17.59.

Circunferencia abdominal: 67.

Condiciones general: aceptables condiciones generales.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: dolor en región cervical, buena movilidad., Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCS rítmicos, bien timbrados, no soplos, Pulmonar: buena ventilación ACP, Abdomen: blando depresible no doloroso no masas, Genitales: no se examina, Extremidades: no edemas, no limitación funcional, Neurológico: normal, Otros: normal.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 30.**

MEDICINA GENERAL. 14-03-2014.

Motivo de consulta: control.

Enfermedad Actual: Paciente de 62 años con Osteoartritis gastritis quien asiste por reformulación trae laboratorios 21-02-14 TSH: 3.79 quien refiere depresión por la pérdida de un hijo, inapetencia, lo que la llevo a pérdida de peso.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: habito cada día. No refiere.
Genital/Urinario: FU 3X0 No refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 80, FR: 20, Temperatura: 36, Peso: 36 Kg, Talla: 145, IMC: 17.12. Circunferencia abdominal (cms): 71.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: Normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCSRS sin soplos normal, Pulmonar: RSRS sin agregados normal, Abdomen: blando depresible RSIS normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: K295 GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA.

DX Rel. 1: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Rel. 2: M150 OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA.

DX Rel. 3: EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente de 63 años con gastritis Osteoartrosis Osteoporosis Depresión se dan indicaciones y cuidados se transcribe orden de control por **medicina interna**, se remite a psicología porque rechaza remisión a psiquiatría.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar 1 tableta cada 6 horas según dolor. 180.

ALENDRONICO ACIDO 10-70 MG TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 180.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 12 horas. 180.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 tableta en ayunas. 90.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS).

Psicología.

Jaime Arboleda Martha Lucia.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 31.

MEDICINA GENERAL. 19-06-2014.

Motivo de consulta: Por la medicación.

Enfermedad Actual: Asiste a consulta por medicación de artrosis osteoporosis.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.
Ojos: no refiere.
Orl: no refiere.
Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: Orina normal.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/70, Pulso: 72, FR: 16, Temperatura: 36.5, Peso: 36 Kg, Talla: 145, IMC: 17.12.
Circunferencia Abdominal (cms): 71.
Condiciones generales: Aceptables condiciones generales.
Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: no adenopatías, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCSRS bien timbrados, Pulmonar: ASCSPS bien ventilados, Abdomen: no doloroso, Genitales: normal, Extremidades: no edemas, Neurológico: no déficit neurológico, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M819 OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA.
DX Relacionado 1: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.
TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Dx anotados se explica dieta sana hábitos de vida saludable.
Aumento de peso.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Una cada 12 horas. 180.
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLETA. Una cada 8 días en ayunas tomar con abundante agua. 12.
CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Una cada 24 horas. 90.
CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Una cada 12 horas. 180.
Muller Lamy Gladys.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 32.

MEDICINA GENERAL. 06-08-2014.

Motivo de consulta: 11+00 am. 1. Dolor abdominal.
Enfermedad Actual: Paciente refiere cuadro de 2 meses con dolor constante con Laparotomía exploratoria por Hernia Inguinal encarcelada acude 2 veces post Quirúrgico al servicio de urgencias se realizó RX abdomen: que evidencia distensión de asas delgadas con edemas escasos niveles hidroaéreos en la pelvis.
TAC Abdomen: se evidencia hernia inguinal izquierda encarcelada con segmento intestinal comprometido gran distensión de asas delgadas con zona de transición en peso de herniación.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.
Ojos: no refiere.
Orl: no refiere.
Cuello: no refiere.
Cardiovascular: no refiere.
Pulmonar: no refiere.
Digestivo: no refiere.
Genital/Urinario: Orina normal.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 90/60, Pulso: 77, FR: 18, Temperatura: 37, Peso: 30 Kg, Talla: 145, IMC: 14.27.
Circunferencia Abdominal (cms): 70.
Condiciones generales: normal.
Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Normal, Pulmonar: Normal, Abdomen: blando depresible dolor a la palpación en área QX no irritación, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: K469 HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCIÓN, NI GANGRENA.
DX Relacionado 1: R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO.
TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO NUEVO.

LABORATORIOS.

Glucosa, Hemograma, TSH.

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA.

CIRUGÍA GENERAL.

Paciente femenina de 63 años DX Laparotomía por hernia encarcelada con episodios recurrentes de dolor abdominal y malestar con la ingesta de alimentos a pesar de la cirugía y tratamiento.
Irina Esther Sabaiza.

- **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA-CONTROL #1 DE CONSULTA DEL 06/06/2013.**

NEUROLOGÍA. 13-08-2014.

DIAGNÓSTICOS CONTROL.

DX PRINCIPAL: S063 TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL.
TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

O/ Paciente alerta, orientada, lenguaje fluido, nomina, repite comprende, pares craneanos: agudeza visual por OD: cuenta dedos a 30 cm, pupilas isocóricas normo reactivas, movimientos oculares adecuados, resto de pares sin compromiso, sin focalizaciones sensitivas, sin focalizaciones motoras,

normorreflexia global, coordinación normal, marcha y equilibrio normales, sin signos patológicos, tono y trofismo conservados, sin meningismo, sin movimientos anormales.

Paciente con déficit visual de predominio derecho posterior a TCE por lo cual se solicitó Tac Cerebral simple en pro a identificar presencia de lesión en parénquima cerebral, sin embargo al parecer extravía orden y bien a consulta para realización del examen dado importancia de neuroimagen se solicita y se cita a control con resultados de paraclínicos.

Plan:

Se solicita TAC cráneo simple.

Control en 3 meses.

CONTROL CONSULTA (AYUDAS DIAGNOSTICAS)

Tomografía axial computada de Cráneo simple.

CONTROL CONSULTA (REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA)

Neurología.

Control en 3 meses.

Luis Granados.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 34.**

MEDICINA GENERAL. 27-08-2014.

Motivo de consulta: 27/08/2014 10+50 AM.

1. Reportes.
2. Dolor generalizado.

Enfermedad Actual: Paciente asiste con reporte CCV 20/06/201 negativa para LEI-Atrofia.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 100/60, Pulso: 78, FR: 15, Temperatura: 36.2, Peso: 35 Kg, Talla: 145, IMC: 16.65.

Circunferencia Abdominal (cms): 85.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Relacionado 1: K296 OTRAS GASTRITIS.

DX Relacionado 2: R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO REPETIDO.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Una cada 12 horas. 180.

ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLETA. Una cada 8 dias en ayunas tomar con abundante agua. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Una cada 24 horas. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar 1 tableta día. 90.

COLORQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Una cada 12 horas. 180.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA, Tomar 1 en ayunas. 90.

Iliana Esther Sabaiza.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 35.**

MEDICINA GENERAL. 13-12-2014.

Motivo de consulta: Dolor bajito.

Enfermedad Actual: Paciente refiere antecedente de 5 meses de POP de hernia inguinal, refiere últimos días ha presentado dolor en la región de la cirugía, sin secreciones sin otra sintomatología.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: Dolor en sitio de cirugía.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/70, Pulso: 70, FR: 16, Temperatura: 36, Peso: 36 Kg, Talla: 147, IMC: 16.66.

Circunferencia Abdominal (cms): 64.

Condiciones generales: Normal.

Cabeza: normal, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos No soplos, Pulmonar: RS Respiratorios conservados no movilización de secreciones, Abdomen: Blando doloroso a la palpación en región abdominopélvica del costado izquierdo sin masas, herida quirúrgica en buen estado RSIS presentes simétricos, Genitales: no se explora, Extremidades: normal, Neurológico: sin déficit aparente no signos de focalización motora o sensitiva no signos meníngeos, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con POP Herniorrafía sin hallazgos patológicos en el sitio de la cirugía, sintomatología de dolor se solicita paraclínicos se da tratamiento recomendaciones signos de alarma cuando consultar si presentar complicaciones, se le explica a la paciente quien refiere entiende y acepta tratamiento y conducta se da formula médica.

MEDICAMENTOS.

ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLETA. Una cada 8 días en ayunas tomar con abundante agua. 8.

ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA SUSPENSIÓN ORAL. Tomar una cucharada después de cada comida. 1.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 al día. 60.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Una cada 12 horas. 120.

ESOMEPRAZOL 40 MG CAPSULA, Tomar 1 cada 12 horas. 60.

Oliver Trivia Trujillo.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA-CONTROL 3 DE CONSULTA DEL: 06-06-2013.**

NEUROLOGÍA. 18-01-2015.

DX PRINCIPAL: S063 TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

S/ Niega diplopía pero si hay disminución de agudeza visual, niega diplopía en la actualidad.

O/ Buen estado general, alerta, orientación adecuada, sin deterioro cognoscitivo, sin alteraciones en lenguaje o habla, pares craneanos normales, simetría facial, isocoria, normo reactiva, sin focalizaciones sensitivas, sin focalizaciones motoras, normorreflexia global, coordinación normal marcha y equilibrio normales, sin signos patológicos, tono y trofismo conservados, sin meningismo, sin movimientos anormales.

TAC CRANEO SIMPLE normal para la edad.

ANALISIS:

Paresia III par resuelta sin lesiones del SNC o del SNP.

Plan:

IC optometría por disminución de agudeza visual.

Alta por neurología.

CONTROL CONSULTA (AYUDAS SIAGNOSTICAS)

Consulta de primera vez por Optometría.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 36.**

MEDICINA GENERAL. 02-03-2015.

Motivo de consulta: Dolor Abdominal.

Enfermedad Actual: Paciente con dolor abdominal tipo cólico ocasional no asociado a otros síntomas.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: Disminución de agudeza visual.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/80, Pulso: 78, FR: 18, Temperatura: 37, Peso: 35 Kg, Talla: 145, IMC: 16.65.

Circunferencia Abdominal (Cms): 60.

Condiciones generales: Buenas condiciones generales, hidratada, entra caminado con bastón.

Cabeza: normocéfalo, Ojos: PINRAL disminución de agudeza visual, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos no soplos, Pulmonar: bien ventilados sin agregados, Abdomen: blando no doloroso no masas no megalias, Genitales: no explorado, Extremidades: móviles, simétricas sin edema, Neurológico: sin déficit al examen, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL.

DX Relacionado 1: E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con antecedente de Osteoporosis + Gastritis refiere dolor abdominal no especificado ocasional tipo cólico y bajo peso, ordeno laboratorios cita con resultados. Doy formula signos de alarma y recomendaciones.

Se realiza formulación de medicamentos para osteoporosis y gastritis.

Pendiente cita con Oftalmología.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar una cada 6 horas. 90.

ALENDRONATO SODICO 10 MG TABLETA. TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS TABLETA. Tomar una tableta cada semana. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta día. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta día. 90.
CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 24 horas. 90.
OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. Tomar 1 cada mañana en ayunas. 90.

LABORATORIOS.

Hemograma, TSH, Sangre oculta en materia fecal, T4 Libre, Uroanálisis.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Citología Cervico-vaginal, Mamografía Bilateral.

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA.

Interconsulta Nutrición.

Paciente con bajo peso requiere seguimiento y valoración por nutrición para plan nutricional.

Noribeth Cuesta Perea.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA-Control # 1 de consulta del: 02-03-2015.**

MEDICINA GENERAL. Fecha: 04-07-15.

DIAGNOSTICOS CONTROL.

DX Principal: R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL.

DX Rel. 1: E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA.

TIPO DE CONSULTA: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

MC EA Paciente quien hace 15 dias presentó trauma en cuello de pie izquierdo hace 15 dias presentando cojera y gran dolor al deambular.

EF TA 120/80 FR 22 FC 78 AFEBRIL.

Aceptable estado general y nutricional.

Pie izquierdo equimosis dorso de pies izquierdo dolor a la palpación.

ID. Trauma Pie Izquierdo.

Se solicita RX.

CONTROL CONSULTA (AYUDA DIAGNOSTICAS)

Radiografía de pie AP y Lateral.

Mojica Pradilla Hugo.

▪ **REPORTE ANGIOGRAFÍA.**

25-05-2015.

Foto a color: Muestra disco de buen aspecto. Cup 0.1/0.1/. Árbol vascular con marcada atenuación arteriolar. Coloración alterada por halo amarillento tenue alrededor de la fóvea.

Foto aneritra: Muestra lo descrito en la foto a color.

Estudio angiográfico: muestra adecuado paso del colorante. Se ve halo de hiperfluorescencia tenue alrededor de la fóvea que no varía.

Conclusión: **El examen no es conclusivo, pues no se cuenta con historia clínica. El cuadro puede corresponder a Coroidosis AO. Oclusión vascular antigua AO. Edema macular cistoideo crónico AO.**

Comentario: El presente estudio no otorga diagnóstico por sí solo, debe evaluarse en el contexto del cuadro clínico que el paciente presenta en el momento. Datos archivados para futuras comparaciones.

Dra. Nandy Rodríguez. Oftalmóloga.

▪ **30-10-2015.**

TOMOGRAFÍA ÓPTICA.

HALLAZGOS	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Intensidad Señal.	10/10	8/10
Interfase Vitreo Retiniana.	Membrana epirretiniana (MER) adherida en cuadrantes nasal y superior.	Membrana epirretiniana (MER) adherida en cuadrantes nasal y superior.
Hialoides Posterior.	No valorable.	Separación foveal y en cuatro cuadrantes parafoveales.
Grosor Macular.	128 (normal: 220-290)	127 (normal:220-290)
Cubo Macular.	7.2 mm ³ .	7.3 mm ³ .
Observaciones.	El neuroepitelio presenta una superficie regular con un espesor perifoveal disminuido en cuatro cuadrantes (Normal 286-344) y a nivel foveal. El neuroepitelio presenta alteración de la arquitectura con atrofia de las capas externas. El complejo EPR-coriocapilaris muestra un trazado irregular con presencia de raras y depósitos subretinianos en cuatro cuadrantes. Adelgazamiento coroideo generalizado (grosor coroideo subfoveal: 177)	El neuroepitelio presenta una superficie regular con un espesor perifoveal disminuido en cuatro cuadrantes (Normal 286-344) y a nivel foveal. El neuroepitelio presenta alteración de la arquitectura con atrofia de las capas externas. El complejo EPR-coriocapilaris muestra un trazado irregular con presencia de raras y depósitos subretinianos en cuatro cuadrantes. Adelgazamiento coroideo generalizado (grosor coroideo subfoveal: 176)
Opinión.	MER DMRE.	MER DMRE.

Catalina Becerra. Oftalmóloga-Ecografista.

▪ **RESULTADO DE INTERFEROMETRÍA.**

09-03-2016.

UNIDIME
OFTALMOLOGÍA DIAGNÓSTICA

RESULTADO DE INTERFEROMETRÍA
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

NOMBRE: Obdulia Garza Acero
CEDULA: 41316489
E.P.S.: Serviofalmos **FECHA:** 09-03-16

DIAGNOSTICO:
A.V. s.c. O.D. PL A.V.c.c. O.D.
O.I. Odazmts O.I.

RESULTADO INTERFEROMETRÍA

AGUDEZA VISUAL	OD	OI
PL		
20/300	0,06	
20/150	0,12	
20/60	0,32	
20/40	0,50	
20/30	0,63	
20/25	0,80	

OBSERVACIONES:

VISION
RESPONSABLE

Unidad de Diagnóstico Médico UNIDIME S.A.S. Nit: 800.579.362-1
Calle 134 No. 7 - 83 Torre 2 piso 4 Of. 242 +PBX: (571) 704 7922 - 704 3401
Bogotá - Colombia

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 37.**

MEDICINA GENERAL. 27-04-2016.

Motivo de consulta: Para la droga. Zumbidos en la cabeza. Tengo una bola en cirugía.

Enfermedad Actual: Paciente femenina de 64 años con antecedente de Gastritis + Osteoartritis + Ceguera, en manejo con Calcio+ Vitamina D3, alendronato, Calcitriol, Cloroquina, Acetaminofén, Omeprazol Cap, manifiesta que hace 2 años se le fue realizada Laparotomía exploratoria por Trastorno de colon y Hernia abdominal, posterior ha presentado sensación de masa además manifiesta zumbidos en los oídos.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.
Musculo esquelético: no refiere.
Neurológico: no refiere.
Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 110/60, Pulso: 85, FR: 19, Temperatura: 37, Peso: 37.5 Kg, Talla: 149, IMC: 16.89.

Circunferencia Abdominal (Cms): 60.

Condiciones generales: En buen estado general, consciente alerta en sus tres esferas.

Cabeza: normocefalo, Ojos: normal, Oídos: Otoscopia bilateral, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCRS sin soplos, Pulmonar: Tórax simétrico expansible sin tirajes, pulmones claros bien ventilados, Abdomen: plano peristalsis normal, no doloroso se palpa masa a nivel de hipocondrio derecho no doloroso, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

DX Rel. 1: K469 HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA.

DX Rel. 2: R190 TUMEFACCIÓN, MASA O PROMINENCIA INTRAABDOMINAL Y PELVICA.

DX Rel. 3: H900 HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con antecedente de Osteoartritis se genera reformulación por 3 meses. Tiene pendiente cita con Oftalmología en junio. Se solicita valoración por Otorrino por Hipoacusia.

Se solicita control con Medicina Familiar.

Se solicita Ácido úrico y Factor Reumatoideo.

Se solicita Eco de Abdomen para descartar masa o defecto herniario teniendo en cuenta antecedente quirúrgico.

Se dan recomendaciones y signos de alarma.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. Tomar una tableta cada 6 horas si hay dolor. 180.

ALENDRONATO SODICO 10 MG TABLETA. TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS TABLETA. Tomar una tableta semanal. 12.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. Tomar 1 tableta cada día. 90.

CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA. Tomar una tableta cada día. 90.

CLOROQUINA DIFOSFATO O SULFATO 150 MG TABLETA. Tomar una tableta cada día. 90.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. Tomar 1 capsula en ayunas. 90.

LABORATORIOS.

Factor Reumatoideo.

Ultrasonografía de Abdomen: masas abdominales y de retroperitoneo.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Medicina familiar.

Paciente con antecedente de Osteoartritis en manejo desde hace 5 años en manejo con Cloroquina + Alendronato, diagnosticada con catarata y ceguera hace 2 años sin control.

Otorrinolaringología.

Hipoacusia derecha secundaria a trauma hace varios años. Actualmente manifiesta zumbidos y vértigo.

Eludys Adriana Camargo.

▪ **SALUD VISUAL.**

24-05-2016.

MOTIVO DE CONSULTA: viene a control con interferometría.

EVOLUCIÓN: Viene a control con interferometría 20-60 20-40 09-03-16 opacidad de cristalino en ambos ojos oclusiones vasculares en ambos ojos con cambios atróficos en retina y discos se envía a valoración a catarata.

DIAGNOSTICOS.

DX. PRINCIPAL: H288 OTROS TRASTORNOS DEL CRISTALINO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE.

CONDUCTA: se envía a catarata.

Evento adverso: no se presentó ningún evento adverso.

Marco Villamizar. Oftalmólogo Retina.

▪ **SALUD VISUAL.**

03-11-2016.

Motivo de la consulta.

Viene sin cita dice que el Dr., la vio le dijo que no tenía catarata y que no le dio orden de cita.

Tipo de examen. Evolución oftalmología.

Ocupación habitual. Hogar.

Evolución: Viene sin cita sigo igual no veo nada de mis ojos. Que no tiene cataratas le dijo el doctor que tiene problema de la retina no se más. No toma medicamentos acetaminofén por artrosis ya no toma Cloroquina. AV no veo nada por ambos ojos. Opacidad nuclear leve bilateral con cambios atróficos en retina y discos ópticos se solicita PVE ambos ojos y control.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL. H353 DEGENERACIÓN DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO.

FINALIDAD: Detección temprana de alteraciones de agudeza visual.

CONDUCTA: Se solicita PVE ambos ojos y control.

EVENTO ADVERSO: No se presentó ningún evento adverso.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 39.**

MEDICINA FAMILIAR. 24-11-2016.

Motivo de consulta: Control.

Enfermedad Actual: Paciente que asiste en compañía de su hija, con apoyo de bastón por Artrosis de rodillas y ceguera secundaria a atrofia del nervio óptico por trauma actualmente con antecedente de osteoartrosis degenerativa, osteoporosis en manejo con Alendronato cada 8 días, Gastritis crónica, refiere además toma calcio, para el manejo del dolor toma acetaminofén. Refiere además está en seguimiento con Oftalmología. Trae reporte paraclínico PCR: 1.3, FR: 8, VSG: 4 CCV: negativa para LIE. DEXA 23/07/2016 Osteoporosis radiografía de manos: Osteoartrosis.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 130/80, Pulso: 80, FR: 18, Temperatura: 36, Peso: 40 Kg, Talla: 145, IMC: 19.02.

Circunferencia Abdominal (Cms): 70.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normocéfalo, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: normal, Pulmonar: normal, Abdomen: normal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M815 OSTEOPOROSIS IDIOPATICA, SIN FRACTURA PATOLÓGICA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente que asiste en compañía de su hija, con apoyo con bastón por Artrosis de rodillas y ceguera, con antecedente de Osteoartritis degenerativa, trae DEXA con DX de Osteoporosis motivo por el cual se continua el manejo con Alendronato cada 8 días, Gastritis Crónica. Refiere además toma Calcio. Se inicia Analgésico+ Condroitina en caso de dolor. Se solicitan paraclínicos del quinquenio. Se le explica a la paciente la cual refiere entender y aceptar.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. 2 tabletas cada 12. 120.

ALENDRONATO SODICO 10 MG TABLETA. TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS TABLETA. Una tableta semanal. 4.

CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 600 MG/ 200 IU TABLETA. 1 tableta día. 30.

Posfechados #5.

LABORATORIOS.

Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol Total, Creatinina en suero, Glucosa en suero, Triglicéridos, Uroanálisis.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Mamografía bilateral.

MEDICAMENTOS NO POS.

GLUCOSAMINA + CONDROITINA 1500/1200 CAPSULA. 1 tableta al día. 180.

Moisés Enrique Mosquera.

▪ **ELECTROMIOGRAFÍA Y POTENCIALES EVOCADOS.**

30-11-2016.

HISTORIA CLINICA.

DEGENERACIÓN DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DE AO (TCE HACE 5 AÑOS).

HALLAZGOS.

Se realizó estudio de potenciales evocados visuales estimulando ambas vías con goggles y captando en Oz, encontrando ondas de buena reproducibilidad con prolongación de la latencia P100 del lado izquierdo, y ausencia de la reproducibilidad de las ondas del lado derecho.

CONCLUSIÓN.

Estudio de potenciales evocados visuales anormal, **se evidencia un trastorno funcional retino cortical bilateral, con compromiso parcial izquierdo y severo derecho.**

Jorge Sánchez. Médico Fisiatra.

▪ **ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 40.**

MEDICINA GENERAL. 11-05-2017.

Motivo de consulta: Zumbido y vértigos.

Enfermedad Actual: Paciente comenta zumbidos en los ojos y dolor en ambas manos de varios días de evolución acompañado de epigastralgia.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/70, Pulso: 68, FR: 22, Temperatura: 37, Peso: 46 Kg, Talla: 145, IMC: 21.87.

Circunferencia Abdominal (Cms): 70.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normocéfalo, Ojos: normal, Oídos: Otoscopia normal bilateral, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: normal, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: corazón RSCRSRS sin soplos, Pulmonar: pulmones sin agregados, Abdomen: blando depresible con dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA.

DX Rel 1. M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado repetido.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente comenta zumbidos en oídos y dolor en ambas manos de varios días de evolución acompañado de epigastralgia examen físico abdomen blando depresible con dolor a la palpación de epigastrio sin signos de irritación peritoneal no masas resto normal. Se ordena omeprazol en ayunas en tratamiento para Osteoartrosis motivo por el cual se remite a medicina familiar recomendaciones.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. 1 tableta cada 12. 90.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 capsula en ayunas. 60.

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA.

Medicina Familiar.

Paciente con zumbidos en los oídos y dolor en ambas manos de varios días de evolución acompañado de epigastralgia examen físico abdomen blando depresible con dolor a la palpación de epigastrio sin signos de irritación peritoneal, no masas, resto normal. Se ordena Omeprazol en ayunas en tratamiento para Osteoartrosis, motivo por el cual se remite a Medicina Familiar.

Carlos Alexander Murgas.

▪ ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 41.

MEDICINA GENERAL. 03-10-2017.

Motivo de consulta: Dolor de cabeza.

Enfermedad Actual: Paciente con cefalea global con cervicalgia de 3 meses de evolución sin tratamiento médico.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Piel y anexos: no refiere.

Ojos: no refiere.

Orl: no refiere.

Cuello: no refiere.

Cardiovascular: no refiere.

Pulmonar: no refiere.

Digestivo: no refiere.

Genital/Urinario: no refiere.

Musculo esquelético: no refiere.

Neurológico: no refiere.

Otros: no refiere.

SIGNOS VITALES.

TA: 120/70, Pulso: 84, FR: 21, Temperatura: 37, Peso: 47 Kg, Talla: 145, IMC: 22.35.

Circunferencia Abdominal (Cms): 70.

Condiciones generales: normal.

Cabeza: normocéfalo, Ojos: normal, Oídos: normal, Nariz: normal, Orofaringe: normal, Cuello: contractura muscular de cuello y trapecios, Dorso: normal, Mamas: normal, Cardíaco: RSCRSRS sin soplos, no agregados, Pulmonar: sin agregados, Abdomen: peristalsis positiva blanda depresible no doloroso, no signos de irritación peritoneal, Genitales: normal, Extremidades: normal, Neurológico: normal, Otros: normal.

DIAGNOSTICO.

DX Principal: M624 CONTRACTURA MUSCULAR.

DX Rel 1. G442 CEFALEA DEBIDA A TENSION.

DX Rel 3. F510 INSOMNIO NO ORGÁNICO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión diagnóstica.

RESUMEN Y COMENTARIOS.

Paciente con contractura muscular cefalea tensional e insomnio motivo por el cual se ordena Metocarbamol Acetaminofén Amitriptilina 8 pm Diclofenaco, terapia física, medios físicos en sitio de dolor, dieta normo calórica, normo grasa. Control médico terminado procedimiento.

MEDICAMENTOS.

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA. 1 tableta cada 12. 60.

AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA. 1 tableta 8 pm.

CALCIO-CARBONATO-VITAMINA D3 MG 1200IU TABLETA. 1tableta con el almuerzo. 30.

METOCARBAMOL 750 MG TABLETA. 1 tableta cada 8 horas. 30.

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA. 1 capsula en ayunas. 30.

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Terapia Física integral.

Carlos Alexander Murgas.

▪ LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA.

03-01-2018.

DATOS CLÍNICOS: Pérdida de la visión AO, refiere no ver nada.

HALLAZGOS: Previa dilatación pupilar y en condiciones de adaptación a la luz se realizó E.R.G-F fotópico con luz blanca, posteriormente escotópico con luz blanca, roja y azul y finalmente potenciales oscilatorios, encontrándose en condiciones fotópicas respuestas de morfología pobremente definidas de extremada a baja amplitud, en demás trazados no hay respuestas.

CONCLUSIONES:

E.R.G.-F anormal, por severa depresión de respuestas electrofisiológicas retinales con solo probable actividad residual de función de conos bilateralmente.

Dr. Ernesto Ojeda. Neurólogo.

▪ ANGIOGRAFÍA FLUORESCENCIA.

28-06-2018.

FOTOS A COLOR:

AO: Medios claros. Disco de coloración normal, de bordes definidos con excavación de 30% vasos con adecuada distribución vascular vasos atenuados relación AV: 1.0:2.0. Por dentro y fuera del área

macular se aprecian cambios sub y perifoveales del EPR que se extienden por fuera del área macular en 360° de forma difusa.

ESTUDIO ANGIOGRAFICO.

AO: Las fotos libre de rojo y de auto fluorescencia confirman lo descrito en las fotos a color. El estudio presenta un adecuado flujo del colorante durante todas las fases del estudio. Desde fases tempranas se aprecia un moteado hipo e hiperfluorescente por dentro y fuera del área macular que progresa en tinción sin evidencia de escape del colorante durante el transcurso del estudio asociado con lesiones hiperfluorescentes en periferia que permaneces sin cambios durante el transcurso del estudio.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

1. Retinitis pigmentosa AO.

Comentarios:

Se sugiere correlacionar con la clínica y electrorretinograma AO.

Orlando Ustariz González. Especialista en Retina y Vitreo.

ELECTROMIOGRAFIA Y POTENCIALES EVOCADOS.

04-04-2018.

HISTORIA CLINICA.

RETINOPATIAS PROLIFERATIVAS, PERDIDA TOTAL DE LA VISIÓN.

HALLAZGOS.

Se realizó estudio de potenciales evocados visuales estimulando ambas vías con goggles y captando en Oz encontrando ausencia de a reproducibilidad de las ondas bilateral.

CONCLUSIÓN.

Estudio de potenciales evocados visuales anormal, **se evidencia un trastorno funcional retino cortical bilateral, con compromiso severo.**

Jorge Sánchez. Médico Fisiatra.

▪ INFORME DE CONSULTA MÉDICA OFTALMOLÓGICA.

14-08-2018.

ANTECEDENTES.

Patológicos: Artrosis, osteoporosis, HTA.

Quirúrgicos: Hernia inguinal.

Medicamentos: Calcio, alendronato, acetaminofén, Omega 3.

Alérgicos: niega.

Tóxicos: niega.

Ocupacionales: en casa.

EXAMEN OFTALMOLÓGICO.

SUBJETIVO. Acude con su nieta refiere estar presentado episodios de cefalea hemicránea derecha que no permite ver luz OI. Acude con resultados AFG de AO cambios sub y perifoveales del EPR que se extiende por fuera de la macula, impresiona lesiones Mopigmentadas ovaladas planas en la periferia AO sugieren retinosis pigmentosa AO? Reporte de IRM cerebral c/c reporta residuos

hemáticos antiguos en lóbulo temporal izquierdo. ERG F anormal por severa depresión de respuestas con solo probable actividad residual de función de conos bilateral PVE Trastorno retinocal Bilateral severo.

EXAMEN EXTERNO: Dermatochalasis AO.

MOVIMIENTOS: Exodesviación por privación.

PUPILAS: Hiperreactivas.

SEGMENTO ANT: Pterigión nasal OI opacidad nuclear Grado II AO.

FONDO: No se realiza.

DISCO OPTICO: OD: 1/10, OI: 1/10.

OTROS DATOS: AFG: Cambios pigmentarios. Maculopatía en diana. ERG con algunas respuestas fotópicas. Resto extinguido. PVE anormales. IRM cerebral reportada normal. Disco no muestra imágenes.

DIAGNOSTICOS:

Presbicia.

Retinopatía pigmentaria probablemente toxica Ant de tto con Cloroquina.

Luis Guillermo Marroquín.

IV. CONCEPTOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA.

OSTEOARTROSIS.

