

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA - PROC. SAMUEL VELASCO MOSQUERA VS. VANESSA PEREZ SARDY - RAD. 2022 00 195**

Lady Bermudez &lt;ladybermudez210@gmail.com&gt;

Mar 30/08/2022 11:42 AM

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali &lt;j01cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

CC: Erika Montes &lt;erika-2528@hotmail.com&gt;

Señores:

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

Santiago de Cali

E. S. D.

Ref. **PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA**Demandante: **JORGE ANDRÉS VELASCO HERNÁNDEZ Y OTROS.**Demandados: **VANESSA PÉREZ SARDY, EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA Y OTRO.**RAD:**2022-00195-00**

Cordial saludo.

**LADY DIANA BERMÚDEZ GALLEGO**, mayor de edad, vecina de Santiago de Cali, abogada titulada y en ejercicio identificada tal y como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada judicial de la doctora **VANESSA PÉREZ SARDY**, me dirijo al despacho de manera respetuosa, dentro del respectivo término legal, y con la finalidad de trasladar formalmente la contestación de la demanda con sus respectivos anexos.

Lo anterior a efectos de que se continúe con el respectivo trámite procesal pertinente.

Cordialmente,

--

**Lady Diana Bermúdez Gallego**

Gerente General

Corporación SEPSA

(+57 2) 4863979

(+57) 3015099485

Calle 4 # 34-43 Barrio San Fernando

Cali - Valle

[www.sepsaabogados.com](http://www.sepsaabogados.com)

La información contenida en este mensaje es confidencial y para uso exclusivo de la persona u organización a la cual está dirigida. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, por favor reenvíelo al remitente y borre el mensaje recibido inmediatamente. Los archivos anexos han sido escaneados y se cree que están libres de virus. Sin embargo, es responsabilidad del receptor asegurarse de ello. La Corporación SEPSA no se hace responsable por pérdidas o daños causados por su uso.

**Cuidemos el Medio Ambiente, por favor, no imprima este correo electrónico si no es necesario.**

Señores:

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**

Santiago de Cali

E. S. D.

Ref. **PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA**

Demandante: **JORGE ANDRÉS VELASCO HERNÁNDEZ Y OTROS.**

Demandados: **VANESSA PÉREZ SARDY, EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS  
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA Y OTRO.**

RAD:**2022-00195-00**

Cordial saludo.

**LADY DIANA BERMÚDEZ GALLEGO**, mayor de edad, vecina de Santiago de Cali, abogada titulada y en ejercicio identificada tal y como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada judicial de la doctora **VANAESSA PÉREZ SARDY**, solicito respetuosamente reconocimiento de personería para actuar, y dentro del término legal, me permito presentar contestación dentro del término legal a la demanda incoada así:

**FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**AL HECHO 1.-** ES CIERTO, tal como lo acredita el registro civil de nacimiento.

**AL HECHO 2.-** NO NOS CONSTA, y son hechos que deben probarse durante el curso de este litigio, sin embargo, es prudente indicar que no es cierto que se presentó una atención médica sobre la que existió un error en el diagnóstico de Samuel Velasco Mosquera.

**AL HECHO 3:** NO NOS CONSTA ya que no son hechos que competan a mi prohijada

**AL HECHO 4:** NO SON HECHOS QUE NOS CONSTEN pues no tuvieron que ver con las atenciones brindadas por mi prohijada doctora VANESSA PÉREZ quien no pertenece al grupo de médicos de la clínica FARALLONES.

**AL HECHO 5:** NO SON HECHOS QUE NOS CONSTAN pues no tuvieron que ver con las atenciones brindadas por mi prohijada VANESSA PÉREZ, sin embargo, en el expediente reposa historia clínica que da cuenta de las atenciones que se le brindaron al menor y bajo una serie de síntomas que se señala fueron referidos en consulta del 11 de septiembre de 2021, en donde se destaca que Samuel Velasco Mosquera, presentó dolor abdominal en la *“fosa iliaca izquierda asociada a nauseas”*.

**AL HECHO 6.** NO SON HECHOS QUE NOS CONSTEN, sin embargo, en la historia clínica reportada en el expediente, se da cuenta de la atención del 11 de septiembre de 2021, se verifica que en efecto existió una consulta previa

por dolor abdominal y que se le otorgó un manejo clínico, en los términos señalados en la misma.

**AL HECHO 7.** NO NOS CONSTAN ya que son hechos que solo le competen probar a la parte actora.

**AL HECHO 8.** NO NOS CONSTA ya que son hechos que solo le compete probar a la parte actora, sin embargo, y sobre los síntomas de Samuel Velasco Mosquera, se requirió atención médica domiciliaria que se llevó a cabo sobre las 08:29 minutos de la noche de ese 12 de septiembre de 2021.

**AL HECHO 9.** NO NOS CONSTA lo relativo a cuál era el plan complementario al que se tenía afiliado a Samuel Velasco Mosquera, sin embargo, ES CIERTO que el menor tenía servicios a través de la EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S (EMI).

**AL HECHO 10.** ES CIERTO, se presentó una atención médica por parte de mi representada y a través del servicio de EMI y para el día 12 de septiembre de 2021, consulta que se realizó de manera presencial, en casa de los hoy demandantes, y en donde mi representada verificó la condición médica del niño, en compañía de otro profesional de la salud, particularmente el auxiliar de enfermería Sr. Faiber Eduardo Moreno González.

**AL HECHO 11.** ES CIERTO, de hecho, de no ser así, hubiese sido imposible que mi poderdante pudiese brindar atención al paciente a través del servicio de EMI.

**AL HECHO 12.** ES CIERTO, tal como lo precisa la parte demandante en la consulta atendida por la Dra. VANESSA PÉREZ se le manifestó la condición de salud del niño y a su vez, se le hizo saber de la existencia del cuadro clínico que había presentado Samuel desde hace más de 24 horas.

En este escenario, es viable precisar que, en medicina, el profesional evalúa una serie de signos y síntomas que refieren los pacientes y bajo esas circunstancias se generan una serie de impresiones diagnósticas, razón por la cual, es prudente indicar que la impresión diagnóstica de mi representada no fue alejada de la sintomatología que en el momento refería y presentaba en el paciente, pues bien, la impresión diagnóstica que señaló la Dra. PÉREZ tiene relación con padecimientos relacionados con el ESCROTO AGUDO, dado que los signos y síntomas referidos por SAMUEL no eran indicativos para señalar la presentación de un cuadro de TORCIÓN TESTICULAR.

Sobre lo expuesto, Samuel no presentaba signos propios que dieran cuenta del padecimiento de torción testicular, había presentado un cuadro de dolor abdominal desde hacía mas de 24 horas, no presentaba otros signos como nauseas o vomito, ni tampoco se verificaba la presentación de necrosis en el testículo que señalaba la persistencia del dolor y no había signos de eritema. Aquí, es prudente indicar que para el día 12 de septiembre de 2021, ya el menor debía presentar necrosis en el testículo afectado, si lo que hubiese presentado fueran signos de torción testicular, pues tal como lo refiere la literatura científica que se aporta como prueba en el plenario y en el desarrollo de artículo sobre escroto agudo escrito por el doctor FERNANDO HEINEN, se indica sobre torsión testicular que: ***“Es una de las pocas emergencias genitourinarias y la causa más relevante de E A (ESCROTO AGUDO). El giro testicular sobre el eje del cordón espermático interrumpe la circulación venosa y arterial del testículo. Luego de 6 horas se produce la necrosis del epitelio germinal y a las 12 horas, la de las células intersticiales”*** (Negritillas fuera de texto).

Así pues, es claro que para el momento en el que se realizó la revisión del paciente, no existían signos indicativos del padecimiento de torción testicular, y es claro que mi mandante otorgó un manejo clínico adecuado a los síntomas detallados al momento de la atención médica, en donde se tuvo en cuenta lo relativo a un cuadro de evolución, por dolor abdominal de más de 24 horas, el cual, se reitera, no es indicativo para el padecimiento sobre el que se depreca la existencia del error diagnóstico y en el cual los cuadros de evolución son de entre 6 y 12 horas, pasadas las cuales se hacen evidentes signos como la necrosis.

**AL HECHO 13.** ES CIERTO y da cabida a los signos tan inespecíficos para torsión testicular que presentaba el paciente y que, reitero, dieron cuenta de la impresión diagnóstica que señaló mi prohijada, esto es ORTQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO.

En este punto, es preciso reiterar que en enfermedades como en la TORCIÓN TESTICULAR lo típico es que se presente, en una fase inicial, eritema, náuseas, y vómito, y vemos como en el caso bajo análisis, el paciente no presentaba dichos signos. La impresión diagnóstica de la profesional se relaciona con los diagnósticos diferenciales propios del escroto agudo, dentro de los cuales encontramos ORTQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO, razón por la cual, ante la ausencia de otros signos indicativos de torción testicular, la profesional no llegó a ese diagnóstico.

Respecto a lo anteriormente señalado, me permito hacer mención a lo indicado en la revista CONAMED 2018 en donde se hace alusión a un caso sobre torción testicular y se indicó sobre el cuadro clínico inicial, característico de esta patología, en el que se precisa que la misma inicia con: ***"a) dolor testicular súbito e intenso, irradiado a hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos, sin fiebre, con edema y eritema escrotal; b) dolor testicular de dolor insidiosa, sin irradiaciones, náuseas, vomito, fiebre, disuria, eritema escrotal, c) dolor testicular súbito e intenso que desaparece espontáneamente, de corta duración, sin fiebre, con presencia de nausea y eritema discreto a nivel escrotal."*** (Negritas fuera de texto).

**AL HECHO 14.** ES CIERTO y se atempera con los signos que al momento presentaba el paciente.

**AL HECHO 15.** Es cierto, toda vez, que, al momento de la visita al paciente, aquel no contaba con ningún signo que diera cuenta de la necesidad de generar incapacidad, de hecho, sus signos vitales se encontraban normales y arrojó un resultado normal frente al examen físico.

**AL HECHO 16.** NO ES CIERTO, lo narrado por la parte actora en este hecho son meras apreciaciones subjetivas sin sustento alguno, pues de la lectura de la historia clínica del 12 de septiembre de 2021, no se advierte la presencia de signos claros que dieran cuenta de una torsión testicular, el paciente presentaba según historia clínica lo siguiente: "dolor en testículo izquierdo leve edema no eritema no signos de necrosis no signos de estrangulación", los cuales no son signos claros de una torsión testicular y que dieran cuenta de la inminencia de un procedimiento quirúrgico.

**AL HECHO 17.** NO ES CIERTO, la profesional actuó de acuerdo a la LEX ARTIS y a los signos y síntomas presentados por el menor SAMUEL VELASCO, a quien, de hecho, le realizó recomendaciones específicas y frente a la evolución del cuadro clínico sobre el que consultó.

En este punto, es prudente precisar que en el escenario en el que se presenta la atención domiciliaria de un paciente, el profesional de la salud sólo puede realizar impresiones diagnósticas que parten de la información referida por el paciente, pues bien, distinto es el escenario en una institución prestadora del servicio de salud, donde se tienen herramientas que permiten no sólo conocer antecedentes clínicos, sino también realizar exámenes que descarten diagnósticos, conforme obra en consentimiento informado que da cuenta de la atención brindada por mi prohijada.

**AL HECHO 18.** NO NOS CONSTA ya que son hechos que le competen probar sólo a la parte actora, sin embargo, esta afirmación da cuenta de lo precisado respecto al cuadro clínico de SAMUEL, el cual, se reitera, se presentó bajo unos signos que no son indicativos del padecimiento de torción testicular, pues tal como se ha indicado, un fuerte dolor por este padecimiento, difícilmente se enmascara con el manejo analgésico que otorgó mi representada. Aunado a lo anterior, se encuentra la dificultad de hacerle una adecuada exploración a un paciente como el menor que padece de autismo funcional según se lee en historia de la clínica Farallones, dicho sea de paso, este padecimiento no fue referido por la madre del menor al momento de la atención de mi prohijada y evidentemente es un hecho importante ya que en pacientes autistas que difícilmente manifiestan sus emociones y dolencias, es mucho más complejo auscultar para definir impresión diagnóstica.

**AL HECHO 19.** NO NOS CONSTA, ya que son hechos que sólo le compete probar a la parte actora, sin embargo, debe precisarse que la afirmación de la parte demandante da cuenta de que, después de doce horas de la atención que brindó mi mandante, se inició un nuevo cuadro clínico de dolor, el cual sólo es atendido hasta las dos 02:00 de la tarde del 13 de septiembre de 2021, cuando se presenta el ingreso de Samuel a las dependencias de urgencias de la Clínica Farallones. De lo dicho hasta aquí y de cara a las atenciones previas y posteriores al 12 de septiembre recibidas por el menor y el paso del tiempo entre una y otra atención, frente a la evolución de la enfermedad, es imposible establecer que al momento de la atención de la doctora Vanessa Pérez el paciente estuviera presentado signos y síntomas claros de torción testicular. Lo anterior se reitera de cara a que según literatura científica la presentación de una torsión testicular y su evolución tarda entre 6 y 12 horas, tiempo en el cual aparecen signos tan evidentes como la necrosis que fue descartada al momento de la valoración del paciente, ya que no se evidenció para el 12 de septiembre de 2021, al momento de la atención que brindo mi prohijada.

**AL HECHO 20.** NO NOS CONSTA dado que no son hechos atribuibles a mi poderdante y tampoco corresponden a una transliteración de la historia clínica, sin embargo, debe señalarse que en efecto el menor Samuel Velasco ingresa a la Clínica Farallones en la tarde del 13 de septiembre de 2021, pasados más de doce horas desde la atención con mi poderdante.

**AL HECHO 21.** NO NOS CONSTA dado que no son hechos atribuibles a mi poderdante y tampoco corresponden a una transliteración de la historia clínica.

**AL HECHO 22.** ES CIERTO, tal como consta en historia clínica.

**AL HECHO 23.** ES CIERTO tal como consta en historia clínica.

**AL HECHO 24.** ES CIERTO tal como consta en historia clínica.

**AL HECHO 25.** NO NOS CONSTA, el hecho contiene apreciaciones subjetivas de la parte demandante que no se acreditan de ninguna manera.

#### **FRENTE LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y LAS CONDENAS**

De acuerdo a los fundamentos de la contestación de la demanda, las cuales advierten la inexistencia de un error en la impresión diagnóstica realizada por mi prohijada en la atención que brindó el día 12 de septiembre del año 2021, me opongo a todas y cada una de pretensiones de la demanda. Particularmente a:

**A LA PRETENSIÓN 1.** Me opongo a la prosperidad de las declaraciones solicitadas por la parte demandante, como quiera que no existió un error en la impresión diagnóstica que tuvo mi prohijada cuando prestó atención al menor Samuel Velasco Mosquera.

**A LA PRETENSION 2.** Me opongo a que se declare a responsabilidad a cargo de mi prohijada que tenga como consecuencia el pago de perjuicios materiales, los cuales, vale la pena indicar, no se encuentran soportados en el proceso.

**A LA PRETENSION 3.** Me opongo a que se declare a responsabilidad a cargo de mi prohijada que tenga como consecuencia el pago de perjuicios morales, como quiera que no se encuentra probado el error diagnóstico que dé lugar a la reparación de perjuicio alguno.

### **AL JURAMENTO ESTIMATORIO.**

Por incumplimiento por parte del actor al hacer uso de los criterios técnicos actuariales, de la manera más respetuosa me permito objetar la solicitud de reconocimiento de perjuicios realizada por la parte actora, por haber incumplido lo regulado en el artículo 206 del nuevo código general del proceso, aplicable a este asunto en atención a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 627 del nuevo C.G.P.

Se indica lo anterior, como quiera que, de la lectura del libelo genitor, en lo pertinente al juramento estimatorio, se observa que la promotora del proceso inobserva las reglas propias de la técnica para hacer la solicitud de perjuicios materiales y al no acreditar la causación de los mismos por la evidente la ausencia de prueba de dichos perjuicios.

Igualmente, es importante referir que el demandante tasa un presunto perjuicio económico en salarios mínimos legales vigentes, y no lo cuantifica objetivamente dado que es un perjuicio que se debe tasar apoyado en pruebas.

