


**RV: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN 2021-00118-00**

RICARDO IVAN RODRIGUEZ RODRIGUEZ &lt;rrr.ri@hotmail.com&gt;

Mié 7/06/2023 4:44 PM

Para: Juzgado 02 administrativo - Nariño - Pasto &lt;adm02pas@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

 1 archivos adjuntos (2 MB)

ALEGATOS DE CONCLUSION 2021 00118 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.pdf;

**San Juan de Pasto, 07 de junio de 2023****Señores****JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PASTO****E. S. D.****MEDIO DE CONTROL:****RADICADO:****DEMANDANTE:****DEMANDADO:****LLAMADO EN GARANTÍA:****ASUNTO:****ACCION DE REPARACION DIRECTA****52001-33-33-002-2021-00118-00****ALEXIS HERNEY ROMO CHAMORRO y Otros****E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES****ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.****ALEGATOS DE CONCLUSION**

**RICARDO IVAN RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía # 12.981.001 de Pasto y tarjeta profesional de abogado # 71.122 del C.S. de la J., actuando como apoderado judicial de la llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, en oportunidad y mediante este escrito presento ALEGATOS DE CONCLUSION, del proceso de la referencia el cual me permito adjuntar en archivo PDF.

**Atentamente,****RICARDO RODRIGUEZ RODRIGUEZ****C.C. No. 12.981.001 DE PASTO****T.P. No. 71122 DEL C.S. DE LA J.**

San Juan de Pasto, 07 de junio de 2023

Señores

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PASTO

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: ACCION DE REPARACION DIRECTA  
RADICADO: 52001-33-33-002-2021-00118-00  
DEMANDANTE: ALEXIS HERNEY ROMO CHAMORRO y Otros  
DEMANDADO: E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES  
LLAMADO EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSION

**RICARDO IVAN RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía # 12.981.001 de Pasto y tarjeta profesional de abogado # 71.122 del C.S. de la J., actuando como apoderado judicial de la llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, en oportunidad y mediante este escrito presento ALEGATOS DE CONCLUSION, lo que hago en los siguientes términos y por las siguientes razones:

#### I. CON RESPECTO A LA DEMANDA:

La parte accionante pretende que se declare y se condene a la E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES por “... errores médicos importantes, como inexistencia de diagnóstico oportuno, tardío, negligencia por comisión y por omisión, que configura la responsabilidad médica, que causó el fallecimiento de la señora MARIA ISMENIA CHAMORRO ERASO, sucedido el 12 de mayo de 2020...”

Para realizar la anterior súplica, la parte accionante refiere en los hechos más relevantes, que:

1. La señora MARÍA ISMENIA CHAMORRO ERASO, el día 7 de abril de 2018, presentó quebrantos en su salud, afectada de dolor en su espalda, recibiendo atención médica en la entidad aquí convocada, dolencia que para calmarla le aplicaron DICLOFENACO.

Siendo el 7 de abril de 2018, fecha en donde inicia las atenciones en salud de la señora MARIA ISMENIA CHAMORRO ERASO.

2. La misma paciente, entre día 7 de abril de 2018, hasta el 13 de septiembre de 2019, entrando a las 04.39 de la madrugada, presentaba múltiples dolencias, en cuya secuencia tuvo que acudir a la misma entidad de salud, sala de observación-urgencias, primer nivel, atención prestada en el Municipio de Linares, lugar de su domicilio, detectándose DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR, con su misma dolencia, es decir con el dolor de espalda.

En este hecho manifiesta que hubo varias entradas a la E.S.E. pero al parecer comete un error en la fecha de “13 de septiembre de 2019”, por cuanto en la historia clínica no aparece ese dato y más bien el accionante debió manifestar que era “13 de septiembre de 2018”, como lo relaciona en el hecho 6.

6. Fueron repetidas las consultas de la paciente, según el orden cronológico que realiza el perito forense, entre ellas, las del 12 y 13 de septiembre de 2018, se hace el diagnóstico de DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR, DETECTADO POR PALPACIÓN PROFUNDA EN FOSA ILIACA DERECHA, CON UN DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA.


Obsérvese como en el **hecho # 6** de la demanda, la misma parte accionante desvirtúa las súplicas de ésta, ya que en este hecho está claro que en las atenciones en la E.S.E. JUAN PABLO II DE LINARES, del **12 y 13 de septiembre de 2018**, se diagnosticó “**APENDICITIS AGUDA**”, por lo tanto, queda sin piso el argumento de la parte accionante que sugiere “...inexistencia de diagnóstico oportuno, tardío, negligencia por comisión y por omisión, que configura la responsabilidad médica...”, ya que el diagnóstico se hizo **20 meses** antes de su lamentable fallecimiento en el mes de **mayo de 2020**.

7. Los profesionales de la salud que prestan su servicio en la entidad demandada, manejan la enfermedad con HIOSCINA Y NAPROXENO, DICLOFENACO, con parcial mejoría pero el dolor se vuelve más intenso.

En el hecho # 7 la parte accionante relaciona los medicamentos con que fue manejado el diagnóstico de “**APENDICITIS AGUDA**”, pero extrañamente deja de lado y no menciona que la paciente fue remitida a hospital de tercer nivel (CORPOSALUD), para ser valorada por especialista en Cirugía General, que fue programada para “Apendicectomía”, que la paciente fue revalorada para cirugía y que al haber mejoría fue dada de alta y ordenan egreso sin cirugía; todo la anterior reposa en la Historia Clínica y en los Anexos de la demanda:

En el **folio 238 de los anexos** de la demanda, está el ingreso de la paciente el **13 de septiembre de 2018** al servicio de urgencias de la ESE, la remisión que hace el médico de turno “a hospital de tercer nivel” y la salida del servicio de urgencias.

238



ESE  
JUAN PABLO II  
MUNICIPIO DE LINARES

TEL: 042486257-7

ROL: 00000000000000000000

CLASE

23802941

23-09-18

CLASE

23802941

23-09-18

1º APELLIDO

CHAMCINO

2º APELLIDO

ERAS

MONICA

3º APELLIDO

ISMAEL

SEXO

F

FECHA

13-09-18

HISTORIA PREVA POR

MONICA

HORA

NOTAS DE ENFERMERIA

FIRMA

13-09-18

15:30

Atiende paciente al servicio de urgencias Chamcino Eras, mujer de 47 años de edad, procedente del grupo cibernético, con dolor abdominal en la parte superior derecha, en buen estado higiénico y nutricional, sin fiebre, sin dolor en la parte baja de abdomen, refiere que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que ha tomado pastillas de paracetamol, paciente es valorada por médico de turno de una manera que le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior derecha, deja en observación, con oxígeno con saturación 98% y con líquidos endovenosos. Se le da mantenimiento de líquidos. Examen de laboratorio: Hb: 11.10, Ht: 30.1, Rta: 10.36°C, Sfr: 98.1.

monica fantasea

17:00

Se leen resultados de laboratorio, por lo que el médico de turno decide llamar al consultor de emergencia y remitir a hospital de tercer nivel.

monica fantasea

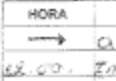
19:00

Atiende paciente al servicio de urgencias Chamcino Eras, mujer de 47 años de edad con diagnóstico de dolor abdominal en la parte superior, viene acompañada de familiar con documentación completa, con historia de embarazo, refiere dolor en la parte superior derecha, en buen estado higiénico y nutricional, sin fiebre, sin dolor en la parte baja de abdomen, refiere que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que ha tomado pastillas de paracetamol, paciente es valorada por médico de turno de una manera que le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior derecha, deja en observación, con oxígeno con saturación 98% y con líquidos endovenosos. Se le da mantenimiento de líquidos. Examen de laboratorio: Hb: 11.10, Ht: 30.1, Rta: 10.36°C, Sfr: 98.1.

monica fantasea

En el **folio 239 de los anexos**, el **13 de septiembre de 2018** entregan la paciente a la Clínica Corposalud de la ciudad de Pasto, que viene remitida desde el municipio de Linares de la ESE JUAN PABLO II.

239



ESE  
JUAN PABLO II  
MUNICIPIO DE LINARES

TEL: 042486257-7

ROL: 00000000000000000000

CLASE

23802941

23-09-18

CLASE

23802941

23-09-18

1º APELLIDO

CHAMCINO

2º APELLIDO

ERAS

MONICA

3º APELLIDO

ISMAEL

SEXO

F

FECHA

13-09-18

HISTORIA PREVA POR

MONICA

HORA

NOTAS DE ENFERMERIA

FIRMA

13-09-18

19:00

Atiende paciente al servicio de urgencias Chamcino Eras, mujer de 47 años de edad con diagnóstico de dolor abdominal en la parte superior, viene acompañada de familiar con documentación completa, con historia de embarazo, refiere dolor en la parte superior derecha, en buen estado higiénico y nutricional, sin fiebre, sin dolor en la parte baja de abdomen, refiere que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que ha tomado pastillas de paracetamol, paciente es valorada por médico de turno de una manera que le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior derecha, deja en observación, con oxígeno con saturación 98% y con líquidos endovenosos. Se le da mantenimiento de líquidos. Examen de laboratorio: Hb: 11.10, Ht: 30.1, Rta: 10.36°C, Sfr: 98.1.

monica fantasea

20:00

Atiende paciente al servicio de urgencias Chamcino Eras, mujer de 47 años de edad con diagnóstico de dolor abdominal en la parte superior, viene acompañada de familiar con documentación completa, con historia de embarazo, refiere dolor en la parte superior derecha, en buen estado higiénico y nutricional, sin fiebre, sin dolor en la parte baja de abdomen, refiere que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que ha tomado pastillas de paracetamol, paciente es valorada por médico de turno de una manera que le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior derecha, deja en observación, con oxígeno con saturación 98% y con líquidos endovenosos. Se le da mantenimiento de líquidos. Examen de laboratorio: Hb: 11.10, Ht: 30.1, Rta: 10.36°C, Sfr: 98.1.

monica fantasea

En el **folio 292 de los anexos** de la demanda, está el formato de la referencia y contrareferencia, causa de la remisión y el diagnóstico de “**apendicitis aguda**”, de fecha 13 de septiembre de 2018.







578

[illegible]

579

[illegible]

Como es posible que la parte accionante omitiera toda esta información relevante y que demuestra que el **13 de septiembre de 2018** a la paciente se le diagnosticó en la E.S.E. JUAN PABLO II “**APENDICITIS AGUDA**”, que fue remitida a un hospital de tercer nivel para que sea valorada por Cirugía General, que en **CORPOSALUD** le programaron “**APENDICECTOMIA VIA ABIERTA**”, que luego fue revalorada y por la mejoría le dieron egreso sin cirugía el día **16 de septiembre de 2018**, veinte (20) meses antes de su lamentable deceso.

En el hecho # 9 de la demanda, la parte accionada miente descaradamente al decir que “*jamás en sus numerosas entradas a la entidad de salud aquí citada, se le determinó el diagnóstico de APENDICITIS*”, esto fácilmente se desmiente con los argumentos expuestos ya anteriormente.