La osteoartritis (OA) o artrosis es un grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas similares y cambios patológicos y radiológicos comunes. La artrosis es el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral. La artrosis puede ser iniciada por múltiples factores entre los que se incluyen factores genéticos, ambientales, metabólicos y traumáticos.

Prevalencia.

Se ha estimado que 1/3 de los individuos mayores de 35 años presentan algún signo de artrosis, con una prevalencia que aumenta con la edad.

Factores de riesgo.

Dependiendo de la articulación afectada, los factores son distintos, y se puede diferenciar entre una susceptibilidad generalizada, como la edad, osteoporosis, herencia y sexo, y los factores locales de la articulación, como traumatismos, alteraciones anatómicas de la articulación y la ocupación laboral que tuviera el paciente.

- Obesidad.
- Ocupación y actividad.
- Densidad mineral ósea. Se ha observado que los pacientes con mayor densidad mineral ósea tienen un riesgo más elevado de padecer artrosis. Por ello, se ha postulado que una masa ósea reducida puede incrementar la capacidad ósea de absorción de las vibraciones del hueso yuxtaarticular y proteger así al cartílago articular.
- Sexo. No sólo su incidencia es mayor en la población femenina, sino que también es más intensa y afecta a más articulaciones.

- Edad. Se ha encontrado un marcado incremento en la frecuencia de artrosis grave en la edad avanzada. La correlación no es lineal, y el incremento es exponencial a partir de los 50 años.
- Factores nutricionales. Existen pruebas de que los condrocitos producen diversos radicales de oxígeno y que el deterioro oxidativo puede ser relevante. Por este motivo se postula que moléculas antioxidantes, como las vitaminas C, E y D, son beneficiosas en la artrosis.

Patogenia.

La artrosis es el resultado de la pérdida de la función articular como consecuencia de la rotura del cartílago articular. Aunque la degradación del cartílago articular es el evento central en la patogénesis de la artrosis, otros tejidos, como el sinovial o el hueso subcondral, participan en el inicio y desarrollo de esta patología. El resultado final es una destrucción acelerada de la matriz por enzimas procedentes de los condrocitos y de las células sinoviales, seguida por alteraciones en los sistemas de reparación del cartílago.

Manifestaciones clínicas.

- Dolor.
- Rigidez articular.
- Incapacidad funcional

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la artrosis

Criterios del Colegio Americano de Reumatología para la clasificación de la artrosis

OA de rodilla:

- Dolor de rodilla.
- Osteofitos:
 - Líquido sinovial de OA (sustituible por edad > a 40 años).
 - Rigidez matutina < 30 min.
 - Crepitaciones.

Sensibilidad, 94%; especificidad, 88%.

OA de cadera:

- Dolor de cadera y al menos dos de los tres siguientes:
 - VSG < 20 mm/h.
 - Osteofitos en las radiografías.
 - Reducción del espacio articular radiográfico.

Sensibilidad, 89%; especificidad, 91%.

OA de mano:

- Dolor, congelación o rigidez de mano.
- Proliferación tejido duro en dos o más de las 10 articulaciones seleccionadas*.
- Tumefacción en menos de dos MCF:
 - Proliferación de tejido duro en dos o más IFD (segunda y tercera IFD pueden ser contadas en 2 y 4a).
 - Deformidad de una o más de las 10 áreas articulares de la mano seleccionadas*

Sensibilidad, 93%; especificidad, 97%.

Hallazgos de laboratorio.

Las pruebas de laboratorio clásicas para el estudio de las enfermedades reumáticas son normales en los pacientes con artrosis. En ocasiones, puede existir una velocidad de sedimentación globular moderadamente elevada y el factor reumatoide puede ser positivo a título bajo; sin embargo, ambos supuestos no excluyen el diagnóstico de una artrosis en los ancianos. El 20% de personas sanas ancianas pueden tener el factor reumatoide positivo a título bajo y la velocidad de sedimentación globular levemente incrementada por la edad. Aunque no existe en la actualidad ningún marcador serológico o en el líquido sinovial de los pacientes con artrosis que permita hacer un diagnóstico o un seguimiento de esta, se están realizando importantes avances en el estudio de los denominados marcadores biológicos de la artrosis que registran la actividad de un proceso biológico fisiológico o patológico. En el caso de la artrosis, es importante que los marcadores biológicos sean específicos del cartílago, o al menos tan específicos como sea posible (colágeno tipo II y proteoglicanos como el agregano). Estos marcadores se pueden determinar en suero, en orina o en líquido sinovial.

▪ **RETINOSIS PIGMENTARIA (RP).**

Definición.

La retinosis pigmentaria es la forma hereditaria y crónica más común de distrofia retiniana. Esta condición se caracteriza inicialmente por la afectación progresiva de los fotorreceptores y, posteriormente, de otras capas de la retina. En la exploración ocular esta situación se traduce como palidez del disco óptico, disminución vascular y depósitos de pigmento en la retina.

Representa un grupo heterogéneo de distrofias retinianas hereditarias que se caracterizan por anomalías en los bastones y, de forma más rara, en los conos, así como depósitos de pigmento en la retina visibles en el fondo del ojo.

Prevalencia.

La prevalencia en los Estados Unidos es de 1 de cada 4,000 personas.

Clínica.

El diagnóstico puede sospecharse por la existencia de nictalopía, campos visuales alterados y pérdida progresiva de la visión periférica. Puede confundirse con glaucoma, atrofia de papila u otras enfermedades del ojo.

La presentación clínica y severidad varía con base en el patrón hereditario. La Retinosis Pigmentaria ligada al cromosoma X generalmente se manifiesta en edades comprendidas entre los 0-6 años, mientras que la RP con patrón autosómico dominante tiene un inicio más tardío. El examen de fondo de ojo se caracteriza por la presencia de estrechez arteriolar, pigmentación intraarterial y pérdida del pigmento epitelial retiniano periférico. Con la progresión de la degeneración hay pérdida del pigmento intrarretiniano, acumulación de melanina y aparición de espículas óseas. Conforme avanza la enfermedad, la atenuación y palidez del nervio óptico se agrava, y la agudeza visual central también puede afectarse en etapas tardías debido a la aparición de edema macular.

En virtud de las restricciones que la RP produce y la discapacidad visual que puede ocasionarle al paciente, es de vital importancia identificar este padecimiento a tiempo con la finalidad de concientizar tanto al paciente como a sus familiares de la naturaleza genética y progresiva de las alteraciones, ya que no existe hasta el momento un tratamiento que detenga los cambios degenerativos oculares y la consecuente disminución de la agudeza visual.

Se manifiesta comúnmente como dificultad para adaptarse a la visión nocturna, no pueden distinguir formas y objetos, disminución de la visión periférica, fotopsias y alteración en la percepción del azul y amarillo. Sin embargo, existe también una variedad común de formas sindrómicas. Las más frecuentes son el síndrome de Usher, en el que hay sordera asociada a la RP, y el síndrome de Bardet-Biedl, que se acompaña de obesidad, polidactilia, hipogonadismo y déficit cognitivo. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la maculopatía en “ojo de buey”, que se caracteriza por una visión desenfocada y sin nitidez provocada por una pigmentación macular irregular que afecta el 1% del epitelio pigmentario y que llega a ambos lados del nervio óptico. Es bilateral y simétrica, y suele presentarse en 1/10,000 personas. Actualmente se han identificado 45 locus/genes causales para las formas de RP no sindrómicas, es decir, para las formas autosómica dominante, autosómica recesiva, ligada al X y digénica. Se han comprobado mutaciones en los genes RP1, RP2 y RP3 asociadas con una RP de presentación unilateral en familias.

Los pacientes además presentan, disminución del campo visual y de la agudeza visual que se manifiesta como dificultad para percibir formas y objetos, deslumbramientos y fotopsias. Muchos pacientes perciben luces o pequeños flashes en la periferia de su campo que dificultan la visión, especialmente en condiciones de excesiva luminosidad. Además, la luz molesta cada vez más. Estos deslumbramientos hacen que sea necesario utilizar gafas de sol con filtros especialmente adaptados para estas alteraciones, la cual comprende percepción de los colores que, aunque es inespecífica, suele afectar más al eje azul-amarillo. Se produce cuando la enfermedad está muy avanzada.

Triada Clásica:

- Espículas Oseas Retinianas.
- Palidez Cerosa del Disco Óptico.
- Atenuación o Adelgazamiento Arteriolas.

Diagnóstico.

El diagnóstico se basa en una historia clínica completa, un examen del ojo. El diagnóstico de retinosis pigmentaria se establece cuando se encuentra afectación bilateral (ambos ojos), pérdida de visión periférica y un funcionamiento incorrecto de los fotorreceptores (observado por alteraciones en el electrorretinograma).

- Estudio del fondo de ojo mediante oftalmoscopia y angiofluoresceinografía.
- Campimetría.
- Estudio de la agudeza visual.
- Pruebas de adaptación a la oscuridad.
- Sensibilidad al contraste y reconocimiento de colores.
- Electrorretinograma: es una prueba clave para diagnosticar la retinosis pigmentaria, ya que permite cuantificar la respuesta de los fotorreceptores (bastones y conos) a la luz.
- Estudios genéticos de la persona afectada y sus familiares para tratar de identificar el tipo de transmisión y el gen o los genes alterados
- Tomografía de coherencia óptica (OCT, por sus siglas en inglés). Esta prueba usa ondas de luz para tomar una imagen detallada de la retina.

Tratamiento.

Actualmente no existe tratamiento que detenga la evolución de la enfermedad o logre revertir el proceso patológico. El abordaje terapéutico se limita a retrasar la progresión mediante la protección de la luz solar y el suplemento con multivitamínicos, además de dispositivos ópticos y

electrónicos, como las gafas de visión nocturna y el tratamiento de las complicaciones que se presenten.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial se puede realizar con trauma ocular, inflamación ocular asociada con infecciones, retinopatía paraneoplásica y toxicidad por drogas (fenotiazinas y cloroquina). No existe tratamiento definitivo.

CLOROQUINA.

Indicaciones terapéuticas

- Profilaxis y tratamiento del paludismo, excepto cepas resistentes.
- Artritis reumatoidea, incluyendo la forma juvenil y espondiloartritis.
- Conectivopatías y enfermedades del colágeno, tales como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, sarcoidosis, actinodermatosis, rosácea y dermatitis herpetiforme maligna.
- Otras infecciones protozoarias o por helmintos: lamblisis, amebiasis extraintestinal, distoma hepático, paragonimiasis y leishmaniosis mucosa americana.

Sistema de clasificación de órganos	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras	Frecuencia no conocida
Trastornos oculares	Alteración visual, Discromatopsia (reversible), opacidad corneal (debido a un depósito subepitelial de la cloroquina)	Alteraciones de la acomodación visual	Alteraciones retinianas*		

La intoxicación aguda por cloroquina (después de una sobredosis importante, de 2-5 g) puede causar la muerte en el plazo de 1-3 horas, como resultado de un efecto de paralización del sistema cardiovascular y la respiración. En caso de intoxicación grave pueden producirse complejo QRS ensanchado, bradiarritmias, ritmo de la unión auriculoventricular, prolongación del intervalo QT, bloqueo auriculoventricular, taquicardia ventricular, torsade de pointes (taquicardia ventricular helicoidal) y fibrilación ventricular. Síntomas de intoxicación La fase prodrómica se caracteriza por cefaleas, alteraciones visuales, y alteraciones del ritmo cardíaco. Se produce un descenso de la presión arterial, seguido de un estado de shock con pérdida del conocimiento y convulsiones. La muerte se produce como consecuencia de un paro cardiorrespiratorio.

La retinopatía es altamente improbable si la función renal es normal.

V. ANÁLISIS.

1. Se trata de paciente que consulta por primera vez el día 29 de diciembre del 2006, por cuadro clínico consistente en dolor en articulaciones, al examen físico peso de la paciente 44 Kg, talla 149 cm, se anota impresión diagnósticas: Dolor articular, se solicita Ácido úrico y Factor reumatoideo.

2. EL día 02 de julio del 2010 consulta por el siguiente motivo: “se me inflaman los dedos”, paciente refiere cuadro clínico de larga data caracterizado por edema en falanges de los dedos de las manos, al examen físico peso de 45 Kg., extremidades con nódulos en falanges distales de las manos, impresión diagnóstica Artritis reumatoidea no especificada, se solicita RA test y se inicia manejo con AINES.

Acude a control el día 14 de septiembre del 2010 con poliartralgias de características inflamatorias, asociadas a rigidez matutina Reporte de Factor reumatoideo: negativo. Al examen físico sinovitis aguda de metafalanges e interfalanges consideran Artritis reumatoidea del anciano VS Osteoartritis inflamatoria. Se decide inicio de Cloroquina 150 mg día, “más ciclo corto de esteroide Prednisolona 5 mg día por cinco días,” se remite a valoración por Medicina interna y se solicita VSG y PCR.

3. En consulta de medicina interna del 25 de septiembre del 2010, paciente asiste a valoración para estudio de dolor poliarticular de características mecánicas con marcadores y rigidez matutina de menos de 1 hora, marcadores inflamatorios negativos, no hay factor reumatoideo y al examen físico no signos de Artritis Reumatoidea. Al examen físico, peso de la paciente 48 Kg, presenta edema en interfalanges, test de compresión negativo. Se considera como primera posibilidad Osteoartritis Inflamatoria. Plan Cloroquina 150 mg día, terapia física y Control en 3 meses.

4. En consulta #4 del 20 de noviembre del 2010, paciente manifiesta continua con dolor, edema y deformidad en dedos de las manos. Al examen físico, peso: 48kg, dolor y deformidad en articulaciones interfalángicas proximales y distales de las manos, IDX: Artritis Reumatoidea, sin otra especificación, se continua manejo con Cloroquina, Carbonato de Calcio, AINES, Protector gástrico y Ciclo corto de prednisolona.

5. El día 17 de enero del 2011 en control # 5, se decide continuar igual manejo. En control # 6 del 21 de enero del 2011, la paciente refiere 2 años de evolución de artralgia de manos, predominio interfalángicas, refiere edema en rodillas, rigidez matutina menor de hora. Se reporta paciente **asintomática cardiovascular**. Al examen físico nódulos de Heberden y Bouhard en manos. Se concluye paciente con OA de características inflamatorias, no criterios clínicos, ni paraclínicos de Artritis reumatoidea, se considera continuar manejo con Cloroquina, se solicita Ra test. (Factor Reumatoideo).

Trae Ra test (Factor Reumatoideo) del 08 de febrero del 2011, Normal, se indica control en un mes. (Medicina Interna).

6. El 08 de febrero del 2011, en control # 7, se registra que hace un mes se suspendió la prednisolona.

7. En controles # 8, 9 y 10 de fechas 28 de marzo del 2011, 04 de mayo del 2011 y 08 de junio del 2011, respectivamente, paciente con peso: 45 Kg, con poliartralgias, pero refiere mejoría, se continua igual manejo médico.

8. El día 01 de julio del 2011 en control # 11, refiere que desde hace un año presenta visión borrosa bilateral y remite a OPTOMETRÍA, con registro de impresión diagnóstica Presbicia.

9. Controles #12 (01-08-11) 13 (14-09-11), y 14 (19-10-11), sin cambios, se continúa igual manejo.

10. El día 20 de diciembre del 2011, en control #15 se deja anotación, paciente con impresión diagnóstica Presbicia, corrección con gafas, agudeza visual bilateral 20/20.

11. En control del día 13 de febrero del 2012, se documenta, paciente con vicio de refracción en control por oftalmología. En control #17, manifiesta extravió ordenes de laboratorios y de valoración por medicina interna, se renuevan. Así mismo, el 15 de mayo del 2012 en control #18, se continua igual manejo médico.

12. En consulta del día 06 de agosto del 2012, control #19, anotan que en valoración por ORL se indica remisión a oftalmología debido a disminución de la agudeza visual, impresión diagnóstica Defectos de campo visual, se solicita interconsulta por oftalmología, más laboratorios y se registra: **“se solicita valoración por Oftalmología por disminución de la agudeza visual, dolor ocular posterior a TCE”**.

13. Trae reporte de paraclínicos a control #20 del día 27 de agosto del 2011, Ácido úrico: 2,4, Ra Test: 9.7, Mas densitometría, compatible con Osteoporosis, se inicia manejo con Alendronato. Eldi a 28 de noviembre del 2011, se continua igual manejo médico.

14. En control #22 (07-02-13), paciente con dolor en rodillas, más edema. Se solicita Rx de rodillas, se indica terapia física y analgesia. En control # 24 del 20 de mayo del 2013 se continua igual manejo, se anota tiene pendiente cita con oftalmología.

15. El día 06 de junio del 2013 en control #25 por Neurología, se documenta: cuadro clínico de 2 años de TCE múltiples fracturas en hemicara derecha con posterior **pérdida de la agudeza visual + hipoacusia ipsilateral**, se solicita TAC de cráneo.

16. En consulta control #27 del 8 de noviembre del 2013, paciente consulta por poliartralgias, refiere además hace un mes perdida de un hijo, se encuentra al examen físico peso de 38 kg, paciente cursando con cervicalgia y dorsalgia se inició manejo con metocarbamol, Aines y terapia física. En control #29, se reporta Rx de columna con osteofitos incipientes.

17. El 14 de marzo del 2014, acudió con reporte de TSH: 3.79, refiere depresión inapetencia, pérdida de peso, debido a perdida de familiar, se genera orden de control por medicina interna y se solicita valoración por Psicología.

18. En control #32 del 6 de agosto del 2014, paciente consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal, posterior a laparotomía por hernia inguinal izquierda encarcelada, se remite a valoración por Cirugía general, se solicitan paraclínicos.

19. Asiste a control por neurología el día 13 de agosto del 2014, donde indica se extraviaron las ordenes se generan nuevamente. En control con resultados del día 18 de enero del 2015, neurología reporta Tac normal, parálisis del III par resuelta, se solicita Interconsulta por Optometría.

20. El día 2 de marzo del 2015, control #36, paciente con osteoporosis+ gastritis, se solicitan laboratorios, continúa por ahora igual manejo, se solicita valoración por nutrición, se anota pendiente reporte por oftalmología.

21. En control #37 del día 27 de abril del 2016, se documenta Cita de oftalmología en el mes de junio, se remite a valoración por ORL por Hipoacusia, vértigo y Tinnitus y a control por Medicina familiar, se solicita Ácido úrico, Factor reumatoideo y eco de abdomen total para descartar defecto herniario. En control #39 del 24 de noviembre del 2016, se reporta PCR: 1.3, FR: 8, VSG: 4. Peso: 40 Kg. Se inicia manejo con Condroitina.

22. El día 24 de mayo del 2016 Trastorno del cristalino y se deriva a Cataratas, asimismo el 03 de noviembre del 2016 anotan impresión diagnóstica degeneración de la macula y del polo posterior del ojo. Tiene reporte de electromiografía y potenciales evocados del 30 de noviembre del 2016, con trastorno funcional retino cortical bilateral con compromiso parcial izquierdo severo derecho.

23. Adicionalmente tiene reporte de electrofisiología del 03 de enero del 2018 con depresión de respuestas electrofisiológicas retinales con solo probable activación residual de función de conos bilateralmente. Tiene reporte de potenciales evocados del 04 de abril del 2018 anormales, con trastorno funcional retinocortical bilateral con compromiso severo. Angiografía del 28 de junio del 2018 con RETINITIS PIGMENTARIA.

24. Último informe de consulta médica oftalmológica del 14 de agosto del 2018, con impresión diagnóstica de Presbicia, **retinopatía pigmentaria** probablemente tóxica.

VI. CONCLUSIONES.

Un vez realizada la lectura y análisis de las historias clínicas de Marta Obdulia García de Acero, se considera que si bien es cierto la paciente recibió manejo con el medicamento cloroquina debido a patología articular, de acuerdo a la literatura y fichas de medicamento, las reacciones adversas tipo trastornos oculares y en específico la alteración retiniana es rara; está descrito que la incidencia de toxicidad retiniana es baja y se encuentra entre el 0.5% a 3.5% de los pacientes tratados con hidrocloquina y del 10 al 25% en pacientes con cloroquina.

Asimismo es importante mencionar que dentro de las reacciones adversas dadas por la intoxicación con cloroquina, se presentan las del sistema de conducción cardíaco y el miocardio, con efecto inotrópico negativo, prolongación del complejo QRS e intervalo QT, torsades de pointes y ectopias ventriculares. Como se evidenció en la historia clínica, no se reporta en ningún aparte signos o síntomas de afectación cardíaca y en registro de historia clínica se informa “paciente asintomática cardiovascular”.

En valoración por neurología, se reportó inicio de sintomatología visual, (disminución de agudeza visual), posterior a trauma cráneo Encefálico. También se documentó disminución de agudeza auditiva, con impresión diagnóstica de hipoacusia ipsilateral. Con relación a lo anteriormente mencionado y documentado por neurología “disminución de la agudeza visual + hipoacusia ipsilateral”; se hace necesario que se estudie como diagnóstico diferencial patología genética, toda vez que existen casos en los que la retinosis pigmentaria, se encuentra asociada a otras

manifestaciones, como la sintomatología auditiva dada por hipoacusia y su etiología es netamente genética.

Ahora bien, con respecto a las valoraciones por oftalmología ninguna nota médica reporta signos patognomónicos (hallazgos distintivos o característicos de una enfermedad o afección determinada que permiten establecer el diagnóstico) de toxicidad por medicamento (maculopatía en «ojo de buey»). De igual forma, tampoco se reportan alteraciones en la percepción color (del azul y amarillo), característica importante de este tipo de toxicidad. Si bien es cierto existe el registro de patología asociada a toxicidad por medicamentos, también lo enmarca con la palabra “PROBABLEMENTE”.

Con respecto al último diagnóstico emitido en consulta oftalmológica: presbicia, **retinopatía pigmentaria** probablemente tóxica, no descarta la posibilidad de que la paciente curse con una Retinopatía pigmentaria de origen hereditario; toda vez que el profesional registra una impresión diagnóstica “probable” es decir, una posibilidad, mas no establece un diagnóstico definitivo.

Lo anterior es relevante teniendo en cuenta que la retinopatía pigmentaria, es una entidad que puede ser de etiología hereditaria. Esta condición se caracteriza inicialmente por la afectación progresiva de los fotorreceptores y, posteriormente, de otras capas de la retina. En la exploración ocular esta situación se traduce como palidez del disco óptico, disminución vascular y depósitos de pigmento en la retina.

Representa un grupo heterogéneo de distrofias retinianas hereditarias que se caracterizan por anormalidades en los bastones y, de forma más rara, en los conos, así como depósitos de pigmento en la retina visibles en el fondo del ojo. Con respecto a la presentación clínica y severidad varía con base en el patrón hereditario. La retinosis pigmentaria tiene un patrón autosómico dominante (se refiere a un patrón de herencia característico de algunos trastornos genéticos) con un inicio tardío de síntomas.

En cuanto a la prevalencia de esta enfermedad, la literatura indica que es de 1 de cada 4,000 personas y el diagnóstico puede sospecharse por la existencia de nictalopía, campos visuales alterados y pérdida progresiva de la visión periférica.

Ahora bien, en cuanto al examen de fondo de ojo se caracteriza por la presencia de estrechez arteriolar, pigmentación intraarterial y pérdida del pigmento epitelial retiniano periférico, signos no descritos en ninguna de las valoraciones realizadas por oftalmología.

Con relación a las manifestaciones clínicas, comúnmente se presenta con dificultad para adaptarse a la visión nocturna, no pueden distinguir formas y objetos, disminución de la visión periférica, fotopsias. Muchos pacientes perciben luces o pequeños flashes en la periferia de su campo que dificultan la visión, especialmente en condiciones de excesiva luminosidad. Además, la luz molesta cada vez más y la alteración de la percepción de los colores que, aunque es inespecífica, suele afectar más al eje azul-amarillo, esto se produce cuando la enfermedad está muy avanzada, tampoco se reporta este hallazgo en historia clínica.

Generalmente, es bilateral y simétrica, disminución de la agudeza visual que se manifiesta como dificultad para percibir formas, objetos, con deslumbramientos, fotopsias o visión de luces, los cuales no se documentan en historia clínica.

Por lo anteriormente mencionado, considero que teniendo en cuenta que se reportó impresión diagnóstica de retinopatía pigmentaria, se hace necesario descartar componente genético toda vez que esta patología tiene esta etiología y no existe diagnóstico definitivo por oftalmología de toxicidad- Lo anterior sumado a que no se describen signos patognomónicos (Hallazgos distintivos o característicos de una enfermedad o afección determinada que permiten establecer el diagnóstico) en valoraciones por oftalmología que indiquen dicho diagnóstico de toxicidad y además la paciente presenta otras condiciones como lo son el antecedente de trauma cráneo-encefálico, la ausencia de síntomas óculo-visuales durante las valoraciones médicas, en las cuales igualmente se registra que en la revisión por sistemas y al examen físico no se reportan alteraciones visuales, sino únicamente las resaltadas en la evolución y por las cuales se le solicitó valoraciones por especialista en optometría y oftalmología. Igualmente se asocia a compromiso de agudeza auditiva, describiendo la hipoacusia lo cual nos pueden llevar a pensar en una etiología de origen congénito-hereditario.

Con respecto a la intervención de Compensar, es importante resaltar que solo se evidencia la prestación de servicios de **laboratorio clínico**. Dicha entidad no realizó valoraciones médicas, ni prescripción de medicamentos a la usuaria. Tampoco hay evidencia donde se documenten fallas en la recepción o procesamiento de dichos laboratorios. Igualmente es relevante mencionar que dichos reportes de laboratorio clínico no incidieron en la evolución de la patología presentada por la paciente y que además fueron analizados e interpretados por los diferentes médicos tratantes, quienes definieron las conductas médicas de acuerdo con esta interpretación. En conclusión, Compensar no intervino en la instauración de conductas médicas.

A continuación relaciono servicios de laboratorio clínico ejecutados por Compensar

FECHA	NÚMERO DE REFERENCIA	EXAMEN	CONVENIO
2014-08-09	201408093135	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE HEMOGRAMA III	ANDAR KENEDY
2015-04-11	201504111421	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ANDAR KENEDY
2016-11-11	201611183851	PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG MANUAL	ANDAR KENEDY

De acuerdo con lo anterior se puede determinar que las actividades realizadas por Compensar en el caso de la paciente a estudio no tienen injerencia o repercusiones en el cuadro clínico y curso de su patología, toda vez que dichos laboratorios fueron recepcionados y procesados sin fallas reportadas y su resultado o interpretación estaba dada por los médicos tratantes, quienes definieron el manejo en ejercicio de su autonomía profesional.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Palacios, F., Espinosa, L. (2019). Retinitis Pigmentosa. Reporte de caso clínico revista estudiantil CEUS. 1(1) 25-28.
2. Arriola, M. Arriaga, J. (2017). Prevención de la toxicidad ocular por cloroquina. Guía de práctica clínica. 3-37.
3. Delgado, S. (2012). Retinosis pigmentaria. Revista Médica MD. 3(3). 163-166.
4. Garralda, A. (2008). Toxicidad ocular medicamentosa. An. Sist. Sanit. Navar. 31(3). 147-131.
5. Rodríguez, J., Palomo, V. Osteoartrosis. Tratado de geriatría. 689-696.
6. Treviño, M. Escamilla, C. (2015). Retinosis pigmentaria en un adolescente. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 72(3). 195-198.

VIII. CONSIDERACIONES.

La suscrita informa que ha actuado leal y fielmente al desempeño de su labor. En el presente concepto no se han utilizado métodos, experimentos o investigaciones diferentes a las usadas habitualmente en el desarrollo del ejercicio profesional para conceptos rendidos.

A handwritten signature in black ink, reading "Catalina Herrera Romero". The signature is written in a cursive style with a large, stylized 'C' and 'H'. Below the signature is a horizontal line, followed by a wavy line.

CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.
CC. 1072642460 DE CHÍA.
REGISTRO MÉDICO NO. 25 4532/2012.



CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.

Cédula: 1072642460 Chía.

Fecha de nacimiento: 16 de mayo de 1986.

Estrato: 4.

Dirección de residencia: Calle 7 N°1ª-01.

Celular: 3164725226.

Mail: Catalina88733@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Profesional con capacidad de liderazgo, con formación en el área de la salud de manera asistencial y administrativa, con conocimiento del marco jurídico del Sistema de Salud en Colombia (Acciones constitucionales) y alta disposición para el trabajo en equipo. Mi objetivo profesional es poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación universitaria y mi experiencia profesional, con el fin de establecer y crear grupos de trabajo que cumplan la misión y la visión de las empresas o instituciones en el área de la salud, buscando el perfeccionamiento profesional, personal y empresarial.

INFORMACION ACADEMICA

- ✓ **Primaria:** Colegio Eucarístico Campestre 1996.
- ✓ **Secundaria:** Colegio Eucarístico Campestre 2002.
- ✓ **Universitarios:**

Medicina: Fundación Universitaria San Martín 2011.

Maestría en salud ocupacional y ambiental: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario. (2018).

Auditoria en Salud: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario.(2021).

EXPERIENCIA LABORAL

- 1. Hospital San Rafael de Fusagasugá:** Medico general consulta externa.
Desde: 05 de julio de 2011 a 04 de julio de 2012.
- 2. IPS CAFAM-FAMISANAR (Madrid):** Medico general consulta externa.
Desde 05 febrero 2013.
- 3. Subred Norte-Hospital Simón Bolívar ESE:** Médico General Hospitalario en Urgencias
Pediatría.
Desde: 01 de marzo de 2014 hasta julio 2020.
- 4. Dirección General de Sanidad Militar:** Medico General Consulta externa Hospital
Militar Central.
Desde agosto de 2019 hasta julio de 2020.
- 5. Dirección de Sanidad Ejercito:** Asesor Médico-área Jurídica DISAN ejército.
Desde 01 de agosto de 2022.

CURSOS REALIZADOS:

- ✓ Soporte Vital Básico BLS y Avanzado Acls, abril 2011-actualización 2017.
- ✓ Congreso Nacional de Pediatría 2016.
- ✓ Curso de violencia Sexual 2017.
- ✓ Seminario de filosofía y teología. Universidad Santo Thomas.
- ✓ Diplomado DIH Universidad Militar Nueva Granada.

REFERENCIA FAMILIAR

✓ MAURICIO HERRERA O

Médico pediatra

Teléfono Celular: 3202966257

REFERENCIAS PERSONALES:

✓ YERALDIN HUERFANO HUERTAS

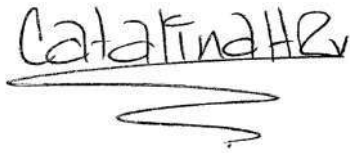
Abogada
Personera Carmen de Carupa.
Teléfono: 3132336411.

✓ VIVIAN QUIROGA.

Médico Pediatra y Auditora.
Teléfono: 3164701723.

✓ ANA MARIA LAMPREA N.

Capitán-Médico Ejercito.
Teléfono: 3208453355.