### **PETICIONES CON FUNDAMENTO EN LA OBJECCIÓN DEL JURAMENTO ESTIMATORIO.**

1. Solicito no sea tenida en cuenta la estimación de los perjuicios materiales realizada en la demanda.
2. Solicito igualmente se imponga la sanción a la demandante consagrada en el parágrafo del artículo 206 del nuevo Código General del Proceso.



## EXCEPCIONES DE MÉRITO

### **“INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL HECHO Y EL DAÑO QUE PLANTEA LA ACCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL.”**

En caso de demanda civil ordinaria, en razón a la actividad médica, respecto de los demandantes la responsabilidad debe abordarse y analizarse bajo la óptica de la responsabilidad extracontractual, en este caso el supuesto daño a reparar tiene su fundamento en el Art. 2341 del Código Civil que establece la responsabilidad abstracta o extracontractual que requiere como presupuestos axiológicos: A) la acción o la omisión por parte del médico o de la entidad tratante, y que en tal actuación existió culpa; B) el daño causado, y C) el nexo causal. Lo anterior, en razón del incumplimiento del deber general de prudencia y diligencia.

Con relación a la responsabilidad extracontractual del médico o institución prestadora del servicio médico, siguiendo los lineamientos del artículo 2341 del C. Civil, haciendo cita contextual, la Corte señaló en su Sentencia del 30 enero 2001 citada en presencia lo siguiente:

*“...la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina ‘Lex artis ad hoc’, debe tener en cuenta ‘las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho Acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor / médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado); siendo sus notas: 1) Como tal ‘lex’ implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la ‘lex’ es un profesional de la Medicina; 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); 5) Concreción de cada acto médico o presupuesto ‘ad hoc’: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha ‘lex artis’; así*

*como en toda profesión rige una 'lex artis' que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa 'lex', aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos" (Trib. Supremo de España, Sent. de 11 de marzo de 1991)."*

Teniendo en cuenta lo anterior, el Juzgador en su análisis, debe verificar si en el caso en concreto existió un actuar negligente por parte de la Dra. Vanessa Pérez Sardy y por error en el diagnóstico que efectuó sobre la valoración realizada al paciente Samuel Velasco Mosquera para el día 12 de septiembre de 2021 y a su vez, determinar la existencia de un daño o afectación que le hiciera responsable de la indemnización de perjuicios hoy pretendidos por la parte actora, circunstancia sobre la cual, es viable referir que no se advierte la existencia de la señalada responsabilidad que se quiere endilgar, pues bien, es claro que mi representada acude a prestar la atención médica que se requirió y conforme a los hallazgos del examen clínico que realizó, el cual se reitera, es realizado mediante la atención domiciliaria en donde estaba sujeta exclusivamente a lo que refiriera el paciente o su familiar, y es bajo esa información y la evaluación que realizó en el paciente, que dispone una impresión diagnóstica que obedeció a los síntomas que fueron referidos.

Sobre este particular es prudente indicar que el cuadro presentado el 12 de septiembre de 2021 por parte del menor fue realmente atípico para diagnóstico de Torsión testicular que como lo dice la literatura científica presenta signos tan característicos como las náuseas, el vómito y el eritema que no fue evidenciado por la profesional al momento de la visita domiciliaria, porque es claro que no fueron presentados por el menor al momento de la atención médica.

Con la finalidad de otorgar crédito a lo antes señalado, es prudente traer a colación lo señalado en la literatura científica, particularmente, en el artículo arch.argent.pediatr 2001; 99(6) pág. 554, en el aparte Escroto Agudo del Dr. Fernando Heinen, artículo que se aporta al presente proceso, y en el que desarrolla sobre la presentación de la patología de Torsión Testicular, lo siguiente:

*"TORSIÓN TESTICULAR (TT) Es una de las pocas emergencias genitourinarias y la causa mas relevante de ES. El giro testicular sobre el eje del cordón espermático interrumpe la circulación venosa y arterial del testículo. Luego de 6 horas se produce la necrosis del epitelio germinal y a las 12 horas, la de las células intersticiales.*

*(...) Sobre la presentación clínica de la TT, se señala en el artículo científico, lo siguiente: (...) El dolor testicular es intenso y abrupto e irradia la ingle y el abdomen inferior. La TT suele acompañarse de náuseas, vómitos y estos síntomas tienen un valor predictivo para TT de 96% y 98%,*

*respectivamente en todo paciente mayor de 12 años con EA. El niño con TT está agudamente comprometido, pálido, no deambula y difícilmente tolera la palpación del testículo (...)"*

Así pues, es claro que, la impresión diagnóstica de mi prohijada, obedeció a los síntomas que fueron referidos, y que también, bajo la inexistencia de síntomas asociados propios del diagnóstico de torsión testicular, no era viable diagnosticar el mismo, razón por la cual, no es válido indicar la existencia de error diagnóstico que acredite nexo de causalidad alguno entre lo ocurrido al menor y la atención de mi defendida, mucho menos teniendo en cuenta que la medicina es una profesión donde no tenemos nunca situaciones que arrojen resultados exactos y los médicos deben guiarse por lo que los signos y síntomas del paciente refieran de cara a la posibilidad de una impresión diagnóstica.

### **INEXISTENCIA DE ERROR DIAGNÓSTICO**

Resulta totalmente improcedente e infundada la pretensión de indemnización deprecada en el presente asunto, toda vez que la misma se encuentra cimentada bajo la teoría de la existencia de un error en el diagnóstico por parte de mi representada y tras la atención médica que brindó al paciente; sin embargo, es viable precisar que, en medicina, el profesional evalúa una serie de signos y síntomas que refieren los pacientes y bajo esas circunstancias se generan una serie de impresiones diagnósticas, razón por la cual, es viable indicar que la impresión diagnóstica de mi representada, no fue alejada de la sintomatología en el momento referidos por el paciente, la impresión diagnóstica emitida por la profesional de la medicina VANESSA PÉREZ tiene relación con padecimientos relacionados con el escroto agudo y conforme a la condición médica presentada por el paciente tras la evaluación de síntomas que fueron referidos, los cuales eran alejados de aquellos que son usuales para la torsión testicular, de hecho, debemos tener en cuenta que tal como es aceptado por la parte actor que en el hecho 12 la doctora Vanessa indagó por los antecedentes del menor, con relación a lo cual le refieren que consultó el día anterior en la clínica farallones por abdominal, situación que descartaba aún más la posibilidad de torsión testicular, pues si su cuadro de torsión testicular llevara evolución desde el día anterior para el 12 de septiembre ya el menor debía presentar necrosis tal como lo refiere la literatura científica que se aporta como prueba en el plenario, en la cual en artículo sobre escroto agudo escrito por el doctor FERNANDO HEINEN se indica sobre torsión testicular que: **“Es una de las pocas emergencias genitourinarias y la causa más relevante de E A (ESCROTO AGUDO). El giro testicular sobre el eje del cordón espermático interrumpe la circulación venosa y arterial del testículo. Luego de 6 horas se produce la necrosis del epitelio germinal y a las 12 horas, la de las células intersticiales”** (Negrillas fuera de texto).

Así las cosas, es preciso indicar que no es posible endilgar la existencia de un error en el diagnóstico, dado que mi prohijada realizó una valoración conforme a los hallazgos que verificó en la atención al paciente, los cuales eran indicativos de unas impresiones diagnósticas que detalló en la atención médica y sobre las que generó recomendaciones que debían evaluarse sobre la exacerbación de los síntomas, evidentemente nos encontramos sobre un cuadro clínico no típico para escroto agudo, al menos así era al 12 de septiembre de 2021.

### **INDEBIDA ESTIMACIÓN DE PERJUICIOS**

Esta excepción tiene como fundamento en la falta de sustento probatorio de los perjuicios materiales, pues su solicitud en la demanda se plantea de manera genérica, sin especificación objetiva del desmedro económico del paciente, o el costo del presunto daño. No se presenta documento dentro de la demanda, que dé cuenta con certeza, de la existencia y consolidación de los gastos en los que incurrió y sobre los que refiere la consolidación del lucro cesante.

El daño en el que pretende responsabilizar a mi prohijada, no le es atribuible, igualmente no aparece con sustento probatorio dentro de la demanda, El operario judicial por lo tanto no podría tasarlo subjetivamente, por no tratarse de un perjuicio moral.

Teniendo en cuenta lo anterior y acorde a lo manifestado por la Corte me sirvo citar textualmente:

*“ En materia indemnizatoria, “la premisa básica consiste en la reparación del daño causado, todo el daño y nada más que el daño, con tal que sea cierto en su existencia ontológica”, y ha puntualizado la Sala: “En el ámbito normativo, la noción de daño comprende toda lesión a un interés tutelado, ya presente, ora posterior a la conducta generatriz, y en lo tocante al daño patrimonial, la indemnización cubre las compensaciones económicas por pérdida, destrucción o deterioro del patrimonio, las erogaciones, desembolsos o gastos ya República de Colombia Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil WNV. Exp. No.11001-3103-018-1999-00533-01 31 realizados o por efectuar para su completa recuperación e íntegro restablecimiento, y el advenimiento del pasivo (damnum emergens), así como las relativas a la privación de las utilidades, beneficios, provechos o aumentos patrimoniales frustrados que se perciben o percibirían de no ocurrir los hechos dañosos (lucrum cessans), esto es, abarca todo el daño cierto, actual o futuro (arts. 1613 y 1614 Código Civil; 16, Ley 446 de 1998; cas. civ. sentencia de 7 de mayo de 1968, CXXIV). “En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya*

*actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión. "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)."*

Para lo cual cito textualmente la Jurisprudencia:

*"En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera que deba repararlo mediante el pago de una indemnización. El artículo 2341 del Código Civil exige el nexo causal como uno de los requisitos para poder imputar responsabilidad, al disponer que "el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización...". (Se resalta)*

*Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o causar el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.*

*La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad.*

*Es así como a partir de los estudios que se han hecho en el campo filosófico, la disciplina jurídica ha tomado nociones comunes a todas las ciencias para aplicarlas a los casos particulares en los que se discute la atribución de responsabilidad a una persona.*

*Sin embargo, no siempre la causalidad física coincide con la causalidad jurídica, toda vez que en el campo del derecho la cadena causal no se toma en su estricto sentido naturalista, sino que se encuentra impregnada de una serie de valores culturales que permiten escoger, de entre una serie de hechos, sólo aquéllos que resultan*

verdaderamente relevantes para endilgar responsabilidad; de ahí que se hable de una causalidad adecuada.

Por manera que en la juridicidad un hecho puede ser consecuencia de otro y, sin embargo, ese solo nexo no resulte suficiente para imponer la obligación de indemnizar por los daños que de aquél se deriven. O el caso contrario, donde una consecuencia lesiva puede atribuirse a alguien, aunque no haya intervenido físicamente en el flujo causal.

Es en este punto donde gana importancia el concepto de juicio de imputación causal, el cual permite identificar no solo a la persona que debe indemnizar sino también hasta dónde el autor de una de las condiciones de la cadena causal tiene el deber de resarcir los perjuicios que resulten del hecho desencadenante.

El problema de la causalidad adquiere especiales connotaciones en derecho cuando se reconoce que el hecho lesivo, al igual que todo hecho natural, puede ser la consecuencia de una pluralidad de circunstancias que no siempre son identificables en su totalidad, por cuanto tal propósito supondría un regreso al infinito; de suerte que intentar aislar o graduar con precisión cuál fue la causa eficiente resulta en muchas ocasiones imposible. A esa pluralidad de causas se le puede llamar "concausas" o "causas adicionales", y el problema que suscita solo puede ser resuelto a partir del análisis del concepto de imputación jurídica.

Si varios hechos o acciones tienen la aptitud jurídica suficiente para producir el perjuicio sobreviniente, de suerte que todos ellos hayan cooperado en su realización, entonces se estará frente a una causalidad conjunta, que comporta una imputación plural en contra de todos sus autores. Esta es la regla contenida en el artículo 2344 del Código Civil, según la cual "si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355."

Si el hecho lesivo es generado por la acción independiente de varias personas, sin que exista convenio previo ni cooperación entre sí, "pero de tal suerte que aún de haber actuado aisladamente, el resultado se habría producido lo mismo", entonces surge la hipótesis de la causalidad acumulativa o concurrente, una de cuyas variables es la contemplada en el artículo 2537 del ordenamiento civil, que prevé la reducción de la apreciación del daño cuando la víctima interviene en su producción por haberse expuesto a él imprudentemente.

*(...) Ahora bien, para establecer ese nexo de causalidad es preciso acudir a las reglas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al sentido de la razonabilidad, pues solo éstos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser razonablemente considerado como la causa del daño generador de responsabilidad civil"*

## **LA INNOMINADA**

Solicito a Usted señor de acuerdo al artículo 306 del código de procedimiento Civil, se sirva decretar y aceptar cualquier excepción de fondo que resulte probada dentro del debate en juicio.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Código Civil. Artículos 2341, 1614, 1613, 2537 y todas las demás disposiciones del estatuto civil que sean concordantes y aplicables al caso concreto.

Ley 23 de 1981. Código de Ética Médica.

Código General del Proceso: Artículos 206, 406 del Nuevo Código General del Proceso y demás disposiciones de este estatuto que sean concordantes y aplicables al caso concreto.

Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320.

Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de mayo de 1968, CXXIV.

## **RAZONES DE DERECHO**

Se busca con la presente contestación de la demanda y en virtud de las razones de derecho, fundamentar al despacho los motivos por lo que debe disponerse la absolución de mi representada y en atención a que no hay lugar a endilgar responsabilidad frente a las pretensiones solicitadas, pues bien, es claro que mi mandante, actuó con diligencia y cuidado y con observancia a la lex artis, frente a la atención médica domiciliaria que brindó al menor SAMUEL VELASCO MOSQUERA, atendió los síntomas que fueron referidos, señaló signos de alarma que

debían ser observados y sobre los que mediara la necesidad de una consulta a través de un centro de salud, emitiendo una impresión diagnóstica que era concordante con el cuadro clínico evidenciado por el paciente y que se encuentra dentro de los posibles diagnósticos diferenciales de padecimientos relacionados con el escroto agudo dentro de los cuales también se encuentra la torsión testicular.

Ahora bien, es propio indicar que el paciente no presentó, para el momento de la valoración de mi prolijada, signos propios e indicativos de torsión testicular, el paciente tal como lo indica la historia clínica que corresponde a la valoración clínica efectuada por la doctora VANESSA PÉREZ al paciente el 13 de septiembre no presentaba eritema, no se señalaron síntomas como náuseas o vomito y tampoco se encontró necrosis, incluso nótese que según literatura científica que se aporta sobre escroto agudo en un artículo de pediatría practica se enuncia que: La TT suele acompañarse de náuseas, vómitos y estos síntomas tienen un valor predictivo para TT de 96% y 98%, respectivamente, en todo paciente mayor de 12 años con EA. El niño con TT está agudamente comprometido, pálido, no deambula y difícilmente tolerar la palpación del testículo". No obstante los anteriores síntomas no fueron evidenciados por la médico al momento de la visita domiciliaria lo cual evidentemente descartaba la posibilidad de realizar un diagnóstico de escroto agudo, incluso la madre del paciente le refiere a la doctora que el día anterior habían consultado por dolor abdominal, sin embargo dicha consulta había sido hace 16 horas antes aproximadamente, tiempo en el cual si el niño hubiere presentado TORSIÓN TESTICULAR hubiere tenido que haber ya desarrollado necrosis en su tejido lo cual tampoco se evidenció.

La doctora VANESSA PÉREZ brindó la atención con una impresión diagnóstica acertada de acuerdo al cuadro clínico que se presentó y a lo narrado por la madre del paciente, quien dicho sea de paso nunca indicó que el menor SAMUEL sufriera de alteraciones relacionadas con el autismo, lo cual era un dato sin lugar a dudas importante al momento de la valoración, el menor tolero la auscultación que se hizo de sus miembros genitales sin manifestaciones de dolor agudo y podía deambular, lo cual no es para nada típico en pacientes con torsión testicular.

En razón de todo lo anterior, no resulta viable imputar un error diagnostico a mi representada, quien, conforme a los protocolos y síntomas del paciente, otorgó el manejo clínico adecuado y frente a sus hallazgos.

De conformidad con lo hasta aquí expuesto, solicito muy respetuosamente al señor Juez, que, atendiendo los fundamentos de hecho y de derecho expuestos, así como los esgrimidos en sustento de las excepciones se sirva disponer la absolución de mi representada, como quiera que no existen circunstancia que permite acreditar la existencia de error diagnostico que permita colegir su responsabilidad frente al daño alegado por la promotora del proceso.