9. La precitada paciente, madre y hermana de los demandantes, **jamás en sus numerosas entradas a la entidad de salud aquí citada, se le determinó el diagnóstico de APENDICITIS**, hasta que ésta se perfora, cuando ya era demasiado tarde para su remisión oportuna que pudo salvar su vida, cuya negligencia médica, ocasionó LA PERITONITIS, siendo una patología mortal, que fue grave en ese momento, pero que no obstante la intervención quirúrgica en la ciudad de Pasto, no fue posible salvar su vida, causando su deceso a muy temprana edad.

En el hecho # 8 de la demanda, la parte accionada relaciona otra entrada a urgencias en la E.S.E. JUAN PABLO II del día **25 de abril de 2019**:

8. La señora MARÍA ISMENIA CHAMORRO ERASO, fue hospitalizada en múltiples oportunidades en primer nivel, por cuadro de dolor abdominal y el 25 de abril de 2019, retorna al hospital manifestando sus dolencias, con resultado de ecografías, que reporta COLECISTOLITIASIS, con el mismo dolor abdominal, el cual se manejó en múltiples oportunidades en urgencias con antiespasmódicos, agotando las medidas terapéuticas asociada a ello conduce a una patología quirúrgica, hasta la nueva consulta del 26 de abril de 2019, con el mismo dolor abdominal, refiriendo la misma sintomatología de hace dos años.

Por esta nueva consulta, la paciente es diagnosticada con COLECISTOLITIASIS que significa “cálculos en la vesícula”; por esta razón es remitida a la ciudad de Pasto para que sea valorada por Cirugía General, en donde finalmente es sometida a cirugía de vesícula; información **extrañamente OMITIDA** en los hechos de la demanda y en el “**Concepto pericial del Médico RUBÉN DARIO ANGULO GONZALEZ .....**”.

E.S.E JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES  
codigo de habilitacion 524110089601  
Direccion: BARRIO SAN SEBASTIAN Telefono: (092) 8183192.  
FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Folio No: 17254

PACIENTE: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA

IDENTIFICACION: CC27302971

No HISTORIA: 27302971

EMPRESA: EMSSANAR ESS.

DIAGNOSTICO:

E.CIVIL: EDAD: 48 Años

SEXO: femenino

FEC. NAC: 25/05/1971

FECHA ATENCION: 25/04/2019 09:05 a.m.

TELEFONO: 2116583836

MUNICIPIO: LINARES (N)

DIRECCION: Sin Informacion

NOMBRE: DIANI DELGADO

DIRECCION: XXXX

ACUMPAÑANTE:

PARENTESCO: Otro

TELEFONO:

NIVEL EDUCATIVO: Basica Primaria

DISCAPACIDAD:

GESTACION: No

Ocupacion: No Aplica

VIC. CONFLICTO ARMADO: No

POSICION INGT: No

DESPLAZADO: No

ETNIA: Otras Etnias

RELIGION:

VIC. MALTRATO No

INFORMACION GENERAL:

ESTITUCION : CX GENERAL

MUNICIPIO : PASTO (N)

ESPECIALIDAD : CX GENERAL

NIVEL : Nivel 3

TIPO DE REMISION: Prioritaria

AREA ACTUAL DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE: CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO PAL.: R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

DIAGNOSTICO REL.: N818 OTRAS COLECISTITIS

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

2 COLECISTITIS, SIN COLECISTIASIS

CAUSA DE LA REMISION:

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA, DE DOLOR ABDOMINAL, EL CUAL SE HA MANEJADO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES EN URGENCIAS CON ANTIESPASMODICOS, INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES PERO PACIENTE RECONSULTA POR CUADRO CLINICO INFERIDO EN MULTIPLES OCASIONES, SE SOLICITO ECOGRAFIA TOTAL DE ABDOMEN EN LA CUAL REPORTO COLECISTOLITIASIS, MOTIVO POR EL CUAL PACIENTE DEBE SER VALORADA POR CX GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA, YA QUE EN PRIMER NIVEL SE AGOTARON LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS ASOCIADO A ELLO ES UNA PATOLOGIA QUIRURGICA, AL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL.

En el folio 251 de los anexos de la demanda, se puede determinar en el formato de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, que la CAUSA DE LA REMISIÓN es: “*PACIENTE DE LARGA DATA, DE DOLOR ABDOMINAL, EL CUAL SE HA MANEJADO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES EN URGENCIAS CON ANTIESPASMODICOS, INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES PERO PACIENTE RECONSULTA POR CUADRO CLINICO INFERIDO EN MULTIPLES OCASIONES, SE SOLICITO ECOGRAFIA TOTAL DE ABDOMEN EN LA CUAL REPORTO COLECISTOLITIASIS, MOTIVO POR EL CUAL PACIENTE DEBE SER VALORADA POR CX GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA, YA QUE EN PRIMER NIVEL SE AGOTARON LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS ASOCIADO A ELLO ES UNA PATOLOGIA QUIRURGICA, AL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL*”; lo que indica que para esta fecha **25 de abril de 2019** (un -1- año antes del fallecimiento), la paciente fue remitida a hospital de tercer nivel (CORPOSALUD que no fue vinculada a este proceso), para que sea valorada y si se practique cirugía, la cual fue programada entre el

17 y 18 de julio de 2019, tal y como se puede evidenciar entre los folios 475 y 492 de los anexos de la demanda.

Todos estos antecedentes indican que la paciente fue diagnosticada con anterioridad a **abril de 2020**, por **apendicitis aguda** y por **colecistolitiasis**, por lo que fue remitida a un hospital de tercer nivel para que sea valorada y operada; con esto se desvirtúa la presunta “...*inexistencia de diagnóstico oportuno, tardío, negligencia por comisión y por omisión, que configura la responsabilidad médica.*”, que reclama la parte accionante sin fundamento en la demanda.

**I.I. CON RESPECTO AL CONCEPTO PERICIAL DEL MÉDICO**  
**RUBÉN DARIO ANGULO GONZALEZ**  
**CONCEPTO MÉDICO**

Una vez analizada la información disponible en el CONCEPTO PERICIAL y en el expediente digital del proceso, queda claro que no se encuentra acreditado una falla del servicio médico y/o falla administrativa en las diferentes atenciones en salud proporcionadas a la señora María Ismenia Chamorro Eraso en la E.S.E. JUAN PABLO II del municipio de Linares entre el 07 de abril de 2018 y el 12 de mayo de 2020.

Para llegar a la anterior conclusión, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1. La ESE JUAN PABLO II del municipio de Linares, es una Institución prestadora de Servicios de Salud de **PRIMER NIVEL** de naturaleza pública, tiene habilitados los servicios de consulta externa, urgencias, promoción y prevención, psicología, odontología y laboratorio clínico. **Al ser una institución de salud de primer nivel, sólo cuenta con atención de medicina general.**
- 2. Previo a las hechos cuestionados en la demanda, esto es, el 07 de abril de 2018, la señora María Ismenia Chamorro Eraso presentaba como antecedentes médicos de importancia, los siguientes:

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Fecha de nacimiento             | 20 de mayo de 1971   |
| Sexo                            | Femenino   |
| Antecedentes Médicos Personales |  |
| Padecimientos médicos           | - Gastritis<br>- Obesidad: IMC 30  |
| Procedimientos quirúrgicos      | - Histerectomía más cistopexia por diagnóstico de miomatosis uterina y cistocele; procedimiento quirúrgico realizado 2013;<br>- Pomeroy – procedimiento quirúrgico realizado 2008. |
| Padecimientos psiquiátricos     | No se encuentran acreditados   |
| Accidentes y traumatismos       | No se encuentran acreditados   |
| Abuso de sustancias             | No se encuentran acreditados   |
| Discapacidades                  | No acreditadas   |

- 3. Entre el 07 de abril de 2018 y el 12 de mayo de 2020 se le prestó a la señora María Ismenia Chamorro **nueve atenciones** en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares:

| Fecha de la atención     | Servicio                            |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 7 de abril de 2018       | Consulta externa – medicina general |
| 18 de mayo de 2018       | Consulta externa – medicina general |
| 12 de septiembre de 2018 | Urgencias                           |



|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 13 de septiembre de 2018 | Urgencias - reingreso               |
| 13 de abril de 2019      | Urgencias                           |
| 25 de abril de 2019      | Consulta externa – medicina general |
| 19 de marzo de 2020      | Consulta externa – medicina general |
| 26 de abril de 2020      | Urgencias                           |
| 26 de abril de 2020      | Urgencias - reingreso               |

4. En cada una de las atenciones en salud se prestó atención médica oportuna y necesaria, acorde con el cuadro clínico presentado, se ordenaron y realizaron losexámenes pertinentes, atendiendo al nivel de complejidad de la institución de salud asegurada.

Adicionalmente, en los casos en que se consideró necesario la remisión de la señora María Ismenia Chamorro para valoración por especialidades médicas o para atención en un nivel de mayor complejidad, éstas se llevaron a cabo sin demoras, dando aplicación al sistema de referencia y contrareferencia.

| Fecha de la atención     | Servicio al que se solicitó remisión  |
|--------------------------|---|
| 18 de mayo de 2018       | Ortopedia por diagnóstico de dolor dorso lumbar.  |
| 13 de septiembre de 2018 | Remisión a III nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospechade apendicitis aguda.                                  |
| 25 de abril de 2019      | Cirugía general por diagnóstico de coleditiasis sin colecistitis  |
| 19 de marzo de 2020      | Fisiatría por diagnóstico de dorsalgia asociada a hipertrofia de la mama.   |
| 26 de abril de 2020      | Remisión a III nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospechade apendicitis aguda vs enfermedad diverticular aguda. |

5. Para este caso, se analizará las nueve atenciones en salud prestadas a la señoraMaría Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares en cuatro grupos diferentes, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de tiempo, modo y lugar.

| Diagnóstico relacionado                             | Fechas de la atención    |
|---|--------------------------|
| Dolor dorso lumbar                                  | 7 de abril de 2018       |
|   | 18 de mayo de 2018       |
|   | 19 de marzo de 2020      |
| Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda #1  | 12 de septiembre de 2018 |
|   | 13 de septiembre de 2018 |
| Dolor abdominal – coleditiasis sin colecistitis     | 13 de abril de 2019      |
|   | 25 de abril de 2019      |
| Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2 | 26 de abril de 2020      |
|   | 26 de abril de 2020      |

6. Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor dorsolumbar.