A handwritten signature in black ink, reading "Catalina Herrera". The signature is written in a cursive style with a large, sweeping underline that extends to the right.

CINDY CATALINA HERRERA

ROMERO1072642460 chía.

ANEXOS

Diploma y Acta de Pregrado en Medicina.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA

Sede Bogotá, D.C.
CÓDIGO SNIES 2549 PRO-CÓDIGO 270944100001100111100
REGISTRO CALIFICADO - Resolución M.E.T. No. 1563 del 6 de Mayo de 2005

ACTA DE GRADO No. 1374

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco" de la Fundación Universitaria San Martín los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de Médicos y Médicas, debidamente autorizados por el Consejo Académico de la Facultad de Medicina según acta de graduación No. 149 del 30 de Mayo del año dos mil once (2011), al graduando que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

Cindy Catalina Herrera Romero CC 1072642460 Chía

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICA**.

Luego se tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROMOVER AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA. Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIERES, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO, EL Y ELLA OS LO DEMANDE.

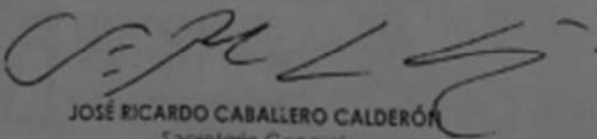
Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales. Estuvieron presentes en la ceremonia de grado las personalidades del Alma Mater, los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente el Secretario General leyó el Acta de Graduación correspondiente, dándose por terminada la ceremonia. Para constancia se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número 17381 anotado al folio número 014 del libro número 05 de fecha diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011). Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).


JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 12357 del 18 de Agosto de 1981 expedida por el MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.
FACULTAD DE MEDICINA, Carrera 1E No 80-37 Torre B Piso 2, Teléfono 6168071 - 211353 - 6715712. www.sanmartin.edu.co

- Diploma y Acta de especialización.





UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

ACTA DE GRADUACIÓN N° 21568

Viernes, 12 de noviembre de 2021

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el viernes 12 de noviembre de 2021, a las 15:30 horas, en el Aula Máxima del Claustro de la Universidad del Rosario, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual, en virtud del convenio de extensión con la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, la Universidad CES confirió el título de **Especialista en Auditoría en Salud**

A

Cindy Catalina Herrera Romero

Documento de identidad 1.072.642.460

El graduando realizó los estudios correspondientes al programa de Especialización en Auditoría en Salud, código SNES 5512 y cumplió a satisfacción con los requisitos contemplados en la ley y en las normas internas del CES.

El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector de la Universidad CES y Presidente Delegado de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, quien previa toma del juramento reglamentario, procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 1626 del martes, 02 de noviembre de 2021 y el convenio suscrito entre la Universidad CES y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario en el año 1995.

En constancia se firmó la presente acta en la ciudad de Medellín por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, Secretaría General de la Universidad CES.


Jorge Julián Osorio Gómez
Rector
Universidad CES


Patricia Chojas Fajal
Secretaría General
Universidad CES


Jorge Ricardo Posada Saklatvala
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES



El diploma fue registrado en Libro 156, Folio 754, Número 21484, Aula 21008, Viernes 12 de noviembre de 2021.

Benigno G. J.

- Diploma y Acta de Maestría.

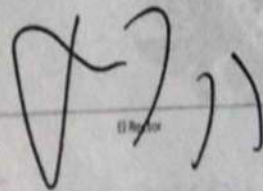

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

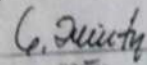
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

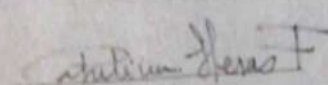
Por cuanto Cindy Catalina Herrera Romero C.C. Nº 1072642460
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el
título de:

Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental

Registrado bajo el N° 56615 Folio 330 Libro 41 y refrendado por la Secretaría General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en
la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).


El Rector


El Decano


La Secretaria General



Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

1782



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Decreto Jurídico No. 56 del 16 de Septiembre de 1993, expedido por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

Acta individual de Grado No. 22010 - 56615

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintisiete (27) de abril de dos mil dieciocho (2018) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

MAGÍSTER EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

a

CINDY CATALINA HERRERA ROMERO

Identificada con Cédula de Ciudadanía, No. 1072642460, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 17822, registrado bajo el No. 56615 del libro No. 41 folio 330.

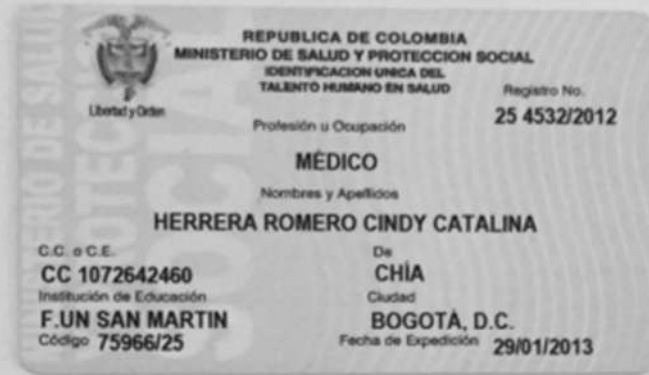
Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 22010 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO DECANO
HERNÁNDEZ
SANDRA PATRICIA SANTOYO PRADA SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).


CATALINA LLERAS FIGUEROA
SECRETARIA GENERAL

- Tarjeta Profesional.



- Certificaciones laborales.



MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EL GRUPO DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que, conforme a los documentos que obran en el Archivo de la entidad, el (la) señor(a) **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.072.642.460**, suscribió con la Dirección General de Sanidad Militar el(los) siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios profesionales y/o de Apoyo a la Gestión:

No. Contrato	018-DIGSA-2019
Fecha de suscripción	01/06/2019
Fecha de terminación	27/12/2019
Objeto contractual	El objeto del presente contrato es la Prestación de Servicios como Médico General para el Grupo de RED
Contrato adición o modificatorio	N/A
Valor del contrato	POR LA SUMA DE: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS CON SETENTA Y TRES CENTAVOS M.C.TE (\$17.598.052,73).
Reposan sanciones (multas-penal-pecuniaria)	SI. ☐ No. _____ fecha: _____ NO ☒
Obligaciones contractuales	A LA FECHA DE LA CERTIFICACION NO REPOSA SANCIONES CLÁUSULA SEGUNDA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y/O ENTREGABLES: • Coordinar en conjunto con el personal contratado por la Dirección General las actividades relacionadas para la prestación de servicios en salud de los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares acorde a los tiempos definidos en la Resolución No. 1955 del 27-DIC/2017 y la Directiva Permanente No. 09 del 1-DIC/2017. • Brindar una integral atención en salud a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con calidad en las diferentes actividades a realizar y la interrelación de los procesos. • Llevar un adecuado registro de los diferentes formatos establecidos en la atención en salud (historia clínica, formulación, reportes). • Entregar planillas diarias de la consulta realizada para ser digitado por la persona que se asigne para esta función • Entregar informe trimestral de suficiencia a la red del subsistema de salud de las fuerzas militares 30 días después del trimestre vencido iniciando trimestre



Dirección General de Sanidad Militar "Un equipo humano al servicio de la salud"
Avenida Cacho 26 No 99 - 76 Centro Empresarial Domato Torre Tierra Pura 4 PBR. 328555 Ecu 1112
tel: 051 22444444 ext: 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112
www.digsa.mil.ec, correo: digsa@digsa.mil.ec, Sonora un régimen de excepción
que administra los recursos del subsistema de salud de las FF.MM, conforme a la Ley 152 de 1997



	desde diciembre del mes anterior, de acuerdo a los criterios establecidos por la coordinación del grupo. • Participar semanalmente en los Comités Técnicos Científicos (CTC) y definir en conjunto con los otros miembros de estos CTC los diferentes conceptos para la prestación de servicios de Salud. • Apoyar el enlace de los procesos en la prestación de servicios de salud (administrativos y asistenciales) y la inclusión de herramientas tecnológicas. • Dar cumplimiento a lo definido en el procedimiento de suficiencia de red, referencia y contrareferencia, y comités técnicos científicos. • No divulgar la información que maneje y que tenga conocimiento en cumplimiento del objeto del contrato, siendo responsable de su contenido manejo y custodia. • Apoyar la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del SSFM, y que es aplicable a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. • Participar en los comités estructuradores y evaluadores, de los contratos de la Dirección General de Sanidad Militar, cuando se considere dentro de su competencia. • Apoyar la respuesta a derechos de petición quejas, solicitudes de usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de los entes que lo requieran. • Dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivos, o normas que lo modifiquen o adicionen, entrega de los documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación. • Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión de acuerdo a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones". Al gestor documental de su área con todos los procesos archivísticos conforme a la normatividad vigente. • Las demás actividades, inherentes al objeto del contrato y acordes a la formación del contratista, asignadas por el contratante. Realizar un diagnóstico integral de las necesidades en la familia y establecer planes de intervención en conjunto con el resto del EBA. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a: En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y condiciones establecidas tanto en la cláusula segunda y demás del presente contrato. b) Suministrar al supervisor del contrato la información requerida por éstos, en las condiciones y plazos señalados. c) Presentar mensualmente con el informe de actividades y/o entregables, las planillas y soportes de pago de la
--	--



seguridad social en los términos de ley (salud, pensión y ARL). d) Informar oportunamente al Supervisor del Contrato, por escrito, cuando surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. e) Suscribir el Contrato dentro de los Tres (3) días hábiles siguientes a la entrega del mismo. f) Constituir las garantías establecidas en el presente contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al perfeccionamiento. g) Responder por el correcto uso, manejo y conservación de los bienes muebles entregados al CONTRATISTA en virtud del presente contrato. h) Guardar la confidencialidad y debida reserva de la información que le sea suministrada con ocasión del presente contrato, en consecuencia ante cualquier solicitud de información sobre la ejecución del contrato requerida por personal no autorizado por el CONTRATANTE, será remitida para su respuesta al CONTRATANTE. i) Custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato j) Las demás inherentes a la naturaleza del contrato.

Se expide en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil veintitrés (2023), a solicitud del INTERESADO con destino a EFECTOS PERSONALES.

Capitán de Navío. CARLOS ARTURO AMAYA MONTEALEGRE
Subdirector Administrativo y Financiero

Elaboró: P.S. Viviana Coral
Abogada Grupo de Contratación

Review: Mr. Tolson _____
 Coordinated Group _____



MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EL GRUPO DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que, conforme a los documentos que obran en el Archivo de la entidad, el (la) señor(a) **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.872.642.460**, suscribió con la Dirección General de Sanidad Militar el(los) siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios profesionales y/o de Apoyo a la Gestión:

No. Contrato	082-DIGSA-2020
Fecha de suscripción	10/01/2020
Fecha de terminación	30/06/2020
Objeto contractual	El objeto del presente contrato es la Prestación de Servicios como profesional de medicina para el Grupo de RED.
Contrato adición o modificatorio	N/A
Valor del contrato	POR LA SUMA DE: VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS M.CTE (\$ 27.254.064,80).
Reposan sanciones (multas-penal-peounaria)	SI ☐ No. _____ fecha: _____ NO ☒
Obligaciones contractuales	A LA FECHA DE LA CERTIFICACION NO REPOSA SANCIONES CLÁUSULA SEGUNDA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y/O ENTREGABLES: 1. Con base en la normatividad legal vigente aplicable para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, realizar los respectivos aportes profesionales sobre actualización, acompañamiento, asesoría y ajustes en los documentos, procesos con su correspondiente seguimiento a la implementación, así como la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, según cronograma establecido por la Coordinación del Grupo Red establecidos al interior de la Dirección General de Sanidad Militar y de aplicabilidad en las Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad Militar. 2. Coordinar en conjunto con el personal contratado por la Dirección General las actividades relacionadas para la prestación de servicios en salud de los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares acorde a los tiempos definidos en la Resolución No. 1955 del 27-DIC/2017 y la Directiva Permanente No. 09 del 1-DIC/2017.



Dirección General de Sanidad Militar "Un equipo humano al servicio de la salud"
Avenida Calle 26 No 68 - 75 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX: 3238555 Ext 1112
correo: salud@defensamilitar.mil.co, salud@digsa.mil.co, salud@comandante.mil.co, salud@comandante.mil.co
que administran los recursos del subsistema de salud de las FFM, conforme a la Ley 352 de 1997



3. Brindar una íntegra atención en salud a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con calidad en las diferentes actividades a realizar y la interrelación de los procesos conforme al modelo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
4. Entregar planillas diarias de la consulta realizada para ser digitado por la persona que se asigne para esta función.
5. Realizar atención domiciliar de medicina general a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
6. Entregar informe bimensual de las visitas domiciliarias realizadas durante ese periodo.
7. Llevar un adecuado registro de los diferentes formatos establecidos en la atención en salud (historia clínica, formulación, reportes).
8. Apoyar el enlace de los procesos en la prestación de servicios de salud (administrativos y asistenciales) y la inclusión de herramientas tecnológicas.
9. Dar cumplimiento a lo definido en el procedimiento de suficiencia de red, referencia y contrareferencia, y comités técnicos científicos.
10. No divulgar la información que maneje y que tenga conocimiento en cumplimiento del objeto del contrato, siendo responsable de su contenido manejo y custodia.
11. Apoyar la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del SSFM, y que es aplicable a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
12. Participar en los comités estructuradores y evaluadores, de los contratos de la Dirección General de Sanidad Militar, cuando se considere dentro de su competencia.
13. Apoyar la respuesta a derechos de petición quejas, solicitudes de usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de los entes que lo requieran.
14. Dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivos, o normas que lo modifiquen o adicionen, entrega de los documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación.
15. Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión de acuerdo a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones". Al gestor documental de su área con todos los procesos archivísticos conforme a la normatividad vigente.
16. Las demás actividades, inherentes al objeto del contrato y acordes a la formación del contratista, asignadas por el contratante.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y





	condiciones establecidas tanto en la cláusula segunda y demás del presente contrato. b) Suministrar al supervisor del contrato la información requerida por éstos, en las condiciones y plazos señalados. c) Presentar mensualmente con el informe de actividades y/o entregables, las planillas y soportes de pago de la seguridad social en los términos de ley (salud, pensión y ARL). d) Informar oportunamente al Supervisor del Contrato, por escrito, cuando surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. e) Suscribir el Contrato dentro de los Tres (3) días hábiles siguientes a la entrega del mismo. f) Constituir las garantías establecidas en el presente contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al perfeccionamiento. g) Responder por el correcto uso, manejo y conservación de los bienes muebles entregados al CONTRATISTA en virtud del presente contrato. h) Guardar la confidencialidad y debida reserva de la información que le sea suministrada con ocasión del presente contrato, en consecuencia ante cualquier solicitud de información sobre la ejecución del contrato requerida por personal no autorizado por el CONTRATANTE, será remitida para su respuesta al CONTRATANTE. i) Custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato j) Las demás inherentes a la naturaleza del contrato.
--	---

Se expide en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil veintitrés (2023), a solicitud del INTERESADO con destino a EFECTOS PERSONALES.


Capitán de Navío. CARLOS ARTURO AMAYA MONTEALEGRE
Subdirector Administrativo y Financiero


Elaboró: P.S. Viviana Cord
Abogada Grupo de Contratación


Revisó: MYRIAM ROJAS
Coordinadora General de Contratación





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



Al contestar, cite este número

Radicado No. 2022322021596673 MDN-COQFM-CCEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-2.21

Bogotá, D.C., 29 de noviembre de 2022

Señora
CINDY CATALINA HERRERA ROMERO
Calle 7 N° 1A - 01, Chía, Cundinamarca.
Celular: 3154725226
Bogotá D.C.

Asunto: Certificación Contrato de Prestación de Servicios

EL SUSCRITO OFICIAL DE GESTIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD
EJÉRCITO.

HACE CONSTAR:

Que la señora **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.072.642.400 de Chía, Cundinamarca, presta sus servicios en la Dirección de Sanidad del Ejército mediante contratos de prestación de servicios, así:

CONTRATO	OBJETO	INICIO	TERMINACIÓN	VALOR ESTIMADO AL PAGO MENSUAL	HONORARIOS TOTAL
894-EJC-DISAN-2022	La prestación de servicios profesionales como médico general en la Dirección de Sanidad Ejército - Sección Jurídica.	03/08/2022	En ejecución hasta el 31/12/2022	\$ 3.959.155,00	\$ 19.531.831,33

El contrato por ser de prestación de servicios no genera relación laboral ni prestaciones sociales y su celebración es por el término estrictamente indispensable para la institución conforme lo señalado en el inciso 3, numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993.

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA, HONOR, LEALTAD
Entada Principal Carrera 7 No 52 - 49 DISAN
4281434
Dirección página web: www.dizancexerjito.mil.co





Al contrastar, cite este número

Radicado No. 2022322021595673 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-2.21

Las actividades realizadas por el prestador de servicios están suscritas en los respectivos contratos.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de dos mil veintidos (2022).

MY. CAMILO ANDRÉS PARIAS AVELLA
Oficial de Asesoría Jurídica DISAN-EJC

[Firma]

Proyecto: PS. DAVID CELY HERNÁNDEZ
Tecnólogo Jurídico Sección Contratos - DISAN.

DISAN

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA, HONOR, LEALTAD
Carrera Principal Carrera 7 No 52 - 48 DISAN
4251426
Dirección página web: www.direcciondisci.mil.co



	CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO AP-CT-F-28-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 17/06/2020

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

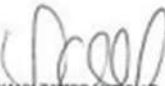
Que revisadas las bases de datos y los archivos digitales que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) HERRERA ROMERO CINDY CATALINA identificado (a) con C.C. N° 1072642460 estuvo vinculado (a) a través de la modalidad de Prestación de Servicios bajo el perfil MEDICO GENERAL desde el 01 de 04 de 2014 hasta el 30 de 03 de 2020.

A continuación, se describe las actividades contratadas bajo el objeto:

1. Realización de consulta de urgencias.
2. Realización de procedimientos que se deriven de la atención médica servicio de Urgencias.
3. Definición de conducta de los pacientes en Observación.
4. Brindar atención médica en urgencias cumpliendo con lo emanado por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC).
5. Diligenciamiento adecuado y completo de Historia clínica y demás registros institucionales según Normatividad vigente.
6. Notificación de eventos interés en salud pública.
7. Asistencia a capacitaciones programadas por la Subred Norte y demás actividades asignadas.

La presente se expide a solicitud del peticionario en Bogotá D.C. a los 14 de 07 de 2023

Para contestar



YANY ZAMBRANO DIAZ
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Nombre	Cargo	Fecha
Yany Zambrano Diaz	Directora de Contratación	17/06/2020
Revisado por	Revisado por	
Revisado por	Revisado por	

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
certificacionesops@subrednorte.gov.co
Tel: (571) 4431790
Nº: 900971006-4

BOGOTÁ



Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN RAFAEL
Fusagasugá
C.R. 800.800.525-1

Fusagasugá, 25 de Julio de 2012

EL GERENTE

HACE CONSTAR:

Que el(a) doctor(a) **HERRERA ROMERO CINDY CATALINA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía número 1.072.642.460 de Chia, prestó sus servicios como profesional del servicio social obligatorio (médico) a esta institución, con desplazamiento al puesto de salud de Chinautá y puestos de salud del municipio de Fusagasugá.

Que trabajó en cumplimiento del **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Médico)** exigido por la Ley 52 de 1994, en el Centro de Salud de Chinautá y puestos de salud del municipio de Fusagasugá durante el tiempo comprendido entre el 5 de Julio de 2011 y 4 de Julio de 2012 (12 meses), cumpliendo con los programas y requisitos que le fueron encomendados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Que los Cargos y Localidades antes anotados son válidos para el cumplimiento del **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Médico)** de acuerdo al libro número 01 y N° de Orden 315 del 18 de Junio de 2010 de la secretaría de salud de Cundinamarca y de acuerdo a lo establecido en las ordenes de prestación de servicios números 10-295-2011 y 10-08-2012.


JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES
C. C. 79.442.689 de Bogotá

Inventado
Talento Humano

EL SUSCRITO JEFE DE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL
DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
HACE CONSTAR :

1. QUE HERRERA ROMERO CINDY CATALINA
IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.072.642.460
EXPEDIDA EN CHIA ESTÁ PRESTANDO SUS SERVICIOS
A LA CAJA CON CONTRATO TERMINO FIJO
DESDE FEBRERO 5 DE 2013 HASTA ENERO 31 DE 2014
2. QUE EN LA ACTUALIDAD OCUPA EL CARGO DE MEDICO GENERAL
EN MEDICINA GENERAL MADRID CON UN HORARIO DE 210 HORAS MES.
3. QUE DEVENGA UNA ASIGNACION MENSUAL DE \$2,564,800

SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DEL EMPLEADO(A)
EN BOGOTÁ D.C. A LOS 17 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2013



JOSE ARMANDO CUASAN PASOS
JEFE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL

8. Prakash J, Niwas SS, Parekh A, Pandey LK, Sharatchandra L, Arora P, et al. Acute kidney injury in late pregnancy in developing countries. *Ren Fail.* 2010;32:309–13.
9. Bentata Y, Housni B, Mimouni A, Azzouzi A, Abouqal R. Acute kidney injury related to pregnancy in developing countries: Etiology and risk factors in an intensive care unit. *J Nephrol.* 2012;25:764–75.
10. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF, Gumber M. Acute renal failure in pregnancy: Our experience. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2014;25:450–5.

J.G. Vázquez-Rodríguez*, L.A. Solís-Castillo
y F.J. Cruz-Martínez

Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital Ginecología y Obstetricia N.º 3, Centro Médico Nacional «La Raza», Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juangustavovazquez@hotmail.com
(J.G. Vázquez-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.006>
0210-5691/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

La hidroxicloroquina, un fármaco potencialmente letal



Hydroxychloroquine, a potentially lethal drug

Sr. Director:

La hidroxicloroquina es un fármaco ampliamente usado en nuestro país, principalmente en procesos reumatológicos, sin embargo, se han descrito muy pocos episodios de intoxicación por el mismo. A raíz de un caso clínico describimos las características básicas de la intoxicación por hidroxicloroquina y revisamos las claves de su manejo.

Se trata de una mujer de 29 años, con antecedentes de una gestación con feto y parto normales, sin alergias registradas o consumo de tóxicos conocido. Se encontraba en seguimiento en otro centro hospitalario por enfermedad del tejido conectivo no especificada y no recibía tratamiento hacía meses.

Se avisa a los servicios de emergencias extrahospitalarias desde el domicilio. La paciente se encontraba previamente asintomática cuando su familiar, tras oír un golpe de caída la encuentra en el suelo, inconsciente, sin movimientos anormales. A la llegada de la ambulancia la paciente presenta Glasgow 3, pupilas anisocóricas con midriasis izquierda e hipotensión con cifras de TA de 40/28. Se procede a intubación orotraqueal en domicilio y resucitación con volumen. Posteriormente presenta de manera súbita una taquicardia ventricular (TV) precisando de 6 min de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada para su resolución, tras la cual presenta nueva parada cardiorrespiratoria (PCR) en ritmo de TV de 5 min, recibiendo un total de 3 desfibrilaciones y 5 mg de adrenalina.

A su llegada a urgencias la paciente presenta bajo nivel de consciencia, aunque moviliza las 4 extremidades sin paresias aparentes y se confirma la anisocoria descrita, siendo ambas pupilas reactivas. Inicialmente está hemodinámicamente estable, pero con progresión rápida a hipotensión que obliga a iniciar soporte vasoactivo con noradrenalina. En el electrocardiograma (ECG) inicial presenta ritmo sinusal a 75 lpm, sin otras alteraciones. Analíticamente se evidencia potasemia 1,5 mEq/l, con pH 7,01, láctico de 11 mmol/l y bicarbonato de 12 mEq/l. Se realiza TAC craneal que es estructuralmente normal, y con objeto de descartar otras

causas de PCR, un angio-TAC torácico que descarta tromboembolismo pulmonar.

Durante las primeras horas de ingreso, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es llamativa la persistencia de hipopotasemia, a pesar de la corrección intravenosa. A las 8 h del ingreso comienza a presentar rachas autolimitadas de TV polimorfa y monomorfa, y tipo *torsades de pointes*, con alargamiento de QT en ECG basal entre rachas, que evolucionan posteriormente a TV sostenida, siendo necesario administrar un nuevo choque eléctrico e iniciar perfusión de isoproterenol, con acortamiento de QT y desaparición de los ritmos ventriculares.

La anamnesis inicial a familiares es anodina. Niegan medicación activa habitual o ingesta de tóxicos en las últimas horas, aunque sí refieren que la paciente presenta problemas emocionales.

Tras la dificultad en la orientación diagnóstica inicial debido a una anamnesis incompleta en contexto de la situación, se sospecha que el cuadro puede ser de origen tóxico; en este caso en posible relación con ingesta de hidroxicloroquina, fármaco que la paciente había recibido meses antes con motivo de su conectivopatía. Tras revisar la bibliografía comprobamos que en efecto, los síntomas de la paciente eran compatibles con intoxicación por hidroxicloroquina. Dado que existían limitaciones para realizar el diagnóstico de confirmación debido a la indisponibilidad de determinación de niveles séricos del fármaco por el laboratorio, enviamos a familiares a realizar un registro en domicilio, con hallazgo finalmente de varios *blisters* vacíos agrupados del fármaco, lo que apoyaba nuestro diagnóstico de sospecha. Había ingerido un total de 42 comprimidos de 200 mg de hidroxicloroquina con ideación autolítica.

Tras las primeras 48 h pudo procederse a extubación reglada con buena evolución clínica, sin ningún déficit neurológico y sin nuevas alteraciones cardiovasculares. La paciente reconoció ideación autolítica en su gesto, por lo que posteriormente precisó tratamiento por parte de psiquiatría. Cabe señalar que en el momento en que se sospechó intoxicación por hidroxicloroquina se administraron también benzodiacepinas según la revisión que se expone a continuación (inicialmente diazepam 10 mg en bolo, procediendo posteriormente a sedación con midazolam en perfusión continua hasta dosis máximas de 11 mg/h).

La intoxicación por hidroxiclорокина es una entidad poco frecuente, a pesar de su uso habitual en diversos trastornos reumatológicos. Existe mucha mayor experiencia toxicológica con la cloroquina y, aunque los casos de sobredosis en países europeos son poco frecuentes, existen comunicaciones en las que se ha utilizado el fármaco como medio de suicidio en África y Francia¹. La similitud molecular entre dichas moléculas y las semejanzas en el curso clínico de la intoxicación por ambas han conducido a extrapolar las medidas terapéuticas de la intoxicación por cloroquina a la intoxicación por hidroxiclорокина. Ambas presentan toxicidad sobre el sistema de conducción cardíaco y el miocardio, con efecto inotrópico negativo, prolongación del complejo QRS e intervalo QT, *torsades de pointes* y ectopias ventriculares^{1,9}.

Las manifestaciones respiratorias en la intoxicación por cloroquina comprenden edema pulmonar y parada respiratoria en el periodo 1-3 h postingesta, tanto por acción directa sobre tejido pulmonar como a nivel del centro respiratorio. A nivel de SNC produce excitabilidad, irritabilidad, crisis comiciales y coma. Puede inducir también hepatitis por toxicidad directa sobre parénquima hepático.

A nivel ocular están descritas diversas alteraciones retinianas, parálisis de la musculatura extraocular o ciliar produciendo alteraciones en la acomodación. En nuestro caso la anisocoria que presenta inicialmente la paciente, con resolución posterior espontánea, puede deberse precisamente a dichas alteraciones.

La hipopotasemia se produce en el 85% de los casos de intoxicación por cloroquina y es el resultado de transporte intracelular de potasio más que un verdadero déficit^{2,4}.

La dosis tóxica de cloroquina se cifra en 20 mg/kg. Aunque la dosis letal no está bien definida, las series clínicas sugieren que 4 g de hidroxiclорокина es una dosis potencialmente mortal en adultos^{3,8}. Su inicio de acción es rápido al igual que cloroquina: los casos graves se presentan dentro de las 2 primeras horas postingesta, con coma e hipotensión, mientras que la estabilidad hemodinámica, electrocardiográfica y de nivel de conciencia dentro de las 5 primeras horas tras la sobredosis de hidroxiclорокина hace menos probables las complicaciones posteriores³.

El tratamiento de la intoxicación por hidroxiclорокина toma como ejemplo la de la cloroquina, como ya hemos comentado. Se recomienda lavado gástrico y la administración de carbón activado durante la primera hora postingesta^{1,5,7}. La cloroquina se distribuye precozmente en el compartimento intracelular, por lo que las medidas de depuración extrarrenal no son eficaces. Además, se recomienda diazepam a dosis altas⁵ en caso de crisis, arritmias, QRS ancho, hipotensión y colapso circulatorio. Puede ser necesaria intubación orotraqueal precoz y administración de drogas vasoactivas (adrenalina, noradrenalina). Se ha recomendado el uso de isoproterenol en el caso de hipotensión y bradicardia inducidas por hidroxiclорокина¹⁰. Los antiarrítmicos tipo I pueden alargar aún más el intervalo QT, por lo que se recomienda evitarlos. La corrección de la hipopotasemia debe ser monitorizada cuidadosamente⁶ sin exceder 10-15 mEq ClK/h, dado que no se trata de un déficit de potasio real sino de una redistribución intracelular que tenderá a corregirse por sí misma a medida que se resuelva la intoxicación. En cuanto a la alcalinización del suero y orina, que en algunos artículos se

ha propuesto como medida adyuvante para aumentar la excreción del fármaco, no presenta beneficio concluyente^{1,7} y podría empeorar la hipopotasemia. Se han propuesto otras opciones terapéuticas como el uso de emulsiones lipídicas intravenosas (ELI). La combinación de ELI con hemodiálisis intermitente (considerando dicha combinación y no la hemodiálisis aislada que no ha demostrado ser efectiva) podría ser beneficiosa en este tipo de intoxicación⁵. Puede recurrirse también a la utilización de soporte circulatorio extracorpóreo o *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) en intoxicaciones graves por cardiotoxícos en situación de colapso circulatorio y parada cardíaca^{11,12}, existiendo casos en la literatura de su utilización en intoxicaciones por cloroquina e hidroxiclорокина^{5,13,14}.

En resumen, la intoxicación por hidroxiclорокина es una entidad infrecuente pero potencialmente letal, que debemos sospechar en casos de hipopotasemia grave asociados a *shock*, arritmias ventriculares o PCR de causa no explicada. La normalización de las cifras de potasio es un factor fundamental en la evolución de la intoxicación por hidroxiclорокина, sin olvidar que la hipopotasemia en estos casos obedece a una alteración en la redistribución del ión, por lo el exceso de aporte extrínseco de potasio puede conducir a hiperpotasemia iatrogénica si no se vigilan estrechamente sus niveles.