## PRUEBAS SOLICITADAS CON LA PRESENTE CONTESTACIÓN

Como pruebas para mi representada, solicito se tengan en cuenta las siguientes pruebas:

### DOCUMENTALES

1. Hoja de vida de la doctora VANESSA PÉREZ SARDI
2. Historia clínica de EMI, direccionada por mi mandante.
3. Literatura científica:
  - Caso clínico – Rev CONAMED 2018;23 (4) Suárez- Pacheco RA y col – Torsión testicular, reto diagnostico ante una urgencia quirúrgica.
  - Arch.argent. pediatr2001;99 (Pediatria práctica) Escroto agudo. Dr. Fernando Heinen.
4. Misiva de aceptación para rendir dictamen pericial suscrita por el Dr. ANDRÉS FELIPE MARIN GIRALDO.
5. Cuestionario que se presenta para que sea absuelto por el perito experto Dr. ANDRÉS FELIPE MARIN GIRALDO, médico especialista en cirugía general con subespecialidad en cirugía pediátrica.
6. Hoja de vida del perito DR. ANDRÉS FELIPE MARIN GIRALDO.
7. Misiva de aceptación para rendir dictamen pericial suscrita por la Dra. SANDRA LILIANA GONZALEZ FLOREZ
8. Cuestionario que se presenta para que sea absuelto por la perito experta Dra. SANDRA LILIANA GONZALEZ FLOREZ, psicóloga con especialización en neuropsicopedagogía y maestría en neuropsicología y educación.
9. Hoja de vida del perito DRA. SANDRA LILIANA GONZALEZ.

### TESTIMONIALES

Me permito solicitar se sirva citar al señor **FAIBER EDUARDO MORENO GONZALEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.151.950.115** quién podrá ser citado al correo electrónico [eduar\\_more93@hotmail.com](mailto:eduar_more93@hotmail.com), a la dirección Calle 100D #23-09 Y AL TELEFONO 3113803427 para que, en su calidad de auxiliar de enfermería que acompañó a mi mandante en la atención médica que fue brindada a SAMUEL VELASCO MOSQUERA, de cuenta de los términos en los que se efectuó la atención y frente a los signos y síntomas referenciados y evaluados en el paciente.

## **INTERROGATORIO DE PARTE**

Me permito solicitar interrogatorio de parte a la demandante Sra. MARCELA MOSQUERA MOLANO a fin de interrogarle sobre los hechos atinentes a este litigio y quien podrá ser notificada en la dirección señalada en el escrito de demanda.

## **DECLARACIÓN DE PARTE**

Me permito solicitar respetuosamente al despacho que se decrete y practique declaración de parte respecto de la Dra. VANESSA PÉREZ SARDY, demandada en este asunto y a efectos de que rinda declaración respecto a los hechos que forman parte de la controversia.

## **PRUEBA PERICIAL**

Finalmente, solicito la práctica de prueba pericial, requiriendo respetuosamente que se sirva decretar la práctica de los dictámenes periciales para absolver los cuestionarios que se aportan a los siguientes profesionales de la salud, a saber:

- a) Dr. ANDRÉS FELIPE MARIN GIRALDO, profesional especialista en cirugía general con subespecialidad en cirugía pediátrica, quien podrá ser notificado en la Cra. 2B1 # 14 Oeste 44 Apto 504 en la ciudad de Cali – Valle, o al correo electrónico [afelipemg@gmail.com](mailto:afelipemg@gmail.com)
- b) Dra. SANDRA LILIANA GONZALEZ, profesional especialista en neurocirugía, quien podrá ser notificada a través del correo electrónico [lilineuro@hotmail.com](mailto:lilineuro@hotmail.com)

## **ANEXOS**

- 1. Poder para actuar, aportado con anterioridad al despacho.
- 2. Pruebas documentales enunciadas

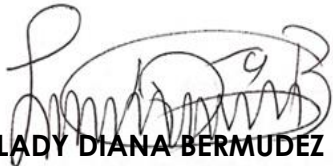
## NOTIFICACIONES

La suscrita, las recibiré en la calle 4 No 34 -43 del B/ San Fernando en Cali – Valle, a través del correo [ladybermudez210@gmail.com](mailto:ladybermudez210@gmail.com) o a los teléfonos 301 509 9485.

Las de mi representada, al correo electrónico [vama\\_4040@hotmail.com](mailto:vama_4040@hotmail.com)

Los demandantes, en las direcciones de notificación que se señalan en el escrito de demanda.

Del señor Juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lady Diana Bermudez Gallego', with a large, stylized initial 'L' and 'B'.

**LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO**  
**C. C. No. 31.657.212 de Buga**  
**T. P. No. 172.395 del C.S. de la J.**

Señor

**JUEZ PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI**

E. S. D.

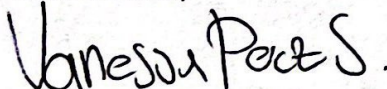
Proceso: Verbal de Responsabilidad Médica  
Radicación: 760013103001-2022-00097-00  
Demandantes: Samuel Velasco Mosquera y otros  
Demandados: EPS Suramericana, Vanessa Pérez y otros

VANESSA PEREZ SARDY, residente y domiciliada en la ciudad de Santiago de Cali, identificada con cedula de ciudadanía No. 1082973353, con dirección electrónica [vama4040@hotmail.com](mailto:vama4040@hotmail.com), por medio del presente escrito me permito otorgar poder especial, amplio y suficiente a la Dra. LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO, abogada titulada e inscrita en el ejercicio de la profesión bajo Tarjeta Profesional No. 172395 del Consejo Superior de la Judicatura, identificada con cedula de ciudadanía No. 31657212 de Buga, Residente y domiciliada en la ciudad de Cali, en la calle 4 No. 34- 43 del Barrio san Fernando, con dirección electrónica [ladybermudez210@gmail.com](mailto:ladybermudez210@gmail.com) para que me represente en la contestación de la demanda y en cada de las etapas de este proceso.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para notificarse, de conciliar, recibir, transigir, sustituir, reasumir, transar, renunciar a la acción, aportar pruebas necesarias y en general hacer todo cuanto fuere necesario en el cumplimiento de este mandato.

Sírvase reconocer personería jurídica para actuar a mi gestora judicial, para los efectos y dentro de los términos del presente memorial poder.

Atentamente,



**VANESSA PEREZ SARDY**

C.N. No. 1082973353,

Acepto,

**LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO**

C. C. No. 31657212 de Buga

T. P. No. 172395 del C. S. de la J.

## HOJA DE VIDA



### DATOS DE IDENTIFICACION

<b>NOMBRE:</b>	VANESSA PEREZ SARDY
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	20 DE ENERO DE 1993
<b>EDAD:</b>	29 AÑOS
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	CALI (VALLE DEL CAUCA)
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	1.082.973.353 DE SANTA MARTA
<b>ESTADO CIVIL:</b>	SOLTERA
<b>DIRECCION:</b>	CRA 88#16-48 SAN JOAQUIN
<b>TELÉFONO:</b>	313-578-24-91
<b>E- MAIL</b>	vama_4040@hotmail.com

### PERFIL PROFESIONAL

Médico, poseedor de una gran vocación humana, basada fundamentalmente en valores humanos, éticos y morales, con un invaluable componente de liderazgo, e inteligencia que me permiten ser un individuo, de bien y modelo para la sociedad. Médico general con alto conocimiento en urgencias hospitalarias, pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía general y ortopedia, habilidad en el manejo de consulta externa y actividades de promoción y prevención de la salud.

## **FORMACION ACADEMICA**

### **MEDIA ACADEMICA**

Colegio Cristiano la Esperanza, Santa Marta -  
Magdalena Bachiller Académico. 2009

### **UNIVERSITARIOS**

Universidad Cooperativa de Colombia. Sede Santa Marta.  
Médico General. Santa Marta 2016.

## **INTERNADO ROTATORIO**

CLINICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA VILLAVICENCIO - META  
Internado Rotatorio 12 Meses 2015-2016

## **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**

HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO.  
(07/Septiembre/2016 – 06/Septiembre/2017)  
Medico asistencial en el área de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa,  
PyP.



## EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO

Médico de Urgencias, observación.

(07 de Septiembre 2017 – 19 de Abril 2018)

Jefe inmediato: Ruben Zapata. Sub Gerente Científica.

Teléfono: 312-258-0426

EPS SANITAS

Medico de Consulta

(23 de Octubre de 2017- 18 DE mayo de 2018)

EMI

(21 de mayo de 2018 – actual

## CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

- ACTUALIZACION DE SOPORTE VITAL AVANZADO EMI ABRIL 2022
- CODIGO FUCSIA ABRIL 2022
- FALLA CARDIACA AGUDA 2021
- VENTUILACION MECANICA 2022

## REFERENCIAS PERSONALES

**NOMBRE:** Petronio Perez Alvarez  
**OCUPACION:** Medico. Ginecologo-Obstetra.  
**TELEFONO:** 315-568-1040

**NOMBRE:** Liliana Arias Alvarez  
**OCUPACION:** Medico. Radiologo.  
**TELEFONO:** 300-620-0050

**NOMBRE:** Ana Karina Villacob  
**OCUPACION:** Medico. Ginecologo-Obstetra  
**TELEFONO:** 316-871-8988

**NOMBRE:** Rosmery Caseres  
**OCUPACION:** Medico. General  
**TELEFONO:** 315-314-6077

## REFERENCIAS LABORALES

**NOMBRE:** Ruben Zapata  
**OCUPACION:** Subdirector científico- Coordinador de Urgencias HCHT.  
**TELEFONO:** 312-258-0426

**NOMBRE:** Diego cortes  
**OCUPACION:** coordinadorEMI  
**TELEFONO:** 3217460363

**NOMBRE:** Giancarlos Melendez  
**OCUPACION:** Gerente medico EMI  
**TELEFONO:** 3116431893



## ANEXOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA DE COLOMBIA

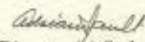
Personería Jurídica, Resolución 24135 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.  
Decreto Ley 505 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.  
Resolución No. 1059-80551 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

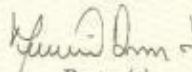
En atención a que

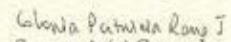
**VANESSA PEREZ SARDY**  
con cédula de ciudadanía No. 1.082.973.353 de Santa Marta  
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos  
por la Universidad, le confiere el título de

**MÉDICA**

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en  
Santa Marta el día 29 de Julio de 2016

  
Director(a) Sede

  
Rector(a)

  
Secretario(a) General

Folio No. 141 Libro de Registros No. 8 Registro No. 10169 Refrendado en Santa Marta el día 29 de Julio de 2016  
Registros y Diplomas: Juan Alonso Cordero Landolt

012933

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Decreto Jurídico, Resolución 14.000 del 20 de Diciembre de 1981 del Ministerio de Educación Nacional.  
Resolución No. 103 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.  
Resolución No. 2036 del 12 de Julio de 1982, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 61

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 3529

FECHA DE GRADO: 29 DE JULIO DE 2016

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que VANESSA PEREZ SARDY  
con cédula de ciudadanía No. 1.082.973.353 de Santa Marta  
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide  
el título de MEDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA  
mediante Acta No. 10 en sesión del día 29 de junio de 2016.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede,  
Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 29 DE JULIO DE 2016.

*Gloria Patricia Rave Iglesias*  
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS  
Secretario(a) General

003607

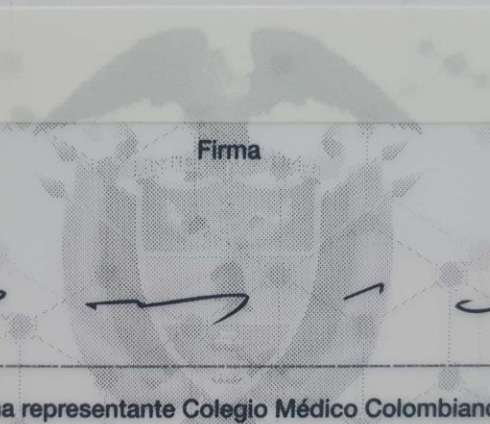


   MINSALUD 

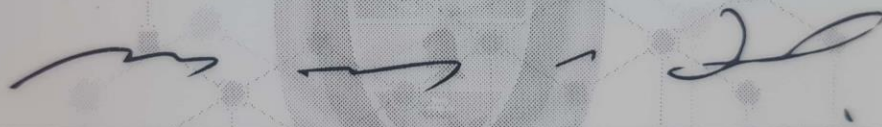
**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**  
**VANESSA PEREZ SARDY**  
**C.C o C.E 1082973353**  
Profesión u Ocupación  
**MEDICO**  
Especialidad

Institución de Educación  
**U. COOPERATIVA DE COLOMBIA**  
Ciudad **SANTA MARTA**  
Fecha de expedición diploma **29/07/2016**  
Fecha de inscripción RETHUS **23/10/2017**

  
**1082973353**



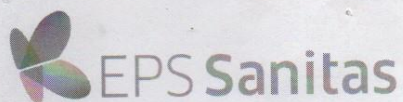
Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201  
info@colegiomedicocolombiano.org

www.idaqa.com



**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

**LA GERENTE DE COMPENSACIÓN OSI**

**HACE CONSTAR**

Que VANESSA PEREZ SARDY, identificad con la cédula de ciudadanía No. 1082973353, laboró para ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. con Nit 800251440 - 6, desde el 25 de octubre de 2017, hasta el 19 de mayo de 2018, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018) .

**SANDRA YANIRA OCAÑO SARMIENTO**

Esta certificación es valida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6466060 Ext. 5711531 o 5711532 o 5711540 o 5711583; Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4) 3360650 Ext. 5750008 o 5750009; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012





## Red de Salud del Oriente

Empresa Social del Estado E.S.E

Municipio de Santiago de Cali

NIT. 805.027.337-4

### EL SUSCRITO GERENTE DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

#### HACE CONSTAR:

Que la médica **VANESSA PEREZ SARDY** identificada con cédula de ciudadanía **1.082.973.353** de **Santa Marta** fue nombrada para ocupar el cargo de Profesional **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, de la **Red de Salud del Oriente ESE**.

Que la plaza fue aprobada por la Secretaría de Salud Departamental en el **CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA** ubicación **CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA** de la **Red de Salud del Oriente E.S.E** identificada, mediante formulario No. **00025** del **17 de Noviembre de 2010** y Número de Orden: **061-M**.

Que el citado profesional realizó el servicio social obligatorio desde el día **08 DE SEPTIEMBRE de 2016** hasta el día **07 DE SEPTIEMBRE de 2017** y cumplió con los programas y actividades asignados.

Para constancia se firma a los Trece (13) días del mes Septiembre de Dos Mil diecisiete (2.017).