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Dolor dorso lumbar | 7 de abril de 2018  |
|                    | 18 de mayo de 2018  |
|                    | 19 de marzo de 2020 |

- 6.1. A la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron tres atenciones en salud en la E.S.E. Juan

Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en región dorso lumbar, dos de ellas en el año 2018 y una para el año 2020. Estas atenciones en salud **no guardan relación de causalidad con el fallecimiento de a paciente ocurrido el 12 de mayo de 2020.**

- 6.2. Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que, las atenciones en salud mencionadas se prestaron de manera adecuada y oportuna. No se limitaron a la formulación de analgésicos, como se pretende hacer ver en el informe pericial aportado:

Página 3 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 37 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

**RESUMENES**  
**E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES**  
**Paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA**  
**Edad: 47 años**  
**HC: 27302971**  
**Evolución, fecha de atención, 07-04-18**  
**MC, me duele la espalda.- diclofenaco**

Página 4 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 38 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

**EVOLUCIÓN, FECHA DE ATENCIÓN, 18-05-18**  
**MC, Tengo dolor de espalda. DX.- DOLOR DORSO LUMBAR, naproxeno.**  
**Paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA**  
**Edad: 47 años**  
**HC: 27302971**

Página 7 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 43 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

**FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**  
**FECHA DE ATENCION, 19-03-2020 09:54 AM**  
**MC: mal de la circulación y me duelen los huesos.**  
**EA: cuadro clínico de varios meses de evolución, con dolor en columna total de moderada intensidad ya tratada en varias oportunidades, pero sin la mejoría deseada.**  
**RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES**

- 6.3. La historia clínica indica que se realizó anamnesis, examen físico, se ordenaron ayudas diagnósticas; una vez se obtuvo el resultado, se interpretaron pertinentemente, identificándose el requerimiento de manejo médico por especialista, razón por la cual se ordenó remisión a la especialidad de ortopedia y, posteriormente, a la especialidad de fisiatría.

En la historia clínica disponible, existe registro de atenciones en salud y seguimiento por el médico especialista en ortopedia en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto (sombreadas de color azul).

Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares

|    |    |      |  |   |
|----|----|------|--|---|
| 07 | 04 | 2018 | 10:20 pm<br>Medicina<br>SSO Juan<br>Manuel<br>Villarreal | <p><u>Motivo de consulta:</u> “me duele la espalda”</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en dolor y limitación funcional en zona lumbar que se irradia hacia hombro. Sin otra sintomatología.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/> Generales: gastritis, pomey, histerectomía.<br/> Gineco obstétricos: menopausia. Gestaciones 2, partos 2, cesáreas 0, aborto 0, vivos 2.<br/> Traumáticos: no refiere<br/> Alérgicos: No refiere<br/> Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere</p> <p><u>Examen físico:</u><br/> TA: 110/80 mmHg; FC 83 lpm; FR: 19; T: 36,2°C<br/> Aspecto general: alerta<br/> Peso: 75 Kg – Talla 153 cm –<br/> IMC 32 Piel y faneras: [no legible]<br/> Cráneo: normocéfala, [no legible]. Ojos: pupilas isocóricas.<br/> Oídos, nariz, boca, garganta: simétrico<br/> Cuello: [no legible], sin adenopatías.<br/> Cardiopulmonar: ruidos rítmicos, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, sin dolor.<br/> Osteoarticular – extremidades: móviles, sin edemas, sin dolor. Neurológico: [no legible], sin déficit motor.</p> <p><u>Impresión diagnóstica:</u> Lumbalgia</p> <p><u>Conducta:</u> Rayos x dorsal y lumbar; [no legible]; Diclofenaco 75 mg intramuscular; [no legible].</p> |
| 18 | 05 | 2018 | 08:00 pm<br>Medicina<br>SSO Juan<br>Manuel<br>Villarreal | <p><u>Motivo de consulta:</u> “tengo dolor de espalda”</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en dolor punzada en columna dorsal que se irradia a hombros y zona lumbar. El dolor aumenta con la movilidad [no legible] y diclofenaco sin mejoría.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/> Generales: gastritis, pomey, histerectomía.<br/> Gineco obstétricos: menopausia. Gestaciones 2, partos 2, cesáreas 0, aborto 0, vivos 2.<br/> Traumáticos: no refiere<br/> Alérgicos: No refiere</p>  |

| Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>Farmacológicos:<br/>omeprazol. Tóxicos: no refiere</p> <p><u>Examen físico:</u><br/>TA: 100/60 mmHg; FC 75 lpm; FR: 19; T: 36,2°C<br/>Aspecto general: alerta, afebril<br/>Peso: 73 Kg – Talla 153 cm – IMC 32.3<br/>Piel y faneras: [no legible]<br/>Cráneo: normocéfala.<br/>Ojos: pupilas isocóricas, reactivas<br/>Oídos, nariz, boca, garganta: simétrico, [no legible]. Cuello: [no legible], sin adenopatías.<br/>Cardiopulmonar: ruidos rítmicos, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, sin dolor.<br/>Osteoarticular – extremidades: anormal [no legible], sin edemas. Dolor en columna dorsal.<br/>Neurológico: sin déficit motor.</p> <p><u>Reporte de ayudas diagnósticas:</u><br/>Rayos x columna dorsal: sin alteraciones. Rayos x columna lumbar: sin alteraciones <u>Impresión diagnóstica:</u><br/>Dolor dorso lumbar no especificado.</p> <p><u>Conducta:</u> Valoración traumatología; Naproxeno 250 mg tomar 1 tableta cada 8 horas. #21</p> |

| Atención ambulatoria - Corposalud SAS |    |      |   |  |
|---------------------------------------|----|------|---|--|
| 10                                    | 09 | 2018 | 16:15<br>Ortopedia<br>Gerardo<br>Enriquez<br>Martínez | <p>Motivo de consulta: remitida<br/>Enfermedad actual: Paciente presenta dolor de columna cérvico dorsal de larga evolución sin causa aparente.<br/>Examen físico: espalda: contractura para vertebral, movilidad completa de columna cervical.<br/>Rayos X de columna lumbar: normal.<br/>Diagnóstico: M 546. Dolor en la columna dorsal. Tipo de diagnóstico: confirmado nueva.<br/>Análisis y plan: recomendaciones generales, inicio de fisioterapia para columna cervical, control en dos meses, AINES (acetaminofén 500 mg una tableta cada seis horas. Naproxeno 250 mg una tableta cada 12 horas).</p> |
| 10                                    | 12 | 2018 | 14:40<br>Ortopedia<br>Gerardo<br>Enriquez<br>Martínez | <p>Motivo de consulta: control.<br/>Enfermedad actual: paciente que ha mejorado su dolor cervicodorsal en tratamiento con terapia física con buena evolución.<br/>Examen físico: espalda: movilidad completa de columna cervicodorsal. Diagnóstico principal: M 546. Dolor en la columna dorsal<br/>Tipo de diagnóstico: confirmado repetido.</p>  |



|    |    |      |   |   |
|----|----|------|---|---|
|    |    |      |   | Análisis y plan: se dan recomendaciones generales, continuar confisioterapia para columna cervicodorsal, control en tres meses.   |
| 02 | 05 | 2019 | 15:49<br>Ortopedia<br>Gerardo<br>Enriquez<br>Martínez | Motivo de consulta: control.<br>Enfermedad actual: Paciente Asiste a control de dolor cervicodorsal entratamiento con fisioterapia con mejoría parcial. Refiere continúadolor y dificultad para realizar sus actividades diarias.<br>Examen físico: espalda: espasmo muscular, no dolor en hipocondrio derecho.<br>Evaluación con paraclínicos: ecografía del 16 de abril de 2019 con diagnóstico con litiasis.<br>Diagnóstico: M 546. Dolor en la columna dorsal. Tipo de diagnóstico: confirmado repetido<br>Análisis y plan: paciente asiste a control de dolor de columna cervicodorsal en tratamiento con fisioterapia con mejoría parcial, refiere continúa dolor y dificultad para realizar sus actividades diarias.<br>Se da orden de recomendaciones generales, valoración por neurocirugía. |

| Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|--|----|------|---|--|
| 19   | 03 | 2020 | Medicina<br>General<br>Arbey<br>Bolaños | <p><u>Motivo de consulta</u>: mal de la circulación y me duelen los huesos. <u>Enfermedad actual</u>: Cuadro clínico de varios meses de evolución condolor en columna total de moderada intensidad ya tratada en variasoportunidades pero sin la mejoría deseada. Exámenes paraclínicosmuestran alteración mecánica de la columna y al parecer por mamasprotuberantes el cuadro clínico evolucionó tórpidamente.</p> <p><u>Antecedentes</u>:</p> <p>Generales: gastritis.</p> <p>Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere</p> <p>Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 añosInmunológicos: no refiere</p> <p>Inf. Transmisión sexual: no refiereAlérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol.</p> <p>Tóxicos: no refiere</p> <p>Nutricionales: no refiere</p> <p><u>Examen físico</u>:</p> <p>TA: 120/80 mmHg; FC 100 lpm; FR: 20; T: 36.5°C</p> <p>Aspecto general: en buena condición general. Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5 Sintomático de piel: No</p> <p>Sintomático respiratorio: No</p> <p>Síndrome febril: No</p> <p>Sintomático nervioso periférico: No</p> <p>Cabeza: normocéfala, sin deformidades.</p> |

| Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones.</p> <p>Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad</p> <p>Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas</p> <p>Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotídeos. Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo.</p> <p>Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.</p> <p>Perfusión: menor a 2 segundos</p> <p>Abdomen: ruidos hidro aéreos positivos, no soplos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal. No dolor, no signos de irritación peritoneal.</p> <p>Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos.</p> <p>Columna: musculatura espástica y dolorosa a la dorsiflexión.</p> <p>Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o defocalización.</p> <p><u>Diagnóstico:</u><br/> M549 Dorsalgia no especificada N62X Hipertrofia de la mama<br/> Tipo de diagnóstico: impresión diagnóstica</p> <p><u>Resultados de ayudas diagnósticas:</u><br/> Rayos x de columna dorsolumbar dentro de límites normales R negativo, TSH 4,78 13/02/2020. Perfil lipídico normal. Ácido úrico normal, uroanálisis normal, hemograma normal. Eco pélvica ovarios poliquísticos.</p> <p><u>Recomendaciones:</u><br/> Dieta balanceada.<br/> Remisión: Fisiatría. Definir terapia física mamoplastia de reducción o lo que la especialidad considere.</p> |

7. **Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 1.**

7.1. A la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en abdominal y primera sospecha de apendicitis aguda.

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda #1 | 12 de septiembre de 2018             |
|  | 13 de septiembre de 2018 - reingreso |

7.2. Se trata de una mujer, 47 años al momento de la atención médica, a quien se le documenta el antecedente de gastritis con manejo farmacológico con omeprazol.

El 12 de septiembre de 2018 a las 09:39 pm, consulta por cuadro clínico inespecífico de dolor muscular (mialgias) y dolor de cabeza global (cefalea), dolor a nivel epigastrio, asociado a dolor en espalda, sin referencia a fiebre, vómito u otra sintomatología. Al examen físico no se evidenció hallazgos positivos importantes. Se realizó impresión diagnóstica de gastritis. Se inició tratamiento antiespasmódico con hioscina y manejo analgésico con diclofenaco ampollas y naproxeno tabletas. Se dan signos de alarma para reconsultar al servicio de urgencias.