Bibliografía

- Marquardt K, Albertson TE. Treatment of hydroxychloroquine overdose. *Am J Emerg Med*. 2001;19:420-4.
- Smith ER, Klein-Schwartz W. Are 1-2 dangerous? Chloroquine and hydroxychloroquine exposure in toddlers. *J Emerg Med*. 2005;28:437-43.
- Isbister GK, Dawson A, Whyte IM. Hydroxychloroquine overdose: A prospective case series. *Am J Emerg Med*. 2002;20:377-8.
- Gunja N, Roberts D, McCoubrie D, Lamberth P, Jan A, Simer DC, et al. Survival after massive hydroxychloroquine overdose. *Anaesth Intensive Care*. 2009;37:130-3.
- McBeth PB, Missirlis PI, Brar H, Dhinra V. Novel therapies for myocardial irritability following extreme hydroxychloroquine toxicity. *Case Rep Emerg Med*. 2015;2015:692948.
- Mégarbane B, Résière D, Sonnevile R, Guerrier G, Deye N, Baud F. Acute hydroxychloroquine poisoning: The danger of rapid or excessive correction of initial hypokalemia. *Presse Med*. 2005;34:933-4 [Article in French].
- Mongenot F, Tessier Gonthier Y, Derderian F, Durand M, Blin D. Treatment of hydroxychloroquine poisoning with extracorporeal circulation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2007;26:164-7.
- Messant I, Jérémie N, Lenfant F, Freysz M. Massive chloroquine intoxication: Importance of early treatment and pre-hospital treatment. *Resuscitation*. 2004;60:343-6.
- White NJ. Cardiotoxicity of antimalarial drugs. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:549-58.
- Chen CY, Wang FL, Lin CC. Chronic hydroxychloroquine use associated with QT prolongation and refractory ventricular arrhythmia. *Clin Toxicol (Phila)*. 2006;44:173-5.
- Mégarbane B, Deye N, Baud FJ. Extracorporeal life support for poisonings with cardiotoxins. *Rev Prat*. 2008;58:855-60.
- St-Onge M, Fan E, Mégarbane B, Hancock-Howard R, Coyte PC. Venoarterial extracorporeal membrane oxygenation for patients in shock or cardiac arrest secondary to cardiotoxicant poisoning: A cost-effectiveness analysis. *J Crit Care*. 2015;30:437, e14.

13. Champion S, Malisin I, Cleophax C, Vodovar D, Deye N, Mégarbane B, et al. Chloroquine poisoning-associated inverted Tako-tsubo cardiomyopathy. *Clin Toxicol (Phila)*. 2012;50:721–2.
14. Mongenot F, Tessier Gonthier Y, Derderian F, Durand M, Blin D. Treatment of hydroxychloroquine poisoning with extracorporeal circulation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2007;26:164–7 [Article in French].

C. Merino Argumáñez*, I. Sáez de La Fuente,
Z. Molina Collado, D. Suárez Pita, B. Mestre Gómez
y J.A. Sanchez Izquierdo

*Sección de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre,
Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: carolmerino6@hotmail.com,
merinocarol11@gmail.com (C. Merino Argumáñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.05.004>
0210-5691/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

OSTEOARTROSIS

*Juan Rodríguez Solís
Víctor Manuel Palomo Martínez
Sonia Bartolomé Blanco
Mercedes Hornillos Calvo*

Introducción

La osteoartrosis (OA) o artrosis es un grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas similares y cambios patológicos y radiológicos comunes. La artrosis es el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral. La artrosis puede ser iniciada por múltiples factores entre los que se incluyen factores genéticos, ambientales, metabólicos y traumáticos (1).

Prevalencia

Se ha estimado que 1/3 de los individuos mayores de 35 años presentan algún signo de artrosis, con una prevalencia que aumenta con la edad. En la población general española la prevalencia de la artrosis en cualquier articulación es del 24%. La artrosis de manos y rodillas es más común en mujeres, mientras que la prevalencia de la artrosis de cadera es similar en ambos sexos. En España la prevalencia de la artrosis de manos en las mujeres es del 9,3% y en los hombres del 2,4%. En los mayores de 50 años, estas cifras ascienden al 20% en las mujeres y al 6% en los hombres. Las mujeres de edades entre 70 y 89 años desarrollan artrosis de rodilla sintomática aproximadamente un 1% por año (1, 2).

Factores de riesgo

Dependiendo de la articulación afectada, los factores son distintos, y se puede diferenciar entre una susceptibilidad generalizada, como la edad, osteoporosis, herencia y sexo, y los factores locales de la articulación, como traumatismos, alteraciones anatómicas de la articulación y la ocupación laboral que tuviera el paciente (1).

Obesidad

Son numerosos los estudios que defienden la relación entre obesidad y artrosis de rodilla. Sin embargo,

no se conocen todavía los mecanismos por los que la obesidad podría favorecer la aparición de artrosis. Existen al menos tres teorías: la hipótesis más aceptada es que el sobrepeso aumenta la presión realizada sobre una articulación, y esto puede inducir la rotura del cartílago, pero esta teoría no explicaría la probable relación entre obesidad y OA de manos.

Ocupación y actividad

Se ha demostrado, asimismo, la asociación de la artrosis de rodilla con el trabajo que exige prolongadas y repetidas flexiones de esta articulación.

Densidad mineral ósea

Se ha observado que los pacientes con mayor densidad mineral ósea tienen un riesgo más elevado de padecer artrosis. Por ello, se ha postulado que una masa ósea reducida puede incrementar la capacidad ósea de absorción de las vibraciones del hueso yuxtarticular y proteger así al cartílago articular.

Sexo

No sólo su incidencia es mayor en la población femenina, sino que también es más intensa y afecta a más articulaciones. El patrón topográfico muestra diferencias, ya que en hombres es más frecuente la afectación de las metacarpofalángicas y la cadera, y en mujeres, las interfalángicas distales y las rodillas.

Edad

Se ha encontrado un marcado incremento en la frecuencia de artrosis grave en la edad avanzada. La correlación no es lineal, y el incremento es exponencial a partir de los 50 años. El mecanismo que provoca la asociación entre el envejecimiento y la artrosis es poco conocido. Entre los posibles factores, se incluyen pequeños cambios anatómicos de las articulaciones y alteraciones biomecánicas o bioquímicas en el cartílago articular que comprometen las propiedades mecánicas del cartílago.

Factores nutricionales

Existen pruebas de que los condrocitos producen diversos radicales de oxígeno y que el deterioro oxidativo puede ser relevante. Por este motivo se postula que moléculas antioxidantes, como las vitaminas C, E y D, son beneficiosas en la artrosis.

Patogenia

La artrosis es el resultado de la pérdida de la función articular como consecuencia de la rotura del cartílago articular. Aunque la degradación del cartílago articular es el evento central en la patogénesis de la artrosis, otros tejidos, como el sinovial o el hueso subcondral, participan en el inicio y desarrollo de esta patología. El resultado final es una destrucción acelerada de la matriz por enzimas procedentes de los condrocitos y de las células sinoviales, seguida por alteraciones en los sistemas de reparación del cartílago (1, 2, 3). En la patogenia participan los siguientes factores:

Factores mecánicos

Las articulaciones que soportan carga están sometidas a presiones repetidas y localizadas. Aunque una de las funciones de los tejidos periarticulares y del hueso subcondral es la de disipar la energía en las articulaciones de carga, algunas fuerzas mecánicas son transmitidas al cartílago.

Mecanismos enzimáticos

Los grupos de enzimas que desarrollan una función esencial en la OA son las metaloproteasas y las serinoproteasas.

El tejido sinovial

Se ha demostrado la inflamación del tejido sinovial en la artrosis y su participación en la destrucción del cartílago articular y en la cronificación de esta patología articular.

Manifestaciones clínicas

Dolor

El dolor es el síntoma más frecuente y se localiza en la articulación afectada. Inicialmente el dolor se desencadena con el uso de la articulación, mejorando con el reposo. A medida que progresa la enfermedad, el dolor es más continuo, apareciendo en reposo e incluso por la noche interfiriendo con el sueño. No existe siempre una correlación entre la intensidad del dolor y el grado de daño estructural articular; la correlación más estrecha es en la artrosis de cadera seguida de la

rodilla, siendo peor en la mano y en las apófisis espinosas de la columna. El origen del dolor en los pacientes con artrosis es multifactorial, dependiendo tanto de estructuras articulares como periarticulares. Entre las causas del dolor están:

- Incremento en la presión intraósea secundario a una obstrucción intravenosa.
- Estiramiento periosteal secundario a la formación de osteofitos.
- Microfracturas subcondrales.
- Hipertrofia sinovial que origina inflamación.
- Distensión capsular, distensiones ligamentosas y contracturas musculares.

Rigidez articular

La rigidez es otro de los síntomas característicos de la artrosis; aparece después de un período de inactividad y puede existir también rigidez matutina. La duración de la rigidez es siempre corta en el tiempo, esto la diferencia de la rigidez de las enfermedades inflamatorias. En la artrosis de rodilla, por ejemplo, es menor de 30 minutos.

Incapacidad funcional

La incapacidad funcional es una consecuencia importante de la artrosis, hasta el punto de que es la principal causa de incapacidad en ancianos.

Exploración física de la articulación artrósica

La crepitación ósea al movimiento activo y pasivo de la articulación es un signo característico; se aprecia en todo el rango de movimiento de la articulación. Puede existir dolor con la presión a lo largo de toda la línea articular y periarticular. Es frecuente encontrarse una disminución del rango de movimiento articular. Puede encontrarse, en ocasiones, un incremento de temperatura en la articulación afectada con diversos grados de derrame articular. En los casos en los que la OA está muy avanzada, existe deformidad, aunque es infrecuente encontrar inestabilidad articular. En estadios avanzados puede existir atrofia muscular periarticular debido al desuso o a una inhibición refleja de la contracción muscular (1, 3, 4).

Clasificación y diagnóstico

El diagnóstico y la graduación de la intensidad de la artrosis se realiza normalmente a partir de los datos clínicos y la imagen radiológica.

- El primer paso para el diagnóstico es saber si la clínica que presenta el paciente es debida a la artrosis de esa articulación o a otras causas (tabla 1).

Tabla 1. Causas de dolor en la rodilla

1. Bursitis (prerrotuliana, anserina).
2. Artritis (gota, infecciosa, inflamatoria).
3. Fibromialgia.
4. Patología rotuliana (mala alineación, condromalacia).
5. Meniscopatía y patología de ligamentos cruzados.
6. Tendinitis.
7. Osteocondritis disecante femoral.
8. Alteración en la alineación (*genu varum, valgum, recurvatum*).
9. Hiperlaxitud.
10. Quiste poplíteo.
11. Enfermedad de Osgood-Schlatter.
12. Artrosis.

Tabla 2. Clasificación de la artrosis**1. Idiopática:**

- Localizada:
 - Manos:
 - Nódulos de Heberden y Bouchard, interfalángica erosiva, metacarpoescafoidea, trapecioescafoidea.
 - Pies:
 - Hallux valgus, hallux rígidas.
 - Rodilla:
 - Compartimento medial.
 - Compartimento lateral.
 - Compartimento patelofemoral.
 - Caderas:
 - Excéntrica (superior).
 - Concéntrica (axial, medial).
 - Difusa (coxae senilis).
 - Columna (principalmente cervical y lumbar):
 - Apófisis.
 - Intervertebral (disco).
 - Espondilosis (osteofitos).
 - Ligamentos (hiperostosis, enfermedad de Rotés-Querol o de Forestier).
 - Otras localizaciones:
 - Hombro, temporomandibular, sacroiliaca, tobillo, muñeca, acromioclavicular.

Tabla 2. Clasificación de la artrosis (continuación)

- Generalizada (afecta a tres o más áreas articulares):
 - Articulaciones pequeñas y columna.
 - Articulaciones grandes y columna.
 - Mixta: combinación de las anteriores.
- 2. Secundaria:
 - Enfermedades congénitas o del desarrollo:
 - Localizada:
 - Enfermedades de la cadera: Legg-Calve-Perthes, dislocación congénita de cadera.
 - Factores mecánicos y locales: obesidad, diferente tamaño de piernas, exagerada deformidad en varo o valgo, síndromes de hipermovilidad, escoliosis.
 - Generalizada:
 - Displasias óseas: displasia de la epífisis, espondilodisplasias.
 - Enfermedades metabólicas: hemocromatosis, ocrónosis, enfermedad de Gaucher, hemoglobinopatía, Ehlers-Danlos.
 - Enfermedad por depósito de calcio:
 - Depósito de pirofosfato cálcico.
 - Artropatía por hidroxipatita.
 - Artropatía destructiva.
 - Postraumática.
 - Otras enfermedades del hueso y articulación.
 - Necrosis avascular, artritis reumatoide, artritis gotosa, artritis séptica, enfermedad de Pagel, osteopetrosis, osteocondritis.
 - Otras enfermedades:
 - Endocrinas: diabetes mellitus, acromegalia, hipotiroidismos, hiperparatiroidismo.
 - Artropatía neuropática: articulación de Charcol.

Fuente: Modificada de Altman RD. Classification of disease: osteoarthritis. *Seminars in Arthritis Rheumatology*. 1991; 20: 40-7.

- El siguiente paso es diferenciar entre pacientes que presentan una artrosis primaria (idiopática) y aquellos que se identifican con la artrosis secundaria a otras enfermedades (tabla 2).
- El tercer paso es confirmar que los pacientes cumplen los *criterios clínicos* para la artrosis como son los propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (tabla 3). Estos criterios sirven para orientar en casos dudosos y para homogeneizar las poblaciones de pacientes con

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la artrosis

Criterios del Colegio Americano de Reumatología para la clasificación de la artrosis

OA de rodilla:

- Dolor de rodilla.
- Osteofitos:
 - Líquido sinovial de OA (sustituible por edad > a 40 años).
 - Rigidez matutina < 30 min.
 - Crepitaciones.

Sensibilidad, 94%; especificidad, 88%.

OA de cadera:

- Dolor de cadera y al menos dos de los tres siguientes:
 - VSG < 20 mm/h.
 - Osteofitos en las radiografías.
 - Reducción del espacio articular radiográfico.

Sensibilidad, 89%; especificidad, 91%.

OA de mano:

- Dolor, congelación o rigidez de mano.
- Proliferación tejido duro en dos o más de las 10 articulaciones seleccionadas*.
- Tumefacción en menos de dos MCF:
 - Proliferación de tejido duro en dos o más IFD (segunda y tercera IFD pueden ser contadas en 2 y 4a).
 - Deformidad de una o más de las 10 áreas articulares de la mano seleccionadas*

Sensibilidad, 93%; especificidad, 97%.

VSG: velocidad de sedimentación globular; OA: osteoartritis; MCF: metacarpofalángicas; IFD: interfalángica distal.

*10 áreas articulares: segunda y tercera interfalángica proximal; segunda y tercera interfalángica distal y primera carpometacarpiana de ambas manos.

clínicas parecidas, y utilizados principalmente en estudios epidemiológicos. En el caso de la artrosis de rodilla, la clasificación, atendiendo a criterios clínicos, se basa en la presencia de dolor en la rodilla, crepitaciones con el movimiento activo, y rigidez matutina de menos de 30 minutos de duración. Todos los pacientes deben referir dolor durante la mayor parte de los días del mes anterior a la consulta médica.

Los *criterios radiológicos* para la clasificación de la artrosis de rodilla se basan en la presencia de osteofitos radiológicos. En el estudio radiológico se debe realizar una radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas en carga. Los signos clásicos radiológicos son: disminución del espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral, quistes, anomalías del contorno óseo y luxaciones articulares. El sistema de graduación de los cambios radiológicos más utilizado es el desarrollado por Kelle-

gren y Lawrence en 1957. La ecografía y la resonancia magnética son técnicas de imagen que permiten valorar la presencia de derrame articular, el grosor del cartílago y la presencia de patología periarticular. Desde el punto de vista clínico no está justificado realizar una ecografía o resonancia magnética para el diagnóstico de artrosis, pero estas dos técnicas pueden ser de ayuda para descartar otras patologías asociadas (1, 3, 4).

Hallazgos de laboratorio

Las pruebas de laboratorio clásicas para el estudio de las enfermedades reumáticas son normales en los pacientes con artrosis. En ocasiones, puede existir una velocidad de sedimentación globular moderadamente elevada y el factor reumatoide puede ser positivo a título bajo; sin embargo, ambos supuestos no excluyen el diagnóstico de una artrosis en los ancianos. El 20% de personas sanas ancianas pueden tener el factor reumatoide positivo a título bajo y la velocidad de sedimentación globular levemente incrementada por la edad. Aunque no existe en la actualidad ningún marcador serológico o en el líquido sinovial de los pacientes con artrosis que permita hacer un diagnóstico o un seguimiento de la misma, se están realizando importantes avances en el estudio de los denominados marcadores biológicos de la artrosis que registran la actividad de un proceso biológico fisiológico o patológico. En el caso de la artrosis, es importante que los marcadores biológicos sean específicos del cartílago, o al menos tan específicos como sea posible (colágeno tipo II y proteoglicanos como el agregano). Estos marcadores se pueden determinar en suero, en orina o en líquido sinovial (1, 3, 5).

Análisis del líquido sinovial

El líquido sinovial presenta características no «inflamatorias»; es viscoso, no turbio y el número de células es inferior a 2.000/mm. Siempre se debe observar con el microscopio de luz polarizada para descartar la presencia de cristales, fundamentalmente de pirofosfato cálcico dihidratado.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de la artrosis existen, básicamente, dos objetivos a perseguir: descartar la presencia de una enfermedad inflamatoria e identificar aquellos pacientes que presentan una artrosis secundaria (tabla 2).

Complicaciones

Las complicaciones que puede sufrir una articulación artrósica pueden ser de distinto origen:

- *Inflamatorio:* la más frecuente es la artritis por microcristales que, en ocasiones, se origina por

la asociación con la condrocalcinosis crónica o la pseudogota.

- *Infeccioso* por bacterias grampositivas, principalmente por *Staphylococcus aureus*.

El diagnóstico de estas dos complicaciones se debe sospechar cuando aparece importante y continuo dolor articular que se acompaña de datos inflamatorios articulares, como derrame sinovial y calor local.

- *Traumatológico*: la presencia de meniscopatía degenerativa y la osteocondritis.

Cualquiera de todas estas complicaciones obliga a la derivación del paciente al especialista.

Afectación de articulaciones específicas

Artrosis de cadera

Ocurre por igual en hombres que en mujeres, y frecuentemente es de localización única. El síntoma principal es el dolor mecánico que se localiza en la ingle y se irradia a la cara anterior del muslo hasta la rodilla. En ocasiones, se presenta el dolor de localización posterior en glúteo y cara posterior o interna del muslo. El dolor puede ser intenso y crear gran limitación funcional (limitación para atarse los zapatos, ponerse las medias o los calcetines). La rigidez es habitual tras los períodos de reposo. A la exploración existe una disminución importante de la movilidad pasiva, especialmente en la flexión y abducción. Puede observarse atrofia del cuádriceps y glúteos. En fases avanzadas, la pelvis bascula hacia el lado sano cuando el paciente se apoya en el lado enfermo, y puede observarse hiperlordosis compensadora. La evolución puede ser variable, existiendo casos estables muchos años, mientras que otros requerirán rápidamente cirugía (1).

Artrosis de rodillas

Suele ser más frecuente en mujeres y se asocia a obesidad. El síntoma principal es el dolor mecánico, con rigidez, crepitación e impotencia funcional, tanto más severa cuanto más avanzada está la enfermedad. Según donde se localice la afectación, el dolor será global, en los lados o en zona posterior si se centra en el compartimento femorotibial, y si se centra en la zona femoropatelar el dolor se producirá al bajar o subir escaleras, arrodillarse... A veces pueden existir bloqueos por la presencia de algún cuerpo libre intra-articular. En la exploración existe dolor y limitación en la flexión, desplazamiento rotuliano y tumefacción articular. Conviene constatar la presencia de *varo* o *valgo*. Un signo constante en fases avanzadas es la atrofia del cuádriceps y una actitud en flexión más o menos importante (1, 2).

Tratamiento

Gran parte del éxito del tratamiento de la artrosis radica en su correcto diagnóstico, es decir, en descartar acertadamente otras posibles causas de dolor o patologías asociadas a la artrosis.

Debe ser individualizado y ajustarse a la articulación afectada. Los objetivos del tratamiento de la artrosis son:

- Controlar la sintomatología.
- Mantener la función articular.
- Reducir al máximo la progresión de la artrosis.

De acuerdo a estos objetivos, el tratamiento de la artrosis se puede clasificar en dos grandes grupos terapéuticos:

- Tratamientos *modificadores del síntoma*, que son aquellas opciones terapéuticas (farmacológicas o no) que reducen la sintomatología (el dolor) del paciente.
- Tratamientos *modificadores de estructura*, que son aquellas opciones terapéuticas capaces de reducir, frenar o revertir la destrucción del cartílago articular.

El origen del dolor en la artrosis no es totalmente conocido. La inflamación puede estar presente y puede causar dolor debido a la estimulación directa de las fibras nociceptivas aferentes primarias o por sensibilizar a estas fibras nerviosas a estímulos mecánicos o químicos. Además, el dolor tiene un componente central, y situaciones como la ansiedad, la depresión y el aislamiento social pueden influir en la percepción del dolor.

Hoy sabemos que la etiopatogenia y las manifestaciones clínicas de la artrosis no son iguales en todas las articulaciones. La artrosis de la columna es diferente a la artrosis que afecta a las articulaciones de las extremidades. Los recientes avances en la etiopatogenia de la artrosis han conseguido que el tratamiento evolucione y sufra importantes cambios. Actualmente contamos con el arsenal terapéutico que se desarrolla en el siguiente apartado (1-4).

Tratamiento no farmacológico

Existen una serie de normas que el paciente con artrosis debe conocer. En primer lugar, se le debe explicar la naturaleza de la enfermedad para provocar actitudes positivas. La terapia ocupacional puede desempeñar un papel importante en la educación del paciente. Conviene dar consejos sencillos sobre economía articular, enseñarle medidas encaminadas a reducir la carga que soportan las articulaciones. Se ha demostrado que la disminución del peso en pacientes obesos reduce la sintomatología y retarda la destrucción progresiva del cartílago articular. El uso del bastón

ayuda a mitigar el dolor, reduciendo también el riesgo de caídas. El ejercicio aeróbico desempeña un importante papel en la protección de la articulación porque incrementa la fuerza muscular y mejora el flujo sanguíneo en la articulación, la nutrición del cartílago y el rango de movilidad articular. Por este motivo, fortalecer la musculatura próxima a la articulación (el cuádriceps en la rodilla o abductores o extensores en la cadera) con ejercicios isométricos es también beneficioso. El empleo de calzado adecuado puede ayudar a mitigar el dolor de las articulaciones de las extremidades inferiores. En ocasiones, se pueden corregir alteraciones de la alineación (*genu varum* o *valgum*) incorporando al calzado unas sencillas cuñas laterales. El calor y el frío (diatermia, ultrasonidos, infrarrojos, baños de parafina, almohadillas eléctricas, etc.) pueden ser útiles para aliviar el dolor ocasionado por la artrosis (1-4).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la OA se divide en dos grupos: a) fármacos modificadores de síntomas, dirigidos a controlar el dolor, y b) fármacos modificadores de estructura, dirigidos a preservar el cartílago articular y frenar la evolución de la enfermedad (1, 3, 4).

Fármacos modificadores de los síntomas

En este grupo se incluyen los fármacos modificadores de síntomas de acción rápida, como los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y fármacos modificadores de síntomas de acción lenta, los llamados SYSADOA (*Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis*).

Analgésicos

Si para controlar el dolor es necesario emplear fármacos, el primero recomendado es el paracetamol a dosis de 2-4 g/día. Éste ha demostrado ser un fármaco eficaz, pues controla el dolor en el 40% de los pacientes. Además es un fármaco seguro.

Los analgésicos opiáceos débiles (tramadol y codeína) son fármacos eficaces y seguros en el paciente artrósico, siempre y cuando se vigilen estrechamente los efectos secundarios en los ancianos. Se pueden utilizar solos o asociados a paracetamol. Cuando con lo anterior no es suficiente para evitar que el paciente anciano se inmovilice por el dolor, se puede recomendar la utilización de analgésicos opiáceos mayores, como el fentanilo transdérmico.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Recomendados en los pacientes que no responden al manejo no farmacológico ni a los analgésicos (para-

cetamol u opiáceos débiles). Se recomienda empezar con dosis analgésicas, y si no es suficiente se pasa a dosis antiinflamatorias. El tratamiento con AINES está indicado desde el principio si existen datos de inflamación articular, principalmente derrame sinovial. Por el riesgo elevado de gastropatía asociada a AINES se debe combinar con gastroprotección con un inhibidor de la bomba de protones. El tratamiento con inhibidores de la COX -2 tiene el beneficio de tener menos riesgo de gastropatía, pero aumenta el riesgo cardiovascular, por lo que se deben usar con precaución en ancianos y a dosis bajas.

La aplicación de cremas o geles con AINE (o con capasicina) es también una alternativa que ha demostrado ser eficaz, principalmente en la artrosis de rodilla. Se recomiendan como tratamiento complementario al resto del arsenal terapéutico.

Fármacos modificadores de síntomas de acción lenta

Este grupo se caracteriza porque su efecto se inicia después de 2 a 3 semanas de tratamiento y persiste de 2 a 6 meses después de cesar su administración (efecto remanente). Forman parte de este grupo terapéutico el ácido hialurónico, el condroitín sulfato, la diacereína y el sulfato de glucosamina. Todos ellos cuentan con estudios que demuestran su eficacia para controlar el dolor de la artrosis, principalmente en la artrosis de rodilla (2, 5, 6).

Ácido hialurónico. Es un polisacárido formado por una larga cadena de disacáridos (D-glucoronil-D-nacetilglucosamina). Es un componente natural del cartílago y tiene un papel esencial en la viscosidad del líquido sinovial. Se administra por vía intraarticular (rodilla, cadera o primera metacarpofalángica). La dosis recomendada es de 20 mg, una vez a la semana durante 3-5 semanas consecutivas.

Condroitín sulfato. Es un proteoglicano con diferentes efectos biológicos demostrados en estudios in vitro e in vivo. Se administra por vía oral a dosis de 800 mg/día. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la artrosis de rodilla, cadera y manos. Su tolerancia es buena.

Diacereína. Es un derivado de la antraquinona. Se administra por vía oral a dosis de 100 mg/día. Hay estudios de eficacia en la artrosis de rodilla y cadera. Está descrita la presencia de diarrea hasta en el 30% de los pacientes. Si se inicia el tratamiento con dosis bajas (50 mg/día), el porcentaje de diarrea se reduce de forma significativa (6).

Sulfato de glucosamina. La glucosamina es un amino monosacárido necesario para la formación de la matriz extracelular del cartílago articular. Se administra por vía oral a dosis de 1.500 mg/día. Ha demostrado ser eficaz principalmente en la artrosis de rodilla con una buena tolerancia (7).

Corticosteroides

La administración de esteroides por vía sistémica no está indicada; sin embargo, la infiltración de corticoides (de larga duración) intraarticular es una opción terapéutica que ha demostrado ser eficaz en la artrosis de rodilla (8). Existe evidencia que demuestra que los corticoides no son perjudiciales para el cartilago articular. Se recomienda la infiltración de esteroides en los siguientes casos:

- En el tratamiento de la sinovitis aguda presente en algún momento de la evolución de la artrosis.
- En los pacientes que están en espera de cirugía.
- En estadios tardíos de la enfermedad, cuando son pocas las opciones terapéuticas que quedan por utilizar.
- En pacientes diagnosticados de artrosis con derrame sinovial a los que se les realiza una artrocentesis diagnóstica y/o terapéutica.

Fármacos modificadores de estructura

También llamados DMOAD (Disease Modifying Osteoarthritis Drugs). Son aquellos capaces de reducir, frenar o revertir la destrucción del cartilago articular. Actualmente no existe ningún fármaco aprobado en España con esta indicación.

Tratamiento quirúrgico

Está indicado cuando existen signos radiológicos evidentes de osteoartritis, que tienen un dolor refractario al tratamiento e importante discapacidad. En este apartado se incluyen las diferentes técnicas quirúrgicas a valorar (1-4):

Lavado articular

El lavado intraarticular se puede realizar con artroscopia o con aguja. El objetivo es el de hacer desaparecer adhesiones intraarticulares, movilizar fragmentos de tejido cartilaginoso y citocinas con capacidad para inducir y cronificar la inflamación sinovial. Aunque existe controversia en cuanto a su eficacia, generalmente se indica como paso previo a la cirugía protésica.

Osteotomías

Las osteotomías correctoras se realizan generalmente en pacientes menores de 65 años, en las fases sintomáticas iniciales de la artrosis de rodilla y cuando existen alteraciones de la alineación (*genu varum* o *valgum*). El objetivo es corregir el *genu varum/valgum* de forma que se equilibran las fuerzas de carga y se consigue con éxito reducir el dolor y probablemente la progresión de la artrosis.

Prótesis

La sustitución articular con una prótesis total ofrece resultados satisfactorios para suprimir el dolor y permitir la movilidad articular. Las principales indicaciones para el recambio protésico son el dolor refractario y el trastorno funcional grave de la articulación. Es aconsejable que el paciente sea mayor de 65 años.

Valoración de la respuesta terapéutica

En la valoración del paciente con artrosis se debe tener en cuenta el grado de dolor, el estado funcional de la articulación y el estado global del paciente. Para medir el grado de dolor y el estado global del paciente se recomienda utilizar la escala visual analógica (EVA). Para valorar la función de la rodilla se utilizan el índice algio-funcional de Lequesne o el cuestionario de calidad de vida WOMAC (Western Ontario McMaster University Osteoarthritis Index). Existe una propuesta por la OARSI (OsteoArthritis Research Society International) para definir la respuesta clínica mínima efectiva, en la que se propone que una reducción del dolor del 45% y 20 mm en la EVA es suficiente para considerar que un paciente ha respondido a un tratamiento con AINE orales. En el supuesto de que el tratamiento empleado sea por vía intraarticular, la reducción del dolor deberá ser al menos del 40% y 30 mm en la EVA del dolor (1, 4).

Existen varios documentos o guías donde se intenta plasmar, de una forma práctica, el tratamiento integral de la artrosis. Recientemente la EULAR (European League Against Rheumatism) ha publicado 10 recomendaciones y la SER (Sociedad Española de Reumatología) ha editado una guía de tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla, donde se expone una propuesta del tratamiento de la artrosis (1, 2).