**JAVIER ARÉVALO TAMAYO**  
GERENTE  
RED DE SALUD DEL ORIENTE


SE ADJUNTA Y ANULA ESTAMPILLAS DE PRODESARROLLO POR VALOR DE \$ 2.600, PROHOSPITAL POR VALOR DE \$ 2.600 Y PROSALUD POR VALOR DE \$ 2.600  
"ESTA CERTIFICACION NO TIENE VALIDEZ SIN LAS ESTAMPILLAS DE LEY: (RES. No. 8074 DE DICIEMBRE/07/01 ORDENANZA No. 0169 DE AGOSTO 12/03)"

*La Excelencia nos Compromete*

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)

Dirección: Calle 72U No. 28F - 00 Barrio Pobiado II  
E-mail: [redorientemcali.net.co](mailto:redorientemcali.net.co), Sitio web: [www.redorientemcali.gov.co](http://www.redorientemcali.gov.co)  
Teléfono: 437 77 77 Ext. 7178 - Cali, Colombia

# HISTORIA CLÍNICA

 Atención Presencial

**Datos del paciente** Número de servicio:337 Fecha Inicio: 12/Sep/2021 20:29

<b>Nombre:</b> SAMUEL VELASCO MOSQUERA	<b>Identificación:</b> SO.1105373765	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Fecha de nacimiento:</b> 01/01/2009	<b>Edad:</b> 12 Año(s)	<b>Estado civil:</b> Divorciado(a)
<b>Dirección:</b> CR 10 3 61	<b>Municipio:</b> CALI	<b>Ocupación:</b> Independiente
<b>Tipo de vinculación:</b> Cotizante	<b>Régimen:</b> Subsidiado	<b>Aseguradora:</b> EPS
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Enviar correo:</b> No	<b>Nombre aseguradora:</b> pac sura
	<b>Acompañante:</b>	<b>Telefono acompañante</b>

## Motivo consulta y enfermedad actual

PROBLEMAS GENITALES. paciente con cuadro clínico consistente en dolor en testículo izquierdo , refiere inicio hoy, asociado a edema a dolor sin otro sintoma

## Tratamiento actual

 No se ha registrado información de tratamiento actual

## Antecedentes

**Patológicos:**

**Quirúrgico**

**Alérgicos**

niega

**Otros**



## HISTORIA CLÍNICA

Tipo: Atención Presencial

## Signos vitales

Hora	Temp (C°)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAM (mmHg)	FC (imp)	FR (rpm)	SaO2 (%)	Dext (Mg/dl)	Glasgow w	Hidratación	Peso (Kg)	Talla (cms)	IMC (%)	Clasif. sobrepeso	CO2 (%)	Circunferencia
08:51:21 PM		100.0	70.0	80.00	85.0	18.0	98.0		15 / 15	Hidratado				nu		0


## Estado general / Evolución del paciente

Hora	Comentarios
08:51:21 PM	buenas condiciones generales


## Examen físico

Neurológico	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	no deficit
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	mucosa oral humeda orofaringe normal
Osteo muscular	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	ruidos cardíacos rítmicos sin soplos
Genitourinario	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	dolor en testículo izquierdo leve edema no eritema no signos de necrosis no signos de estrangulación
Pulmonar	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Abdomen	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Piel	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	

## EKG

 No se ha registrado información de EKG

## RCCP

 No se ha registrado información de RCCP

## Impresión diagnóstica



## HISTORIA CLÍNICA

Atención Presencial

Código CIE-10	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico principal
N459	ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO	Diagnóstico presuntivo

Triaje telefónico  
URGENCIA

Triaje presencial  
CONSULTA

Origen de la enfermedad  
13-Enfermedad general

## Destino

Destino

Domicilio

Institución

Comentarios

## Procedimiento

**No se ha registrado información de procedimiento**

## Concepto médico

## Concepto

paciente en el momento en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria con epididimitis en el momento se inicia manejo analgésico, se deja en casa con recomendaciones mas signos de alarma ibuprofeno 400 mg 1 tab 8 horas por 3 días

## Recomendaciones

reconsultar en caso de disnea, cianosis palidez diaforesis dificultad para el habla para la marcha o algún nuevo síntoma

¿Se da incapacidad? No

## Tratamiento aplicado

Código	Medicamento	Dosis	Vía de administración	Dilución y sitio de aplicación	Cantidad
150	DICLOFENAC AMP 75 MG	75mg	Intramuscular	glúteo izquierdo cuadrante superior	1

# HISTORIA CLÍNICA

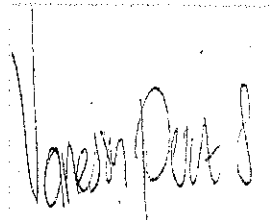
**Atención Presencial**

## Prescripción

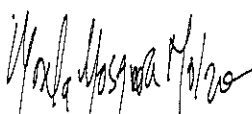
**No se ha registrado información de vademecum General**

**No se ha registrado información del vademecum PBS**

## Firmas y registro



Firma médico  
**PÉREZ SARDY VANESSA**  
1082973353



Firma paciente  
**Marcela Mosquera (mama)**  
1105373765

Firma enfermero

## Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA. SEÑOR PACIENTE Y/O PERSONA QUE DEBE DECIDIR POR EL PACIENTE. ASEGÚRESE DE LEER ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO.

1. EL(LOS) PROCEDIMIENTO(S) QUE SE PROPONE PRACTICAR AL PACIENTE SE DENOMINAN: EXAMEN FÍSICO, APLICACIÓN DE TRATAMIENTO.

2. CON EL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y/O DE ENFERMERÍA PROPUESTO SE ESPERA OBTENER UN BENEFICIO GENERAL PARA EL PACIENTE EN SU ESTADO DE SALUD. En todo caso se le aclara al paciente y/o a sus representantes legales o familiares, que ni los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras y personal de la salud en general), ni la Institución Prestadora de Servicios de Salud, adquieren una obligación de resultado para con el paciente, ni le garantizan el éxito del procedimiento. En otras palabras, la obligación de los profesionales de la salud es de medio, esto es, se obligan a actuar con diligencia y cuidado y a disponer de los medios técnicos y científicos a su alcance.

3. RIESGOS QUE PARA EL PACIENTE SE PODRÍAN PRESENTAR ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO:

☒ **USO DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS:** pueden, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras, traumatismos, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.

☒ **DIAGNÓSTICO:** el profesional de la salud pone a disposición del paciente su conocimiento para dar una impresión diagnóstica y generar un plan de manejo. Sin embargo, existe gran variabilidad dados los medios disponibles en el sitio de atención así como el acceso a información previa del paciente, sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

☒ **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.

☒ **PROCEDIMIENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.

☒ **FOMULACIÓN:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: reacciones alérgicas, sangrado, trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, neurológicas, renales, pulmonares o metabólicas, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.

☒ **MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE:** puede, presentarse traumas, caídas, demora durante el desplazamiento deterioro o empeoramiento de la condición clínica dado a factores externos no controlables por nuestra tripulación o Grupo EMU, incluso la muerte.

Se me informó acerca del uso responsable de medicamentos y de los posibles efectos adversos que se pueden presentar. Me han explicado que estos riesgos se pueden presentar sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Además, las situaciones descritas anteriormente como complicaciones de diversa índole, pueden conllevar la necesidad de que en momento dado se requiera la extensión del (los) procedimiento(s) original o la realización de uno diferente de él o la realización de re-intervenciones, aplicación de antibióticos, drenajes y/o lavados con métodos invasivos que generen incomodidades para el paciente, prolongación de hospitalizaciones, entre otros.

En todo caso, se aclara lo siguiente al paciente o a quienes por él deben decidir lo siguiente:

- Las complicaciones aquí señaladas normalmente no se materializan y en principio se espera que el procedimiento transcurra en general sin complicaciones.

- Si bien con la práctica del procedimiento se podrían presentar todos, algunos o alguno de los riesgos señalados anteriormente, o similares a ellos, los profesionales de la salud, recomiendan al paciente la práctica de (los) procedimiento(s) sugerido(s), incluso frente a otros procedimientos alternativos que puedan existir, puesto que la práctica del procedimiento respectivo es recomendada desde el punto de vista médico y además, es más probable que se obtenga el beneficio que se espera a que se presenten los riesgos descritos.

- Los profesionales de la salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud están preparados y capacitados para la realización de (los) procedimiento(s) que se sugiere(n) al paciente. Se cuenta con los profesionales idóneos y con el material y equipos que corresponden al procedimiento.

Yo, Marcela Mosquera (mama), en calidad de paciente o en calidad de persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que el personal médico me ha explicado a cabalidad adecuadamente el (los) procedimiento(s) a realizar, sus beneficios, recomendaciones, riesgos y contraindicaciones y confirmo que he entendido a cabalidad y en su totalidad el (los) procedimiento(s) a realizar, así como la implicación y riesgos de cada uno. Igualmente, confirmo que he tenido el espacio y el tiempo para reflexionar sobre su contenido y para preguntar al personal de salud dudas e inquietudes en general, y sobre el (los) procedimiento(s) que se me propone(n) practicar, las cuales me han sido resueltas en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. EN CONSECUENCIA, QUE HE DECIDIDO ACEPTAR LA PRÁCTICA DE EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) O PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

# HISTORIA CLÍNICA

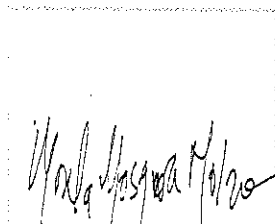
**Atención Presencial**

## Consentimiento informado

Finalmente, manifiesto que la declaración anterior es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. GRUPO EMI S.A.S., cuenta con una Política de Privacidad, Tratamiento y Protección de Datos Personales, (en adelante, la Política de Privacidad), y por medio del presente, autorizo expresamente a GRUPO EMI S.A.S. para incorporar en sus bases de datos mis datos personales, así mismo autorizo para compartir mi Historia Clínica con la entidad responsable del pago cuando aplique, tratándose de entidades aseguradoras en salud. Grupo Emi S.A.S., dará estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas que los complementan, modifiquen o sustituyan, relacionadas con el tratamiento de datos personales. GRUPO EMI se acoge a la Ley 23 de 1981, la Resolución 1985 de 1999 y demás normatividad para el manejo de la Historia Clínica.

Así mismo autorizo al envío de historia clínica al email registrado a continuación No tengo email



Firma paciente

Marcela mosquera(mama)  
 1105373765

## CASO CLÍNICO

Se presentó queja médica por el diferimiento en la realización de procedimiento quirúrgico que originó la pérdida del testículo en el paciente.

El caso se relacionó con un paciente de 10 años de edad, quien a las 04:45 horas fue llevado por sus padres al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención médica, quienes refirieron al médico que el padecimiento inició a las 03:00 horas de ese día con cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel del testículo derecho, de inicio súbito, de tipo punzante, intenso, 10/10 en escala visual análoga, de dos horas de evolución, acompañado de náusea y vómito en una ocasión, sin fenómenos exacerbantes ni atenuantes, negando fiebre y sintomatología urinaria.

A la exploración física se refirió como datos de relevancia: intranquilo por dolor, buen estado general, con tegumentos pálidos ++; abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, no timpánico, dolor intenso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio y región inguinal izquierda, Giordano bilateral negativo; testículo derecho con ligero aumento de volumen, en comparación con el contralateral, con dolor intenso a la manipulación, resto de exploración sin reporte de datos patológicos.

Se indicó su ingreso hospitalario con diagnóstico de orquitis y soluciones parenterales para vena permeable. Se solicitaron exámenes de laboratorio y gabinete que incluyeron una biometría hemática, la cual reportó leucocitos de  $13,100/\text{mm}^3$  a expensas de neutrófilos de 74%, el resto de la biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina sin alteraciones. También se solicitó la valoración urgente del servicio de cirugía general.

A las 05:50 horas, lo valoró especialista en cirugía general, refiriendo a la exploración física: testículo derecho ligeramente aumentado de volumen en comparación con el izquierdo, sin cambios de coloración, reflejo cremastérico presente, maniobra de Prehn dudosa, sin edema ni localización anormal; a la palpación, el epidídimo indurado y con engrosamiento de cordón espermático, respecto del contralateral; doloroso a la manipulación. Sin presencia de hernia inguinal. Se solicitó que se

realizara un ultrasonido testicular para descartar una torsión testicular. Se estableció la impresión diagnóstica de una probable orquiepididimitis y se indicó ayuno y metamizol 1 gramo IV a dosis única.

A las 09:00 horas de ese día, un médico radiólogo de guardia realizó ultrasonido simple a escala en grises, reportando que mostró datos ultrasonográficos en relación con orquiepididimitis derecha.

Ultrasonido que fue valorado por otro cirujano general en el servicio de urgencias, que decidió su hospitalización a piso de pediatría a cargo de cirugía general para manejo antibiótico, control analgésico y crioterapia local, con el mismo diagnóstico de orquiepididimitis.

Manteniéndose sábado y domingo sin cambios en el manejo médico instaurado, su evolución se refirió con disminución importante, incluso desaparición del dolor, afebril, asintomático, con disminución del aumento de volumen del testículo derecho, sin cambios de coloración en la región testicular, deambulando y durmiendo sin manifestar ninguna otra sintomatología asociada.

El lunes, a las 09:30 horas, fue valorado por el servicio de urología, señalando que se encontraba asintomático y a la exploración física dirigida: genitales externos con hiperemia y aumento de tamaño en región escrotal, a la palpación cordón espermático y testículo derecho con aumento de tamaño en comparación con contralateral y dolor a la palpación.

El médico urólogo que valoró al paciente indicó una exploración quirúrgica urgente, que se realizó a las 13:40 horas del mismo día, reportando el hallazgo quirúrgico de testículo derecho con parénquima testicular necrosado, con edema periférico. Se llevó a cabo orquiectomía derecha más orquidopexia izquierda y se estableció diagnóstico postoperatorio de torsión testicular derecha, confirmado por histopatología al reportar como diagnóstico histopatológico: hematocele y necrosis coagulativa postisquemia.

Posterior a la cirugía, el menor cursó con buena evolución y fue dado de alta, con la indicación de seguimiento por consulta externa de urología. En su seguimiento postoperatorio se advirtieron riesgos de fertilidad.

Responda el siguiente cuestionario  
en relación con el caso clínico

1. El cuadro clínico descrito en el paciente durante la valoración médica efectuada en el servicio de urgencias es compatible con el diagnóstico de:

- a) Orquitis.
- b) Orquiepididimitis.
- c) Síndrome de escroto agudo.
- d) Torsión testicular.

Respuesta: c)

Se denomina síndrome de escroto agudo en el niño a un conjunto de padecimientos que se caracterizan por dolor escrotal agudo, el cual puede estar o no acompañado de signos inflamatorios. Se considera una urgencia médico-quirúrgica y plantea un problema diagnóstico en los sitios de atención primaria de niños.<sup>1-4</sup>

2. El protocolo diagnóstico inicial en este caso incluía:

- a) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido testicular.
- b) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido Doppler, valoración por servicio de cirugía general, cirugía pediátrica, urología u urología pediátrica.
- c) Biometría hemática, examen general de orina, placa simple de abdomen de pie y decúbito, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.
- d) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.

Respuesta: b)

Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orquiepididimitis, que presentan leucocitosis y neutrofilia en el hemograma y, en el general de orina, leucocitos y bacteriuria. El uso de la ecografía Doppler puede reducir el número de pacientes con escroto agudo sometidos a exploración

quirúrgica. De acuerdo con las manifestaciones y hallazgos clínicos y ante la sospecha de torsión testicular, el médico deberá solicitar interconsulta con el cirujano pediatra para evaluar la exploración quirúrgica de urgencia.<sup>1-7</sup>

3. Estudio de gabinete que se considera el estándar de oro en el diagnóstico de torsión testicular.

- a) Ultrasonido de alta resolución.
- b) Gammagrama testicular.
- c) Ultrasonido Doppler.
- d) Ultrasonido convencional en escala de grises.

Respuesta: c)

En torsión testicular, el ultrasonido Doppler (Figuras 1 y 2) muestra 94% de sensibilidad, 96% de especificidad, 95.5% de precisión y 89.4% de valor predictivo positivo (VPP), 98% de valor predictivo negativo (VPN), considerado el estudio estándar de oro para la evaluación del escroto agudo.<sup>1-7</sup>

4. Cuadro clínico inicial característico de torsión testicular.

- a) Dolor testicular súbito e intenso, irradiado a hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos, sin fiebre, con edema y eritema escrotal.
- b) Dolor testicular de instalación insidiosa, sin irradiaciones, náuseas, vómito, fiebre, disuria, eritema escrotal.
- c) Dolor testicular súbito e intenso que desaparece espontáneamente, de corta duración, sin fiebre, con presencia de náusea y eritema discreto a nivel escrotal.