El 13 de septiembre de 2018 a las 16:30 horas ingresa nuevamente al servicio de urgencias,

refiriendo dolor abdominal en epigastrio y fosa iliaca derecha,asociado a hiporexia. Al examen físico de esta consulta médica se encontródolor a la palpación profunda de fosa iliaca derecha y signo de McBurney positivo. Se realizó impresión diagnóstica de dolor abdominal a estudio, seprocedió a ingresar a la paciente al servicio de observación para toma de exámenes de laboratorio (cuadro hemático y uroanálisis), se inicia manejo de hidratación y ranitidina (inhibidor de la secreción de ácido gástrico).

La paciente es revalorada a las 17:00 horas con el reporte de hemograma quemuestra leucocitosis y neutrofilia; ante la intensificación del dolor se decidieremisión a tercer nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda.

Se realiza trámite de comunicación con el centro de atención telefónica de EMSSANAR (entidad promotora de salud a la que se encontraba afiliada la paciente). El 13 de septiembre de 2018 a las 06:36 pm se recibe comunicación,en donde se informa que la paciente ha sido aceptada en la ClínicaCorposalud de Pasto.

Según se describe en notas de enfermería, la señora María Ismenia Chamorro egresó el 13 de septiembre de 2018 a las 19:00 horas de la E.S.E. Juan Pablo IIdel municipio de Linares en ambulancia básica, acompañada de auxiliar de enfermería y familiar, remitida a la Clínica Corposalud, en donde ingresó esemismo día a las 22:00 horas.

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |   |
|---|----|------|---|---|
| 12  | 09 | 2018 | 09:39 pm<br>Ingreso<br>Medicina<br>general<br>Ian<br>Michel<br>Bernal | <u>Motivo de consulta:</u> “mialgias y cefalea”<br><u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 6 horas de evolución consistente en epigastralgia tipo cólico irradiado a hipocondrio derecho y flanco derecho, no acusa fiebre, emesis o deposiciones de diarreicas, concomitante refiere cefalea global y dolor en espalda motivo por el cual consulta urgencias.<br><u>Antecedentes:</u><br>Generales: gastritis.<br>Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere<br>Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 añosInmunológicos: no refiere<br>Inf. Transmisión sexual: no refiereAlérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol.<br>Tóxicos: no refiere<br>Nutricionales: no refiere<br><u>Examen físico:</u><br>TA: 100/70 mmHg; FC 75 lpm; FR: 20; T: 36,2°C<br>Aspecto general: paciente en condición general estable. |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|   |  |  |  | <p>Peso: 77 Kg – Talla 154 cm – IMC 32.5 Sintomático de piel: No</p> <p>Sintomático respiratorio: No</p> <p>Síndrome febril: No</p> <p>Sintomático nervioso periférico: No</p> <p>Cabeza: normocéfala, sin deformidades.</p> <p>Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones.</p> <p>Oídos: conducto auditivo externo permeable, otoscopia normal. Nariz: sin deformidad</p> <p>Boca: boca, faringe y amígdalas sin alteraciones.</p> <p>Cuello: central, sin deformidades, no masas ni adenopatías. Tórax: no deformidades en el tórax.</p> <p>Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio.</p> <p>Perfusión: menor a 2 segundos</p> <p>Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes no aumentados, sin dolor a la percusión, blando depresible con dolor a la palpación en flanco derecho puntos ureterales no dolorosos signos de irritación peritoneal negativo como Rovsing McBurney y Bloomberg negativo. Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado.</p> <p>Piel: sin alteraciones.</p> <p><u>Observaciones:</u></p> <p>IDX: gastritis, colitis.</p> <p>Tratamiento: Hioscina tabletas 10 mg tomar una tableta cada ocho horas, naproxeno tabletas 250 mg cada ocho horas por tres días, diclofenaco ampolla 75 mg dosis única intramuscular. Se explica al paciente conducta médica además se dan signos de alarma para consultar a urgencias y recomendaciones. Paciente refiere entender y aceptar.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
| 13  | 09 | 2018 | 16:30<br>Nota de Enfermería<br>Mónica Pantaje | <p>Ingresó paciente al servicio de urgencias de 47 años de edad. Procedente del casco urbano, barrio en las Lajas. Consciente, orientada en sus tres esferas tiempo persona lugar, en buen estado higiénico y aparente estado nutricional. Paciente refiere fuerte dolor en parte baja del estómago, refiere también que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que le ha tomado pastillas de naproxeno. Paciente es valorada por médico de turno doctora Lina Marroquín quien le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior. Ordena dejar en observación, canalizar vena.</p> |
| 13  | 09 | 2018 | 04:44 pm                                      | <u>Motivo de consulta:</u> “me duele el estómago”  |



| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   |  |  | <p>Ingreso<br/>Medicina<br/>general<br/>Lina<br/>María<br/>Marroquí<br/>n</p> | <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenina de 47 años con cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en dolor en epigastrio y en fosailiaca derecha que el día de hoy se torna más incapacitante, asociadoa hiporexia, acude el día de ayer dan manejo con hioscina y naproxeno diclofenaco con parcial mejoría, pero hoy el dolor se vuelve más intenso calificado en escala análoga de dolor 8/10 motivopor el cual consulta.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/>Generales: gastritis.<br/>Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere<br/>Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 añosInmunológicos: no refiere<br/>Inf. Transmisión sexual: no refiereAlérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol.<br/>Tóxicos: no refiere<br/>Nutricionales: no refiere<u>Examen físico:</u><br/>Aspecto general: paciente algica<br/>TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 19; T: 36°C<br/>Aspecto general: en buena condición general.Peso: 77.4 Kg – Talla 154 cm – IMC 32 Sintomático de piel: No<br/>Sintomático respiratorio: NoSíndrome febril: No<br/>Sintomático nervioso periférico: No<br/>Cabeza: normocéfala, sin deformidades.<br/>Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sinalteraciones.<br/>Oídos: pabellones auriculares sin deformidad.Nariz: sin deformidad<br/>Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas<br/>Cuello: central, no masas ni adenopatías, no ingurgitación yugular,no soplos carotideo.<br/>Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo.<br/>Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicularconservado, sin ruidos agregados.<br/>Perfusión: menor a 2 segundos<br/>Abdomen: blando depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, MacBurney positivo, Rovsing negativo, talo percusiónnegativa, no signos de irritación peritoneal al, ruidos hidroaéreos presentes. Sistema genitourinario: no se realiza tacto. Neurológico: sin déficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|   |  |  |  | <p><u>Diagnóstico:</u> Dolor abdominal a estudio<br/><u>Plan:</u> Observación. Nada vía oral. Lactato de ringer 1000 cc Iv para mantenimiento. Ranitidina ampollas 50 mg intravenosa cada 8 horas, se solicita hemograma y uroanálisis, control de signos vitales e informar cambios.</p> |

|    |    |      |  |  |
|----|----|------|--|--|
| 13 | 09 | 2018 | 17:00<br>Nota de<br>Enfermería<br>a<br>Mónica Pantaje                  | Resultados de laboratorio. Médico de turno decía llamar a callcenterEMSSANAR Y remitirá hospital de tercer nivel.  |
| 13 | 09 | 2018 | 06:03 pm<br>Evolución<br>medicina<br>generalLina<br>María<br>Marroquin | <p>Paciente femenina de 47 años Cuadro clínico de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda.</p> <p><u>Subjetivo</u>: refiere paciente dolor en fosa iliaca derecha.</p> <p><u>Examen físico</u>: TA: 120/80 mmHg; FC 89 lpm; FR: 20; T: 36°C; Glasgow 15/15, Saturación 98%</p> <p>Paciente con regular estado general, normocéfala, pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normoconfigurado, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen blando depresible doloroso a la palpación funda en fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Rovsing positivo, talo percusión positiva, signos obturador positivo, peristaltismo presente, genitourinario diuresis espontánea, puño percusión negativa, extremidades eutróficas, sin edema, adecuada perfusión distal, neurológico paciente consciente orientada sin déficit motor sensitivo Glasgow 15/15.</p> <p><u>Análisis</u>: paciente con diagnósticos anotados, se revalora posterior a hidratación y protección gástrica, ahora con dolor abdominal más intenso localizado en fosa iliaca derecha, con signos de apendicitis aguda, McBurney positivo, Rovsing positivo talo percusión positiva, signo obturador positivo, con reporte de hemograma leucocitos de 13.600, neutrófilos 80%, puro análisis bacterias dos cruces. Se comenta paciente al call center de EMSSANAR donde informan que queda pendiente aceptación de remisión y si la paciente Zayn estabiliza comentar nuevamente. Se inicia trámite de remisión a cirugía general. Se explica paciente conducta médica refiere entender y aceptar.</p> <p><u>Plan</u>: observación, nada vía oral, solución salina normal 0,9% 1000 ccIV para mantenimiento. Ranitidina ampolla de 50 mg intravenosa</p> <p>cada ocho horas, pendiente aceptación de remisión. Signos vitales. Informar cambios.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
| 13  | 09 | 2018 | Formato de<br>Referencia y<br>Contrareferencia<br>a medicina<br>generalLina<br>María<br>Marroquin | <p><u>Información General</u></p> <p>Institución: Clínica Corposalud Municipio:<br/>PastoEspecialidad: Cirugía General. Nivel:<br/>nivel 3</p> <p>Tipo de remisión: prioritaria</p> <p>Diagnóstico PAL: K359 Apendicitis aguda no<br/>especificadaDiagnóstico REL:</p> <p><u>Impresión diagnóstica</u>: Apendicitis aguda</p> <p><u>Causa de la remisión</u>: Paciente femenina de 47 años de edad con impresión diagnóstica de apendicitis aguda, se revalora posterior a hidratación y protección gástrica, ahora con dolor abdominal más intenso localizado en fosa iliaca derecha, con signos de apendicitis aguda, Mac borne positivo, Rovsing positivo, talo percusión positiva, signo de obturador positivo, un reporte de hemograma leucocitos de 13.600, neutrófilos 80%, puro análisis bacterias dos cruces. Se explica paciente conducta médica refiere entender y aceptar.</p> |

|    |    |      |  |   |
|----|----|------|--|---|
| 13 | 09 | 2018 | 06:36 pm<br>Evolución<br>medicina<br>generalLina<br>María<br>Marroquin | Llaman a las 18:25 doctor Jonathan Marulanda e informa que paciente ha sido aceptada a clínica Corposalud Pasto. Se informa pacientes, entienden y aceptan.<br>Tratamiento: remisión a cirugía general<br>Diagnóstico: k359: Apendicitis aguda no especificada Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica                           |
| 13 | 09 | 2018 | 19:00<br>Nota de<br>Enfermería<br>Mónica<br>Pantaje                    | Sale paciente del servicio de urgencias, acompañada de familiar documentación completa con auxiliar de enfermería Jessica Acosta, paciente consciente, orientada en tiempo tres esferas tiempo personal lugar en buen estado higiénico y nutricional paciente presenta líquidos endovenosos solución salina normal a mantenimiento. |
| 13 | 09 | 2018 | 22:00<br>Nota de<br>Enfermería<br>a<br>(No legible)                    | Entrego paciente en camilla Clínica Corposalud con diagnóstico de dolor abdominal. Paciente consciente, orientada, en sus tres esferas. Durante el traslado no presentó complicación. Queda en compañía de familiar.  |

- 7.3. El manejo médico y administrativo dado a la señora María Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares el 12 y 13 de septiembre de 2018 se ajustó a una adecuada práctica médica, teniendo en cuenta que sedio manejo inicial ante la presencia de un cuadro inespecífico, se dieron indicaciones de alarma y reconsulta al servicio de urgencias; ante la evolución desfavorable del cuadro clínico y reconsulta de la paciente, se realizaron exámenes diagnósticos, se realizó una impresión diagnóstica pertinente y se procedió a realizar una remisión oportuna para valoración por la especialidad médica, ante una sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda.
- 7.4. En la historia clínica disponible, existe registro de hospitalización (entre el 13 y el 16 de septiembre de 2018) y seguimiento por consulta externa (4 de octubre de 2018) por la especialidad de cirugía general en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto.