Bibliografía

1. Blanco-García FJ, Hernández Royo A, Trigueros JA, Gimeno Marques A, Fernández Portal L, Badia Llach X. Guía de práctica clínica en artrosis de rodilla. SER. Madrid: Editorial You&US; 2003.
2. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Ann Rheumat Dis* 2003; 62: 1.145-55.
3. Manek NJ, Lane NE. Osteoarthritis: Current concepts in diagnosis and management. *Am Fam Phys* 2000; 61: 1.795-804.
4. Hochberg MC, Altman R, Brandt K, Clark B, Dieppe P, Griffin M, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1995; 38: 1.541-6.
5. Lotz M, Blanco FJ, Von Kempis J, Dudler J, Maier R, Villiger PM, et al. Cytokine regulation of chondrocyte functions. *J Rheumatol* 1994; 43 (Suppl): 104-8.
6. Dougados M, Nguyen M, Berdahl L, Mazieres B, Vignon E, Lequesne M, ECHODIAH investigators Study

Group. Evaluation of the structure-modifying effects of diacerein in hip osteoarthritis: ECHODIAH, a three-year, placebo-controlled trial. Evaluation of the Chondromodulating Effect of Diacerein in OA of the Hip. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2.539-47.

7. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, Lee RI, Lejeune E, Brujere O, et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2001; 357 (9252): 251-6.
8. Raynauld JP, Buckland-Wright C, Ward R, Choquette D, Haraoui B, Martel-Pelletier J, et al. Safety and efficacy of long-term intraarticular steroid injections in osteoarthritis

of the knee: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 370-7.

Lectura recomendada

Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 4.^a ed. Madrid: Panamericana; 2004.

Beers MH, Berkow R. Manual Merck de Geriatria. 2.^a edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 123-125.

Brauner JD, Sorensen LB, Ellman MH. Rheumatologic Disease. En: Cassel CK. Geriatric Medicine. 4.^a ed. New York: Springer; 2002.



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



CASO CLÍNICO

Retinosis pigmentaria en un adolescente



María Guadalupe Treviño Alanís^{a,b}, César E. Escamilla Ocañas^{a,b},
Fernando González Cerna^a, Juan B. García Flores^{a,b}, María Moreno Treviño^b
y Gerardo Rivera Silva^{a,b,*}

^a División de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México

^b Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México

Recibido el 6 de marzo de 2015; aceptado el 1 de junio de 2015

Disponible en Internet el 9 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Retina;
Retinosis
pigmentaria;
Degeneración
retiniana;
Enfermedad
hereditaria

KEYWORDS

Retina;
Retinitis pigmentosa;
Retinal degeneration;
Hereditary disease

Resumen

Introducción: La retinosis pigmentaria es la forma hereditaria y crónica más común de distrofia retiniana. Esta condición se caracteriza inicialmente por la afectación progresiva de los fotorreceptores y, posteriormente, de otras capas de la retina. En la exploración ocular esta situación se traduce como palidez del disco óptico, disminución vascular y depósitos de pigmento en la retina.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 15 años de edad con una historia de 6 meses de evolución caracterizada por ceguera nocturna y disminución de la visión lateral temporal superior en ambos ojos.

Conclusiones: Este tipo de padecimiento ocular distrófico, genético y progresivo comienza durante la adolescencia y condiciona una discapacidad visual.

© 2015 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Hospital Infantil de México Federico Gómez. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Retinitis pigmentosa in an adolescent

Abstract

Background: Retinitis pigmentosa is the most common chronic and inherited condition of retinal dystrophy. The progressive involvement of retinal photoreceptors and other layers characterize this condition. This situation results in optic disc pallor and retinal pigment deposition vascular attenuation.

Case report: We present the case of a 15-year-old male with a history of 6 months evolution characterized by night blindness and bilateral impairment of superior temporal vision.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.rivera@udem.edu (G. Rivera Silva).

Conclusions: This type of dystrophy is a genetic and progressive eye condition that begins during adolescence and produces visual impairment.

© 2015 Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Hospital Infantil de México Federico Gómez. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

La retinosis pigmentaria (RP) representa un grupo heterogéneo de distrofias retinianas hereditarias que se caracterizan por anomalías en los bastones y, de forma más rara, en los conos, así como depósitos de pigmento en la retina visibles en el fondo del ojo.¹ Afecta principalmente a hombres de entre 30 y 50 años de edad. La prevalencia en los Estados Unidos es de 1 de cada 4,000 personas.² El diagnóstico puede sospecharse por la existencia de nictalopía, campos visuales alterados y pérdida progresiva de la visión periférica.³ Puede confundirse con glaucoma, atrofia de papila u otras enfermedades del ojo.

La presentación clínica y severidad varía con base en el patrón hereditario. La RP ligada al cromosoma X generalmente se manifiesta en edades comprendidas entre los 0-6 años, mientras que la RP con patrón autosómico dominante tiene un inicio más tardío. El examen de fondo de ojo se caracteriza por la presencia de estrechez arteriolar, pigmentación intraarterial y pérdida del pigmento epitelial retiniano periférico. Con la progresión de la degeneración hay pérdida del pigmento intrarretiniano, acumulación de melanina y aparición de espículas óseas. Conforme avanza la enfermedad, la atenuación y palidez del nervio óptico se agrava, y la agudeza visual central también puede afectarse en etapas tardías debido a la aparición de edema macular.⁴

En virtud de las restricciones que la RP produce y la discapacidad visual que puede ocasionarle al paciente, es de vital importancia identificar este padecimiento a tiempo con la finalidad de concientizar tanto al paciente como a sus familiares de la naturaleza genética y progresiva de las alteraciones, ya que no existe hasta el momento un tratamiento que detenga los cambios degenerativos oculares y la consecuente disminución de la agudeza visual. Durante la adolescencia esta condición puede asociarse con padecimientos endocrinos, trastornos neurológicos, auditivos, entre otros, que podrían constituir síndromes.⁵ El objetivo de este artículo fue presentar un caso de un paciente adolescente con RP, con el propósito de concientizar sobre esta enfermedad que terminará en una minusvalía visual.

2. Caso clínico

Adolescente masculino de 15 años de edad, sin antecedentes personales patológicos ni familiares de interés en la historia familiar. Acudió a consulta por la pérdida de la agudeza visual bilateral nocturna que comenzó 6 meses antes, y disminución bilateral de la visión lateral temporal superior desde 3 meses antes. Producto de la gesta II, embarazo II y

con un peso al nacer de 2,950 g. En la exploración física se encontró talla de 170.8 cm, peso de 62 kg (IMC 21.2, centilo entre 50 y 75). En el examen oftalmológico presentó agudeza visual de 20/60 en ojo derecho (OD) y 20/40 en ojo izquierdo (OS). Se aplicó el método ETDRS (*Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*) y no corrigió con estenopeico. Asimismo, no se detectó ningún defecto refractivo. Para la realización de la refracción se utilizó tropicamida al 1% como cicloplégico. El análisis fundoscópico de ambos ojos reveló atenuación y adelgazamiento de los vasos retinianos, palidez cérica del disco óptico y atrofia con hiperpigmentación en áreas periféricas de la retina (Fig. 1). En la campimetría de Goldmann se encontró con pérdida de -30.06 dB en OD y -27.38 dB en OS (Fig. 2), con resultado de la prueba de hemicampo para glaucoma negativo. Para evitar la variabilidad de los umbrales, la prueba fue realizada por un optometrista, quien evitó la fatiga del paciente y errores de fijación. Se realizó una fluorangiografía de fondo de ojo, la cual reveló zonas de hipofluorescencia irregular en retina periférica con áreas de hiperfluorescencia en región macular tanto de OD como de OS (Fig. 3). En el análisis electrofisiológico de ambos ojos se determinó una disminución de las respuestas eléctricas de conos y bastones diez veces menor de la desviación estándar del promedio para su edad. Ante la evidencia diagnóstica de RP, se realizó una tomografía de coherencia óptica (TCO) reportando atrofia macular con pérdida de fotorreceptores en ambos ojos (Fig. 4). El análisis del caso se terminó al descartarse alteraciones sistémicas asociadas a la RP.

3. Discusión

La RP en niños se manifiesta comúnmente como dificultad para adaptarse a la visión nocturna, no pueden distinguir formas y objetos, disminución de la visión periférica, fopsias y alteración en la percepción del azul y amarillo. Sin embargo, existe también una variedad común de formas sindrómicas. Las más frecuentes son el síndrome de Usher, en el que hay sordera asociada a la RP, y el síndrome de Bardet-Biedl, que se acompaña de obesidad, polidactilia, hipogonadismo y déficit cognitivo.⁶ El diagnóstico diferencial debe establecerse con la maculopatía en "ojo de buey", que se caracteriza por una visión desenfocada y sin nitidez provocada por una pigmentación macular irregular que afecta el 1% del epitelio pigmentario y que llega a ambos lados del nervio óptico. Es bilateral y simétrica, y suele presentarse en 1/10,000 personas, con mayor frecuencia en adolescentes. Otras condiciones que producen palidez de la papila son la neuropatía óptica de Leber, la atrofia óptica de

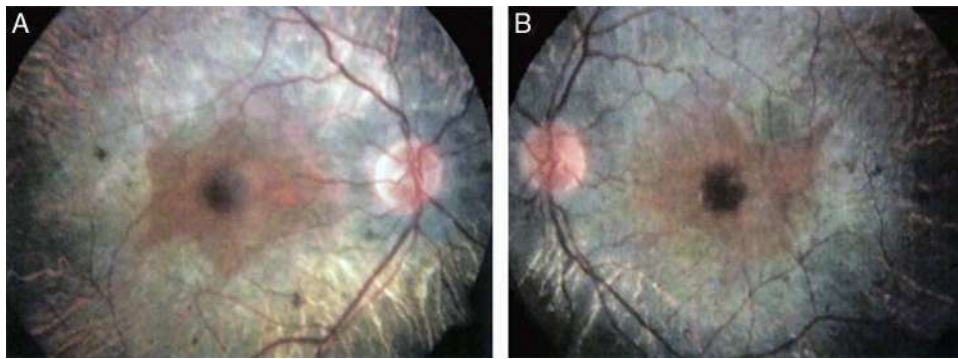


Figura 1 Análisis fundoscópico de ojo derecho (A) e izquierdo (B), donde se observan las anomalías características de la retinosis pigmentaria.

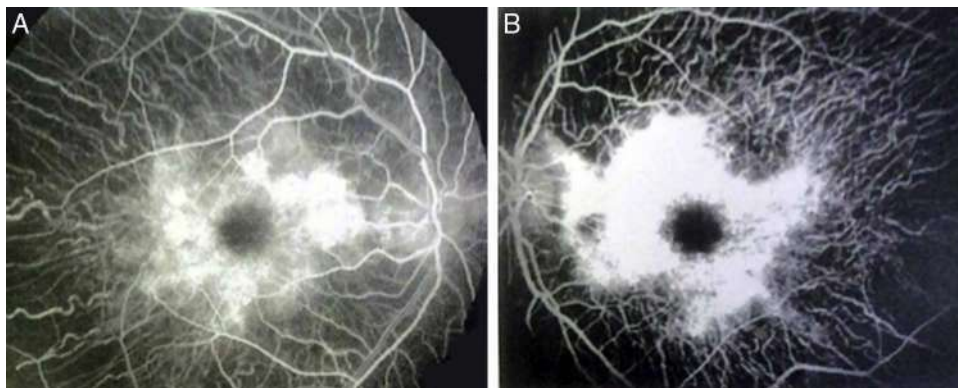


Figura 2 Campimetrías de Goldmann para ojo derecho (A) e izquierdo (B). Se determinó pérdida de -30.06 dB en OD y -27.38 dB en OS.

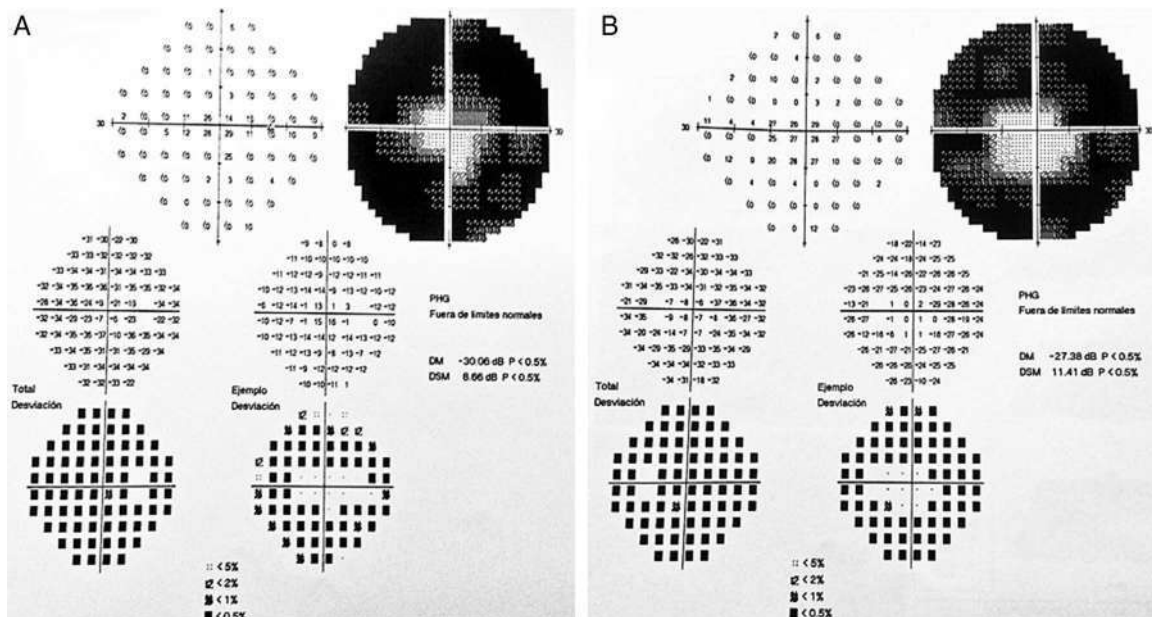


Figura 3 Fluorangiografía de ambos ojos (A, ojo derecho y B, ojo izquierdo) que muestra las alteraciones de esta condición.

Kjer, el síndrome de Wolfram y el síndrome de Behr. También se descartó coroideremia. Esta condición se caracteriza por la pérdida tanto del pigmento epitelial retiniano como de la capa coriocapilar, aunque la retina interna y el nervio

óptico permanecen normales; por lo general se trata de pacientes con miopía. Actualmente se han identificado 45 locus/genes causales para las formas de RP no sindrómicas, es decir, para las formas autosómica dominante, autosómica

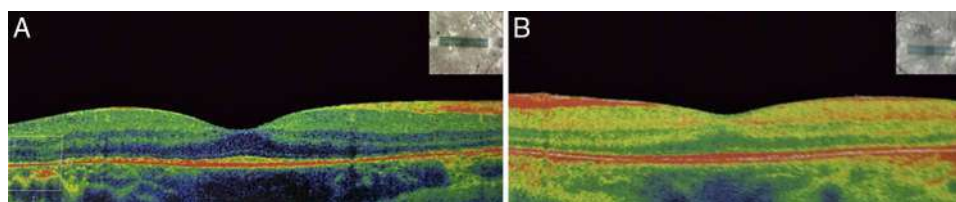


Figura 4 Tomografía de coherencia óptica de ojo derecho (A) y de ojo izquierdo (B) con disminución de los fotorreceptores y atrofia macular de ambos ojos (ángulo de exploración 0°, espaciamento 0.25 mm, longitud 6 mm).

recesiva, ligada al X y digénica.⁷ Se han comprobado mutaciones en los genes RP1, RP2 y RP3 asociadas con una RP de presentación unilateral en familias.^{8,9}

En este caso, el diagnóstico clínico se fundamentó en la presencia de nictalopía, los defectos de la visión periférica, las lesiones del fondo ocular, los trazos anormalmente bajos en la electrórretinografía y la progresión de todos estos síntomas. La TCO se utilizó para la obtención de información morfológica de la retina aportando complementación diagnóstica.¹⁰ El estudio con mapeo genético es recomendable para determinar si existe una asociación con la herencia autosómica dominante o recesiva o ligada al cromosoma X, y de esta manera poder brindar un mejor consejo genético. El presente caso puede ser catalogado como esporádico, ya que es el primer miembro de la familia que tiene este padecimiento y no se pudo determinar ninguna vinculación a la herencia.

Actualmente no existe tratamiento que detenga la evolución de la enfermedad o logre revertir el proceso patogénico. El abordaje terapéutico se limita a retrasar la progresión mediante la protección de la luz solar y el suplemento con multivitamínicos, además de dispositivos ópticos y electrónicos, como las gafas de visión nocturna y el tratamiento de las complicaciones que se presenten.¹¹

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Nguyen HV, Sujirakul T, Kulkarni N, Tsang SH. Understanding retinitis pigmentosa. *Retinal Phys.* 2013;10:34–42.
2. Bird AC. Retinal photoreceptor dystrophies LI. Edward Jackson Memorial Lecture. *Am J Ophthalmol.* 1995;119:543–62.
3. Van Woerkom C, Ferrucci S. Sector retinitis pigmentosa. *Optometry.* 2005;76:309–17.
4. Hartong DT, Berson EL, Dryja TP. Retinitis pigmentosa. *Lancet.* 2006;368:1795–809.
5. Hamel C. Retinitis pigmentosa. *Orphanet J Rare Dis.* 2006;1:40.
6. Hamel CP. Cone rod dystrophies. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:7.
7. Hims MM, Diager SP, Inglehearn CF. Retinitis pigmentosa: genes, proteins and prospects. *Dev Ophthalmol.* 2003;37:109–25.
8. Marsiglia M, Duncker T, Peiretti E, Brodie SE, Tsang SH. Unilateral retinitis pigmentosa: a proposal of genetic pathogenic mechanisms. *Eur J Ophthalmol.* 2012;22:654–60.
9. Anasagasti A, Irigoyen C, Barandika O, López de Munain A, Ruiz-Ederra J. Current mutation discovery approaches in retinitis pigmentosa. *Vision Res.* 2012;75:117–29.
10. Birch DG, Locke KG, Wen Y, Locke KI, Hoffman DR, Hood DC. Spectral-domain optical coherence tomography measures of outer segment layer progression in patients with X-linked retinitis pigmentosa. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131:1143–50.
11. Dufier JL. [Early therapeutic trials for retinitis pigmentosa]. *Bull Acad Natl Med.* 2003;187:1685–92.

Retinosis Pigmentaria

Retinitis Pigmentosa

Francisco Xavier Palacios Andrade^{1*}, Lizette Espinosa Martín² y Karla María Cumbe Guerrero³

¹ Md. de la Facultad de Medicina Universidad Católica de Cuenca.

² Especialista de Medicina Interna. Profesora de Medicina Interna en la Universidad Católica de Cuenca

³ Md. Mgs. en Nutrición Infantil.

*xavicho_002@hotmail.com

Resumen

Objetivo. Diagnosticar pacientes con retinosis pigmentaria, que comprende un amplio grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por la pérdida primaria y progresiva de los fotorreceptores, y secundariamente de otras células retinianas. **Resultados.** Las causas de la enfermedad, a pesar de los notables avances en estos campos, los mecanismos patogénicos aún no son bien conocidos. Se ha identificado una serie de genes específicos relacionados con la Retinosis Pigmentaria, pero se desconoce por qué una mutación de un gen expresado exclusivamente en los bastones o en el Endotelio Pigmentario Reticular conduce a la desestructuración de las capas de los fotorreceptores, nuclear externa y plexiforme externa de la retina. En cuanto a los aspectos clínicos, en esta enfermedad se afectan ambos tipos de fotorreceptores desde el principio. En la forma bastones-conos, que es la más frecuente y se conoce como retinosis pigmentaria típica, la afectación de los bastones es mayor y antecede a la de los conos. Predominó el tipo clínico de Retinosis Pigmentaria con características fundoscópicastípicas y la herencia autosómica recesiva. **Conclusión.** El tratamiento consiste en detener la evolución de la enfermedad, el proceso degenerativo protegiéndose de la luz solar, mediante vitaminoterapia, tratando las complicaciones (cataratas y edema macular), ayudar a los pacientes a hacer frente a las consecuencias sociales y psicológicas de la ceguera. En el país de Cuba utilizan la aplicación del tratamiento multiterapéutico para tratar pacientes con retinosis pigmentaria, es una alternativa que conserva el epitelio pigmentario retiniano a mas de aplicaciones cíclicas anuales de ozonoterapia y electroestimulación.

Palabras clave: retinosis pigmentaria, ozonoterapia, electroestimulación.

Abstract

Objective. Assess patients with retinosis pigmentaria comprising a large group of hereditary diseases characterized by primary and progressive loss of photoreceptors and other retinal cells secondarily. **Results.** The causes of the disease, despite the remarkable advances in these fields, the pathogenic mechanisms are not well known. We have identified a number of specific genes associated with retinosis pigmentaria, but it is unknown why a mutation of a gene expressed exclusively in rods or endothelium Reticular Pigment gene leads to the breakdown of photoreceptor outer layers, nuclear and plexiform outer retina. As for the clinical aspects, in this condition both types of photoreceptors are affected from the beginning. In the rod-cone shape, which is the most common and is known as "typical retinosis pigmentaria " the involvement of the rods is greater and above that of the cones. It predominant clinical type of retinosis pigmentaria with fundoscópicastípicas features and autosomal recessive inheritance. **Conclusion.** The treatment is to stop the progression of the disease, the degenerative process shielding from sunlight, through vitamin therapy, treating the complications (cataract and macular edema), to help patients cope with the social and psychological impact of blindness. In the country of Cuba multiterapéutico use the application of treatment to treat patients with retinitis pigmentosa, it is an alternative that preserves the retinal pigment epithelium to more cyclical annual ozone therapy and electrical stimulation applications.

Key words: Retinosis Pigmentaria, ozone therapy, electrostimulation.

1 Introducción

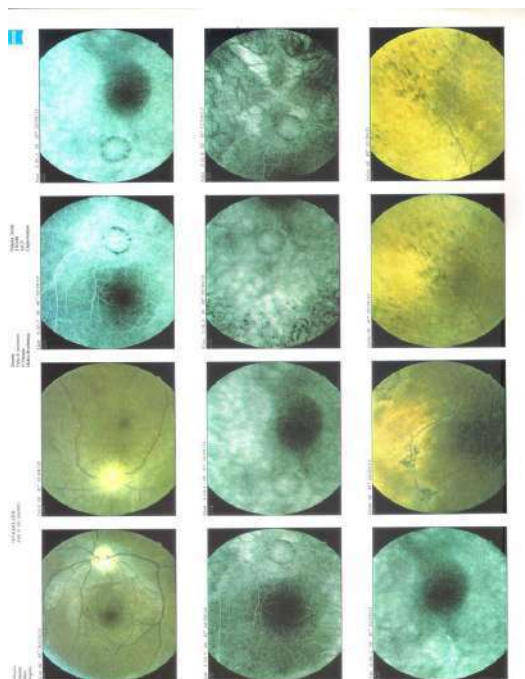
La Retinosis Pigmentaria (RP) no es una única enfermedad si no un grupo de enfermedades degenerativas que afectan al ojo y se caracterizan por una pérdida lenta y progresiva de la visión, que afecta, al menos en sus etapas iniciales, a la visión nocturna y periférica y que en algunos casos conduce a la ceguera.¹

Este cuadro es conocido también como Degeneración de la Retina, Distrofia de Conos y Bastones, Distrofia

Pigmentaria de la Retina, Hemeralopia Congénita, Ceguera Nocturna y algunos autores la denominan Retinitis Pigmentosa.¹

En la Retinosis Pigmentaria se produce una destrucción gradual de algunas de las células de la retina (principalmente de los fotorreceptores) y es frecuente la aparición de acúmulos de pigmento en el fondo del ojo. Generalmente, la afectación es bilateral.¹

2.2 Angiografía



En la angiografía observamos a nivel de macula presencia de Atrofia y áreas de hipofluorescencia.

Recalcando que la macula es el lugar de máxima agudeza visual razón por la cual se produce la ceguera en estos pacientes.

Al llegar hasta aquí se enfocó la continuidad de las pruebas en busca de la etiología,

La causa básica de la Retinosis Pigmentaria se cree que es genética, estos defectos genéticos hacen que las células de la retina funcionen de manera incorrecta y tengan dificultad para percibir la luz. Con el tiempo, se produce una degeneración de muchas de estas células que conlleva una progresiva pérdida de visión.³

Otras teorías sugieren que puede tratarse de un proceso autoinmune, de una especie de envejecimiento prematuro de la retina, y existen autores que sostienen que los cambios pueden estar ocasionados por la luz o ser secundarios a alteraciones bioquímico-metabólicas. En cualquier caso, no es fácil determinar cuál es la causa y es muy probable que puedan influir muchos de estos factores.²

3 Discusión

Se han descrito dos formas de la enfermedad: la forma verdadera donde el comportamiento sectorial es estacionario y simétrico y la forma progresiva lenta donde el comportamiento sectorial no es más que la etapa inicial de una RP típica, que pasa por una etapa intermedia asimétrica hasta evolucionar finalmente hacia una forma difusa, simétrica y bilateral. La exclusión de una forma progresiva se realiza luego de 10 años de seguimiento del paciente y el estudio de familiares ayuda a diferenciar las formas verdaderas de las progresivas.

Este paciente muestra un comportamiento sectorial desde 2008, siendo la mala visión nocturna el único síntoma referido desde la adolescencia. Las alteraciones fundoscópicas, campimétricas, adaptométricas y electroretinográficas se han mantenido estables durante 7 años; lo que hace posible confirmar el diagnóstico de RP sectorial en su forma verdadera o estacionaria. Es un cuadro atípico o esporádico, aunque sería necesario el estudio del resto de la familia, que no ha sido posible por diferentes razones. El paciente reportado en este trabajo presenta una RP sectorial en su forma verdadera o estacionaria con un patrón atípico, posiblemente no recesivo.

En países que tiene una incidencia muy alta de RP se han hecho estudios por muchos años teniendo así métodos para el tratamiento de la enfermedad o mantenimiento de ella. En Ecuador por el momento no hay centros que se especialicen en RP todavía siendo una enfermedad desconocida para muchos.

Sin embargo existen varias posibilidades de un tratamiento conservador para retinosis pigmentaria..

Se mantienen abiertas diversas líneas de investigación:⁶

- Diferentes sustancias y fármacos (que pueden inhibir total o parcialmente el proceso de degeneración de los fotorreceptores)
- Trasplante de células del epitelio pigmentario o de células madre procedentes de embriones o del propio afectado.
- Aplicación de factores neurotróficos
- Terapia génica.⁶

A pesar de ello, las revisiones periódicas son importantes para detectar lo más precozmente las complicaciones previsibles que suelen presentarse en los pacientes con RP.

Una de las técnicas de tratamiento más conocidas en el mundo son las que nos ofrecen en el país de Cuba aquí se encuentran centros especializados para la RP. Nos ofrecen nuevas técnicas basadas en cirugías, ozonoterapia y electroestimulación.

3.1 Ozonoterapia

La primera constancia bibliográfica del uso del ozono en Medicina, data de entre 1915 y 1918 —período que coincidía con el segundo de la primera guerra mundial—; el Doctor R. Wolff, ¹ empezó en Alemania a hacer curas aplicando ozonoterapia para la limpieza y desinfección de llagas supurantes. Observó un efecto bactericida "sobre las infecciones polimicrobianas" una rápida cicatrización de heridas sépticas de guerra. En 1935, el científico e investigador E. Payr, ² aportó sus estudios sobre los efectos cicatrizantes del ozono en el congreso de la Sociedad de Cirugía de Berlín. El descubrimiento de las propiedades bactericidas y cicatrizantes del ozono permitió a los investigadores profundizar en el conocimiento de sus efectos beneficiosos —lo cual se desconocía entonces—, y en el uso del ozono como terapia curativa en los distintos campos de la medicina.

En dosis terapéuticas se han profundizado en el estudio de las posibles aplicaciones y ventajas que ofrece la ozonoterapia, y como con pocos recursos económicos y tecnológicos, es capaz de generar un alto rendimiento para paliar diversas enfermedades degenerativas, circulatorias, inflamatorias e infecciosas, y del sistema inmunológico.

3.2 Electroestimulación (E/E)

Esta técnica se ha empleado en la medicina en diferentes partes del mundo especialmente en la rehabilitación desde hace decenas de años, aportando importantes beneficios en este campo sobre todo para resolver las patologías musculares más comunes, la prevención y el tratamiento de la atrofia muscular, la potenciación, las contracturas, el aumento de la fuerza para la estabilidad articular, la profilaxis de la trombosis y la estimulación de los músculos paralizados, entre otros trastornos, incluido el tratamiento del dolor. Las técnicas para la aplicación de la electroestimulación han sido muchas, así también ha sido grande la variedad de equipos utilizados, si empre atendiendo al fin terapéutico deseado y los avances tecnológicos en cuestión. En nuestra especialidad se ha aplicado este proceder terapéutico en inflamaciones (queratitis, iridociclitis, etc.), glaucoma, ametropía, neuralgia del trigémino, parálisis y paresias de los músculos oculares, afecciones del nervio óptico con resultados alentadores.

3.3 Aplicación del tratamiento quirúrgico cubano para la retinosis pigmentaria

Se realiza mediante un videoangiógrafo de Heidelberg tipo 2 (HRA-2) para adquirir y procesar imágenes del epitelio pigmentario retiniano, en las áreas epiteliales centrales.

La cirugía revitalizadora consiste en una microcirugía donde se realiza una transposición autóloga, pediculada, de tejido graso retrorbitario al espacio supracoroideo

2. Radtke ND, Aramant RB, Petry HM, Green PT, Piddwell DJ, Seiler MJ. Vision Improvement in Retinal Degeneration Patients by Implantation of Retina Together with Retinal Pigment Epithelium. *American Journal of Ophthalmology*. 2008 aug;146(2):172–182.e1. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002939408002936>.
3. Gili P, Carracedo G, Flores-Rodríguez P, Serrano EL. Retinitis pigmentosa. Revisión bibliográfica. *Gaceta de Optometría y Óptica Oftálmica*. 2013;481:7. Available from: www.cnoo.es/download.asp?file=media/gaceta/gaceta481/cientifico1.pdf.
4. Graff JM, Stone E. Unilateral Retinitis Pigmentosa: Visual field changes in a 31-year-old female; 2008. Available from: <http://www.eyerounds.org/cases/49-Unilateral-Retinitis-Pigmentosa.htm>.
5. Vacas MHUPdA. Diagnóstico de la retinosis pigmentaria; 2017. Available from: <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/retinosis-pigmentaria/diagnostico-de-la-retinosis-pigmentaria-13791>.
6. CUBANDHEALTH. Tratamiento cubano para la Retinosis Pigmentaria;. Available from: http://www.cubandhealth.com/retinosis_pigmentaria.php.

Recibido: 10 de febrero de 2019

Aceptado: 4 de abril de 2019

Referencias Bibliográficas

1. Delgado Pelayo Sari. Retinosis Pigmentaria. Preguntas y Respuestas. vol. 3; 2007. Available from: <http://retinosis.umh.es/archivos/LibroRPEdicionWEB.pdf>.