Respuesta: a)

En la torsión testicular, el dolor es de inicio brusco, intenso y unilateral, localizado en el testículo y con irradiación hacia la ingle y el abdomen inferior ipsilateral, la deambulación suele ser dolorosa. En 50% de los casos de torsión testicular, el dolor ocurre durante el sueño. De acuerdo con el tiempo de evolución, el escroto mostrará variados grados de eritema e induración.<sup>1-7</sup>

## Anatomía normal

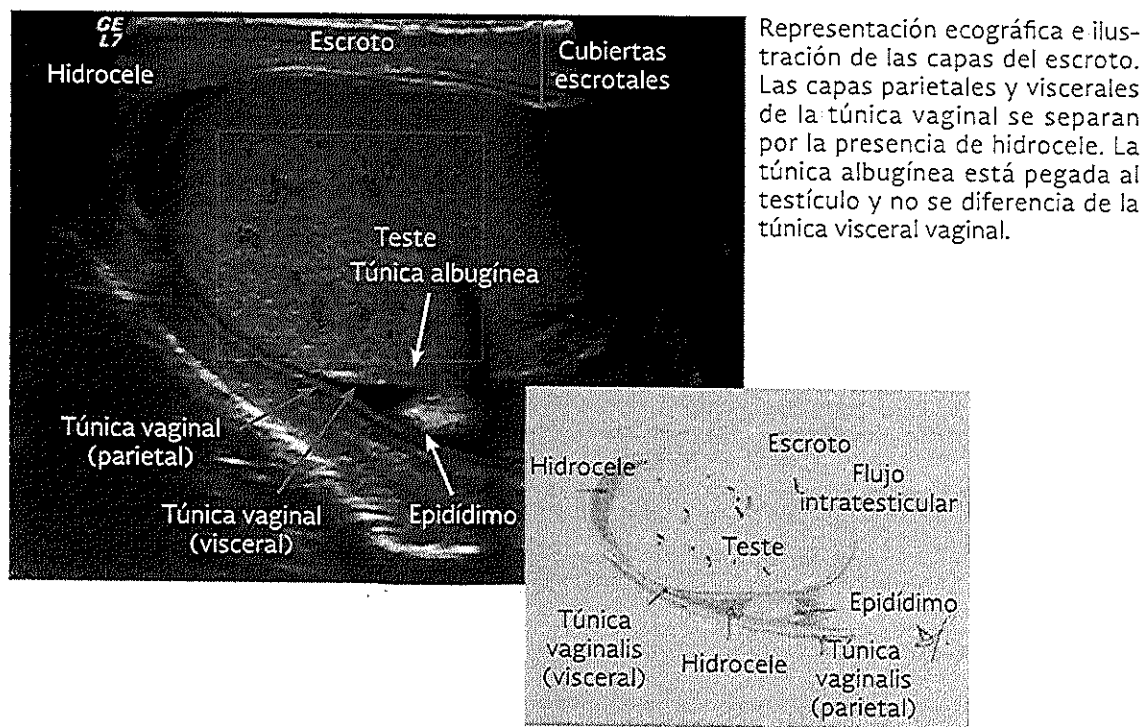


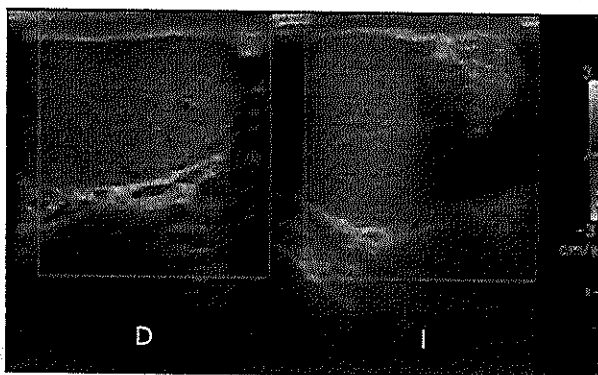
Figura 1. Anatomía normal en el ultrasonido testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

## Torsión testicular en la ecografía

Tamaño: ampliado  
Ecogenicidad: hipoeoica  
Vascularización: hipovascular  
Hallazgos asociados:  
hidrocele, engrosamiento  
de la piel

Todas las características  
deben compararse con  
testículos opuestos



Testículo derecho con presencia de flujo intratesticular en el modo Doppler-color. Ausencia de flujo intratesticular en el testículo izquierdo.

Figura 2. Torsión testicular en el ultrasonido Doppler.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

5. Datos clínicos característicos observados durante la exploración física en una torsión testicular.

- Ascenso testicular, eritema y edema escrotal, sensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn positivo.
- Hipersensibilidad testicular, ascenso testicular, horizontalización (signo de Gouverneur si se asocia a epidídimo en posición anterior), eritema escrotal, aumento de volumen de la gónada, reflejo cremastérico ipsilateral abolido y reflejo de Prehn negativo.
- Fiebre, ascenso testicular, eritema y edema escrotal, insensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn negativo.

Respuesta: b)

En el caso de una torsión testicular, a la exploración física el testículo está ascendido y en posición transversal. Es muy frecuente la hipersensibilidad testicular, que es la presencia de dolor a la palpación de la gónada, presentándose en 97% de los casos. Se percibe ausencia del reflejo cremastérico con

una sensibilidad de 99 a 100% y una especificidad de 66%. La elevación manual del hemiescrotó y el testículo afectado origina un aumento del dolor testicular, conociéndose este signo como Prehn, siendo negativo por las características obtenidas (Figura 3).

6. Tratamiento de elección en caso de no contar con ultrasonido ante un cuadro clínico altamente sugestivo de una torsión testicular.

- Exploración quirúrgica urgente con orquiectomía.
- Exploración quirúrgica urgente con orquidopexia unilateral.
- Exploración quirúrgica urgente, determinar la viabilidad del testículo en caso de necrosis, orquiectomía y orquidopexia contralateral.
- Exploración quirúrgica, antibioticoterapia, analgésicos, crioterapia local.

Respuesta: c)

La presentación clínica compatible con torsión testicular obliga a cirugía inmediata sin necesidad de ningún estudio de perfusión testicular.<sup>1-7</sup>

#### Torsión testicular

- Rotación del testículo sobre sí mismo, de forma que el cordón espermático se enrosca intravaginalmente con los vasos testiculares
- El síntoma más común es el dolor testicular agudo
- La torsión testicular implica obstrucción del flujo arterial y venoso
- El grado de isquemia testicular dependerá del grado de torsión (180°-720°) y de la duración de la torsión
- El rescate testicular es más probable en los pacientes tratados dentro de cuatro a seis horas después del inicio de torsión

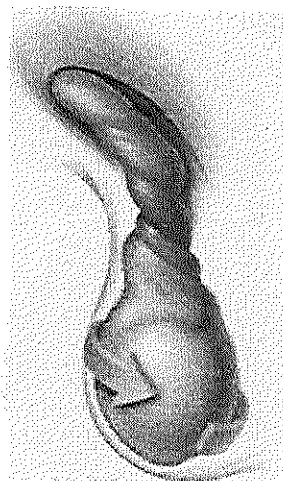


Figura 3. Torsión testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica, "Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-229-10.
2. Blum PR, Cordero OF. Escroto agudo y su manejo. Urología. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII: 159-162.
3. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-187-15.
4. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de epididimitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México. Actualización 2015, IMSS-039-08.
5. Udaquiola J, Arriaga V, Oesterreich R, Martínez PR, Giambini D. Escroto agudo. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Editorial Journal, 2a ed. Buenos Aires, 2012.
6. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquiepididimitis, epididimitis y orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-039-08.
7. Brunet, Rodrigo, Casals, Rodrigo. Torsión testicular en pediatría, diagnóstico y manejo. Revisión de la Literatura 2000-2015. Rev Ped Elec. 2016; [En línea] 13 (4): ISSN 0718-0918.

[www.medigrapho.com.mx](http://www.medigrapho.com.mx)



## Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica

*Testicular torsion, diagnostic challenge before a surgical emergency*

René Alfredo Suárez Pacheco,\* Lucina Sánchez Ramírez\*\*

### RESUMEN

La torsión testicular es una complicación altamente desastrosa si no se corrige en breve tiempo, y la solución que evita la pérdida del testículo afectado es la exploración quirúrgica inmediata.

Palabras clave: Testículo, torsión testicular, síndrome de escroto agudo.

### ABSTRACT

Testicular torsion is a highly disastrous complication if it is not corrected in a short time, and the solution that avoids the loss of the affected testicle is immediate surgical exploration.

Key words: Testicle, testicular torsion, acute scrotal syndrome.

\* Residente de 3º año de Medicina Forense.

\*\* Directora de Coordinación Pericial.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:  
LSR, lsanchez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:  
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Suárez-Pacheco RA, Sánchez-Ramírez L. Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica. Rev CONAMED 2018; 23(4): 203-208.

Recibido: 28/08/2018.  
Aceptado: 03/09/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## Escroto agudo

Dr. Fernando Heinen\*

### INTRODUCCIÓN

La torsión testicular (TT), la torsión de una hidátide de Morgagni (TH) o de otros apéndices paratesticulares y la orquiepididimitis (OE) son las causas más frecuentes de escroto agudo (EA).<sup>1-5</sup> La TT compromete la perfusión sanguínea testicular, por lo que se debe diferenciar de las otras causas de EA y tratar antes de las 12 horas de producida. La presentación clínica y la semiología escrotal permiten el diagnóstico correcto en la mayoría de los casos.<sup>1,4-10</sup> En muchos casos de TT se realiza la gonadectomía por necrosis porque el diagnóstico, la cirugía o ambos fueron tardíos.<sup>5,6,11</sup> La exploración quirúrgica "indiscriminada" en todo paciente con EA causa un elevado número de operaciones innecesarias.<sup>10</sup> Se ha argumentado que éste sería "el precio a pagar por la recuperación de un alto porcentaje de testículos con TT".<sup>11</sup> Esto no es válido si pretendemos adecuar la terapéutica a

la patología de cada paciente.<sup>3,7,10</sup>

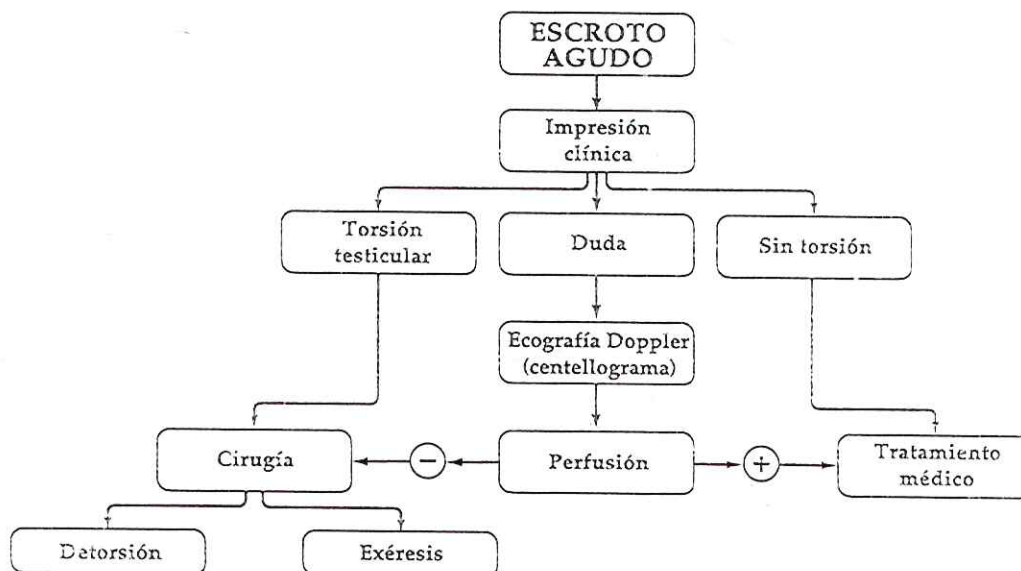
Presentamos aquí información útil para el diagnóstico diferencial y el manejo oportuno del EA.

### TORSIÓN TESTICULAR (TT)

Es una de las pocas emergencias genitourinarias y la causa más relevante de EA. El giro testicular sobre el eje del cordón espermático interrumpe la circulación venosa y arterial del testículo. Luego de 6 horas se produce la necrosis del epitelio germinal y a las 12 horas, la de las células intersticiales (Gráfico 1).<sup>5,6</sup> Con la sospecha clínica de TT, la herramienta diagnóstica más importante,<sup>12</sup> la exploración quirúrgica debe ser inmediata.<sup>7,11</sup> Ante la duda, podremos estudiar la perfusión testicular con una ecografía Doppler o un centellograma.<sup>2,8</sup> Si se sospecha una TT y no hay acceso a estos estudios antes de 2 horas desde la consulta inicial, es preferible la cirugía inmediata.<sup>5-7,11,12</sup>

\* Servicio de  
Cirugía Pediátrica.  
Hospital Alemán.  
Buenos Aires.  
Correspondencia:  
Servicio de Cirugía  
Pediátrica.  
Hospital Alemán.  
Av. Pueyrredón 1640.  
(1118) Ciudad de  
Buenos Aires.  
heinen@fibertel.com.ar

GRÁFICO 1. Escroto agudo



### Tipos de torsión testicular

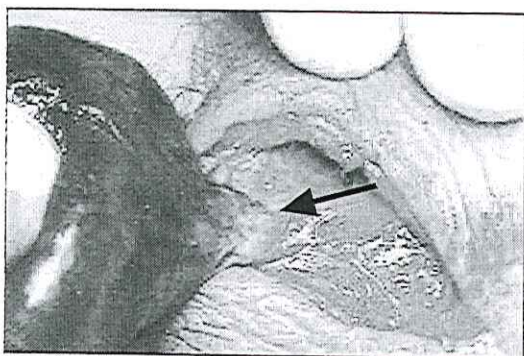
**Torsión intravaginal:** es el tipo más común de TT. La inserción normal de la vaginal en el testículo debe ser amplia y ecuatorial (Gráfico 2A). Tanto el epidídimo como el testículo se fijan a la pared posterolateral de la cavidad vaginal. Hay predisponentes anatómicos que permiten el giro de una o varias vueltas del testículo sobre el eje del cordón espermático. La inserción alta y angosta de la vaginal en el cordón espermático hace que el testículo penda dentro de la cavidad vaginal escrotal como el badajo de una campana ("bell clapper")<sup>1</sup> (Gráfico 2B) y pueda pivotear

sobre la porción intravaginal del cordón (Fotografía 1). Esta condición anatómica sería bilateral y justificaría la orquidopexia preventiva contralateral ante una TT. La actividad deportiva intensa, el trauma testicular o escrotal y la excitación sexual pueden preceder inmediatamente a un episodio de TT.

**Torsión extravaginal:** en este tipo de TT, el testículo y su cubierta vaginal giran en conjunto sobre el eje del cordón espermático. La torsión se produce por fuera de la vaginal escrotal, a nivel del orificio inguinal externo.<sup>1</sup> En el feto y el neonato, la superficie exterior de la túnica vaginal no está adherida a la pared escrotal y esto permite la rotación extravaginal (Fotografía 2A). Este tipo de TT ocurriría durante el período fetal en niños nacidos con ausencia testicular unilateral o bilateral ("vanishing testicle") y que consultan por criptorquidia.<sup>1</sup> Cuando la TT ocurre cerca del término o inmediatamente luego del parto, el neonato presenta necrosis testicular.

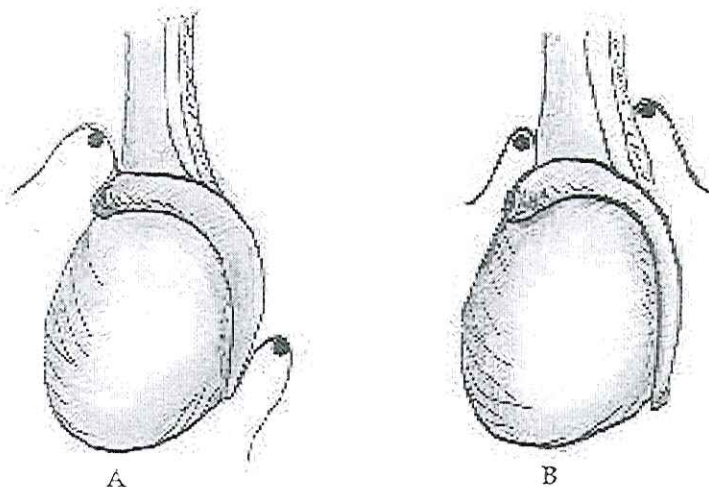
**Torsión entre epidídimo y testículo:** es muy rara y sólo puede producirse cuando hay separación entre el epidídimo y el testículo (disociación epidídimo-testicular) (Fotografía 3).

FOTOGRAFÍA 1. Torsión intravaginal



Abierta la vaginal se expone el testículo y el epidídimo necróticos. (La flecha indica el sitio de la torsión del cordón espermático).

GRÁFICO 2. Predisponente anatómico de torsión testicular intravaginal



A) La inserción normal de la vaginal es amplia y ecuatorial en el testículo.  
B) La inserción polar y estrecha permite que el testículo en "badajo de campana" pueda rotar sobre el eje del cordón en su porción intravaginal.