Al respecto, es importante mencionar que, si bien es cierto se consideró inicialmente la posibilidad diagnóstica de apendicitis aguda por parte del médico especialista en cirugía general y se ordenó llevar a manejo quirúrgico, durante el tiempo de espera para disponibilidad de quirófano, la paciente presentó una resolución espontánea del cuadro agudo; es decir, una evolución clínica dada por ausencia de dolor y signos de irritación peritoneal; y, paraclínica, por niveles de leucocitos dentro de parámetros de normalidad, razón por la cual se procedió, de acuerdo a los lineamientos médicos en la materia, dar manejo no quirúrgico con antibióticoterapia y seguimiento ambulatorio<sup>1,2</sup>.

| Hospitalización - Corposalud SAS |    |      |  |   |
|----------------------------------|----|------|--|---|
| 13                               | 09 | 2018 | 22:14<br>Ingreso<br>Julio<br>Alejandro<br>Peña Argotty | <u>Motivo de consulta:</u> remida por dolor abdominal<br><u>Enfermedad actual:</u> femenina de 47 años de edad ingresa con cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio de moderada intensidad, asociado malestar general no síntomas urinarios no diarrea no emesis en el momento paciente estable.<br><u>Indicaciones:</u> |

<sup>1</sup> Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. SurgClin North Am. 2018;98(5):1005-1023. DOI:10.1016/j.suc.2018.05.006

<sup>2</sup> Sakran JV, Mylonas KS, Gryparis A, et al. Operation versus antibiotics--The "appendicitis conundrum" continues:A meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg. 2017;82(6):1129-1137. DOI:10.1097/TA.0000000000001450

|    |    |      |   |   |
|----|----|------|---|---|
|    |    |      |   | Hospitalización; nada vía oral; líquidos endovenosos 70 cc hora; Ranitidina 50 mg iv cada 8 horas; se solicita hemograma, uroanálisis, frotis vaginal. Valoración por cirugía general.  |
| 14 | 09 | 2018 | 07:59<br>Cirugía General<br>Edison<br>Hernando<br>MaflaBotina | Femenina 47 años de edad remitida por cuadro clínico de 18 horas de evolución consistente en dolor abdominal inicial en fosa ilíaca derecha, posterior irradiación global, sin más síntomas asociados.<br>Encuentro paciente estable, tranquila, al examen físico signos vitales normales, cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible, leve dolor a la palpación global. No signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +. SNC Glasgow 15/15. Laboratorios de ingreso: 14/09/18 blancos 12 200; hemoglobina 12; hematocrito 39; plaquetas 216000; neutrófilos 74; pendiente uroanálisis.<br>Idx: dolor abdominal en estudio<br>Plan: se solicita eco de abdomen total revaloro con reporte pendiente uroanálisis dolor abdominal en estudio.  |
| 14 | 09 | 2018 | 11:32<br>Cirugía General<br>Edison<br>Hernando<br>MaflaBotina | Revaloro paciente con reporte de eco de abdomen total:<br><i>Parénquima hepático y esplénico homogéneos sin presencia de lesiones focales ni difusas. La vía biliar intra hepática es de calibre normal y Colédoco mide 3 mm. La vesícula se encuentra parcialmente distendida de paredes delgadas, con imagen ecogénica intraluminal móvil que deja sombra acústica posterior de 17 mm. El páncreas es visualizado adecuadamente en sus tres porciones. Los riñones son de forma, tamaño y localización normales, sin visualizar dilatación pielocalicial ni lesiones focales parenquimatosas.</i><br><i>Las porciones identificables de la aorta, de la cava inferior de la porta y de las venas hepáticas no presentan alteraciones. No hay líquido libre en cavidad abdominal.</i><br><i>Vejiga adecuadamente distendida sin lesiones endoluminales.</i><br><i>Se realiza en forma complementaria valoración de la Fosa Iliaca derecha con transductor lineal de alta frecuencia apreciando una imagen hipoeoica elongada de diámetro transversal de 16 mm que no comprime ni presenta peristaltismo.</i><br><i>Conclusiones: OPINIÓN:</i><br><i>Parámetros compatibles con apendicitis aguda.</i><br>Se programa apendicectomía. |
| 14 | 09 | 2018 | 11:40<br>Medicina General<br>María<br>Angélica<br>Burbano     | Paciente con apendicitis aguda, se llevará a apendicectomía por Dr Mafla. Se pasa turno quirúrgico, se solicita valoración preanestésica. Se solicitan laboratorios prequirúrgicos.   |
| 14 | 09 | 2018 | 13:27<br>Medicina general                                     | Paciente con diagnósticos anotados, con cuadro de cefalea, se ordena dipirona dosis única.  |



|    |    |      |  |  |
|----|----|------|--|--|
|    |    |      | Angela<br>Patricia<br>Mera   |  |
| 14 | 09 | 2018 | 20:12<br>Medicina<br>general<br>Melissa<br>Catherine<br>Chaves       | <p>Paciente de 47 años de edad con dx de: 1. Apendicitis aguda.<br/> <u>Subjetivo:</u> paciente en el momento tranquila, estable, refiere persistencia de dolor abdominal, no nauseas, no emesis, niega otrasintomatología asociad</p> <p>a.</p> <p><u>Objetivo:</u> TA 120/80 T 36.5 FC 80 FR18 SAT 93% al ambiente. Al examen físico estable hemodinámicamente, afebril, cabeza normocéfalo, PINR, escleras anictéricas, nariz permeable, mucosas rosadas y húmedas, orofaringe sin lesiones, cuello sin adenopatías, tórax normo expansible, campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados, corazón rítmico sin soplos, abdomen blando depresible levemente doloroso a la palpación global, McBurney positivo, Blumberg insinuado, Rovsing negativo, sin otros signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +, g/u diuresis positiva, extremidades simétricas sin edema, pulsos distales presentes. SNC: alerta consciente Glasgow 15/15.</p> <p><u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, en el momento hemodinámicamente estable, afebril, sin SIRS, modulando dolor abdominal, valorado por cirugía general con reporte de ecografía de abdomen total con hallazgos positivos para apendicitis aguda por lo que Dr Mafla indica apendicectomía como urgencia a la espera de llamado de quirófano. Por ahora continua con igual plan de manejo médico, vigilancia clínica, seguimiento por especialidad tratante, nada vía oral, atentos a su evolución.</p> |
| 14 | 09 | 2018 | 21:59<br>Cirugía<br>General<br>Edison<br>Hernando<br>MaflaBotina     | <p>Se revalora paciente en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Paciente que refiere notoria mejoría del dolor sin administración de analgesia, por lo que se indica manejo expectante, se inicia cubrimiento antibiótico con ampicilina sulbactam 3 gr endovenoso cada 6 horas; se solicita cuadro hemático y pcr de control para mañana. Revaloración con resultados.</p>  |
| 15 | 09 | 2018 | 11:11<br>Cirugía<br>General<br>Edison<br>Hernando<br>Mafla<br>Botina | <p>Se revalora paciente en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a lapalpación, sin signos de irritación peritoneal. Por lo que se indica manejo expectante, continua manejo establecido.</p>  |
| 15 | 09 | 2018 | 19:10<br>Medicina<br>general<br>Mónica<br>Fernanda<br>Bravo          | <p><u>Subjetivo:</u> paciente en el momento tranquila, leve dolor a nivel de región abdominal , no nauseas, no emesis, niega otra sintomatología asociada.</p> <p>Signos vitales: TA 120/70 T36 FC77 FR18 SAT93% al ambiente. <u>Al examen físico</u> estable hemodinámicamente, afebril, cabeza normocéfalo, PINR, escleras anictéricas, nariz permeable, mucosas rosadas y húmedas, orofaringe sin lesiones, cuello sin adenopatías, tórax normo expansible, campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados, corazón rítmico sin soplos, abdomen blando</p>  |

|    |    |      |  |   |
|----|----|------|--|---|
|    |    |      |  | <p>depresible levemente doloroso a la palpación global, McBurney positivo, Blumberg insinuado, Rovsing negativo, sin otros signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +, g/u diuresis positiva, extremidades simétricas sin edema, pulsos distales presentes. SNC alerta consciente Glasgow 15/15.</p> <p>Paciente en el momento en buenas condiciones generales , afebril, con modulación de dolor abdominal. Control de hemograma en donde se evidencia leu 6.0, neu 58, hb 12.8, hto 39.5, plaq 230, pcr 106 elevada en manejo con esquema antibiótico ampicilina sulbactam hoy día, porahora continua con igual plan de manejo médico, vigilancia clínica, seguimiento por especialidad tratante, nada vía oral, atentos a su evolución.</p> |
| 15 | 09 | 2018 | 22:29<br>Medicina<br>general<br>Mónica<br>Fernanda<br>Bravo      | Paciente quien refiere dolor a nivel de epigastrio . Se decide dosisúnica de hioscina simple.   |
| 16 | 09 | 2018 | 08:04<br>Cirugía<br>General<br>Edison<br>Hernando<br>MaflaBotina | Paciente conocida con cuadro de dolor abdominal, en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritaciónperitoneal. Paciente refiere sentirse bien, con notoria mejoría del dolor a pesar de no administrar analgesia, paraclínicos de control sin leucocitosis, sin neutrofilia, tolerando adecuadamente la vía oral, sin complicaciones, por buena evolución clínica se ordena dar egreso conformula medica con ciprofloxacina + metronidazol por 7 días, signos de alarma, recomendaciones generales y control por consulta externa en 15 días.  |

| Atención ambulatoria - Corposalud SAS |    |      |   |  |
|---------------------------------------|----|------|---|--|
| 04                                    | 10 | 2018 | 11:29<br>Cirugía general<br>Edison<br>HernandoMafla | <p>Motivo de consulta: control.</p> <p>Enfermedad actual: paciente con. Antecedente clínico de dolor abdominal más distención que se autolimita en el momento estable sin síntomas relacionados.</p> <p>Examen físico: abdomen blando, depresible, sin irritación, no megalias.</p> <p>Diagnóstico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.</p> <p>Análisis y plan: EDA resuelta. Alta por cirugía general.</p> |

7.5. Llama la atención que, en el informe pericial aportado se mencione en la “conclusión del peritazgo” (página 44 del informe, página 80 de 782 del archivo 002 Demanda y Anexos), lo siguiente: “... y desde esa época [13 de abril de 2018] hasta su muerte consultó por dolor abdominal, a quien nunca sele definió el diagnóstico de apendicitis, hasta que esta se perfora, cuando yaera demasiado tarde su remisión ...”, cuando en el mismo documento se hacemención al trámite de remisión efectuado el 13 de septiembre de 2018 e incluso, se mencione el ingreso de la paciente a la Clínica Corposalud por undiagnóstico de apendicitis aguda.