Retinosis Pigmentaria

Delgado-Pelayo Sarai A^a

Resumen

La retinosis pigmentaria comprende un grupo de trastornos hereditarios que causan degeneración progresiva de la retina afectando a los fotorreceptores y a su epitelio pigmentario. Se caracteriza por ceguera nocturna y disminución del campo visual. La edad de inicio de los síntomas varía desde la infancia hasta la edad adulta. A la exploración de fondo de ojo se observa palidez del disco óptico, vasos atenuados y depósitos de pigmento en un patrón de espícula ósea. Las pruebas diagnósticas incluyen adaptometría oscura y electrorretinografía. El diagnóstico diferencial se puede realizar con trauma ocular, inflamación ocular asociada con infecciones, retinopatía paraneoplásica y toxicidad por drogas (fenotiazinas y cloroquina). No existe tratamiento definitivo.

Palabras clave: *adaptometría, electrorretinografía, espícula ósea, fotorreceptores, nictalopía, retinosis pigmentaria.*

Retinosis Pigmentosa

Abstract

Retinitis pigmentosa comprehend a group of inherited disorder that causes a progressive retina degeneration affecting the photoreceptors and their pigmentary epithelium. Characterized by night blindness and diminished visual field. The age for the symptoms onset ranges from infancy to adulthood. On examination, the back of the eye shows paleness in the optic disc, pigment deposits in a bone-spicule pattern. The included diagnostic tests are dark adaptometry, electroretinography. The differential diagnosis can be done with eye trauma, infection related eye inflammation, paraneoplastic retinopathy and toxicity by drugs (phenothiazines and chloroquine). There is no definite treatment.

Key words: *adaptometry, electroretinography, bone spicule, photoreceptors, nyctalopia, Retinitis pigmentosa*

a. Médico Pasante en Servicio Social asignada al servicio de Urgencias Adultos. Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca. Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca. Calle Salvador de Quevedo y Zubieta N° 750, S.L. CP.44100. Guadalajara, Jalisco, México. Teléfono: 33-11-31-38-78. CE: sarai696_3@hotmail.com
Delgado-Pelayo SA. Retinosis Pigmentaria. *Rev Med MD.* 2012; 3(3):163-166.

Introducción

La retinosis pigmentaria (RP) es un grupo heterogéneo de degeneraciones retinianas hereditarias caracterizadas por una disfunción progresiva de los fotorreceptores y atrofia final de varias capas de la retina. La herencia de la forma típica puede ser autosómica recesiva, autosómica dominante o ligada al cromosoma X. La herencia mitocondrial también está implicada.¹ La RP puede ocurrir sola o como parte de un síndrome, además la misma mutación genética puede causar diferentes síntomas en distintas personas y el mismo síndrome puede ser causado por diferentes mutaciones.² Alrededor del 70% de los pacientes presentan historia familiar. La prevalencia mundial se estima en 1 de cada 4000 a 5000 habitantes.²

La visión nocturna y periférica se pierden progresivamente, dando lugar a una limitación del campo visual. En la oftalmoscopia se puede observar degeneración de la retina en forma de pigmentación en espícula ósea, atenuación arteriolar y palidez cerea de la papila.^{3,4}

Genética

Existen varios patrones de herencia y anomalías genéticas subyacentes en la RP.⁵ La determinación de estas alteraciones tiene diferentes utilidades: confirmar el diagnóstico de RP, predecir el pronóstico y el riesgo para los miembros de la familia, identificar los tipos de RP para selección de ensayos clínicos, así como definir los tratamientos disponibles.

La forma típica de RP en la que las manifestaciones clínicas se limitan a los ojos, presenta una prevalencia aproximada del 65% en Estados Unidos. La distribución de los patrones de herencia de estos casos es autosómica dominante en aproximadamente 30%, autosómica recesiva un 20%, ligada al cromosoma X en 15% y recesiva de aparición temprana (amaurosis congénita de Leber) en 5%. El 30% restante son esporádicos.²

Además de las formas típicas de la retinosis pigmentaria, existen formas asociadas a síndromes que involucran a múltiples órganos, la forma más común es el síndrome de Usher en el cual los pacientes tienen afectación auditiva congénita o de inicio temprano, seguido por el desarrollo de la RP; Bardet-Biedl es el segundo síndrome con RP más común y se asocia con polidactilia, obesidad, alteraciones renales y retraso mental. Se reconocen más de 50 mutaciones de genes. La primera mutación identificada de RP fue en 1989 en el gen de la rodopsina (RHO) localizado en el cromosoma 3q21.3.⁶

Los tres genes más comúnmente implicados en la RP son: RHO (25% de la RP autosómica dominante); USH2A también conocido como Usherin (20% de la RP autosómica recesiva); RPGR (regulador de la retinitis pigmentosa GTPasa) 70 a 80% de la RP; y el gen EYS que fue identificado recientemente como el responsable de la RP autosómica recesiva en el locus RP25.^{2,7}

Historia natural

La presentación de la RP es variable, afectando a algunos pacientes con pérdida de visión en la infancia, mientras que

otros son asintomáticos hasta la edad adulta. El curso típico de la RP es la pérdida gradual del campo visual, agudeza visual y la actividad electroretinográfica a lo largo del tiempo; la función central de la retina disminuye más lentamente que la de la retina periférica y de la misma manera la agudeza visual se deteriora más lentamente que la pérdida del campo visual. La presencia de lesiones maculares en la presentación inicial se asocia con una mayor pérdida de la agudeza visual.^{8,9}

Presentación clínica

La ceguera nocturna (nictalopía) es uno de los primeros síntomas, con inicio habitual en la primera o segunda década de la vida, la cual puede pasar inadvertida hasta estadios avanzados.^{3,4}

La disminución progresiva del campo visual es otra característica común, siendo el patrón más temprano la pérdida en la visión periférica medial (entre 30 y 50 grados a la fijación excéntrica). Los pacientes pueden no experimentar un impacto en la visión hasta que el campo visual central se reduce a unos 50 grados de diámetro (lo normal es de 180 grados). La agudeza visual se afecta variablemente, los pacientes pueden conservar buena agudeza visual durante años, a pesar de una gran pérdida de visión periférica pero con el tiempo la mayoría de los pacientes experimentan pérdida de la agudeza visual debido a la progresión de la enfermedad. 10 Otros síntomas comúnmente reportados son las fotopsias y cefalea.^{3,4}

Signos clínicos

Retina

Los hallazgos clásicos oftalmoscópicos de la RP se representan en la Imagen 1. El disco óptico tiene una apariencia serosa y pálida la cual se cree que se debe a la atrofia del nervio óptico y a la gliosis que recubre el disco. Las drusas del disco óptico se deben al transporte axonal anormal.^{3,11} La anomalía pigmentaria es visible inicialmente como una capa de pigmento fino que se extiende en la retina periférica. Las espículas óseas son acumulaciones de pigmento a lo largo de los espacios intersticiales que rodean los vasos sanguíneos de la retina. La atrofia de la coriocapilar

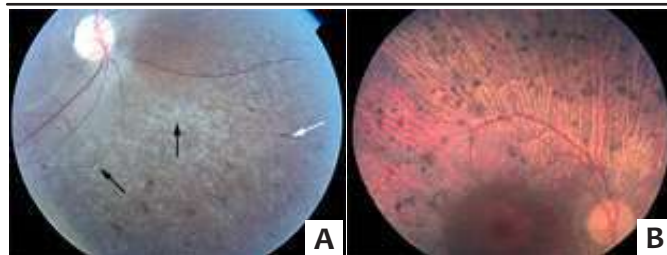


Imagen 1 A) Palidez de cera de la papila, atenuación arteriolar (flechas negras), apariencia moteada de la retina y la espícula ósea (flecha blanca). B) La pérdida del epitelio pigmentario y la coriocapilar revelan los grandes vasos coroides.

Tomado de Pruett RC. Retinitis pigmentosa: clinical observations and correlations. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1983; 81:693.

puede estar presente en la retinosis pigmentaria avanzada.³ La mácula se ve afectada en la enfermedad moderada o avanzada, cuando la degeneración de los fotorreceptores conducen a un adelgazamiento de la retina y pérdida de la agudeza visual.¹²

La pigmentación anormal de la retina se presenta cuando el pigmento migra de la desintegración de las células del epitelio pigmentario a la superficie en respuesta a la muerte de los fotorreceptores.³

Cristalino.

La catarata subcapsular posterior, afecta aproximadamente el 50% de los pacientes con RP y la prevalencia es mayor en el subtipo autosómico dominante.³

Vítreo.

El desprendimiento de vítreo posterior es más frecuente que en sujetos normales.³

Pruebas diagnósticas

Errores de refracción

La RP se asocia con el astigmatismo y la miopía, la prevalencia de ésta última es mayor en la RP ligada al cromosoma X.³

Visión de los colores

La visión del color sigue siendo normal hasta que la mácula se ve involucrada y la agudeza visual se reduce.⁴

Adaptometría oscura

En los sujetos normales, se produce un aumento inicial en la sensibilidad a la luz tenue, un fenómeno mediado por los conos, que alcanza una meseta durante cinco minutos, posteriormente el sistema de bastones de forma progresiva activa y aumenta la sensibilidad a la luz nuevamente hasta que una segunda meseta es alcanzada. En la RP ocurre la pérdida de la sensibilidad de los bastones o de ambos. Es de utilidad en los casos precoces con diagnóstico incierto.⁴

Electrorretinografía de campo completo

Es uno de los pilares en el diagnóstico de la RP desde principios de 1950, mide la respuesta eléctrica de la retina a los estímulos de luz. En la RP muestra una disminución de la respuesta escotópica de los bastones y combinada, mas tarde puede estar reducida la respuesta fotópica.¹³

Campimetría

Muestra un escotoma anular en la periferia media, que se expande periférica y centralmente.¹³

Electrorretinograma multifocal

Es una técnica más reciente que permite el registro de muchos electrorretinogramas focales al mismo tiempo y representa la función del cono central.¹³

Electro-oculograma

Suele ser inferior a lo normal, es de poca utilidad para el diagnóstico de RP.¹³

Diagnóstico diferencial

Retinopatía por cloroquina

La diferencia con la RP se da por la ausencia de espícula ósea debido a la ausencia de configuración perivascular, además la atrofia óptica no es cética.^{1,14}

Retinopatía por tioridazina terminal

No existen cambios pigmentarios similares a placas y no presentan nictalopía.^{1,14}

Neuroretinitis sifilítica terminal

La nictalopía es leve, se presenta afectación asimétrica con descubrimiento coroideo leve o ausente.^{1,14}

Retinopatía paraneoplásica

La evolución es más rápida y los cambios pigmentarios son leves o ausentes.^{1,14}

Retinopatía traumática

Varios meses después del traumatismo cerrado o penetrante del ojo, el epitelio pigmentario de la retina se atrofia y pigmentos oscuros migran hacia la retina superficial, especialmente a lo largo de los vasos retinianos. Este patrón de espícula ósea es a veces indistinguible de la observada en la RP. Estos cambios dan lugar a la pérdida de visión, pero a diferencia de la RP la pérdida no es progresiva con el tiempo.¹

Tratamiento

No hay cura para la pérdida de los fotorreceptores o el daño en el epitelio pigmentario de la retina en la RP simple.¹⁵

Algunas formas raras de RP, asociadas con afectación multiorgánica, se deben a deficiencias nutricionales específicas y pueden responder a la modificación de la dieta o de suplementos vitamínicos. La administración de dosis altas de vitamina A puede disminuir la tasa de declinación de los conos de la retina, sin embargo, no ha demostrado retrasar la pérdida de la visión.¹⁵

Se sugiere que los pacientes con RP consuman una dieta rica en ácidos grasos omega 3, pero se deberán realizar más estudios para recomendar los suplementos de los mismos.¹⁶

El enfoque experimental para el tratamiento de RP se encuentra en investigación activa e incluye terapia genética, trasplante de células madres y de epitelio pigmentario, además de prótesis electrónicas en la retina.¹⁷⁻¹⁸

Adicionalmente resulta benéfico la atención a afecciones asociadas a la RP, tales como el edema macular quístico y cataratas. El edema macular quístico reduce la visión central en etapas posteriores de la RP, el tratamiento más exitoso hasta ahora en esta entidad es la acetazolamida. Los reportes de casos de la utilización de triamcinolona intravítrea en pacientes con RP y edema macular informan una limitada y transitoria respuesta.¹⁹

Las cataratas subcapsulares posteriores se desarrollan en 35 a 51 por ciento de los pacientes adultos con RP, por lo que la visión central puede mejorar con la extracción de las mismas, sin embargo, los pacientes deben ser informados de que no habrá ninguna mejoría en su campo visual y no afecta a la progresión de la enfermedad.²⁰

Pronóstico

A largo plazo los pacientes RP tienen mal pronóstico, con posible pérdida de la visión central debida a la afectación directa de la fovea por la propia RP o por la maculopatía.²¹

Conclusión

En tan sólo unos cuantos años los avances en la

comprensión de los mecanismos implicados en la RP han sido muy satisfactorios y alentadores para esta enfermedad de mal pronóstico, no obstante, es necesario realizar más investigaciones en el área de tratamiento para ofrecer mejores resultados a los pacientes. Muchos autores han incursionado en terapias genéticas, trasplantes de células madre y prótesis de células de retina con resultados alentadores, aún así es fundamental que el médico conozca la presentación clínica de la RP para poder ofrecer apoyo a los pacientes con patrón de transmisión hereditaria y realizar los estudios genéticos pertinentes ya que una historia familiar se presenta en alrededor del 70%. Además se debe realizar la fundoscopia a todos los pacientes con sospecha de RP en busca de los hallazgos previamente mencionados.

Referencias bibliográficas

1. Fletcher EC, Chong NV, Shetlar DJ. Chapter 10. Retina. In: Riordan-Eva P, W h i t c h e r J P , e d s . V a u g h a n & Asbury's General Ophthalmology. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. <http://www.accessmedicine.com/content.aspxaID=3088798>. Accessed January 14, 2012.
2. Daiger SP, Bowne SJ, Sullivan LS. Perspective on genes and mutations causing retinitis pigmentosa. Arch Ophthalmol. 2007;125(2):151.
3. Weleber, RG, Gregory-Evans, K. Retinitis Pigmentosa and Allied Disorders. In: Retina, Ryan, SJ (Ed), Elsevier Mosby 2006. p.395.
4. Hartong DT, Berson EL, Dryja TP. Retinitis pigmentosa. Lancet. 2006;368(9549):1795.
5. Daiger, SP. The University of Texas Health Science Center. RetNet: Retinal Information Network. www.sph.uth.tmc.edu/RetNet. Accessed December 18, 2011.
6. McWilliam P, Farrar GJ, et al. Autosomal dominant retinitis pigmentosa (ADRP): localization of an ADRP gene to the long arm of chromosome 3. Genomics. 1989;5(3):619.
7. Abd El-Aziz MM, Barragan I, O'Driscoll CA, Goodstadt L, Prigmore E, Borrego S, et al. EYS, encoding an ortholog of Drosophila spacemaker, is mutated in autosomal recessive retinitis pigmentosa. Nat Genet. 2008;40(11):1285.
8. Holopigian K, Greenstein V, Seiple W, Carr RE. Rates of change differ among measures of visual function in patients with retinitis pigmentosa. Ophthalmology. 1996;103(3):398.
9. Flynn MF, Fishman GA, Anderson RJ, Roberts DK. Retrospective longitudinal study of visual acuity change in patients with retinitis pigmentosa. Retina. 2001;21(6):639.
10. Grover S, Fishman GA, Anderson RJ, Tozatti MS, Heckenlively JR, Weleber RG, et al. Visual acuity impairment in patients with retinitis pigmentosa at age 45 years or older. Ophthalmology. 1999;106(9):1780.
11. Berson, EL. Retinitis pigmentosa and allied retinal diseases. In: Duane's Clinical Ophthalmology, Tasman, W, Jaeger, EA (Eds), Lippincott, Williams & Wilkins 2006.
12. Sandberg MA, Brockhurst RJ, Gaudio AR, Berson EL. The association between visual acuity and central retinal thickness in retinitis pigmentosa. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2005;46(9):3349.
13. Sutter EE, Tran D. The field topography of ERG components in man--I. The photopic luminance response. Vision Res. 1992;32(3):433.
14. Farrell DF. Unilateral retinitis pigmentosa and cone-rod dystrophy. Clin Ophthalmol. 2009;3:263-70.
15. Berson EL. Nutrition and retinal degenerations. Int Ophthalmol Clin. 2000;40(4):93.
16. Hodge WG, D Barnes, HM Schachter, Yi Pan, CE Lowcock, Zhang L, et al. The evidence for efficacy of omega-3 fatty acids in preventing or slowing the progression of retinitis pigmentosa: a systematic review. Can J Ophthalmol. 2006;41(4):481.
17. Bennett J. Retinal progenitor cells--timing is everything. N Engl J Med. 2007;356(15):1577.
18. Ahuja AK, Dorn JD, Caspi A, McMahon MJ, Dagnelie G, Dacruz L, et al. Blind subjects implanted with the Argus II retinal prosthesis are able to improve performance in a spatial-motor task. Br J Ophthalmol. 2011;95(4):539.
19. Greenstein VC, Holopigian K, Siderides E, Seiple W, Carr RE. The effects of acetazolamide on visual function in retinitis pigmentosa. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1993;34(1):269.
20. Scorolli L, Morara M, Meduri A, Reggiani LB, Ferreri G, Scalinci SZ, et al. Treatment of cystoid macular edema in retinitis pigmentosa with intravitreal triamcinolone. Arch Ophthalmol. 2007;125(6):759.
21. Radtke ND, Aramant RB, et al. Vision improvement in retinal degeneration patients by implantation of retina together with retinal pigment epithelium. Am J Ophthalmol. 2008;146(2):172.

Toxicidad ocular medicamentosa

Ocular toxicity induced by medication

A. Garralda

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza la toxicidad ocular inducida por cuatro grupos de fármacos sistémicos: tamoxifeno, cloroquina y derivados, anticolinérgicos y tamsulosina. El objetivo principal es dar unas normas prácticas que sirvan para el manejo diario de los pacientes sometidos a estos tratamientos, más que profundizar en los mecanismos de acción de cada uno de ellos.

Palabras clave. Tamoxifeno. Hidroxicloroquina. Anticolinérgicos. Tamsulosina. Ifis.

ABSTRACT

This paper analyses ocular toxicity induced by four groups of systemic medicines: tamoxifen, chloroquine and derivatives, anticholinergics and tamsulosin. Our main aim is to provide some practical rules that will be of use in the everyday management of patients receiving these treatments, rather than to examine the mechanisms by which each of these medicines act.

Palabras clave. Tamoxifen. Hydroxichloroquine. Anticholinergics. Tamsulosin. Ifis.

An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (Supl. 3): 147-153.

Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:

Andrés Garralda Luquin
Servicio de Oftalmología
Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno. 848422606
E-mail: andres.garralda.luquin@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

Se han descrito complicaciones oculares de casi todos los fármacos existentes. La mayoría son anecdóticas, pero unas pocas pueden tener gran importancia por su frecuencia o gravedad. No es el objetivo de este trabajo detallarlas todas. Sería, además de tedioso, poco práctico por varios motivos: el medicamento ya no se usa o se usa muy poco, no se ha probado claramente la relación causal, la dosis necesaria para que se produzca el efecto secundario es tan alta que nunca se alcanza en la vida real, etc.

Sólo serán tratados en profundidad cuatro fármacos. Los criterios que se han elegido para seleccionarlos han sido los siguientes: que se usen con mucha frecuencia (tamoxifeno), que puedan provocar complicaciones quirúrgicas (alfabloqueantes y síndrome del iris flácido intraoperatorio), que no esté claro si pueden administrarse en pacientes con patología ocular (fármacos con efecto anticolinérgico y glaucoma) y que sus efectos oculares sean graves pero evitables (cloroquina y derivados). Como complemento, y para que puedan realizarse consultas rápidas, se ha añadido una tabla (Tabla 1) que incluye algunos medicamentos y sus efectos adversos.

Por último, señalar que en el artículo se emplean, en ocasiones, descripciones muy simples de procesos complejos. Se ha hecho así para que resulte comprensible al profesional médico no oftalmológico.

TAMOXIFENO

El tamoxifeno es un antagonista estrogénico no esteroideo empleado como tratamiento coadyuvante en los adenocarcinomas de mama con receptor estrogénico positivo. Se administra por vía oral, en muchos casos durante cinco o más años.

Desde 1974 se sabe que puede provocar retinopatía¹. Otros efectos adversos oculares son los depósitos corneales, la neuritis óptica y la catarata. Cuando se describió la retinopatía, las pacientes eran tratadas con dosis muy altas de tamoxifeno (del orden de 180 mg/día). Los hallazgos que se encontraron fueron: pequeños

depósitos brillantes blanquecinos en la retina interna, especialmente en el área paramacular, alteraciones del epitelio pigmentario y edema de mácula. Las dosis usadas hoy en día son mucho más bajas y es raro encontrar formas tan severas. Aunque la incidencia de retinopatía es variable según los estudios^{2,4}, se puede estimar en un 5% después de un año de terapia. Las manifestaciones clínicas tampoco son siempre iguales. Hay casos en los que pese a detectarse oftalmoscópicamente depósito macular el paciente está asintomático. Otras veces, en cambio, aparece dificultad en el reconocimiento de los colores e incluso pérdida de agudeza visual.

Se desconoce el mecanismo exacto por el que el tamoxifeno induce toxicidad ocular. Es posible que, al poseer uniones polares y apolares con lípidos que no son metabolizados, se acumule en los complejos intracelulares de los lisosomas.

No está claro si la disminución de visión que produce la retinopatía por tamoxifeno es reversible⁵ o no⁶. Tampoco se ha establecido un consenso sobre si, en el caso de que aparezcan trastornos oculares, debe interrumpirse la medicación (por la amenaza para la visión) o no (por el riesgo de reducir la supervivencia)⁷. No obstante, a continuación damos unas pautas recogidas de la bibliografía^{8,9} que pueden resultar útiles en la práctica. Así se ha de:

- Hacer un estudio basal oftalmológico antes de iniciar el tratamiento.
- Hacer controles anuales oculares si no surgen complicaciones.
- Incrementar la frecuencia de las revisiones oftalmológicas (trimestrales) en caso de que aparezcan cristales en la retina pero sin otros signos o síntomas. No es necesario interrumpir la terapia.
- Suspender el tratamiento si se detecta disminución de la visión.

CLOROQUINA E HIDROXICLOROQUINA

La primera indicación de la cloroquina fue el tratamiento y la profilaxis de la malaria. Más tarde se le encontraron otros usos de interés clínico. Los reumatólogos la utilizan con éxito en la artritis reumatoide y

Tabla 1. Reacción de fármacos y reacciones adversas más frecuentes.

Fármaco	Reacción adversa
Ácido nalidíxico	Alteración de la visión cromática. Pseudotumor cerebral
Ácido nicotínico	Edema macular
Adriamicina	Pigmentación rojiza de la lágrima
Alcohol metílico	Atrofia óptica
Alopurinol	Cataratas. Hemorragias maculares
Amantadina	Alucinaciones visuales
Amiodarona	Córnea verticillata
Anticoagulantes	Hemorragias intraoculares
Anticonceptivos orales	Hemorragias retinianas. Cataratas
Bupivacaína	Hemorragias retinianas
Busulfán	Catarata subcapsular posterior
Carbamacepina	Pigmentación retiniana. Catarata
Carboplatino	Ceguera cortical
Ciprofloxacino	Visión borrosa. Neuropatía óptica
Cisplatino	Ceguera cortical
Cloracepato dipotásico	Nistagmo
Clorambucil	Queratitis. Hemorragias retinianas. Diplopia
Cloramfenicol	Neuropatía óptica. Retinopatía
Clorpropamida	Midriasis. Errores de refracción. Diplopia. Neuropatía
Corticoides	Catarata. Coriorretinopatía serosa central. Glaucoma
Estreptomicina	Neuropatía óptica
Etambutol	Neuropatía óptica
Ibuprofeno	Neuropatía óptica
Interferón	Retinopatía. Hemorragia subconjuntival
Isoniacida	Neuropatía óptica
Metoclopramida	Nistagmo. Diplopia
Metotrexato	Fotofobia. Hiperemia conjuntival
Naproxeno	Opacidades corneales. Neuropatía óptica
Oxígeno	Retinopatía del prematuro
Practolol	Queratopatía
Rifabutina	Uveitis anterior
Sales de oro	Depósitos corneales
Salicilatos	Midriasis. Hemorragias retinianas. Nistagmo. Neuropatía
Tetraciclinas	Pseudotumor cerebral
Trimetadiona	Diplopia. Nistagmo. Conjuntivitis
Vincristina	Neuropatía óptica. Diplopia
Vitamina A	Pseudotumor cerebral
Vitamina D	Opacificaciones corneales. Estrabismo

Datos publicados por Fontenla y col²⁰.

otras enfermedades del tejido conectivo y los dermatólogos la emplean en el lupus cutáneo. La hidroxiclороquina comparte el mismo perfil terapéutico que la cloroquina, pero es la que más se utiliza en la actualidad por poseer menor toxicidad.

Aunque es posible encontrar depósitos de hidroxiclороquina en la córnea, el principal efecto secundario ocular es la retinopatía. Ésta se ha descrito, en casos muy evolucionados, como maculopatía en ojo de buey por el aspecto oftalmoscópico que ofrece. La pérdida de la visión, si no se

interrumpe el tratamiento, llega a ser grave e irreversible. No obstante, comparada con otros fármacos empleados en las enfermedades reumáticas, se considera un tratamiento bien tolerado y de fácil monitorización. Además, a las dosis empleadas en la actualidad (menores a 6mg/kg/día) la retinopatía es muy poco frecuente. El riesgo de desarrollarla aumenta si la dosis acumulada supera los 800 gramos y si el paciente tiene más de 70 años¹⁰. El mecanismo exacto por el que se produce no es bien conocido, aunque pueden estar impli-

cados varios factores, como el estrés oxidativo y las mutaciones del gen ABCR¹¹.

Para la práctica diaria, el aspecto más relevante a tener en cuenta es determinar qué pruebas de control, y con qué frecuencia deben hacerse para diagnosticar precozmente la maculopatía. A pesar de los muchos años que se lleva usando la hidroxicloroquina, todavía no se ha llegado a un acuerdo completo. Posiblemente, la guía dada por el *Royal Collage of Ophthalmologist* del Reino Unido es la más aceptada por la comunidad médica. De forma resumida recomienda:

- Antes de iniciar tratamiento se debe tener un conocimiento claro del estado ocular del paciente, empleando para ello los medios que se consideren oportunos (historia clínica, optometrista y oftalmólogo).
- Una vez que el paciente esté tomando el fármaco habrá que revisarle la agudeza visual e interrogarle sobre síntomas visuales una vez al año. Esto puede hacerlo un médico de Atención Primaria o un óptico.
- Si en algún momento se objetiva disminución de agudeza visual o si el paciente refiere síntomas visuales deberá interrumpirse la toma de la medicación hasta que el enfermo sea sometido a valoración por un oftalmólogo.
- Cuando el tratamiento vaya a durar más de 5 años se establecerá, individualmente para cada paciente, una pauta de controles oftalmológicos.
- La exploración oftalmológica de estos pacientes debe incluir: agudeza visual próxima y lejana, visión cromática, campo visual, rejilla de Amsler, biomicroscopía y funduscopia.

Aunque las normas dadas arriba son las más aceptadas, siguen sin serlo de forma unánime. Además, éstas se completan con la realización de una campimetría a los dos años de iniciado el tratamiento y anualmente después¹².

FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO Y GLAUCOMA

Muchos fármacos de uso sistémico presentan acción anticolinérgica. En ocasio-

nes se busca este efecto (por ejemplo, el bromuro de ipratropium empleado en bronquíticos), pero en la mayoría de los casos es una fuente de reacciones adversas no deseadas (por ejemplo, en los antihistamínicos, en los antiparkinsonianos, en los antiarrítmicos, etc.). Una de estas posibles reacciones adversas es la aparición de un glaucoma agudo de ángulo cerrado.

Antes de analizar las posibles consecuencias de estos medicamentos en los ojos se van a repasar de forma muy breve los dos tipos principales de glaucoma: el de ángulo abierto y el de ángulo cerrado.

Para el adecuado funcionamiento del ojo es necesario que se renueve el humor acuoso. Este líquido se produce en los procesos ciliares, llena la cámara posterior (espacio comprendido entre el cristalino y el iris), pasa por la pupila a la cámara anterior (espacio entre el iris y la córnea) y sale del ojo, principalmente, a través de la malla trabecular situada en el ángulo iridocorneal. Ésta puede obstruirse poco a poco porque se acumulen depósitos (lo que denominamos aumento de la resistencia a la salida del acuoso), o puede tener un diámetro tan pequeño que se cierre del todo si aparece alguna circunstancia que reduzca aún más ese diámetro. En el primer caso tendríamos un glaucoma crónico de ángulo abierto (la tensión ocular sube lentamente en un espacio de tiempo prolongado. Aunque el paciente está, aparentemente, asintomático su nervio óptico está sufriendo un daño continuo) y en el segundo, un glaucoma agudo de ángulo cerrado (la tensión sube bruscamente, el enfermo tiene dolor intenso, náuseas e incluso puede perder la visión de forma irreversible en unas horas).

Las personas que desarrollan un glaucoma agudo tienen una predisposición anatómica para ello: un ángulo cameral estrecho. El factor que desencadena el glaucoma es, la mayoría de las veces, la midriasis pupilar.

La miosis pupilar es dependiente de la inervación parasimpática y la midriasis de la simpática. Por lo tanto, si a una persona le administramos un anticolinérgico (aunque sea por vía sistémica) se le va a indu-

cir una midriasis. Si ese individuo tiene un ángulo muy estrecho puede que se le provoque un glaucoma agudo.

Es importante señalar que, aunque se han publicado algunos artículos que intentan relacionar los fármacos anticolinérgicos sistémicos con la elevación de la tensión en ojos con ángulo abierto¹³, no hay pruebas de que los anticolinérgicos produzcan empeoramiento de los pacientes con glaucoma crónico simple. Por lo tanto, aquellos enfermos que estén siendo tratados de este tipo de glaucoma (con betabloqueantes, prostaglandinas o cualquier otro antiglaucomatoso) y requieran tratamiento con fármacos sistémicos de acción anticolinérgica (por ejemplo, un antidepresivo) pueden iniciarlo sin temor a que ocurra nada malo.

Lo verdaderamente peligroso es emplear un fármaco con efecto anticolinérgico en un paciente con ángulo estrecho. En este caso, la relación causal entre la administración del medicamento y la aparición de glaucoma agudo es clara y se ha descrito en muchas ocasiones^{14,15}.