### Presentación clínica de la TT

Ocurre en todas las edades, pero es más común alrededor de los 14 años. La torsión de la hidátide de Morgagni tiene más incidencia alrededor de los 10 años de edad.<sup>6</sup> La orquiepididimitis es mucho menos frecuente en la edad prepuberal que en el adulto.<sup>1,13</sup> Si la sospecha de TT es firme, la edad no debe influir en la decisión terapéutica. Hay descripciones de torsión intrauterina bilateral en fetos y en varones de 70 años de edad.<sup>14</sup> Los testículos derecho o izquierdo se afectan con igual frecuencia. La TT bilateral representa menos del 3% de los casos.

El dolor testicular es intenso y abrupto e irradia a la ingle y al abdomen inferior. La TT suele acompañarse de náuseas, vómitos y estos síntomas tienen un valor predictivo



para TT de 96% y 98%, respectivamente, en todo paciente mayor de 12 años con EA.<sup>6</sup> El niño con TT está agudamente comprometido, pálido, no deambula y difícilmente tolera la palpación del testículo. El dolor se intensifica con la compresión digital del parénquima testicular. El hemiescrotro está aumentado de tamaño, con flogosis progresiva en la piel y tejido subcutáneo. La ausencia de flogosis local no descarta una TT en su período inicial. El testículo puede estar ascendido, ubicarse en forma transversal en el escroto o con la cabeza del epidídimo orientada hacia adelante. El reflejo cremasteriano, que es la ascensión testicular por estimulación cutánea en la cara interna del muslo, está ausente. Su presencia permite descartar una TT aunque su ausencia no la asegura.<sup>2</sup> El signo de Prehn es positivo si calma el dolor con la ascensión manual

del testículo pero es muy difícil de realizar en niños y no se lo utiliza.

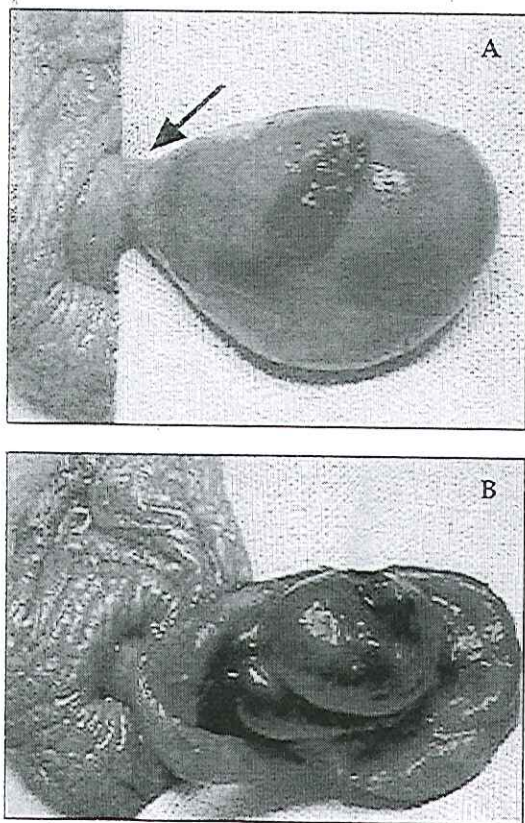
Raramente el dolor de la TT es "progresivo y tolerable" y más excepcional aún es que la TT sea indolora.<sup>1</sup> Luego de varios días de producida la TT, el escroto puede estar indurado y menos doloroso, pero la anamnesis será característica.

#### Criterio terapéutico (Gráfico 1)

La presentación clínica compatible con TT obliga a la cirugía inmediata, sin necesidad de ningún estudio de perfusión testicular.<sup>1</sup> La posibilidad de detorsión y reperfusión testicular depende de que el tiempo transcurrido sea menor de 12 horas, aunque las mayores probabilidades de recuperar el testículo están en las primeras 6 horas.<sup>1</sup> El retraso del tratamiento en la TT en general no se debe a falta de consulta temprana sino al desconocimiento del cuadro o a la adopción de tácticas diagnósticas erróneas.<sup>7,11</sup> Una de éstas sería la espera de varias horas para la confirmación ecográfica o centellográfica de una TT clínicamente evidente. Los estudios complementarios no pueden reemplazar a una buena anamnesis y examen clínico.<sup>1</sup>

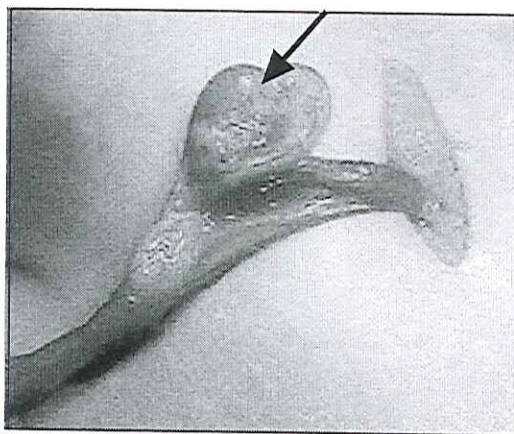
En un paciente con TT después de varios días de evolución, la cirugía permite confirmar el diagnóstico, realizar la orquidectomía y fijar el testículo contralateral. La exéresis del testículo necrótico permite una rápida recuperación del paciente ya que la reabsorción del tejido necrótico pue-

FOTOGRAFÍA 2. Torsión testicular extravaginal



A) Expuesto el testículo del neonato, cubierto por la vaginal testicular. La flecha muestra el área de torsión del cordón espermático fuera de la cavidad vaginal. B) Abierta la vaginal se exponen el testículo y el epidídimo necróticos.

FOTOGRAFÍA 3. Disociación epidídimo-testicular (flecha)



Frecuente en la criptorquidia.

de tardar semanas. Es controvertida la posibilidad de una orquitis contralateral simpática por autoinmunidad en caso de dejar un testículo necrótico.<sup>1</sup>

#### Torsión testicular de resolución espontánea

Un intenso dolor testicular que cede espontáneamente en minutos, puede corresponder a una TT de resolución espontánea si no hay antecedentes de trauma.<sup>1,9</sup> La reiteración de este episodio justifica una orquidopexia bilateral preventiva.

Hay poca evidencia clínica que demuestre mayor riesgo de TT en niños con movilidad testicular por un reflejo cremasteriano muy activo (por ejemplo: testículos "retráctiles" o "en ascensor"). Esta es una condición normal y no requiere tratamiento.<sup>1</sup>

#### Torsión testicular en un testículo ectópico

El testículo ectópico por falta de descenso o descenso erróneo, tiene varios predisponentes anatómicos para una torsión. Carece de la fijación intravaginal normal, suele presentar disociación epididimotesticular y la cavidad vaginal que lo contiene está fuera del escroto y puede pivotar en conjunto (*Fotografía 2*). Un dolor inguinal agudo y la ausencia del testículo en el hemiescroto ipsilateral, deben sugerir la torsión de un testículo ectópico y justifican la exploración inguinal. En caso de TT intrabdominal, se plantearán otras causas de abdomen agudo y la videolaparoscopia permitirá el diagnóstico.

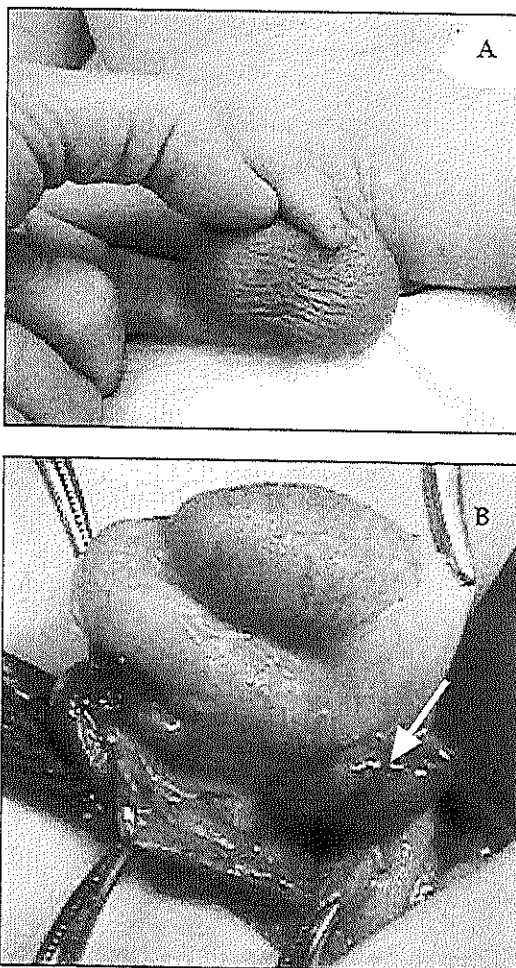
#### Torsión testicular prenatal

La TT fetal es generalmente extravaginal y ocurre en el final del tercer trimestre. El neonato presentará un hemiescroto indurado, aumentado de tamaño y en general indoloro. Raramente será bilateral<sup>11</sup> y el testículo suele estar necrótico en la gran mayoría de los casos.<sup>1</sup> El diagnóstico diferencial se debe establecer con una hernia inguinal atascada. La clave diagnóstica será el engrosamiento del trayecto inguinal en la hernia, que se confirmará en la exploración quirúrgica. Un hemiescroto indurado e indoloro también puede verse en neonatos con restos intraescrotales de peritonitis fetal ("vaginolititis fetal") (*Fotografía 2*)<sup>15</sup> o con restos de

un hematoma adrenal que haya drenado hacia la cavidad escrotal a través del conducto peritoneovaginal permeable.<sup>1</sup> La ecografía puede demostrar calcificaciones y un hidrocele acompañante (*Fotografía 4*). La fusión esplenogonadal y los tumores testiculares son causas menos frecuentes de una masa intraescrotal neonatal.<sup>1</sup> La orquidectomía quirúrgica podrá realizarse por un abordaje inguinal o escrotal. La vía inguinal ofrece la posibilidad de tratar la persistencia del conducto peritoneovaginal. La fijación contralateral se realiza por vía escrotal.

Si la TT fetal ocurrió cuando el testículo estaba aún en su posición intrabdominal, el RN presentará criptorquidia unilateral o bila-

FOTOGRAFÍA 4



A) Neonato con el hemiescroto derecho indurado.  
B) "Vaginolititis fetal". Se encuentra tejido inflamatorio y calcificado en la cavidad vaginal; el testículo y el epidídimo están indemnes.

teral. En este caso, se planteará la duda sobre la ausencia ("vanishing testes") o la falta de descenso (testículo intrabdominal). El diagnóstico se establecerá alrededor del segundo año de vida por medio de una videolaparoscopia, buscando el testículo no palpable.

La TT intrauterina es la causa más común de anorquia unilateral o bilateral. En casos de ausencia unilateral por atrofia, la indicación de fijar la gónada remanente es controvertida, ya que se supone que la TT ocurrió antes de que el testículo llegara al escroto y el testículo contralateral puede haber descendido y fijado normalmente. Sin embargo, la torsión de un único testículo remanente es dramática y hay consenso en realizar su fijación preventiva para disminuir esa posibilidad.<sup>1</sup>

El diagnóstico diferencial de la TT se plantea con las patologías que se resumen en la *Tabla 1*.

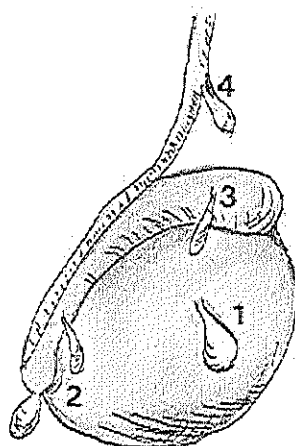
#### Torsión de apéndices paratesticulares

Hay cuatro tipos de apéndices paratesticulares (*Gráfico 3*). Estas pequeñas formaciones quísticas, de 0,3 a 1 cm, penden de la albugínea testicular o en la proximidad del epidídimo, pueden girar sobre su eje y necrosarse, motivando dolor e inflamación local. El tejido necrótico se reabsorbe en 7 a 12 días pero si la necrosis fue incompleta y permanece un resto del apéndice, puede producirse un segundo episodio.

La TH se produce a una edad promedio de 10 años. El dolor escrotal es de instalación progresiva en 12-24 horas, suele ser más leve que en la TT. El niño puede deambular, no tiene compromiso general ni náuseas o vómitos.<sup>6</sup> La semiología escrotal permitirá pal-

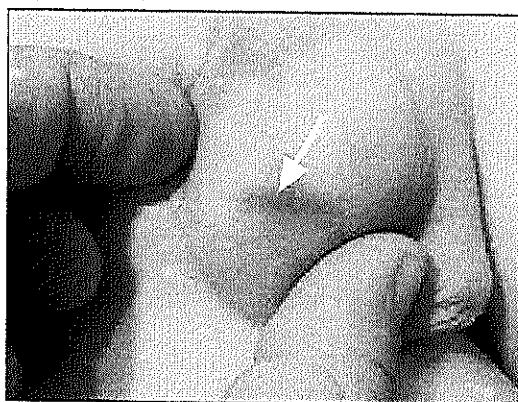
par una "munición" o "lenteja" dolorosa sobre el testículo, el cual en general es indoloro a la compresión digital en el ecuador testicular. A través de la piel escrotal podrá verse el apéndice azulado ("blue dot") característico de la TH (*Fotografía 5*). Con estas evidencias clínicas claras, no está indicado ningún estudio de perfusión testicular ni cirugía exploratoria (*Tabla 1*). Se indican reposo y analgésicos hasta la desaparición del

GRÁFICO 3. Apéndices paratesticulares



El más frecuente es la hidátide paratesticular de Morgagni (1) que es un resto del conducto de Müller. El conducto deferente aberrante de Haller superior e inferior (2), la hidátide paraepididimaria (3) y el paradidimo (órgano de Giraldes)(4), corresponden a restos del conducto de Wölff.

FOTOGRAFÍA 5. Torsión de la hidátide de Morgagni



Se observa una formación azulada a través de la piel escrotal ("blue dot"), del tamaño de una lenteja. Su palpación es muy dolorosa. El testículo es menos doloroso.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de la torsión testicular

Torsión de apéndices paratesticulares
Orquiepididimitis
Trauma testicular/escrotal
Púrpura de Schönlein-Henoch
Edema agudo escrotal idiopático
Hernia inguinal/Hidrocele/Piocele
Apendicitis herniaria
Necrosis grasa intraescrotal
Tumores testiculares/paratesticulares



dolor en 2 a 7 días. Sólo en caso de duda diagnóstica se debe confirmar la perfusión testicular adecuada y, si la ecografía Doppler o el centellograma no son accesibles en 2 horas desde la primera consulta, es aconsejable la cirugía por vía escrotal para confirmar el diagnóstico y resecar la hidátide.<sup>13</sup> No es necesaria la fijación testicular. En casos infrecuentes de torsión de apéndices de gran tamaño (2-3 cm) la reabsorción del tejido necrótico será lenta y la inflamación puede persistir durante semanas. Entonces la cirugía electiva por vía escrotal acortará el proceso y el paciente retomará las actividades habituales en pocos días (Fotografía 6).