EVOLUCION, 27-04-2020 07:409 AM

CON DX. DE SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA 2.- ENFERMEDAD DIVERTICULAR AGUDA.

ANALISIS, AL MOMENTO ESTABLE, INADECUADA MODULACION DEL DOLOR ABDOMINAL, SE DIO MANEJO EL DIA DE AYER CON DOSIS DE HIOSCINA EN DOS OCASIONES SIN MEJORIA, AL EXAMEN FISICO TAQUICARDICO MC BURNEY POSITIVO, PARACLINICOS CON LEUCOCITOSIS Y LEVE NEUTROFILIA, SCORE DE ALVARADO 6 PUNTOS POSIBLE APENDICITIS AGUDA, AUNQUE NO DESCARTO TOTALMENTE PATOLOGIA DIVERTICULAR POR ANTECEDENTE DE DOLOR ABDOMINAL DE SIMILARES CARACTERISTICAS EN OCASIONES PREVIAS, FRENTE A LA NO POSIBILIDAD DE DISCRIMINAR ENTRE PATOLOGIAS CONSIDERO VALORACION EN TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION COMPLEMENTARIA POR CIRUGIA GENERAL, SOLICITUD DE IMÁGENES COMO AYUDA DIAGNOSTICA.

Página 9 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 45 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

Página 11 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 47 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

Fecha de egreso, 16-09-2018

Fecha ingreso, 13-09-2018, MC, REMITIDA POR DOLOR ABDOMINAL.

EA: femenina de 47 años de edad, ingresa con cuadro clínico de aprox 24 horas de evolución consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio

8. Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolorabdominal – colelitiasis sin colecistitis

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| Dolor abdominal – colelitiasis sin | 13 de abril de 2019 |
| colecistitis                       | 25 de abril de 2019 |

- 8.1. Durante el mes de abril de 2019, la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio deLinares, la primera en el servicio de urgencias y la segunda en consulta externa)relacionadas con dolor abdominal y presencia de cálculos en la vesícula biliar(colecistitis). Estas atenciones en salud **no guardan relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente ocurrido el 12 de mayo de 2020.**
- 8.2. Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que, las atenciones en salud mencionadas se prestaron de manera adecuada y oportuna: se dio manejoal cuadro de dolor agudo que requirió observación de dieciséis horas en el servicio de urgencias, se ordenaron de manera ambulatoria los exámenes paraclínicos pertinentes; dichos reportes fueron analizados en consulta externade forma adecuada y se remitió de forma pertinente para valoración por consulta externa de cirugía general ante la confirmación diagnóstica de colelitiasis (cálculos en la vesícula) sin colecistitis (inflamación aguda de la vesícula biliar).

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |   |
|---|----|------|--|---|
| 13  | 04 | 2019 | 4:30 am<br>Nota de Enfermería a Daiva Angarita Morales | Ingresapaciente al servicio de urgencias. Llega caminando por sus propios medios, consciente, orientada, afebril en regular estado higiénico, paciente refiere que tiene mucho dolor del lado izquierdo.Se toman signos vitales es valorada por el doctor Felipe Ojeda quien ordena dejar en observación, se canaliza vena....<br>Signos vitales: TA: 110/70 mmHg; FC 98 lpm; FR: 20; T: 36,5°C |

|    |    |      |                           |  |
|----|----|------|---------------------------|--|
| 13 | 04 | 2019 | Ingreso<br>04:39<br>horas | <u>Motivo de consulta:</u> “me duele la espalda”<br><u>Enfermedad actual:</u> Paciente de 47 años de edad quien consulta por cuadro clínico de dos horas de evolución consistente en presentar |
|----|----|------|---------------------------|--|

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  | Medicina<br>general<br>Felipe<br>Ojeda | <p>dolor en hemiabdomen izquierdo de intensidad 9/10 en la escala de dolor tipo cólico, irradiado a región lumbar izquierda, asociado a náuseas y poliuria, niega cambios en la orina. Niega fiebre. Niega diarrea. Niega otros síntomas.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/>           Generales: gastritis.<br/>           Patológicos: no refiere<br/>           Traumáticos: no refiere<br/>           Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 años<br/>           Inmunológicos: no refiere<br/>           Inf. Transmisión sexual: no refiere<br/>           Alérgicos: preguntados y negados<br/>           Farmacológicos: omeprazol.<br/>           Tóxicos: no refiere<br/>           Nutricionales: no refiere</p> <p><u>Examen físico:</u><br/>           TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 19; T: 36°C<br/>           Aspecto general: en buena condición general. Peso: 76 Kg – Talla 155 cm – IMC 31.6<br/>           Sintomático de piel: No<br/>           Sintomático respiratorio: No<br/>           Síndrome febril: No<br/>           Sintomático nervioso periférico: No<br/>           Cabeza: normocéfala, sin deformidades.<br/>           Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones.<br/>           Oídos: pabellones auriculares sin deformidad.<br/>           Nariz: sin deformidad<br/>           Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas<br/>           Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotídeo.<br/>           Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo.<br/>           Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.<br/>           Perfusión: menor a 2 segundos<br/>           Abdomen: MacBurney, Rovsing, psoas, obturador, Dunphy, Gueneau Mussy negativos, dolor no impresiona de ser tipo quirúrgico, ruidos hidro aéreos positivos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo, no signos de irritación peritoneal.<br/>           Columna: musculatura espástica y dolorosa a la dorsiflexión dolorosa.<br/>           Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.</p> <p><u>Diagnóstico:</u> R104 otros dolores abdominales y los no especificados<br/>           Tipo de diagnóstico: Confirmado nuevo</p> |



| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |   |
|---|----|------|---|---|
|   |    |      |   | <p>Observaciones: abdominal estudio. Urolitiasis versus infección urinaria.</p> <p><u>Tratamiento:</u></p> <p>Observación. Nada vía oral. Cabeza 45°. Líquidos endovenosos solución salina normal 0,9% 1000 a mantenimiento. Ranitidina ampollas 50 mg una ampolla intravenosa lenta y diluida en 100 cc de solución salina. Se solicita hemograma, parcial de orina. Se revalorará con resultados. Se explica paciente sobre conducta médica, paciente entiende y comprende lo dicho.</p>  |
| 13  | 04 | 2019 | 05:43 am<br>08:20 am<br>Evolución<br>medicina<br>general<br>Felipe<br>Ojeda | <p>Reporte de paraclínicos:</p> <p>Hemograma: leucocitos 10.600, neutrófilos 66,4%. Linfocitos 25,8%.</p> <p>Monocitos 7,8.</p> <p>Hemoglobina 12,3. Hematocrito 39,1.</p> <p>Parcial de orina con sangre tres cruces; bacterias una cruz; leucocitos uno-cero por campo.</p> <p>Por clínica sugestiva de cólico nefrítico y ante resultados de paraclínicos decido iniciar manejo analgésico con Tramadol una ampolla 50 mg intravenosa diluida en 100 cc de solución salina normal 0,9%. Acetaminofén tabletas 500 mg 1 g cada 6 horas. Continuar vigilancia de dolor abdominal.</p>  |
| 13  | 04 | 2019 | 7:00 am<br>Nota de<br>Enfermería<br>a<br>Yurany<br>Delgado                  | <p>Recibo paciente Ismenia Chamorro de 47 años con diagnóstico cólico renal no especificado, otros dolores abdominales. En cama en posición decúbito dorsal, consciente y orientada, en buen estado higiénico y nutricional. Al examen físico se observa vena canalizada con solución salina normal a mantenimiento. Signos vitales: TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 20; T: 36,5°C</p>  |
| 13  | 04 | 2019 | 08:20 am<br>Evolución<br>medicina<br>general<br>Ian<br>Michel<br>Bernal     | <p>Paciente en el primer día de hospitalización con diagnóstico de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cólico renal</li> <li>2. Urolitiasis izquierda?</li> </ol> <p><u>Subjetivo:</u> paciente acusa dolor en región lumbar izquierda irradiado a flanco y fosa iliaca izquierda, durases positivo. No otra sintomatología.</p> <p><u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36°C; Glasgow 15/15.</p> <p>Normocéfala, simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación puño percusión lumbar izquierda positiva, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |  |
|---|----|------|--|--|
|   |    |      |  | <p><u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, evolución clínica estacionaria, tolerando vía oral, actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS, buen patrón respiratorio, acusa dolor en flanco izquierdo y región lumbar tipo cólico renal, se considera por clínica y evidencia de paraclínico uroanálisis con hematuria, sin signos de infección, iniciar manejo analgésico antiinflamatorio, continuar observación, vigilar dolor.</p> <p><u>Plan:</u><br/>Observación. Dieta corriente. Solución salina normal 0,9% 1000 cc para 24 horas intravenosa. Dipirone hioscina 1 ampolla cada 8 horas lenta iv. Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas vía oral. Control de signos vitales. Informar cambios.</p>   |
| 13  | 04 | 2019 | <p>05:03 pm<br/>Evolución<br/>medicina<br/>general<br/>lan<br/>Michel<br/>Bernal</p> | <p>Paciente en el primer día de hospitalización con diagnóstico de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedad diverticular aguda no complicada</li> <li>2. Cólico renal izquierdo?</li> </ol> <p><u>Subjetivo:</u> paciente acusa resolución de dolor, diuresis positiva. Nootra sintomatología.</p> <p><u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36°C; Glasgow 15/15.</p> <p>Normocéfala, simétrico pupilas isocóricas normorreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, punto ureteral negativo, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades. <u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, evolución clínica hacia la mejoría, tolerando vía oral, actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS, buen patrón respiratorio, sin nuevos episodios de dolor abdominal, por mejoría clínica se considera darsalida con manejo farmacológico. Se explica a familiar y a paciente evolución de enfermedad, se dan signos de alarma de re consulta urgencias además de recomendaciones en estilo de vida saludable, sacar cita por consulta externa para continuar con estudio de patología. Paciente familiar refiere entender y aceptar.</p> <p><u>Plan:</u><br/>Salida. Diclofenaco tabletas 50 mg cada ocho horas por tres días. Hioscina 10 mg cada ocho horas por tres días. Alimentación baja en grasa o comidas copiosas con aumento en el consumo de frutas y verduras.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
| 13  | 04 | 2019 | <p>18:00 pm<br/>Nota de<br/>Enfermería<br/>Yurany<br/>Delgado</p> | <p>Por orden médica ingreso paciente del servicio de urgencias. Paciente en el momento de modo dinámicamente estable, sin dolor no fiebre, no dificultad respiratoria. Se da orden para ecografía de abdomen total prioritaria. Se dan medicamentos para la casa. Se explica signos y síntomas de alarma. Paciente refiere entender y aceptar.</p> |