A continuación, y teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, se dan unas pautas prácticas para aquellos médicos no oftalmólogos que tengan que prescribir fármacos sistémicos con efecto anticolinérgico:

- Se pueden emplear sin temor en pacientes que han sido vistos por un oftalmólogo y catalogados como normales.
- Pueden utilizarse con normalidad en enfermos diagnosticados de glaucoma crónico de ángulo abierto. No obstante, es aconsejable que se informe al oftalmólogo de que se han prescrito.
- Pueden utilizarse en pacientes con diagnóstico de ángulo estrecho a los que se les han aplicado las medidas profilácticas para evitar el glaucoma agudo (por ejemplo, la iridotomía YAG).
- Si desconocemos el estado ocular del paciente podemos hacer una estimación aproximada de la profundidad de la cámara anterior (lo que guarda paralelismo con la abertura del ángulo iri-

docorneal) valiéndonos de una linterna. Basta con situar esta linterna junto al limboesclerocorneal temporal y dirigir la luz paralela al plano del iris. Si la cámara anterior es profunda la superficie del iris se iluminará en su totalidad y de forma uniforme. En este caso podemos administrar el anticolinérgico. Si tenemos dudas o vemos claramente que la cámara es estrecha lo mejor es no pautar el medicamento y remitir al paciente a un especialista para que le haga una exploración más completa.

SÍNDROME DEL IRIS FLÁCIDO INTRAOPERATORIO

Más conocido como IFIS (*Intraoperative Floppy Iris Syndrome*), es una triada quirúrgica que incluye ondulaciones del estroma del iris, propensión al prolapso de iris y constricción pupilar. Inicialmente se describió asociada al uso de la tamsulosina¹⁶, un fármaco empleado en el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata. Aunque puede presentarse con otros antagonistas de los receptores $\beta 1$ adrenérgicos, suele hacerlo con menos frecuencia e intensidad.

La importancia de este síndrome radica en que se asocia a un incremento de las complicaciones en la cirugía de la catarata. Fuera del acto quirúrgico, el efecto de estos fármacos sobre el iris carece de trascendencia clínica.

En la actualidad y en nuestro medio, las cataratas se operan utilizando la técnica de la facoemulsificación. Esta técnica consiste, básicamente, en introducir en el ojo un instrumento (vulgarmente llamado "Faco") que destruye y aspira el cristalino. La punta del Faco entra en el globo ocular a través de una incisión en la córnea y alcanza el cristalino después de pasar por la pupila. Cuanto más dilatada está la pupila mejor se ve la catarata y más sencillas resultan las maniobras con el Faco. A mayor miosis, mayor riesgo de complicaciones.

Si administramos un fármaco que bloquea los receptores $\beta 1$ adrenérgicos (tamsulosina) vamos a dificultar la midriasis y, por consiguiente, vamos a incrementar el

riesgo de que surjan problemas quirúrgicos. Visto lo anterior, podría pensarse que lo mejor es no prescribir estos fármacos o suspenderlos si se están usando. Sin embargo, esto no es así. En primer lugar, la relación beneficio/riesgo es favorable al empleo del medicamento. En segundo, se ha descrito IFIS tres años después de retirar la tamsulosina. La actitud más adecuada será una actuación individualizada. No obstante, damos a continuación algunos consejos extraídos de la bibliografía¹⁷⁻¹⁹:

- Explicar al enfermo los riesgos quirúrgicos asociados al empleo de estos medicamentos.
- En pacientes que no han recibido tratamiento para la hipertrofia benigna de próstata y tienen una catarata operable, hacer primero la cirugía e iniciar el tratamiento con tamsulosina, o similares, después.
- Una vez iniciado el tratamiento no merece la pena discontinuarlo unas semanas antes de la cirugía: normalmente no se consigue nada.
- En el momento de la operación pueden ser útiles algunas de estas maniobras: dilatación prequirúrgica con colirio de atropina; si se sospecha que el iris se va a luxar a incisión o que la pupila se va a cerrar, colocar retractores de iris (o sistemas de midriasis intraoperatoria similares); hacer la incisión corneal lo más alejada del limbo posible; usar viscoelásticos de alta densidad; inyectar fenilefrina intracamerular si la pupila ya se ha cerrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. KAISER-KUPFER MI, LIPPMAN ME. Tamoxifen retinopathy. *Cancer Treat Rep* 1978; 62: 315-320.
2. NOUREDDIN BN, SEOUD M, BASHSHUR Z, SALEM Z, SAMSEDDIN A, KHALIL A. Ocular toxicity in low-dose tamoxifen: a prospective study. *Eye* 1999; 13: 729-733.
3. LAZZARONI F, SCOROLLI L, PIZZOLEO CF, SAVINI G, DE NIGRIS A, GIOSA F, MEDURI RA. Tamoxifen retinopathy: does it really exist? *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1998; 236: 669-673.
4. PAVLIDIS N, PETRIS C, BRIASSOULIS E, KLOUVAS G, PSILAS C, REMPAPIS J et al. Clear evidence that long-term low dose tamoxifen treatment can induce ocular toxicity: a prospective study of 63 patients. *Cancer* 1992; 69: 2961-2964.
5. SEKHAR GC, NAGARAJAN R. Ocular toxicity of Tamoxifen. *Indian J Ophthalmol* 1995; 43: 23-26.
6. ALWITRY A, GARDNER I. Tamoxifen Maculopathy. *Arch Ophthalmol* 2002; 120: 1402-1402.
7. TSAI DC, CHEN SJ, CHIOU SH, LEE AF, LEE FL, HSU WM. Should we discontinue tamoxifen in a patient with vision-threatening ocular toxicity related to low-dose tamoxifen therapy? *Eye* 2003; 17: 276-278.
8. GORIN B, DAY R, COSTANTINO JP, FISHER B, REDMOND CK, WICKERHAM L et al. Long-term tamoxifen citrate use and potential ocular toxicity. *Am J Ophthalmol* 1998; 125: 493-501.
9. QUIJADA E, SERRANO MA, MORALES M, GARCÍA M. Evaluación de efectos secundarios de tamoxifeno a nivel ocular. *Arch Soc Canar Oftal* 1986-1998; 9: 89-92.
10. RESTREPO JF, GUZMÁN R, IGLESIAS A. Antimaláricos como drogas inductoras de remisión en la artritis reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología* 2002; 9: 62-68.
11. FERRERAS A, PINILLA I, ABECIA E, PAJARÍN AB, HONRUBIA FM. Toxicidad Retiniana Secundaria a Tratamiento con Cloroquina. *Archiv Soc Esp Oftalmol* 2007; 82: 103-108.
12. FRANZCO M, RAHMAN A, MCLAY J. Early paracentral visual field loss in patients taking hydroxychloroquine. *Archiv Ophthalmol* 2006; 124: 1729-1733.
13. EKE T, CARR S, BATES AK. Acute galucoma, chronic glaucoma, and serotonergic drugs. *Br J Ophthalmol* 1997; 81: 252-253.
14. KIRWAN JF, SUBAK-SHARPE I, TEIMORY M. Bilateral acute angle closure glaucoma after administration of paroxetine. *Br J Ophthalmol* 1997; 81: 252-254.
15. REUSER T, FLANAGAN DW, BORLAND C, BANNERJEE DK. Acute angle closure galucoma occurring after nebulized bronchodilator treatment with ipratropium bromide and salbutamol. *J Roy Soc Med* 1992; 85: 499-500.
16. CHANG DF, CAMPBELL JR. Intraloperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31: 664-673.
17. CHANG DF. Clinical experience with intraoperative floppy-iris syndrome. Results of the 2008 ASCRS member survey. *J Cataract Refract Surg* 2008; 34: 1201-1209.
18. CANTRELL MA, BREAM-ROUWENHORST HR, STEFFENSMEIER A, HEMERSON P, ROGERS M, STAMPER B. Síndrome del iris flácido intraoperatorio

- asociado con los antagonistas de receptores β_1 -Adrenérgicos. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 558-563.
19. CHADHA V, BOROOAH S, TEY A, STYLES C, SINGH J. Floppy iris behaviour during cataract surgery: associations and variations. *Br J Ophthalmol* 2007; 91: 40-42.
 20. FONTENLA JR, VÁZQUEZ XM. SÁNCHEZ J. Fármacos con toxicidad ocular. *Jano* 1998; 54: 1256-1310.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2017

PREVENCIÓN DE TOXICIDAD OCULAR POR CLOROQUINA E HIDROXICLOROQUINA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-434-11



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. HÉCTOR DAVID MARTÍNEZ CHAPA

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. EFRAÍN ERIZMENDI URIBE

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. LUIS RAFAEL LÓPEZ OCAÑA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

LIC. DAVID BACA GRANDE

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

ENCARGADA DRA. NORMA MARGADELENA PALACIOS JIMÉNEZ

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. MANUEL DÍAZ VEGA

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Prevención de toxicidad ocular por cloroquina e hidroxiclороquina**. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Actualización: **parcial**.

ISBN en trámite

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2017

COORDINACIÓN				
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	Sociedad Mexicana de Oftalmología
AUTORÍA				
Dr. Noé Rogelio Méndez Martínez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General. Centro Médico La Raza Dr. Gaudencio González Garza.	Asociación Mexicana de Retina Profesor Titular "A" ESM-IPN
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	Sociedad Mexicana de Oftalmología
Dra. Beatriz Reynoso Núñez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General Regional No. 1 Cuernavaca Morelos	Colegio Oftalmológico del Estado de Morelos
Dra. Laura Elizabeth Vargas Rodríguez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona No. 51 Gómez Palacio, Durango	Colegio Coahuilense de Oftalmología
VALIDACIÓN				
Protocolo de Búsqueda				
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	Sociedad Mexicana de Oftalmología
Guía de Práctica Clínica				
Dr. Rolando López López	Oftalmología	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Regional de Mérida	Sociedad Oftalmológica de Yucatán
Dra. Julieta Guadalupe Cortés Carrasco	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar No. 160 Delegación D.F. Sur	

AUTORÍA VERSIÓN 2011

Cantú-García EC; López-López R; Martínez-Astorga V; Vargas-Rodríguez P, LE; Garrido-Gaspar NH; Martínez-Reyes F; Rivera-Viñas MA.

ÍNDICE

1.	Aspectos Generales	6
1.1.	Metodología	6
1.1.1.	<i>Clasificación</i>	<i>6</i>
1.2.	Actualización del año 2011 al 2017	7
1.3.	Introducción	8
1.4.	Justificación.....	9
1.5.	Objetivos.....	10
1.6.	Preguntas clínicas	11
2.	Evidencias y Recomendaciones.....	12
2.1.	Promoción a la salud	13
2.2.	Diagnóstico	17
2.3.	Pronóstico	22
3.	Anexos.....	24
3.1.	Algoritmos	24
3.2.	Cuadros o figuras.....	25
3.3.	Listado de Recursos	26
3.3.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	<i>26</i>
3.4.	Protocolo de Búsqueda	27
3.4.1.	<i>Búsqueda de Guías de Práctica Clínica.....</i>	<i>27</i>
3.4.2.	<i>Búsqueda de Revisiones Sistemáticas.....</i>	<i>28</i>
3.4.3.	<i>Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales***</i>	<i>29</i>
3.5.	Escalas de Gradación	31
3.6.	Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave	32
4.	Glosario	33
5.	Bibliografía	34
6.	Agradecimientos.....	36
7.	Comité Académico.....	37

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

IMSS-431-11			
Profesionales de la salud	1.38. Oftalmología		
Clasificación de la enfermedad	Y40-Y59 Efectos secundarios de los medicamentos		
	Y41 Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos		
Categoría de GPC	Y41.2 Efectos adversos de drogas antipalúdicas y agentes que actúan sobre otros protozoarios de la sangre		
	3.1. Nivel de atención:	3.1.1. Primario	3.1.2. Secundario
Usuarios potenciales	4.7. Estudiantes	4.11. Investigadores	4.13. Médicos generales
	4.8. Farmacólogos	4.12. Médicos especialistas	4.14. Médicos familiares
Tipo de organización desarrolladora	6.6. Dependencia del IMSS		
Población blanco	7.9. Hombre	7.10 Mujer	
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1. Instituto Mexicano del Seguro Social		
Intervenciones y actividades consideradas	Vigilancia de la dosis total de riesgo para desarrollo de toxicidad ocular		
	Envío oportuno para seguimiento oftalmológico de la población en riesgo		
	Reducción de los casos con afectación visual y ceguera secundarios a toxicidad por cloroquina e hidroxicloroquina		
	Conservar calidad de vida en pacientes que requieren de terapia prolongada		
Impacto esperado en salud	Reducción de efectos adversos secundarios a uso de cloroquina e hidroxicloroquina		
Metodología ¹	Delimitación del enfoque y alcances de la guía		
	Elaboración de preguntas clínicas		
	Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales)		
	Evaluación de la calidad de la evidencia		
	Análisis y extracción de la información		
	Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave		
	Procesos de validación, verificación y revisión		
Búsqueda sistemática de la información	Publicación en el Catálogo Maestro		
	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia		
	Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura.		
	Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: 03 agosto 2017		
	Número de fuentes documentales utilizadas: 18 del 2000 al 2010 y 9 del 2010 al 2017, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía.		
	Guías seleccionadas: 4		
	Revisiones sistemáticas: 1		
	Ensayos clínicos: 0		
	Pruebas diagnósticas: 0		
	Estudios observacionales: 1		
Método de validación	Otras fuentes seleccionadas: 21		
	Validación del protocolo de búsqueda. Instituto Mexicano del Seguro Social		
Conflicto de interés	Validación de la GPC por pares clínicos.		
	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.		
Actualización	Fecha de publicación: 2017. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

1.2. Actualización del año 2011 al 2017

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:

- Título desactualizado: **Toxicidad ocular por uso de cloroquina o hidroxiclороquina**
- Título actualizado: **Prevención de toxicidad ocular por cloroquina e hidroxiclороquina**

2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:

- **Promoción**
- **Diagnóstico**
- **Pronóstico**

1.3. Introducción

La cloroquina (CQ) y la hidroxiclороquina (HCQ) son compuestos aromáticos del grupo 4-aminoquinolina, sustitutos sintéticos de la quinina. La diferencia entre ambas consiste en que la HCQ se caracteriza por la b-hidroxilación de uno de los sustitutos N-etil. Se han utilizado para el tratamiento de la malaria, amebiasis extraintestinal, artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso discoide, lupus eritematoso sistémico (LES), padecimientos dermatológicos, o como uso novedoso en diabetes mellitus, enfermedad cardíaca y adyuvante en terapia oncológica. (Marmor, 2016) Ya desde 1959 está descrito que su uso prolongado produce toxicidad retiniana. (De Pablo-Gómez, 2012)

El impacto de la retinopatía clínicamente significativa por hidroxiclороquina parece ser muy baja, con sólo 50 casos identificados en una revisión de la literatura en mayo de 2005 y se calcula que al menos un millón de pacientes han sido tratados con quinolinas en este periodo de tiempo. En la serie individual más grande, solo un paciente de 1207 desarrollo retinopatía después de 7 años de consumo del medicamento. En un estudio prospectivo de pacientes que toman la dosis máxima recomendada de 6.5 mg por kg de peso corporal magro, la incidencia de retinopatía irreversible por hidroxiclороquina fue de 2 casos en 400 pacientes, los cuales recibieron tratamiento por más de 6 años. La dosis máxima diaria y la duración del tratamiento parecen ser los determinantes más importantes de riesgo de toxicidad en comparación con la dosis acumulativa. (The Royal College of Ophthalmologists, 2009)

La CQ y la HCQ tienen afinidad por la melanina, y esto hace que se depositen en coroides, cuerpo ciliar y epitelio pigmentado de la retina (EPR). Antes de que esto ocurra, se produce una alteración de la membrana citoplasmática de las células ganglionares, degeneración de los fotorreceptores y disminución de la capa de fibras nerviosas y la CQ altera la barrera hematorretiniana lo que explica que sea más toxica que la HCQ. (De Pablo-Gómez, 2012)

La dosis acumulada del medicamento es la responsable de la progresión de la retinopatía tóxica a pesar de haberse suspendido la CQ o la HCQ. Otros factores de riesgo asociados con el desarrollo de maculopatía por toxicidad son la presencia de enfermedad renal y el uso concomitante de tamoxifeno. (Marmor M, 2016)

1.4. Justificación

La HCQ se utiliza para tratar enfermedades autoinmunes como LES y AR. El uso prolongado del medicamento causa toxicidad en la retina y los hallazgos fundoscópicos de la toxicidad retiniana pueden ser tempranos, mostrando un fino puntilleo del epitelio pigmentario de la macula hasta la lesión característica bilateral en “ojo de buey”. (Parikh V, 2016)

Esta descrito que la incidencia de toxicidad retiniana es baja y se encuentra entre el 0.5% a 3.5% de los pacientes tratados con HCQ y del 10 al 25% en pacientes con CQ. (De Pablo-Gómez, 2012) En etapas tempranas del tratamiento es rara y la mayoría de los pacientes, la presentan después haber utilizado el medicamento por más de 5 años o incluso después de haberlo suspendido, ya que está se relaciona con la dosis acumulada. El único tratamiento existente es la suspensión del medicamento.

Los pacientes y los médicos deben conocer los riesgos de toxicidad, la dosis máxima acumulada permitida y la importancia de realizar exámenes de detección de alteraciones tempranas antes de que se establezca la pérdida visual central irreversible y pérdida de la vida productiva, generando incapacidad e incrementando en forma indirecta el costo de la enfermedad.

Es por estas razones que se debe contar con una Guía de Práctica Clínica de Prevención de Toxicidad por CQ e HCQ que contenga recomendaciones actuales y con sustento en la medicina basada en evidencia para establecer criterios de suspensión oportuna del medicamento y preservar la visión y calidad de vida del paciente.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Prevención de toxicidad ocular por cloroquina e hidroxiclороquina** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales en:

El primer nivel de atención:

- Identificar de forma oportuna pacientes con terapia de CQ o HCQ.
- Identificar pacientes portadores de factores de riesgo con terapia de CQ o HCQ.
- Enseñar métodos de autoevaluación de agudeza visual.

El segundo nivel de atención:

- Identificar a la población en riesgo.
- Prevenir pérdida de la agudeza visual y deterioro funcional.
- Realizar vigilancia y seguimiento de la población con lesiones maculares y corneales.
- Establecer diagnóstico preclínico siempre que sea posible.

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6. Preguntas clínicas

1. En pacientes con uso continuo de antimaláricos ¿Cuáles son los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de toxicidad ocular?
2. En pacientes que consumen antimaláricos ¿Cuál es la dosis de riesgo para el desarrollo de toxicidad ocular?
3. En paciente con uso crónico de CQ o HCQ ¿Cuáles son los hallazgos oftalmológicos que permiten establecer el diagnóstico clínico de toxicidad ocular?
4. En paciente con uso crónico de CQ o HCQ ¿Cuáles son los estudios de gabinete que permiten confirmar toxicidad medicamentosa?
5. En pacientes con consumo crónico de antimaláricos ¿Cuáles es el esquema de evaluación oftalmológica preventiva?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia



Recomendación



Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio de serie de casos realizado por Delahaye en 2003, se evaluó la utilidad del ultrasonido prenatal para el diagnóstico temprano de craneosinostosis en fetos con factores de riesgo, determinado por la disminución del espacio de las suturas craneales; se documentó una sensibilidad de 100% y especificidad de 97% para el ultrasonido.	MUY BAJA ⊕000 GRADE <i>Delahaye S, 2003</i>

2.1. Promoción a la salud

En pacientes con uso continuo de antimaláricos ¿Cuáles son los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de toxicidad ocular?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
Los factores de riesgo asociados a toxicidad por cloroquina e hidroxiclороquina son: • Dosis acumulativa. La mayoría de los casos reportados de toxicidad han ocurrido en pacientes que usan el fármaco por más de 7 años o con una dosis acumulativa que excede 1000 gramos de HCQ ó 460 gramos de CQ). • Dosis diaria. Existe una asociación de toxicidad con dosis diarias de HCQ de 6.5 mg/kg de peso corporal (equivalente a CQ 3.0 mg/kg). Sin embargo, estudios recientes de pacientes que tomaron HCQ encontraron que el riesgo de toxicidad dependía de la exposición acumulada y era independiente de la dosis diaria o la dosis/kg. • Enfermedad renal o hepática. CQ e HCQ son eliminados por riñón e hígado. Cualquiera de los dos órganos puede disminuir la tasa efectiva de eliminación de fármacos, lo que aumenta su nivel en sangre. • Edad. Los pacientes ancianos pueden estar en mayor riesgo, dada la posibilidad de que los cambios retinianos relacionados con la edad pueden aumentar la susceptibilidad al daño tóxico. • Enfermedad retinal y macular. Los pacientes con enfermedad retiniana subyacente pueden estar en mayor riesgo de toxicidad. Dado que los signos tempranos de toxicidad pueden ser enmascarados y el tamiz se hace menos efectivo o imposible.	4 NICE <i>Yam J, 2006 Marmor M, 2011</i>
Se sugiere que en cada evaluación oftalmológica se tome en cuenta la edad, la dosis diaria, la dosis acumulativa, así como presencia de enfermedad renal, hepática, retinal y macular como factores de riesgo asociados a toxicidad por CQ e HCQ.	D NICE <i>Yam J, 2006 Marmor M, 2011</i>

E	La HCQ se ha prescrito típicamente a una dosis de 200 ó 400 mg/día, esto debido a la dosis contenida en el comprimido, en lugar de utilizarse una dosis basada en el peso. La dosis diaria de 200 mg es relativamente segura para la mayoría de los individuos, excepto para aquéllos extremadamente delgados (menos de 31 kilos). Sin embargo, una dosis diaria de 400 mg pone en riesgo de toxicidad a cualquiera por debajo de 62 kg, y el riesgo relativo aumentará a medida que aumente la dosis. De forma similar, la CQ se prescribe típicamente a 250 mg/día, correspondiente al contenido del comprimido.	4 NICE <i>Marmor M, 2003</i>
R	La prescripción de cada fármaco debe ser de acuerdo al peso.	D NICE <i>Marmor M, 2003</i>
E	La obesidad suele ser un factor de riesgo para toxicidad debido a que los antimaláricos son lipofóbicos (no se mantienen en tejido graso) y el fármaco se acumula sólo en el tejido magro. Es por ello que la dosis "segura" para individuos con un alto porcentaje de masa grasa debe ser inferior a 6.5 mg/kg de HCQ o 3 mg/kg de CQ.	4 NICE <i>Marmor M, 2003</i>
R	Es importante tener en cuenta el peso corporal ideal, al calcular la dosis óptima, ya que el fármaco se liga a masa muscular y no a grasa, cerebro o hueso. Para calcular el peso corporal magro se puede utilizar la fórmula de Hume: Hombres: $(0.3281 \times \text{peso}) + (0.33929 \times \text{talla en cm}) - 29.5336$. Mujeres: $(0.29569 \times \text{peso}) + (0.41813 \times \text{talla en cm}) - 43.2933$.	D NICE <i>Yam J, 2006</i>
E	La ingesta CQ e HCQ produce daño en la función renal y hepática a largo plazo, por lo que es importante realizar una evaluación previa al inicio del tratamiento, así como establecer la dosis tomando en cuenta el índice de masa corporal y masa magra en personas con sobrepeso u obesidad.	4 NICE <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>

R	Es importante tener presente al momento de la prescripción de CQ e HCQ, el esquema de seguimiento recomendado por la <i>Sociedad Británica de Reumatología (British Society of Rheumatology) (BSR)</i> y la <i>Asociación británica de dermatología (British Association of Dermatologists)</i> • Evaluación previa al tratamiento: biometría hemática completa, urea, electrólitos y pruebas de función hepática. • Preguntar acerca de la discapacidad visual que no se corrige con gafas. • Registrar la agudeza visual de cada ojo (con gafas de lectura, si las tiene indicadas). • Si no se detecta ninguna anomalía, comience el tratamiento. • Si se detecta una anomalía, consulte primero a un optometrista. • Vigilancia continua durante el tratamiento.	B NICE <i>Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, 2015</i>
E	El uso prolongado de HCQ, así como su dosis diaria, se consideran el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la retinopatía. Dosis mayores a 250mg/día de CQ ó dosis mayores de 400mg/día o 6.5mg/kg/día de HCQ como dosis de mantenimiento a largo plazo.	3 NICE <i>Gilbert M, 2007</i> <i>Hanna B, 2008</i>
R	Es importante tomar en cuenta el tiempo de tratamiento con antimaláricos. Si bien, en dosis recomendadas, el riesgo de toxicidad a 5 años es inferior al 1% y en 10 años es menor a 2%, con el uso de 20 o más años aumenta a casi 20%.	D NICE <i>Marmor M, 2011</i>
R	Se deberá vigilar el daño a retina con el uso concomitante de tamoxifeno ya que incrementa el riesgo de toxicidad.	D NICE <i>Bergholz R, 2010</i>
R	Se recomienda que todos los pacientes que toman CQ o HCQ reciban información sobre el riesgo de pérdida de campo visual central y exploración oftalmológica inicial con seguimiento.	D NICE <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>
R	Siempre que el paciente con terapia prolongada de CQ o HCQ inicie con alteraciones visuales se deberá suspender el fármaco, evaluar la dosis total, el tiempo de consumo, realizar exploración oftalmológica y realizar estudios diagnósticos de apoyo	D NICE <i>Hanna B, 2008</i> <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>

En pacientes que consumen antimaláricos ¿Cuál es la dosis de riesgo para el desarrollo de toxicidad ocular?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La retinopatía es altamente improbable si la función renal es normal, la dosis diaria de HCQ es inferior a 6.5 mg/kg o la duración del tratamiento es menor de 6 años.	2+ NICE <i>Lai T, 2005</i> 3 NICE <i>Elder M, 2006</i>
	Una dosis diaria de 400 mg de HCQ pone en riesgo de toxicidad a cualquier persona por debajo de 62 kg, y el riesgo relativo aumentará a medida que aumente la dosis.	4 NICE <i>Marmor M, 2003</i>
	Se realizó un análisis sobre información en una base de datos nacional de pacientes que consumen HCQ para calcular el riesgo de toxicidad. Los resultados informan que ninguna dosificación es completamente segura, pero la regulación de cualquiera de los dos factores (tiempo – dosis) reducirá en gran medida el riesgo.	3 NICE <i>Melles R, 2014</i>
	La evidencia actual no permite establecer una cifra total acumulada de ingesta de antimaláricos para definir la suspensión del tratamiento. La seguridad retiniana sigue siendo objeto de debate cuando se utiliza CQ o HCQ a largo plazo. El riesgo de toxicidad depende de la dosis diaria y de la duración de uso. Solo se dispone de múltiples factores que deben ser evaluados como parte del esquema de seguimiento.	4 NICE <i>Browning D, 2002</i> <i>Elder M, 2006</i> <i>Gilbert M, 2007</i> <i>Hanna B, 2008</i> <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i> <i>Ding H, 2016</i> <i>Marmor M, 2016</i>
	El riesgo de toxicidad se incrementa con el uso mayor de 5 años, en adultos mayores de 60 años o con enfermedades renales, hepáticas y/o retinianas preexistentes, en estos casos se recomienda valorarlos cada 6 meses.	D NICE <i>Hanna B, 2008</i>

2.2. Diagnóstico

En paciente con uso crónico de CQ o HCQ ¿Cuáles son los hallazgos oftalmológicos que permiten establecer el diagnóstico clínico de toxicidad ocular?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El cuadro clínico de la toxicidad de CQ y HCQ se caracteriza clásicamente por la maculopatía bilateral de ojo de buey; un anillo de despigmentación del epitelio pigmentado de la retina (EPR) que evita una isla foveal. Aunque la agudeza visual puede ser excelente, los pacientes perceptivos notarán escotomas paracentrales asociados con dificultades de lectura. Debido a que la pérdida funcional sutil en la retina paracentral puede ocurrir antes de los cambios biomicroscópicos en el EPR, en pruebas cuidadosas de la retina paracentral con el umbral visual.	4 NICE <i>Marmor M, 2011</i>
	La CQ, y con menor frecuencia HCQ, puede causar depósitos intraepiteliales de tipo verticillata en la córnea. Estos cambios, no son un marcador directo de daño de la retina, no están asociados con la pérdida visual, y en contraste con la retinopatía son generalmente reversibles.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i> <i>American Academy of Ophthalmology , 2016</i>
	El daño ocasionado al segmento anterior generalmente es: 1. Reversible con interrupción de la medicación. 2. No tóxico. 3. No está correlacionado con la toxicidad de la retina, por lo tanto no es una indicación para detener la medicación. 4. El paciente puede referir sensación de cuerpo extraño, resequedad, y ardor ocular y a la exploración se encuentran con depósitos radiados oro-café en córnea.	4 NICE <i>Browning D, 2002</i> <i>American Academy of Optometry, 2015</i>
	En un estudio prospectivo de pacientes que toman la dosis máxima recomendada de 6.5mg/kg/día, la incidencia de retinopatía con daño irreversible por HCQ fue de 2 casos en 400 pacientes, que recibieron tratamiento por más de 6 años, y el primer dato de toxicidad fue la pérdida del reflejo foveal.	4 NICE <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>

	La retinopatía pigmentaria bilateral, generalmente es irreversible: la detección temprana y el cese del tratamiento limitarán la extensión de pérdida visual	4 NICE <i>American Academy of Optometry, 2015</i>
	Las manifestaciones clínicas de daño ocular por HCQ son: • Síntomas 1. Dificultad para leer, disminución y / o visión borrosa, pérdida de visión central, fotopsias, metamorfosis: a. Etapa inicial: asintomática. b. Etapa tardía: escotoma central y paracentral. c. Etapa final: pérdida de la visión central, periférica y nocturna. • Signos 1. Segmento posterior: cuando se producen cambios visibles en la retina, la pérdida de la visión es irreversible y puede progresar incluso después de suspender el tratamiento. 2. Maculopatía del ojo de buey indica toxicidad avanzada: escaso pigmento en la fovea y despigmentación del EPR de la mácula (de ahí la aspecto del ojo). Irreversible en esta etapa. 3. Extensa atrofia de la retina y el epitelio pigmentario.	4 NICE <i>American Academy of Optometry, 2015</i>
	Diversas series han reportado que los datos más frecuentes, aunque inespecíficos relacionados con el uso de CQ o HCQ incluyen: • Distorsión y/o baja visual con deterioro, aun cuando se suspende el tratamiento. • Dificultad para enfocar. • Alteraciones en la cartilla de Ishihara. • Escotomas en la cartilla de Amsler. • Adelgazamiento de la trama vascular. • Espículas pigmentadas dispersas en la periferia del fondo de ojo. • Atrofia parafoveal del EPR y cambios maculares inespecíficos. • Pérdida del reflejo foveal. • Hiperpigmentación en “ojo de buey”.	4 NICE <i>Catalá J, 2001 Browning D, 2002 Ferrerías A, 2007 Korah S, 2008 Hanna B, 2008 The Royal College of Ophthalmologists, 2009 Marmor M, 2011 American Academy of Optometry, 2015 Marmor M, 2016</i>
	Todos los pacientes que inicien tratamiento con HCQ o CQ a largo plazo deben someterse a un examen oftalmológico de base dentro del primer año de iniciarse el fármaco para identificar manifestaciones clínicas de toxicidad así como documentar cualquier complicación ocular y establecer un registro de la apariencia del fondo y estado funcional.	D NICE <i>Marmor M, 2016</i>