#### ORQUIEPIDIDIMITIS (OE)

La OE es infrecuente en niños,<sup>1,6,13,16</sup> salvo en algunas series publicadas donde puede haber factores regionales específicos.<sup>2,11</sup>

El dolor es gradual y menos intenso que en la TT. Suele acompañarse de hipertermia, disuria y piuria y el reflejo cremasteriano está presente.<sup>2</sup> Si es posible palpar el escroto, se podrá determinar que el dolor se focaliza en el epidídimo engrosado y que no se palpa ninguna formación compatible con una TH.<sup>2</sup> Ante la duda diagnóstica con una TT, una ecografía Doppler

mostrará aumento de la perfusión en el epidídimo.<sup>13</sup>

En la mayoría de los pacientes con una supuesta OE, no se tendrá confirmación de esta patología. Podría pensarse que muchos pacientes con supuestas OE, tienen una TH poco palpable, traumas testiculares inadvertidos o TT de resolución espontánea. La OE puede ser secundaria a una infección urinaria, por lo que siempre solicitamos un examen de la orina. En casos de OE reiterada, debe descartarse una uropatía predisponente, como vejiga neurogénica, uréter ectópico, utrículo prostático (resto mülleriano), válvulas en la uretra posterior y alteraciones en el tracto de salida vesical. Las anomalías de la vía seminal, como un conducto deferente ectópico o el reflujo urinario-seminal a través del verum montanum, son más difíciles de determinar por cistouretrografía miccional y uretrocistoscopia.<sup>1,16</sup> La OE es más frecuente en los pacientes con sondas vesicales permanentes o cateterismo intermitente uretrovesical.<sup>1</sup>

La orquitis urliana suele ser bilateral y afecta en general a pacientes en la edad pospuberal con parotiditis urliana.<sup>1</sup> La *Chlamydia trachomatis*, el gonococo y otros gérmenes son causantes de OE en adultos.<sup>17</sup>

#### OTROS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DEL ESCROTO AGUDO

##### Hernia inguinal atascada

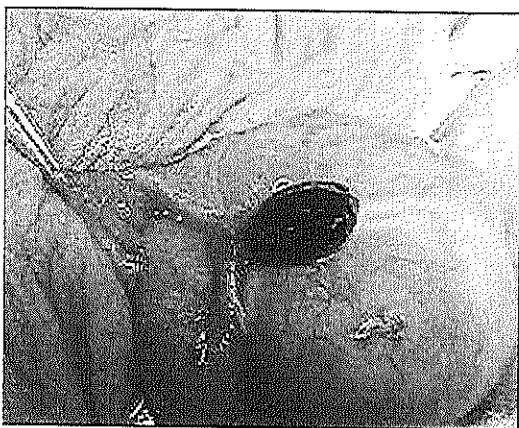
La semiología inguinoescrotal mostrará el engrosamiento en el trayecto inguinal por el tumor herniario, que será voluminoso si el intestino está atascado y más fino si el contenido herniario es sólo epiplón mayor. En niños pequeños con estrangulamiento intestinal puede producirse necrosis testicular por compresión de los vasos espermáticos sobre la arcada inguinal.

Cuando se realiza la reducción manual de una hernia atascada en lactantes pequeños, es importante regular la presión ejercida en la maniobra, para no dañar el testículo.

##### Apendicitis herniaria

La presencia de un apéndice cecal infectado dentro del saco herniario inguinal es excepcional.<sup>1,16</sup> Puede presentarse como un EA con intensa flogosis local acompañada

FOTOGRAFÍA 6. Torsión de un apéndice paratesticular



Ante la duda diagnóstica o en casos de hidátides grandes, está indicada la exploración quirúrgica. Vemos dos apéndices paraepididimarios; uno de ellos presenta torsión y necrosis. Por su tamaño causó dolor y flogosis escrotal por más de 7 días y se decidió la resección quirúrgica, con alivio inmediato.

de abdomen agudo, vómitos, fiebre y leucocitosis.

#### Necrosis grasa intraescrotal en niños obesos

Es poco frecuente, de causa desconocida y ocurre durante la segunda infancia en niños obesos luego de un esfuerzo físico o un trauma escrotal menor.<sup>1</sup>

#### Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH)

La afectación testicular se observa en 1/3 de los casos de PSH<sup>1</sup> y es parte del cuadro general de vasculitis.<sup>4,19</sup> Se han informado casos de trombosis en la vena espermática que respondieron a tratamiento con heparina.<sup>20</sup> En general la conducta debe ser expectante, aunque la TT asociada a PSH ha sido descrita.

#### Trauma testicular o escrotal

La anamnesis permite el diagnóstico en la mayoría de los casos. Esto puede ser más dificultoso en caso de maltrato infantil. La conducta será no quirúrgica en la mayoría de los casos. De acuerdo con la magnitud del trauma y si se presume un estallido testicular, un hematocele a tensión<sup>1</sup> o una TT asociada, estará indicada la exploración quirúrgica por vía escrotal (*Fotografía 7*).

**Edema idiopático escrotal infantil.** El edema inflamatorio se localiza en la piel y el tejido subcutáneo escrotal. No hay relación con infección urinaria, el testículo es indoloro y no participa del proceso. Se

presume un origen alérgico por contacto, por picadura de insectos o por celulitis a estreptococo, estafilococo u otros gérmenes (*Fotografía 8*). Otros casos han sido rotulados como "edema angioneurótico". La conducta es conservadora y con tratamiento sintomático suele haber resolución espontánea.<sup>1</sup>

Otras causas de EA menos frecuentes son el piocele o el hidrocele infectado, los tumores testiculares y la infiltración leucémica.

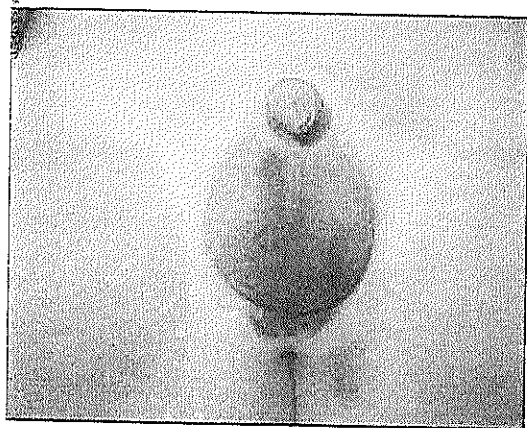
### ESTUDIOS DE LA PERFUSIÓN TESTICULAR

La mayoría de los pacientes con una TT tienen evidencias clínicas que aconsejan su exploración quirúrgica, sin necesidad de estudios complementarios (*Gráfico 1*). No está justificado retrasar la cirugía para confirmar la falta de perfusión testicular.<sup>7,9</sup> En la práctica, es frecuente que los estudios de perfusión sean normales por ser solicitados en pacientes en los que la TT es de baja prioridad diagnóstica.<sup>1</sup>

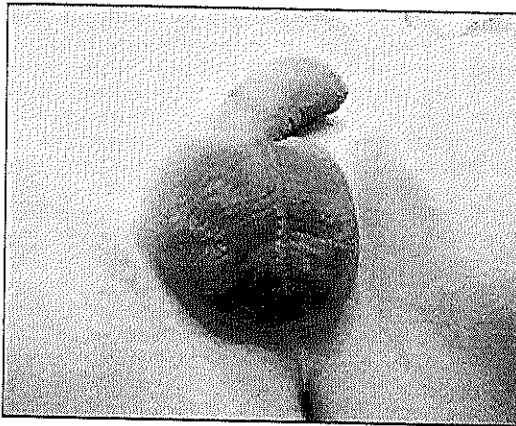
#### La ecografía Doppler color

Puede localizarse la arteria espermática en niños de segunda infancia y ver la perfusión intratesticular en niños menores. La sensibilidad y especificidad diagnósticas dependen del operador, de la resolución del equipo y del transductor utilizado. La sensibilidad informada puede ser de sólo 57%<sup>5</sup> o cercana al 100%.<sup>8-10,13,21</sup> Debería ser

FOTOGRAFÍA 7. Trauma escrotal por caída a horcajadas sobre una baranda



FOTOGRAFÍA 8. Edema agudo escrotal





un recurso diagnóstico al alcance de todo médico de emergencias,<sup>21</sup> pero nunca deberá reemplazar al criterio clínico y semiológico.<sup>1</sup>

La detorsión manual "externa" con guía ecográfica Doppler es posible, aunque poco utilizada debido a que no es tratamiento definitivo de la TT, existe el riesgo de lograr una detorsión parcial que calme el dolor pero no la isquemia<sup>17,12</sup> y además, la maniobra debe realizarse bajo anestesia general, que deberá reiterarse para la orquidopexia bilateral a las 48 horas.

#### Centellograma con pertecnetato de tecnecio 99m con colimador puntiforme

Puede determinar la vascularización testicular con una certeza diagnóstica de 86-97%.<sup>8</sup> La perfusión estará disminuida o ausente en la TT. Luego de 6 horas de producida la TT, puede observarse un halo de perfusión aumentada rodeando el centro de perfusión disminuida.

En un hidrocele a tensión o en un absceso testicular se comprobará disminución de perfusión pero la presentación clínica es muy diferente. La perfusión estará uniformemente aumentada en la OE, el trauma escrotal, la púrpura de Schölein-Henoch, en un absceso inicial o en tumores vascularizados. En la torsión de apéndices paratesticulares habrá aumento luego de 12-24 horas. Luego de una torsión testicular de resolución espontánea puede haber hipereemia transitoria.<sup>9,10</sup> Los movimientos del paciente y la inflamación de ganglios ilíacos pueden interferir en las imágenes centellográficas.

Z

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rozanki TA, Bloom DA. Male genital tract in surgery of infants and children. Keith Oldham, Paul M Colombani and Robert Foglia Scientific Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: 1552-1554.
2. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion and torsion of testicular appendages. *Pediatrics* 1998; 102(1 Pt 1):72-76.
3. Burgher SW. Acute scrotal pain. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16(4):781-809.
4. Galejs LE. Diagnosis and treatment of acute scrotum. *Am Fam Physician* 1999; 59(4):817-824.
5. Dunne PJ, O'Loughlin BS. Testicular torsion: time is the enemy. *Aust N Z J Surg* 2000; 70(6):441-442.
6. Jefferson RH, Perez LM, Joseph DB. Critical analysis of the clinical presentation of acute scrotum: a 9 year experience at a single institution. *J Urol* 1997; 158:1198-1200.
7. Kass EJ, Lundsak B. The acute scrotum. *Pediatr Clin North Am* 1997; 44(5):1251-1266.
8. Paltiel HJ, Connolly LP, Atala A, et al. Acute scrotal symptoms in boys with an indeterminate clinical presentation: comparison of color Doppler sonography and scintigraphy. *Radiology* 1998; 207(1):223-231.
9. Baker LA, Sigman D, Mathews RJ et al. An analysis of clinical outcomes using color Doppler testicular ultrasound for testicular torsion. *Pediatrics* 2000; 105 (3): 1:604-607.
10. Weber DM, Rosslein R, Fliegel C. Color Doppler sonography in the diagnosis of acute scrotum in boys. *Eur Pediatr Surg* 2000; 10(4):235-241.
11. Sidler D, Brown RA, Millar AJ, Rode H, Cywes S. A 25 year review of the acute scrotum in children. *S Afr Med J* 1997; 87(12):1696-1698.
12. Hawley CE. Assessment of acute scrotal symptoms and findings. A clinician's dilemma. *Urol Clin North Am* 1998; 25(4):715-723.
13. Suzer O, Ozcan H, Kupeli S, et al. Color Doppler imaging in the diagnosis of the acute scrotum. *Eur Urol* 1997; 32(4):457-461.
14. Haynes B. The diagnosis of testicular torsion. *JAMA* 1983; 249:2522-2528.
15. Stokes S III, Flom S. Meconium filled hydrocele sacs as a cause of acute scrotum in a newborn. *J Urol* 1997; 158(5):1960-1961.
16. Oguzkurt P, Tanyel FC, Buyukpamukcu N. Acute scrotum due to epididymo-orchitis associated with vessel anomalies in children with anorectal malformations. *J Pediatr Surg* 1998; 33(12):1834-1836.
17. Ostaszewska I, Zdrodowska-Stefanow B, Darewicz B et al. Role of *Chlamydia trachomatis* in epididymitis. Part II: Clinical Diagnosis. *Med Sci Monit* 2000; 6:1119-1121.
18. Mendez R, Tellado M, Montero M, et al. Acute scrotum: an exceptional presentation of acute nonperforated appendicitis in childhood. *J Pediatr Surg* 1999; 34(7):1183.
19. Ioannides As, Turnock R. An audit of the management of the acute scrotum with Henoch-Schönlein Purpura. *J R Coll Surg Edinb* 2001; 46(2):98-99.
20. Diana A, Gaze H, Laubscher B et al. A case of pediatric Henoch-Schönlein purpura and thrombosis of spermatic veins. *J Pediatr Surg* 2000; 35(12):1843.
21. Blaivas M, Sierzenski P, Lambert M. Emergency evaluation of patients presenting with acute scrotum using bedside ultrasonography. *Acad Emerg Med* 2001; 8(1):90-93.

Doctor:  
**ANDRÉS FELIPE MARIN.**  
C.C. No. 75.101.120.  
L.C.

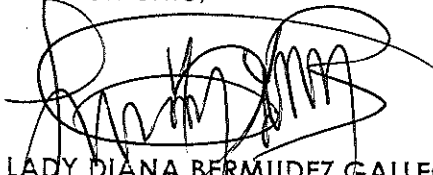
Cordial saludo.

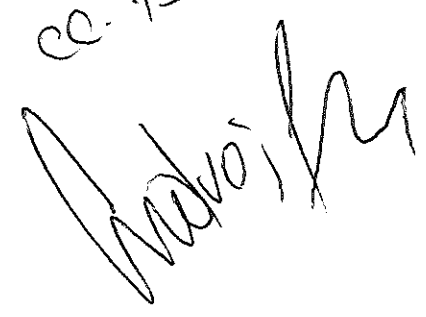
LADY DIANA BERMÚDEZ GALLEGO, mayor de edad, vecina de Santiago de Cali, abogada titulada y en ejercicio identificada tal y como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada judicial de la doctora VANAESSA PEREZ SARDY, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar que, bajo sus calidades profesionales, rinda experticia en calidad perito y dentro del proceso judicial que se refiere a continuación:

Ref. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA  
Demandante: JORGE ANDRÉS VELASCO HERNÁNDEZ Y OTROS.  
Demandados: VANESSA PEREZ SARDY, EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI  
SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA Y OTRO.  
RAD:2022-00195-00

Quedo especialmente atenta a su respuesta sobre el particular, y para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO  
C.C. No. 31.657.212 de Buga  
T. P. No. 172.395 del C.S. de la J.

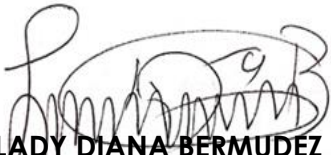
Acepto:  
Andrés Felipe Marin  
cc. 75.101.120  
Galebo  


**PREGUNTAS A PERITO EXPERTO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**  
**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
**PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA**  
**RADICACIÓN: 2022 00 195 00**

1. ¿Qué es la torsión testicular?
2. Diga ¿Cuáles son los signos propios de un cuadro inicial de una torsión testicular?
3. ¿Presentaba el paciente según la valoración clínica que hace la doctora VANESSA PEREZ síntomas claros de torsión testicular para el 12 de septiembre de 2021?
4. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que se pueden presentar en el escroto agudo?
5. ¿Cuál es el valor predictivo de signos como las náuseas o el vómito para determinar la existencia de padecimientos como la torsión testicular?
6. ¿Es posible un cuadro clínico de torsión testicular con evolución de síntomas de más de doce horas y sin la presencia de necrosis en la zona afectada?
7. ¿Es indicado frente a una impresión diagnóstica de epididimitis poner al paciente analgesia como el diclofenaco? Explique su respuesta.
8. ¿Diga cuál es la evolución en términos de tiempo de una torción testicular?
9. ¿Cuál es la probabilidad de salvamento testicular con relación al tiempo de evolución de torción testicular?
10. ¿Cuáles son las consecuencias para la vida de un paciente después de una orquiectomía?
11. ¿Cuáles son los elementos fundamentales para realizar una adecuada valoración a un paciente?

12. ¿Cuál es la importancia de la claridad de la información suministrada por un paciente?
13. ¿Diga si la presentación de la epididimitis en niños es, por regla general, de tipo viral?

Del señor Juez,



**LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO**  
**C. C. No. 31.657.212 de Buga.**  
**T. P. No. 172.395 del C.S. de la J.**



## **ANDRES FELIPE MARIN GIRALDO**

---

### **DATOS**

#### **PERSONALES**

Estado civil: Casado

Fecha de Nacimiento: Abril 22 de 1984

Cédula de Ciudadanía: 75.101.120 de Manizales

Dirección residencia: Cra 2b1 #14oeste-44 apto 504.