| Atención ambulatoria – Palermo imagen |    |      |  |  |
|---------------------------------------|----|------|--|--|
| 16                                    | 04 | 2019 | Ecografía abdomen total<br>Palermo<br>Imagen | <p>El hígado con tamaño normal, no se detectan lesiones parenquimatosas por este método. Vesícula biliar mide 70 × 40 mm, en su interior se observan tres cálculos de 22-6-13 mm paredes vesiculares de 2 mm posterior y anterior de 3 mm, bordes bien definidos. Murphy negativo.</p> <p>La vía biliar intra y extra apática sin afectación. Colédoco de 8 mm sin obstrucciones. Páncreas y vaso con situación normal, no se detectan lesiones parenquimatosas por este método. Ambos riñones de morfología social. No hay líquido libre peritoneal. Aorta abdominal sin dilataciones. En la pelvis se observa la vejiga urinaria llena con volumen premiccional de 360 sin lesiones exofíticas ni endoluminales. Histerectomía izada. No hay masas ni quistes ni colecciones.</p> <p>Impresión diagnóstica: colecistolitiasis.</p> |

| Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |  |
|--|----|------|--|--|
| 25   | 04 | 2019 | Formato de Referencia y Contrareferencia<br>Felipe Ojeda<br>Medicina General | <p><u>Información General</u></p> <p>Institución: Municipio:<br/>Pasto Especialidad: Cirugía General. Nivel:<br/>nivel 3<br/>Tipo de remisión: prioritaria<br/>Área donde se encuentra el paciente: consulta externa<br/>Diagnóstico PAL: R104 Otros dolores abdominales y los no especificados<br/>Diagnóstico REL: K818 Otras colecistitis</p> <p><u>Impresión diagnóstica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otros dolores abdominales y los no especificados</li> <li>- Colecistitis, sin colelitiasis</li> </ul> <p><u>Causa de la remisión:</u> Paciente con dolor abdominal crónico el cual se agudiza con las comidas copiosas, se solicita ecografía total de abdomen donde se reporta patología de vesícula (cálculos) por lo cual se remite para valoración por cirugía general para definir conducta.</p> <p><u>Motivo de consulta:</u> “traigo resultados de ecografía”</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> paciente de 47 años de edad quien consulta con reporte de ecografía Tomás 16 de abril de 2019 en la cual se reporta</p> |

| Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <p>colecistolitiasis, se solicitó por cuadro de dolor abdominal referido a región inter escapular, paciente que ya sea hospitalizado en múltiples oportunidades en primer nivel por cuadro de dolor abdominal de intensidad moderada tipo cólico referido a espalda. En el momento paciente asintomática.</p> <p><u>Resultados de ayudas diagnósticas:</u> ecografía de abdomen coledolitis sin colecistitis</p> <p><u>Tratamiento:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración por cirugía general</li> <li>2. Llevar reporte de ecografía total de abdomen</li> <li>3. Hioscina tabletas 10 mg, 1 tableta cada 8 horas total 5 días si hay dolor</li> <li>4. Bromuro de otilonio tabletas 40 mg 1 tableta día cuando existiera dolor</li> </ol> <p>Se dan recomendaciones y signos de alarma para reconsultar paciente entiende y comprende lo dicho.</p> <p>Actividad física 150 minutos a la semana. Dieta rica en frutas y verduras. Disminuir consumo de grasas. Disminuir el consumo de sal y de azúcar. No exponer a humo de leña ni gases tóxicos. Se dan pautas para manejo de stress. Tomar medicación como se indica.</p> <p>Autoexamen de seno y citología anual.</p> |

8.3. En la historia clínica disponible, existe registro de valoración por consulta externa (07 de junio de 2019), hospitalización para procedimiento quirúrgico de colecistectomía (entre el 17 y el 18 de julio de 2019) y seguimiento por consulta externa (16 de agosto de 2019) por la especialidad de cirugía general en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto.

| Atención ambulatoria – Corposalud SAS |    |      |   |  |
|---------------------------------------|----|------|---|--|
| 07                                    | 06 | 2019 | 13:25<br>Cirugía General<br>Edison<br>Hernando<br>Mafla<br>Botina | <p>Motivo de consulta: cálculos en la vesícula.</p> <p>Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de aproximadamente 1 año de dolor abdominal más distensión y síntomas dispépticos sin ictericia sin sangrado digestivo. Trae reporte de eco en relación con coledolitis con vía biliar normal refiere intolerancia de la dieta y analgésicos</p> <p>Examen físico:</p> <p>Abdomen : abdomen blando gran pániculo adiposo sin hernias concicatríz mediana por antecedente de histerectomía.</p> <p>Diagnóstico clínico: coledolitis más síndrome adherencial.</p> |
|                                       |    |      |   | <p>Análisis y plan: se programa Colelap más liberaciones adherencias Se solicitan paraclínicas y valoración por anestesia .</p>  |

| Hospitalización - Corposalud SAS |    |      |                  |   |
|----------------------------------|----|------|------------------|---|
| 17                               | 07 | 2019 | 13:30<br>Ingreso | <p><u>Motivo de consulta:</u> programada para cirugía</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente de 48 años quien ingresa en buen estado general afebril hidratada no signos de bajo gasto ni de SIRS estable. Ingresa para procedimiento quirúrgico colecistectomía laparoscópica, liberación de adherencias. Último ayuno ayer a las 15 horas refiere patologías crónicas: gastritis, niega alergias, no tomo ninguna medicación hoy, consulta preanestésica el 13 de julio de 2019 quien daba el para procedimiento quirúrgico.</p> |

|    |    |      |  |  |
|----|----|------|--|--|
| 17 | 07 | 2019 | 14:45<br>Cirugía<br>General                                      | Nota Operatoria<br>Diagnóstico operatorio: coleditiasis.<br>Procedimiento: Colecistectomía por laparoscopia más liberación deadherencias.<br>Anestesia: general.<br>Cirujano doctor<br>Mafla<br>Anestesiólogo: doctora Luna<br>Procedimiento sin complicaciones.<br>Hallazgos: vesícula biliar con paredes delgadas con varios cálculos en su interior de 0,3 cm. Cístico y colédoco calibre normal. Gran síndromeadherencial por antecedente quirúrgico previo. |
| 18 | 07 | 2019 | 10:07<br>Cirugía<br>General<br>Edison<br>Hernando<br>MaflaBotina | Paciente de 48 años en posoperatorio primer día de colecistectomía por laparoscopia, al momento se encuentra estable, tolerando vía oral,el examen físico: abdomen herida limpia, ruidos hidro aéreos positivos, suave depresible, leve dolor a la palpación en sitio de heridassin irritación peritoneal.<br>Análisis paciente con adecuada evolución sin signos de sangrado, ni abdomen alguno. Plan: salida control en 30 días.                               |

| Atención ambulatoria – Corposalud SAS |    |      |  |   |
|---------------------------------------|----|------|--|---|
| 16                                    | 08 | 2019 | 13:55<br>Cirugía<br>General<br>Edison<br>Hernando<br>Mafla<br>Botina | Motivo de consulta: control<br>Enfermedad actual: Postoperatorio colelap por coleditiasis.<br>Estable sinfiebre sin dolor asociado. Tolera bien la dieta.<br>Evaluación paraclínicos: estudio anatomopatológico - diagnóstico :colecistitis crónica, coleditiasis.<br>Examen físico:<br>Abdomen : abdomen blando gran panículo adiposos sin hernias concicatriz mediana por antecedente de histerectomía.<br>Diagnóstico clínico: coleditiasis más síndrome adherencial.<br>Análisis y plan: se programa Colelap más liberaciones adherenciasSe solicitan paraclínicas y valoración por anestesia . |

ESE

JuanPablo

LINARES

ESE JUAN PABLO II LINARES

codiao de habilitacion 524110089601      nit: 814006620-7

Dir. BARRIO SAN SEBASTIAN Tel. (092) 8183192.

CONSULTA DE URGENCIAS.

Folio No: 16556

paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA

e.civil: No Admisión: 1655561

identificacion: CC27302971

edad: 47 Años 10 Meses

no historia: 27302971

sexo: Femenino

empresa: EMSSANAR ESS.

fec. nac:20/05/1971

diagnostico: R104-OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

telefono: 3116583836

municipio: LINARES (N)

direccion: Sin Informacion

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE: DIANI DELGADO

DIRECCION: XXXX

TELEFONO: 0

PARENTESCO: Otro

ENFOQUE DIFERENCIAL:

BARRIO: . . . . NUESTRA SRA DE LAS LAJAS ZONA: URBANA DIRECCION: Sin Informacion

NIVEL EDUCATIVO: Basica Primaria

VIC CONFLICTO ARMADO: .No

DESEMPLEADO: . . . . No

ETNIA: . . . . Otras Etnias

DESPLAZADO: . . . . .No

CARCELARIO: . . . . No

RELICION: . . . .

VIC.MALTRATO: . . . . .No

MIGRANTE: . . . . No

DISCAPACIDAD: . . .

ABANDONO SOCIAL: . . .No

TRABAJADORA SEXUAL: No

GESTACION: . . . No

DESESCOLARIZADO: . . .No

POBLACION LGTBI: . . No

ORIENT SEXUAL: . No Refiere

Ocupacion: . . . No Aplica

MOTIVO DE CONSULTA

"ME DUELE LA ESPALDA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENTAR DOLOR A EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDA 9/10 EN LA ESCALA DE DOLOR TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA, ASOCIADO A NAUSEAS Y POLIURIA, NIEGA CAMBIOS EN LA ORINA, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA, NIEGA OTRO TIPO DE SINTOMAS.

ANTECEDENTES PERSONALES:

298

- 29 -



- 8.4. En el informe pericial aportado con la demanda, si bien es cierto que en losapartes iniciales se hace referencia a las atenciones en salud prestadas a laseñora maría Ismenia Chamorro Eraso el 13 de abril de 2019, al momento depresentar el análisis del caso, se comete un error al señalar que la atención ensalud se dio el 13 de abril de 2018.