En paciente con uso crónico de CQ o HCQ ¿Cuáles son los estudios de gabinete que permiten confirmar toxicidad medicamentosa?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E El electrorretinograma multifocal (mfERG) muestra disminución de la función retiniana en el 50% de los pacientes que han tomado una dosis total acumulada de 1250g de HCQ. No se puede suponer que la toxicidad de la retina se evita con dosis diaria de $\leq 6.5\text{mg/kg/día}$, debido a que en algunos pacientes se observó mfERG con cambios característicos con dosis acumuladas tan bajas de 400 mg.	3 NICE <i>Lyons J, 2007</i>
E El electrorretinograma multifocal (mfERG) es similar en sensibilidad a los campos visuales y puede confirmar la pérdida de campo. La sensibilidad puede mejorarse comparando la amplitud entre los anillos de respuestas sobre el centro.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>
E La anomalía más común detectada en el mfERG fue el aumento de la razón R1/R2 en el anillo pericentral. Se identificaron 4 patrones topográficos en respuesta a la densidad, lo que implica pérdida de la amplitud pericentral, existe también pérdida longitudinal en declive de la función retiniana por lo que se sugiere que el mfERG puede ayudar a detectar cambios tempranos.	2+ NICE <i>Lai T, 2005</i>
E Una revisión sistemática comparó el uso de electroretinograma multifocal (mfERG) con campos visuales automatizados (CVA), autofluorescencia de fondo y tomografía de coherencia óptica (OCT). Todos los estudios diagnósticos muestran alta sensibilidad logrando detectar a pacientes enfermos; sin embargo, la especificidad es variable. La dosis acumulativa promedio en el grupo de falsos positivos en comparación con el grupo de verdaderos negativos en mfERG comparado con CVA sugiere que el mfERG puede detectar casos de toxicidad temprana comparada con otras modalidades	1+ NICE <i>Tsang, A 2015</i>
R Se puede realizar mfERG en pacientes con: • Síntomas, sin cambios en los estudios de rutina. • Cambios iniciales en los campos visuales. • Deterioro de la función renal, hepática, obesidad o dosis alta de tratamiento. • Después de 5 años de tratamiento, en ausencia de los factores de riesgo.	B NICE <i>Lai T, 2005</i> D NICE <i>Tehrani R, 2008</i>

E	En un reporte se utilizó OCT para documentar regresión de la retinopatía por HCQ después de suspenderla, el OCT revela destrucción de los fotorreceptores e irregularidades en el EPR solo en la región nasal, pero no en otras regiones con retinopatía moderada, el OCT puede presentar alteraciones solo en casos avanzados. Los campos visuales son más precisos que la OCT en fases tempranas de la retinopatía por HCQ.	3 NICE <i>Turgut B, 2009</i>
R	No se recomienda realizar OCT para realizar detección, ya que en etapas tempranas no ofrece evidencia de alteraciones oculares.	D NICE <i>Turgut B, 2009</i>
E	En un estudio de casos y controles valoraron la utilidad de los estudios de gabinete comparando los subjetivos y objetivos, a 57 pacientes con tratamiento de HCQ por 15 años en promedio, se dividieron en grupo de afectados y no afectados basados en criterios de mfERG, a todos se les realizó SD OCT, campimetría 10-2, fotos de fondo de ojo, AF. Usando un enfoque de modelo polinomial, las medidas de grosor retiniano por OCT y la desviación media de la campimetría 10-2 fueron identificados como las variables más fuertemente asociadas a toxicidad por HCQ.	2+ NICE <i>Cukras C, 2015</i>
E	La retinopatía por CQ e HCQ, se define como escotoma paracentral asociado con atrofia del epitelio pigmentario. En una serie de seis pacientes estudiados se documentó escotoma paracentral en el estudio campimétrico en el 100%.	3 NICE <i>Browning D, 2002</i>
R	El campímetro automatizado con programa 10-2 puede mostrar cambios tempranos en el desarrollo de la maculopatía por CQ e HCQ, manifestado por depresiones paramaculares. Las alteraciones campimétricas pueden aparecer aún sin manifestaciones clínicas de toxicidad por CQ e HCQ, consistentes en escotomas para centrales o centrales profundos, con depresión generalizada de la sensibilidad.	D NICE <i>Browning D, 2002 Marmor M, 2003 Biccas L, 2009</i>
E	La fluorangiografía retiniana (FAR) puede demostrar cambios poco llamativos en la mácula y alteraciones pigmentarias sutiles sin detectar lesiones previas a escotomas en la campimetría.	3 NICE <i>Catalá J, 2001 Yam J, 2006 Tehrani R, 2008</i>

	La fluorangiografía retiniana no está indicada para detectar cambios tempranos. Cuando se presenta el “ojo de buey” implica pérdida de EPR y daño tardío de toxicidad.	D NICE <i>Marmor M, 2016</i>
	La fluorangiografía retiniana puede ser útil en pacientes que no pueden realizarse campos visuales y que presentan patología macular agregada.	D NICE <i>Catalá J, 2001 Yam J, 2006 Tehrani R, 2008</i>
	Las pruebas de campo visual central son muy sensibles en pacientes confiables. El patrón de campo 10-2 tiene alta resolución dentro de la mácula y es excelente para pacientes no asiáticos. Sin embargo, patrones de prueba más amplios (24-2 o 30-2) son necesarios para los pacientes asiáticos en quienes la toxicidad a menudo se manifiesta más allá de la mácula. Estos patrones más grandes tienen sólo 4 puntos centrales de prueba, e incluso una sola mancha central de sensibilidad reducida debe tomarse en serio. Los campos visuales pueden variar notablemente entre visitas.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>
	Tomografía por Coherencia Óptica de Dominio Espectral (SD OCT), muestra adelgazamiento localizado de las capas fotorreceptoras en la región parafoveal en ojos no asiáticos o cerca de las arcadas en muchos ojos asiáticos. Estas áreas localizadas de pérdida de fotorreceptores son fuertes indicadores de toxicidad. El daño inicial a veces puede ser reconocido como una interrupción focal.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>
	La obtención de imágenes por autofluorescencia puede revelar un daño temprano en los fotorreceptores parafoveales o extramaculares como un área de incremento de autofluorescencia que puede preceder al adelgazamiento en SD OCT. La pérdida tardía de epitelio pigmentario retiniano aparece como un área oscura de autofluorescencia reducida.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>
	La microperimetría preciso y complicado por ser largo, lleva al paciente a la fatiga y no ofrece mayor información. Se necesitan diferentes patrones de prueba para ojos no asiáticos y asiáticos	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>

	Ninguna dieta o terapia médica ha demostrado ser eficaz para prevenir, tratar o reducir el riesgo de retinopatía de HCQ o CQ que no sea la suspensión del fármaco. Incluso esta no previene la progresión.	4 NICE <i>Marmor M, 2016</i>
	Diferentes estudios de gabinete han sido utilizados para intentar detectar en forma temprana el daño retiniano por antimaláricos. Sin embargo, ninguno de ellos ofrece información confirmatoria o excluyente.	Punto de buena práctica
	El cribado no puede "prevenir" el daño, pero si se lleva a cabo correctamente permite detectar la toxicidad antes de que la visión se vea afectada significativamente.	D NICE <i>Marmor M, 2016</i>

2.3. Pronóstico

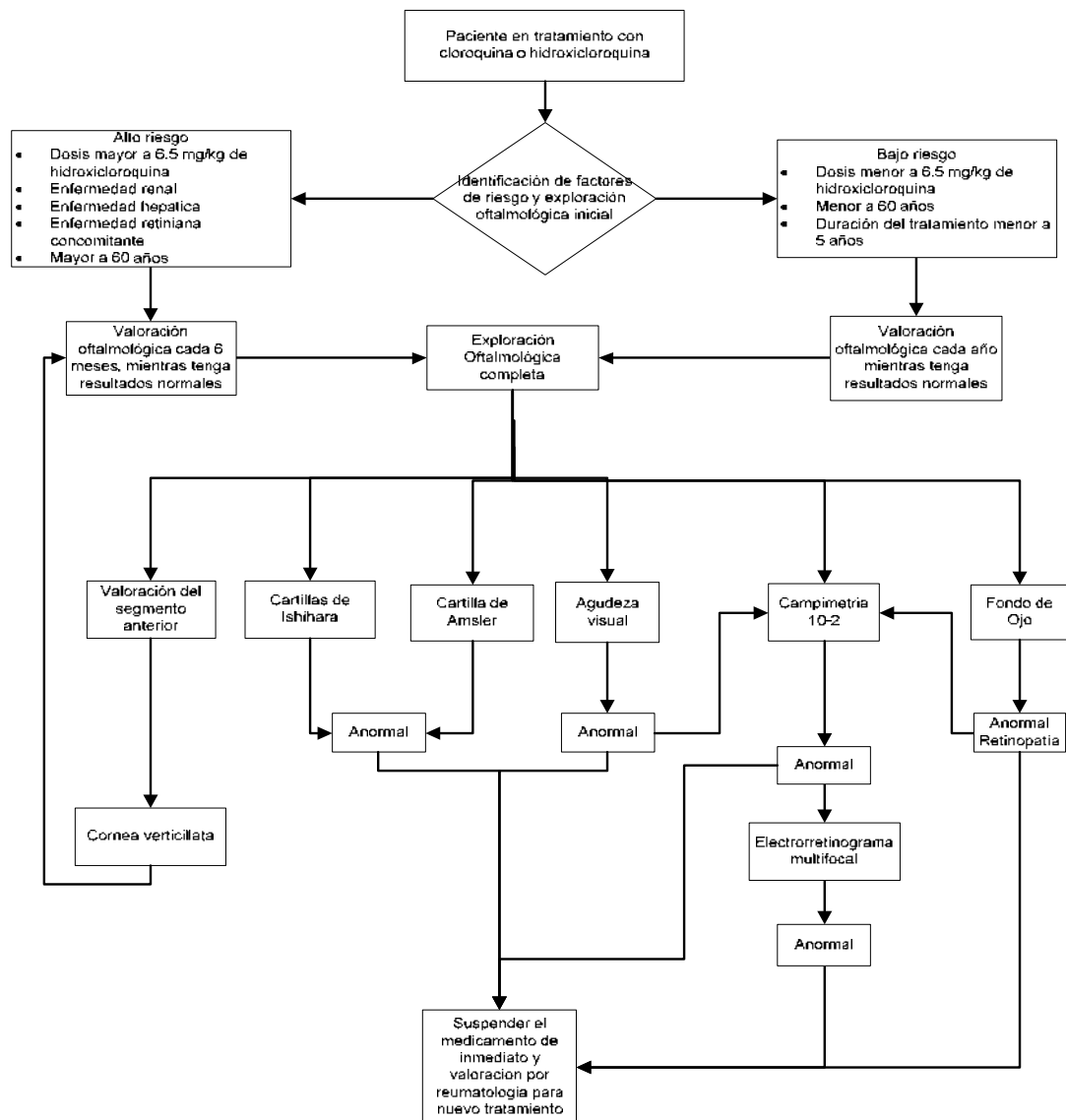
En pacientes con consumo crónico de antimaláricos ¿Cuál es el esquema de evaluación oftalmológica preventiva?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El propósito del monitoreo periódico es detectar tempranamente el daño retiniano y no necesariamente prevenirlo. La autoevaluación del paciente con la cartilla de Amsler es un método económico y efectivo para evaluar la visión central	3 NICE <i>Hanna B, 2008</i> 4 NICE <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>
	Con base en los datos obtenidos se recomienda: - Evitar, siempre que sea posible el uso de CQ o HCQ. - Realizar una vez al año: Revisión oftalmológica que incluya mejor agudeza visual corregida, visión al color, cartilla de Amsler, fundoscopia y campo visual automatizado, examen con lámpara de hendidura con especial atención a cornea, al inicio de tratamiento y una vez al año siempre que no existan factores de riesgo.	D NICE <i>American Academy of Ophthalmology, 2002</i> <i>Browning D, 2002</i> <i>Elder M, 2006</i> <i>Gilbert M, 2007</i> <i>Hanna B, 2008</i> <i>The Royal College of Ophthalmologists, 2009</i>

	• Instruir al paciente a realizarse autoevaluaciones con cartilla de Amsler. • Cuando sea posible realizar fotografía de fondo de ojo para evaluar cambios pigmentarios iniciales que puedan confundir los datos tempranos de toxicidad. Las evaluaciones posteriores se hacen a decisión del oftalmólogo y cuando han recibido cinco años continuos de HCQ pueden tener evaluaciones adicionales, individualizando cada caso.	<i>Ding H, 2016</i> <i>Marmor M, 2016</i>
	Los exámenes anuales son suficientes ya que la toxicidad se desarrolla lentamente, y hay tiempo para repetir exámenes o realizar pruebas adicionales siempre que los resultados sean sospechosos pero no definitivos. Se puede considerar la realización de exámenes más frecuentes en pacientes con factores de riesgo importantes.	D NICE <i>Marmor 2016</i>
	El médico que inicie el tratamiento a base de CQ o HCQ deberá solicitar exploración oftalmológica completa antes de iniciar el tratamiento para conocer el estado basal oftalmológico del paciente.	Punto de buena práctica
	El médico familiar y el médico que indica el tratamiento deberán realizar seguimiento de la capacidad visual, así como de posibles alteraciones visuales para referir en forma oportuna al oftalmólogo y realizar suspensión temprana del medicamento.	Punto de buena práctica
	Siempre que sean detectadas lesiones oftalmológicas deberá suspenderse el uso del fármaco y realizarse envío urgente al médico que instaló el tratamiento para establecer un nuevo tratamiento de la enfermedad de base.	Punto de buena práctica

3. ANEXOS

3.1. Algoritmos



3.2. Cuadros o figuras

Cuadro I. Factores de riesgo para toxicidad por HCQ

	RIESGO BAJO	RIESGO ALTO
Dosis HCQ	<6.5mg/kg/d	>6.5mg/kg/d
Duración	< 5 años	>5 años
habitus exterior	Delgado	Grado de obesidad alto (a menos que la dosis sea reducida)
Enfermedad renal o hepática	Ninguno	Presente
Enfermedad retiniana concomitante	Ninguna	Presente
Edad	<60 años	>60 años

Adaptado de: Marmor Michael F. MD. Carr Ronald E. MD. Easterbrook Michael MD. Farjo Ayad A.M.D. Mieler William F. M.D. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy. Ophthalmology Volume 109, Number 7, July 2003.

Adaptado de: Hanna, B, Holdeman, NR, Tang, RA., Schiffman, JS. Retinal toxicity secondary to Plaquenil therapy. Optometry 2008; 79:90-94

Cuadro II. Recomendación para evaluación oftalmológica de pacientes sin riesgo que usan cloroquina o hidroxiclороquina

EDAD	FRECUENCIA DEL EXAMEN OFTALMOLÓGICO
20-29 años	Mínimo una vez
30-39 años	Mínimo dos veces
40-64 años	Cada 2 a 4 años
Mayores de 65 años	Cada 1 a 2 años

Adaptado de: Marmor M, Kellner U, Lai TY, Melles R, Mieler WF; American Academy of Ophthalmology. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy (2016 Revision). Ophthalmology. 2016 Jun;123(6):1386-94.

3.3. Listado de Recursos

3.3.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Prevención de toxicidad ocular por cloroquina** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.2030.00	Cloroquina	Oral. Adultos: Inicial: 600 mg. Mantenimiento: 300 mg a las 6, 24 y 48 horas. Niños: Inicial 10 mg/kg de peso corporal. Dosis máxima 600 mg. Mantenimiento: 5mg/kg de peso corporal, a las 6, 24 y 48 horas. Dosis máxima: 300 mg.	TABLETA Cada tableta contiene: Fosfato de cloroquina equivalente a 150 mg de cloroquina. Envase con 1000 tabletas.	A establecer por el médico	Náusea, cefalea, psicosis, dermatitis, leucopenia, trastornos oculares, hipotensión arterial, acufenos	Los antiácidos reducen la absorción de la cloroquina. Con metronidazol pueden presentarse reacciones distónicas agudas. La cloroquina disminuye la absorción de ampicilina	Hipersensibilidad al fármaco, retinopatía, úlcera péptica, psoriasis, porfiria, glaucoma.
010.000.2030.01			Envase con 30 tabletas.				

3.4. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Prevención de toxicidad ocular por cloroquina**. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de guías de práctica clínica y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **idioma inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **8 años***
- Documentos enfocados prevención.
- Documentos enfocados a humanos

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, diferente al español o inglés.

3.4.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando los términos MeSh: diagnosis, screening, detection, chloroquine, hydroxychloroquine, retinal disease, retinopathy y toxicity considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 150 resultados, de los cuales se utilizaron 12 documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
(recommendations[All Fields] AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR ("mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields]) AND ("chloroquine"[MeSH Terms] OR "chloroquine"[All Fields])) AND ("2010/07/24"[Pdat] : "2017/07/20"[Pdat])	24/4
((("chloroquine"[MeSH Terms] OR "chloroquine"[All Fields]) AND ("hydroxychloroquine"[MeSH Terms] OR "hydroxychloroquine"[All Fields]) AND ("retinal diseases"[MeSH Terms] OR ("retinal"[All Fields] AND "diseases"[All Fields]) OR "retinal diseases"[All Fields] OR "retinopathy"[All Fields])) AND ("2010/07/24"[PDAT] : "2017/07/20"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	126/8

Además se realizó la búsqueda de GPCs en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB**	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
GIN	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
NGC	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
NICE	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
SIGN	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
GUIASALUD	Toxicidad ocular por CQ	0	0
GUIAS AUGE	Toxicidad ocular por CQ	0	0
Australian Government.	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
NHS Evidence	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
CMA INFOBASE	No results were found for Ocular toxicity by chloroquine	0	0
TOTAL		0	0

3.4.2. Búsqueda de Revisiones Sistemáticas

Se realizó la búsqueda en PubMed con los términos MeSh chloroquine, hydroxychloroquine, utilizados en la búsqueda considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 2 resultados, que no fueron útiles para la elaboración de este documento.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Chloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	1/0
"Hydroxychloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND systematic[sb]	1/0

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
COCHRANE LIBRARY	There are 2 results from 9908 records for your search on #1 - MeSH descriptor: [Chloroquine] explode all trees in Cochrane Reviews for strategy: Untitled Strategy	2	0
COCHRANE LIBRARY	There is 1 result from 9908 records for your search on #2 - MeSH descriptor: [Hydroxychloroquine] explode all trees in Cochrane Reviews for strategy: Untitled Strategy	1	0
COCHRANE LIBRARY	There is 1 result from 1065341 records for your search on #5 - MeSH descriptor: [Hydroxychloroquine] explode all trees and with qualifier(s): [Toxicity - TO] in Trials for strategy: Untitled Strategy	1	0
COCHRANE LIBRARY	There is 1 result from 1065341 records for your search on #6 - MeSH descriptor: [Chloroquine] explode all trees and with qualifier(s): [Toxicity - TO] in Trials for strategy: Untitled Strategy	1	0
NHS EVIDENCE	Chloroquine toxicity retinal	21	3
TOTAL		26	3

3.4.3. Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales***

La búsqueda se realizó en PubMed de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de acuerdo a los criterios definidos, utilizando los términos MeSh chloroquine / hydroxychloroquine, utilizados en la búsqueda. Se obtuvieron 62 resultados, los cuales no fueron útiles para la elaboración de este documento.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Chloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND (("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	35/0
"Chloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND (Clinical Trial[ptyp] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	2/0
"Hydroxychloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND (("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	25/1
"Hydroxychloroquine"[Mesh] AND "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] AND (Clinical Trial[ptyp] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2016/01/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	0/0

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
Detección (recommendations[All Fields] AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR ("mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields]) AND ("chloroquine"[MeSH Terms] OR "chloroquine"[All Fields])) AND ("2007/07/24"[PDat] : "2017/07/20"[PDat])	34/4

Para el desarrollo y sustento de la información utilizada en los apartados de introducción y justificación se realizaron una serie de búsquedas en los sitios Web del área clínica que se presentan a continuación:

SITIOS WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
The Royal College of Ophthalmologists	1/1
American Academy Ophthalmologist 01 Aug 2010 - 01 Aug 2017	113 /4
Royal National Hospital for Rheumatic Diseases	1/1
American Academy of Optometry	1/1

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda se obtuvieron un total de 389, de los cuales se utilizaron **27** en la integración de esta GPC.

3.5. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-” no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación, Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Toxicidad ocular por cloroquina e hidroxiclороquina		
CIE-9-MC / CIE-10	Y41.2 Efectos adversos de drogas antipalúdicas y agentes que actúan sobre otros protozoarios de la sangre		
Código del CMGPC:	IMSS-431-11		
TÍTULO DE LA GPC			
Prevencción de toxicidad ocular por cloroquina e hidroxiclороquina			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Hombres Mujeres	Médicos generales Médicos familiares Médicos especialistas	Primero Segundo	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
PREVENCIÓN			
Se interroga y documenta en expediente clínico estado basal de función renal y hepática			
Se realiza y documenta exploración basal de fondo de ojo de paciente candidato a uso de cloroquina o hidroxiclороquina			
Se calcula y documenta en expediente clínico dosis acumulada de antimalárico en cada cita con su médico tratante			
El médico familiar y el médico que indica el tratamiento deberán realizar seguimiento de la capacidad visual, así como de posibles alteraciones visuales para referir en forma oportuna al oftalmólogo y realizar suspensión temprana del medicamento.			
Siempre que sean detectadas lesiones oftalmológicas deberá suspenderse el uso del fármaco y realizarse envío urgente al médico que instalo el tratamiento para establecer nuevo tratamiento de la enfermedad de base.			
RESULTADOS			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

4. GLOSARIO

Campimetría: También llamada perimetría visual es un examen oftalmológico que se utiliza para valorar las alteraciones del campo visual, que es la porción del espacio capaz de captar el ojo inmóvil en un momento dado. Se extiende 50 grados arriba, 60 grados nasales, 70 grados abajo, 90 grados temporal y el estudio de campimetría 10-2 revisa 68 puntos en los 10 grados centrales del campo.

Córnea verticillata: Córnea que presenta líneas pulverulentas como verticilos en y delante del epitelio.

Electrooculograma: Examen que consiste en colocar pequeños electrodos cerca de los músculos de los ojos para medir el movimiento de estos en condiciones habituales de la retina. Existe una diferencia de potencial de aproximadamente 0.4 a 5 mV entre la córnea y la membrana de Bruch.

Electrorretinograma: Registro gráfico de las variaciones en función del tiempo, de las tensiones eléctricas relativas a la actividad eléctrica del neuroepitelio de la retina. Es el reflejo del estado funcional de las capas media y externa de la retina y su alteración suele ser debida a daño funcional o histológico. La electrorretinografía multifocal (mf-ERG), es una respuesta lineal de morfología parecida a la onda de ERG de campo completo. Consiste en una onda bifásica con un componente negativo inicial (N1), seguida de un pico positivo (P1), y en ocasiones una segunda onda negativa (N2), el N1 está producida por los fotorreceptores (fundamentalmente por los conos), la P1 por las células bipolares al igual que la onda b.

Electrorretinograma multifocal (mfERG): es una técnica que permite la grabación simultanea de la coordinación electrorretinografica de múltiple respuesta de coordinación, tiene la ventaja de proporcionar una evaluación objetiva de la función visual y poder registrar cambios funcionales en la macula que no se pueden detectar con pruebas de agudeza visual.

Epitelio pigmentario: El epitelio pigmentario retinal o EPR es una capa de células pigmentadas que aparece en el exterior de la retina que nutre sus células visuales, fijada firmemente a la coroides subyacente por la Membrana de Bruch.

Escotoma: Del griego antiguo skotos: tiniebla u oscuridad, es una zona de ceguera parcial temporal o permanente.

Fluorangiografía: Es un estudio de las imágenes de fondo de ojo con medio de contraste, que nos muestra las estructuras vasos sanguíneos y zonas de daño.

Riesgo alto: Pacientes que utilizan dosis >10mg/kg, con reacciones inmunológicas y pueden necesitar exámenes de detección más frecuentes.

Riesgo bajo: Cuando las pacientes usan dosis extremadamente bajas en los primeros 5 años.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Ophthalmology recommendations on screening for hydroxychloroquine retinopathy. Information statement. Disponible en: <http://one.aaio.org/CE/PracticeGuidelines/ClinicalStatements.aspx?sid=ab789157-5312-4bbe-86ed-8d164ffa9567>
2. American Academy of Optometry. Optometric Management of the New Plaquenil Screening Guidelines. Khadija Shahid. 2015. Disponible en: <http://www.aaopt.org/optometric-management-new-plaquenil-screening-guidelines-0>
3. Bergholz R, Schroeter J, Rüther K. Evaluation of risk factors for retinal damage due to chloroquine and hydroxychloroquine. Br. J Ophthalmol. 2010;94(12):1637-42.
4. Biccás L, Mesquita A. Toxic maculopathy caused by antimalarial drugs: detection using spectral domain OCT: case reports. Arq Bras Oftalmol. 2009;72(5):710-4.
5. Browning D. Hydroxychloroquine and Chloroquine Retinopathy: Screening for Drug Toxicity Am J Ophthalmol 2002;133:649-656.
6. Catalá J, Berniell JA. Retinopatía Cloroquinica. Annals d.oftalmologia 2001;9(2):102-103
7. Cukras C, Huynh N, Vitale S, Wong WT, Ferris FL 3rd, Sieving PA. Subjective and objective screening tests for hydroxychloroquine toxicity. Ophthalmology. 2015 Feb;122(2):356-66
8. Ding H, Denniston AK, Rao VK, Gordon C. Hydroxychloroquine-related retinal toxicity Rheumatology (Oxford). 2016 Jun;55(6):957-67. doi: 10.1093/rheumatology/kev357.
9. De Pablo-Gómez L, Redondo I, Campos J. Toxicidad retiniana de los fármacos utilizados en dermatología. Cloroquina y derivados. Más dermatología. (2012). 16-19. DOI: 0.5538/1887-5181.2012.16.16.
10. Elder M, Rahman AM, McLay J. Early paracentral visual field loss in patients taking hydroxychloroquine. Arch Ophthalmol. 2006 ;124(12):1729-33.
11. Ferreras A, Pinilla I, Abecia E, Pajarin Ab, Honrubia FM. Toxicidad retiniana secundaria a tratamiento con cloroquina. Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 103-108.
12. Gilbert M, Savino PJ. Missing the bull's eye. Surv Ophthalmol. 2007;52:440-442.
13. Hanna B, Holdeman NR, Tang RA, Schiffman J. Retinal toxicity secondary to Plaquenil therapy. Optometry 2008;79(2):90-4
14. Korah S, Kuriakose T. Optical Coherence tomography in a patient with chloroquine-induced maculopathy. Indian J Ophthalmol. 2008;56:511-3
15. Lai T, Chan W, Li H, Lai R, Lam DS. Multifocal electroretinographic changes in patients receiving hydroxychloroquine therapy. Am J Ophthalmol. 2005;140(5):794-807.
16. Lyons J, Severns M. Detection of early hydroxychloroquine retinal toxicity enhanced by ring ratio analysis of multifocal electroretinography. Am J Ophthalmol. 2007;143(5):801-809. Epub 2007 Mar 6.
17. Marmor M. New American Academy of Ophthalmology recommendations on screening for hydroxychloroquine retinopathy. Arthritis Rheum. 2003;48(6):1764.
18. Marmor M, Kellner U, Lai T, Lyons JS, Mieler WF; American Academy of Ophthalmology. Revised recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy. Ophthalmology. 2011 Feb;118(2):415-22.
19. Marmor M, Kellner U, Lai TY, Melles RB, Mieler WF; American Academy of Ophthalmology. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy (2016 Revision). Ophthalmology. 2016 Jun;123(6):1386-94.
20. Melles R, Marmor MF. The risk of toxic retinopathy in patients on long-term hydroxychloroquine therapy. JAMA Ophthalmol. 2014 Dec;132(12):1453-60.
21. Parikh V, Modi Y, Au A, Ehlers JP, Srivastava SK, Schachat AP, Singh RP. Nonleaking Cystoid Macular Edema as a Presentation of Hydroxychloroquine Retinal Toxicity. Ophthalmology. 2016 Mar;123(3):664-6.
22. Royal National Hospital for Rheumatic Diseases. Hydroxychloroquine GP guidelines. Reviewed 23.01.15. consultada julio 2017. <http://www.rnhrd.nhs.uk/our-services/for-clinicians>

23. Tehrani R, Ostrowski RA, Hariman R, Jay WM. Ocular toxicity of hydroxychloroquine. *Semin Ophthalmol*. 2008;23(3):201-9.
24. The Royal College of Ophthalmologists. Hydroxychloroquine and Ocular Toxicity Recommendations on Screening. Disponible en: http://www.bad.org.uk/Portals/Bad/Guidelines/Clinical%20Guidelines/Hydroxychloroquine_and_Ocular_Toxicity_final%20Oct%202009.pdf October 2009.
25. Tsang A, Ahmadi S, Virgili G, Gottlieb CC, Hamilton J, Coupland SG. Hydroxychloroquine and chloroquine retinopathy: a systematic review evaluating the multifocal electroretinogram as a screening test. *Ophthalmology*. 2015 Jun;122(6):1239-1251.e4. doi: 10.1016/j.optha.2015.02.011. Epub 2015 Mar 29.
26. Turgut B, Turkcuoglu P, Serdar Koca S, Aydemir O. Detection of the regression on hydroxychloroquine retinopathy in optical coherence tomography. *Clin Rheumatol*. 2009;28(5):607-9. Epub 2009 Feb 17.
27. Yam JC, Kwok AK. Ocular toxicity of hydroxychloroquine. *Hong Kong Med J*. 2006 ;12(4):294-304.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				

7. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Arturo Viniegra Osorio Titular de la Coordinación de Control Técnico de Insumos

Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

Dr. Antonio Barrera Cruz Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica

Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica

Dra. Rita Delia Díaz Ramos Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos

Dra. Judith Gutiérrez Aguilar Jefa del Área de Innovación de Procesos

Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Aidé María Sandoval Mex Coordinadora de Programas Médicos

Dr. Juan Humberto Medina Chávez Coordinador de Programas Médicos

Dra. Adolfin Bergés García Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Brendha Rios Castillo Coordinadora de Programas Médicos

Dr. Manuel Vázquez Parrodi Coordinador de Programas Médicos

Dra. María Gabriela Liceaga Craviotto Coordinadora de Programas Médicos

Lic. Ana Belem López Morales Coordinadora de Programas de Enfermería

Lic. Héctor Dorantes Delgado Coordinador de Programas

Lic. Abraham Ruiz López Analista Coordinador