Dirección electrónica: [afelipemg@hotmail.com](mailto:afelipemg@hotmail.com)

[afelipemg@gmail.com](mailto:afelipemg@gmail.com), [andres.marin@correounivalle.edu.co](mailto:andres.marin@correounivalle.edu.co)

---

### **INFORMACIÓN ACADÉMICA**

#### **PRIMARIA/SECUNDARIA:**

Colegio Mayor de Nuestra Señora Manizales

#### **CULMINACIÓN:**

2000

#### **TÍTULO OBTENIDO:**

Bachiller académico

#### **ESTUDIOS UNIVERSITARIOS:**

Medicina

#### **INSTITUCIÓN:**

Universidad de Caldas

#### **TÍTULO OBTENIDO:**

Médico Cirujano

NOTA: Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)

<b>ESTUDIOS POSTGRADO:</b>	Cirugía general
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad del Valle.
<b>CULMINACIÓN</b>	Julio 20 de 2.014
<b>ESTUDIOS POSTGRADO:</b>	Cirugía pediátrica
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad del Valle.
<b>CURSADO ACTUALMENTE:</b>	Julio/ 2019 - Presente

---

## **PRÁCTICAS ACADÉMICAS**

Rotaciones de internado:

- Urgencias: abril 2-2007/mayo 6-2007. Hospital Santa Sofía ESE
- Cirugía: mayo 7-2007/junio 3-2007. Hospital Santa Sofía ESE.
- Ginecología y obstetricia: junio 4-2007/julio 2-2007. Clínica Rita Arango Álvarez del pino.
- Medicina interna: julio3-2007/agosto 5-2007. Clínica Rita Arango Álvarez.del Pino.
- Pediatría: agosto 6-2007/septiembre 2-2007. Hospital infantil.
- Psiquiatría: septiembre 3-2007/septiembre 30-2007. Clínica psiquiátrica san Juan de Dios.
- Profundización en Cirugía pediátrica: octubre 1-2007/noviembre 25-2007. Hospital infantil.
- Profundización en Anestesiología: noviembre 26-2007/diciembre 23/2007. Hospital Santa Sofía ESE.

---

## **OTROS ESTUDIOS**

- ❖ PRIMERA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN TEMAS SELECTOS, ASOCIACIÓN NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES, UNIVERSIDAD DE CALDAS, OCTUBRE 29 DE 2004.
- ❖ PRIMER SIMPOSIO DE ENFERMEDADES RENALES DEL EJE CAFETERO, MARZO 11 DE 2005.

**NOTA:** Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)

- ❖ SEGUNDA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA CAPÍTULO EJE CAFETERO, 10 DE NOVIEMBRE DE 2005.
- ❖ XXXII CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA, CENTRO DE CONVENCIONES GONZALO JIMENEZ DE QUESADA, BOGOTÁ, 22 AL 25 DE AGOSTO DE 2006.
- ❖ SOPORTE VITAL BÁSICO PARA PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD. CENTRO DE ENTRENAMIENTO JERSEY CITY MEDICAL CENTER, UNIVERSIDAD DE CALDAS: 20 DE SEPTIEMBRE DE 2008.
- ❖ APOYO VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO, CENTRO DE ENTRENAMIENTO JERSEY CITY MEDICAL CENTER, UNIVERSIDAD DE CALDAS, 28 DE SEPTIEMBRE DE 2008.
- ❖ ACTUALIZACIÓN EN REANIMACIÓN BÁSICA Y AVANZADA, SALAMANDRA, CALI. JULIO 2019.
- ❖ CURSO VIRTUAL, CORRECTO LLENADO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, JULIO 2019.
- ❖ CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA GENERAL: 2.011
- ❖ CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA GENERAL: 2013.
- ❖ CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CALI, COL. 2020.
- ❖ IPEG LATINO/ 2020.
- ❖ SESIÓN DE DISCUSIÓN DE REFLUJO VESICoureTERAL, SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, MARZO 2020.
- ❖ DIPLOMADO DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA, UNIVERSIDAD DEL VALLE: 2020.
- ❖ INTERNATIONAL PEDIATRIC AIRWAY WEBINAR, JUNIO Y SEPTIEMBRE 2020.

---

## **EXPERIENCIA LABORAL**

NOTA: Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)



❖ SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, QUINDÍO.

MARZO 6 DE 2008 A SEPTIEMBRE 6 DE 2008.

❖ MÉDICO DE URGENCIAS HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFÍA DE MANIZALES:

SEPTIEMBRE 22 DE 2008- 1 ENERO DE 2010.

❖ MÉDICO URGENCIAS HOSPITAL INFANTIL DE LA CRUZ ROJA DE MANIZALES:

SEPTIEMBRE 2008 – FEBRERO 2009.

❖ MÉDICO UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFÍA DE MANIZALES.

2 DE ENERO DE 2010- JUNIO DE 2010.

❖ CIRUJANO GENERAL, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, 1 AGOSTO/2014 – 30 JUNIO/2019.

❖ CIRUJANO GRUPO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, AGOSTO/2016 – MAYO/2019.

❖ DOCENTE HORA CATEDRA EN CIRUGÍA GENERAL, UNIVERSIDAD ICESI, AGOSTO DE 2014/JUNIO DE 2018.

❖ CIRUJANO PEDIATRA CLÍNICA IMBANACO, JULIO 2021- HASTA LA FECHA.

## **PRESENTACIONES EN CONGRESOS Y ACTIVIDADES ACADÉMICAS:**

❖ PRESENTACIÓN DEL TRABAJO: CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN URGENCIAS ABDOMINALES NO TRAUMÁTICAS: CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA, BOGOTÁ 2011.

❖ TRABAJO LIBRE, MODALIDAD DE PRESENTACIÓN ORAL: PRESENTACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACIÓN EXVIVO EN ÓRGANOS PORCINOS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN ATRESIA DE ESÓFAGO TIPO III: CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CALI, COL 2020. GANADOR DE SEGUNDO LUGAR.

❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE, MODALIDAD VIDEO: NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PIONEFROSIS GIGANTE. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CALI, COL 2020.

❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE, MODALIDAD POSTER: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE TRAUMA PENETRANTE DE RECTO EXTRAPERITONEAL EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CALI, COL 2020.

- ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE, MODALIDAD DE POSTER: INVAGINACIÓN INTESTINAL ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV-2: REPORTE DE CASO: CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CALI COL 2020
  - ❖ CONFERENCISTA: TRAUMA DE TÓRAX. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA 2022.
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE MODALIDAD PÓSTER BRONCOTOMÍA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO METÁLICO IMPACTADO EN EL BRONQUIO INTERMEDIARIO. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA 2022.
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO MODALIDAD VIDEO; RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSHIATAL DE DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFÉNICO Y ESOFAGIOTOMÍA DE HÉLLER. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA 2022.
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO MODALIDAD VIDEO: RESECCIÓN TORASOCÓPICA DE ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA EN UN LACTANTE CON CORRECCIÓN ABIERTA DE ATRESIA DE ESÓFAGO TIPO III
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO MODALIDAD VIDEO: CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ESTENOSIS DUODENAL CONGÉNITA POR PÁNCREAS ANULAR EN RECIÉN NACIDO DE 1500 GR.
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO MODALIDAD TRABAJO LIBRE (COAUTOR): RESECCIÓN TORASOCÓPICA DE ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA EN UN LACTANTE CON CORRECCIÓN ABIERTA DE ATRESIA DE ESÓFAGO TIPO III
  - ❖ NEUMOTÓRAX ESPONTANEO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ¿VIDEOTORACOSCOPIA TEMPRANA COMO UNA OPCION? SERIE DE CASOS EN INSTITUCIONES DE COLOMBIA. (COAUTOR) CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA 2022.
  - ❖ PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE MODALIDAD PÓSTER: BLASTOMA PLEUROPULMONAR EN PACIENTE DE 4 AÑOS. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA 2022.
- 

---

## **PUBLICACIONES:**

- ❖ Estrategias de educación en un programa de formación

NOTA: Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)

en cirugía pediátrica, como respuesta a la pandemia por COVID-19. Rev Colomb Cir. 2020;35:553

<https://doi.org/10.30944/20117582.780>

❖ Novel Coronavirus Infection in an Infant with Intussusception- case report. Global Pediatric Health Volume 8: 1–3. The Author(s) 2021 Article reuse guidelines: [sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions). DOI:10.1177/2333794X211012978.

---

#### REFERENCIAS PERSONALES

**DR. FREDY OROZCO GARCÍA**  
**CIRUJANO PEDIATRA**  
**CLÍNICA FARALLONES Y CLINICA CLUB NOEL**  
**TEL. 315 544 9232**

Dr. CARLOS ALBERTO MELO HERNÁNDEZ  
CIRUJANO PEDIATRA  
CLÍNICA FARALLONES- CLÍNICA CLUB NOEL – CLÍNICA IMBANACO  
TEL. 315 563 37 14

---

#### REFERENCIAS FAMILIARES

NOTA: Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)

ANDRES FELIPE MARIN GIRALDO  
TEL. 318- 820 05 76 / (2) 3724418

Dr. ENRIQUE HERRERA CASTAÑEDA  
GINECOLOGÍA – ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA E INFERTILIDAD  
CENTRO MÉDICO IMBANACO  
TEL. 315 – 560 15 04

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrés M', with a stylized flourish at the end.

---

**ANDRES FELIPE MARIN GIRALDO**  
**75.101.120 DE MANIZALES**

**NOTA: Para todos los efectos legales, certifico que la información en este documento es veraz, y puede ser verificada en su totalidad (CST. Art. 62 Num. 10)**

En nombre de la República de Colombia  
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional



# La Universidad de Caldas

En atención a que

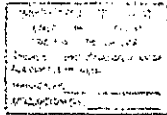
**Andrés Felipe Marín Giraldo**

C.C. No. 75101129 de MANIZALES

Ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

**MÉDICO CIRUJANO**

Y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las firmas y registro respectivos



*[Firma]*  
Rector

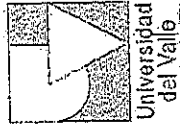
*Fernando Duque Corrao*  
Secretario General

Manizales, 1 de febrero de 2003 Oficina de Registro Académico folio 36/1067 del libro No. 4

No. 18841



República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional



# La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Cirugía General

a

*Andres Felipe Marin Giraldo*

Identificado con C.C. 75101120

En testimonio de ello le expide el presente Diploma,  
en la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,  
a los 17 días, del mes de Octubre de 2014

El Rector

El Decano

Registre el título 78-28 del Libro 3 de Diplomas, a los 17 días del mes de Octubre de 2014

082674







República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional



# La Universidad del Valle

Confiere el Título de

## Especialista en Cirugía Pediátrica

a

*Andres Felipe Marin Giraldo*

Identificado con c.c. 75101120

En testimonio de ello le expide el presente Diploma,  
en la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,  
a los 15 días del mes de octubre de 2021



*Mias*  
El Rector

Registro al folio 77-6 del Libro 4 de Diplomas, a los 15 días del mes de octubre de 2021.

*[Signature]*  
El Decano

0116123

Doctora:  
**SANDRA LILIANA GONZALEZ.**  
**L.C.**


Cordial saludo.

LADY DIANA BERMÚDEZ GALLEGO, mayor de edad, vecina de Santiago de Cali, abogada titulada y en ejercicio identificada tal y como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada judicial de la doctora VANAESSA PEREZ SARDY, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar que, bajo sus calidades profesionales, rinda experticia en calidad perito y dentro del proceso judicial que se refiere a continuación:

Ref. **PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA**  
Demandante: **JORGE ANDRÉS VELASCO HERNÁNDEZ Y OTROS.**  
Demandados: **VANESSA PEREZ SARDY, EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA Y OTRO.**  
**RAD:2022-00195-00**

Quedo especialmente atenta a su respuesta sobre el particular, y para los fines pertinentes.

Atentamente,

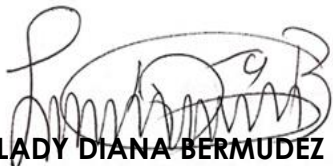
  
**LADY DIANA BERMÚDEZ GALLEGO**  
**C. C. No. 31.657.212 de Buga**  
**T. P. No. 172.395 del C.S. de la J.**

Acepto  
Sawu 6  
Sandra Liliana Gonzalez  
CC 67011839

**PREGUNTAS A PERITO EXPERTO EN NEUROPSICOLOGÍA  
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD  
PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA  
RADICACIÓN: 2022 00 195 00**

1. ¿Qué es el autismo funcional?
2. ¿Qué limitaciones genera en la vida diaria el padecimiento de autismo funcional?
3. ¿Qué restricción tiene un paciente con autismo funcional para la demostración de sentimientos o manifestaciones del dolor?

Del señor Juez,



**LADY DIANA BERMUDEZ GALLEGO**  
C. C. No. 31.657.212 de Buga.  
T. P. No. 172.395 del C.S. de la J.

## **SANDRA LILIANA GONZALEZ FLOREZ**



CC. 67.011.839 Cali  
Lugar y fecha de nacimiento:  
Pereira 22 Abril de 1978  
Cel: 3184812056  
E-mail: [lilineuro@hotmail.com](mailto:lilineuro@hotmail.com)  
Santiago de Cali - Colombia

### **PERFIL PROFESIONAL**

Psicóloga con énfasis en el área de la psicología clínica y educativa con enfoque cognitivo conductual, con entrenamiento en TREC ( terapia racional emotiva) con especialización en Neuropsicopedagogía, maestría en Neuropsicología y educación, certificada en diagnóstico de autismo, especialista en seguridad y salud en el trabajo, Claridad conceptual y conocimientos en el área Clínica en lo relacionado con salud mental, desarrollo infantil, procesos de aprendizaje, intervenciones a nivel individual y grupal, programas de prevención y promoción de la salud, con habilidades en la elaboración de propuestas que busquen el bienestar de la comunidad.

### **EXPERIENCIA LABORAL**

Neuropsicóloga - psicóloga

**Fundación Clínica Valla Del Lili**  
**Cali**

**2007 - actualmente**

Realización de evaluaciones neuropsicológicas a niños y adolescentes, igual que procesos de rehabilitación, asesorías a colegios, y apoyo el grupo terapéutico de jóvenes de la Clínica Valle de Lili, coordinadora del grupo de estudio en Autismo Realizo proceso de rehabilitación cognitiva.

## **Docente especialización neuropsicología infantil**

### **Pontificia Universidad Javeriana**

Cali

2010 - 2012

Asesoré prácticas de la especialización en neuropsicología infantil.

## **Docente**

### **Universidad Pontificia Bolivariana**

Palmira

2006 - 2007

Dicté las cátedras del área de Biodesarrollo como Biología, Neuroanatomía, Psicofisiología, y Neuropsicología. Realicé apoyo a los trabajos de grado como asesora de algunos proyectos, al igual que a algunas prácticas.

## **Consultorio particular**

Cali

2002 - 2006

Realicé evaluaciones Neuropsicológicas, trabajo con adolescentes y niños.

Realizo apoyo psicopedagógico a niños pre-escolares, de primaria y secundaria.

Psicóloga

## **Colegio y centro de arte Juvenilia**

Cali

2002 - 2006

Realicé evaluaciones de desarrollo para el ingreso al colegio, diseño y ejecución de la escuela de padres, el programa de orientación profesional, manejo el programa de orientación sexual y reproductiva, se dictaron talleres de afectividad desde el pre-escolar hasta once grado. Realicé el proceso de selección de personal por competencias, y atiendo a toda la comunidad educativa (alumnos, padres, docentes, área administrativa)

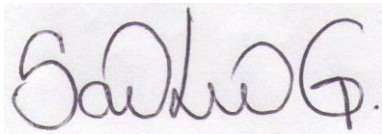
## **ESTUDIOS**

- Conscious discipline CD1, Mexico 2022
- Maestría en neuropsicología y educación, Universidad Internacional de la Rioja 2016
- Especialización en Neuropsicopedagogía, Universidad de Manizales. 2009
- Especialización en sistemas de gestión y seguridad en el trabajo 2017
- Psicología, Pontificia Universidad Javeriana- Seccional Cali 2002
- certificación en TREC primary – advance instituto Albert Ellis 2013
- Certificación en diagnóstico de autismo, COTI Monterrey, México 2018
- Seminario diagnóstico de autismo, PUJ
- Seminario déficit de atención con hiperactividad; PUJ
- Diplomado neuropsicología del preescolar Universidad Javeriana-2010
- IIT comunicación no violenta . España 2017

- Simposio de educación.
- Simposio de neurociencias

## REFERENCIAS

- Ángela María Pérez  
Neuropsicóloga  
Centro medico imbanaco.  
Teléfono: 3155759171
- Paola Andrea Díaz  
neuropsicopedagoga  
Teléfono: 3183819832
- Dra. Ana María guerra  
Psiquiatra  
Fundación Clínica Valle del lili  
Teléfono: 3173717658



---

SANDRA LILIANA GONZALEZ  
Psicóloga - Neuropsicopedagoga  
Reg # 760294- 03