Página 3 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 39 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

**Fecha de atención, 13-04-2019, 04:39 am**  
**MC: ME DUELE LA ESPALDA**  
**EA: DE 47 AÑOS, CONSULTA CON CUADRO CLÍNICO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDADES 9/10, TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA.**  
**DX.- DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO. UROLITIASIS VS INFECCION URINARIA.**

Página 29 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 65 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

**ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

Para el caso que nos ocupa, se trata de la hoy occisa CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA, quien el día 13 de abril del año 2018, consulta al Hospital E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, cuando contaba con 47 años de edad, abriéndole Historia Clínica HC: 27302971, quienes manifiestan: paciente de 47 AÑOS DE EDAD, CONSULTA CON CUADRO CLÍNICO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDAD 9/10, TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA.  
Hacen DIAGNOSTICO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO. UROLITIASIS VS INFECCION URINARIA.

Error que determina una apreciación equivocada del perito y lleva a plantear conclusiones que no se ajustan a la realidad del caso.

**CONCLUSION DEL PERITAZGO**

Para el caso que nos ocupa, se trata de la hoy occisa CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA, quien desde el día 13 de abril del año 2018, consulta al Hospital E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, cuando contaba con 47 años de edad, abriéndole Historia Clínica HC: 27302971, y desde esa época hasta su muerte consulto por DOLOR ABDOMINAL, a quien nunca se le definió el diagnóstico de APENDICITIS, hasta que esta se PERFORA, cuando ya era demasiado tarde su remisión, donde se hubiese podido atender, Y NO ESPERAR A QUE SE PRODUJERA UNA PERITONITIS, que es una patología de carácter mortal.

9. Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2.

- 30 -

|   |                     |
|---|---------------------|
| Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2 | 26 de abril de 2020 |
|   | 26 de abril de 2020 |

- 9.1. La señora María Ismenia Chamorro recibió dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en abdominal y segunda sospecha de apendicitis aguda.



- 9.2. Se trata de una mujer, 48 años al momento de la atención médica, a quien se le documenta el antecedente de gastritis con manejo farmacológico con omeprazol, antecedente quirúrgicos de histerectomía y colecistectomía.

El 26 de abril de 2020 a las 05:36 am, consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, asociado a dos episodios de emesis y deposiciones líquidas, malestar general e hiporexia. Paciente refiere cuadro de similares características dos años atrás, niega presencia de fiebre u otros síntomas. Al examen físico no se evidenció dolor abdominal a la palpación profunda en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Se ordena ingreso al servicio de observación, hidratación con lactato de ringer y ranitidina.

La paciente es revalorada a las 7:44 am reportándose mejoría clínica del dolor, sin nuevos episodios eméticos, se considera posible patología inflamatoria de colon por lo que se adecua tratamiento analgésico y se ordena iniciar vía oral. A las 11 am, la paciente refiere mejoría completa del cuadro de dolor abdominal, ausencia de deposiciones o emesis. Se ordena manejo ambulatorio, signos de alarma para reconsultar al servicio de urgencias.

El 26 de abril de 2018 a las 09:38 horas ingresa nuevamente al servicio de urgencias, refiriendo dolor abdominal en hemiabdomen derecho, asociado a emesis. Al examen físico de esta consulta médica se encontró a la paciente taquicárdica, en regular condiciones generales, mucosa oral semihúmeda dolor a la palpación generalizada de predominio en mesogastrio y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal. Se realizó impresión diagnóstica de dolor abdominal a estudio, se procedió a ingresar a la paciente al servicio de observación para toma de exámenes de laboratorio, se inicia manejo de hidratación, ranitidina, metoclopramida.

La paciente es revalorada a las 23:00 horas con el reporte de hemograma que muestra leucocitosis y neutrofilia; la paciente refiere mejoría del dolor y ausencia de nuevos episodios eméticos. Se considera continuar con observación de la paciente.

El 27 de abril de 2020 a las 04:10 am, se reporta presencia de dolor abdominal, no signos de irritación peritoneal, se ordena dosis de antiespasmódico y vigilancia clínica. Se explica a familiares que ante persistencia de dolor abdominal, será necesario remisión a nivel de mayor complejidad.

Se revalora paciente a las 07:40 am, ante la intensificación del dolor, ausencia de ruidos intestinales y presencia de McBurney positivo, se decide remisión a tercer nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda versus patología diverticular. Se realiza trámite de comunicación con el centro de atención telefónica de EMSSANAR (entidad promotora de salud a la que se encontraba afiliada la paciente). El 27 de abril de 2020 a las 11:00 am se recibe comunicación, endonde se informa que la paciente ha sido aceptada en la Clínica Corporalud de Pasto.

Según se describe en notas de enfermería, la señora María Ismenia Chamorro egresó el 27 de abril de 2020 a las 11:30 horas de la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares en ambulancia básica, acompañada de auxiliar de enfermería, remitida a la Clínica Corporalud, en donde ingresó ese mismo día a las 14:20 horas.

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |   |
|---|----|------|--|---|
| 26  | 04 | 2020 | 05:36 am<br>Consulta<br>Medicina<br>SSO Jesús<br>López | <p><u>Motivo de consulta:</u> “me duele todo este lado”</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenina de 48 años de edad, ingresa por cuadro clínico de dos horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen izquierdo de predominio en hipocondrio izquierdo que se irradia a fosa iliaca ipsilateral, tipo urgente intensidad progresiva EVA 6/10, refiere que el dolor mejora a la bipedestación Y empeora al decúbito, asocia náuseas y dos episodios eméticos de contenido bilioso. Además deposiciones diarreicas de consistencias líquidas sin moco sin sangre, refiere malestar general e hiporexia. Paciente refiere cuadro de similares características lo había presentado hace dos años aproximadamente y remiten de esta institución con diagnóstico de apendicitis aguda.</p> <p>Paciente que durante su anamnesis presenta dos episodios eméticos de abundante cantidad de características biliosas.</p> <p>Paciente niega antecedentes de viaje a China o zonas endémicas de países vecinos con circulación viral activa o con presencia de casos terciarios, niega síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con pacientes con casos confirmados para Covid 19, no cumple criterios para definición de caso 1,2 o 3.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/> Generales: gastritis.<br/> Grupo sanguíneo: A positivo<br/> Patológicos: no refiere<br/> Traumáticos: no refiere<br/> Quirúrgicos: histerectomía, Pomeroy, colelitiasis. Inmunológicos: no refiere<br/> Inf. Transmisión sexual: no refiere<br/> Alérgicos: preguntados y negados<br/> Farmacológicos: omeprazol, tiamina. Tóxicos: no refiere<br/> Nutricionales: no refiere<br/> Antecedentes obstétricos: Gestaciones 2; partos 2; vivos 2.<br/> Antecedentes familiares: madre con cáncer gástrico.</p> <p><u>Examen físico:</u><br/> TA: 143/61 mmHg; FC 74 lpm; FR: 20; T: 35.8°C; SATO2: 99%<br/> Aspecto general: en buena condición general. Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5 Cabeza: normo céfalo, sin deformidades.</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |  |
|---|----|------|--|--|
|   |    |      |  | <p>Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos no serealiza.</p> <p>Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad</p> <p>Boca: mucosa oral se mi húmeda.</p> <p>Rosada Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas</p> <p>Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo.</p> <p>Tórax: normo expansible, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicularconservado, sin ruidos agregados.</p> <p>Perfusión: menor a 2 segundos</p> <p>Abdomen: abundante panículo adiposo, cicatriz antigua de puertos deentrada de Colelap, ruidos hidro aéreos positivos, no soplos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal. Dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo, McBurney negativo, somos negativos, obturador negativo, Ball Salma negativo, Bloomberg negativo, punto ureteral superior izquierdo positivo, no signos de irritación peritoneal al, puño percusión bilateral negativo.</p> <p>Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos.</p> <p>Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.</p> <p><u>Diagnóstico de ingreso:</u></p> <p>Diagnóstico: R101: Dolor abdominal localizado en parte superior K579: enfermedad diverticular intestino, parte no especificada. Sin perforación ni absceso.</p> <p>K297: gastritis no especificada</p> <p>Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica</p> <p>Observaciones: diverticulitis aguda vs cólico renal? <u>Tratamiento:</u></p> <p>Plan observación. Nada vía oral. Lactato de Ringer 500 para mantenimiento. Ranitidina 50 mg dosis única, lenta y diluida. Vigilar características eméticas, dolor abdominal, curva térmica. Revalorar posterior a la aplicación de medicamentos. Control de signos vitales. Informar cambios.</p> |
| 26  | 04 | 2020 | Notas de enfermería<br>aFlor Ayda Acosta | <p>05:20 am. Diagnóstico: enfermedad diverticular intestino-dolorabdominal-gastritis no especificada.</p> <p>Ingresa paciente femenina de 48 años de edad al servicio de urgencias llega sola caminando por sus propios medios, consciente orientada sus esferas mentales, buen estado higiénico y nutricional. Refiere clínico de dos horas devolución consistente en dolor abdominal que se irradia a fosa iliaca izquierda asociado a vómitos de líquidos amarillento, se</p>   |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
|   |    |      |   | <p>observa álgida afebril se toma signos vitales FC 74 pm; T° 35,8°C; TA 143/61 mmHg. SAT 99%.</p> <p>Se pasa al doctor José López médico de turno para la atención.</p> <p>05:45 am: siguiendo órdenes médicas se traslada a la paciente a sala de procedimientos, se instala en camilla se canaliza vena. Pendiente toma de laboratorios a las siete de la mañana.</p> <p>05:50 am: se administra ranitidina ampolla por 50 mg intravenosa en 10 cc de solución salina.</p> <p>06:00 am. Se administra metoclopramida ampolla por 10 mg intravenosa en 10 cc de solución salina.</p> <p>06:10 am: se traslada paciente a sala de recuperación hasta nueva orden.</p>   |
| 26  | 04 | 2020 | 07:44 am<br>Evolución<br>Medicina<br>General<br>Efraín<br>Coral | <p>Paciente en el tran día de hospitalización con diagnóstico de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedad diverticular aguda no complicada</li> <li>2. Cólico renal izquierdo?</li> </ol> <p><u>Subjetivo:</u> paciente con menciona evidente de dolor a nivel abdominal manejado con protector gástrico, refiere ahora intensidad 2/10 en EVAD, no otra sintomatología asociada, menciona tolerancia a la vía oral.</p> <p><u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36°C; Glasgow 15/15.</p> <p>Paciente consciente alerta, orientada en sus tres esferas, normocéfala. Simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello Central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, puntos ureterales negativos, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades.</p> <p><u>Análisis:</u> paciente con historia clínica anotada, al momento estable hemodinámicamente, sin signos de bajo gasto, hablando de forma adecuada el dolor con manejo de protección gástrica e hidratación intravenosa, se considera que cursa con patología probablemente inflamatoria de colon aunque por antecedente de litiasis renal no se descarta dicha patología, se considera por el momento adecuar manejo analgésico a la espera de evolución y tolerancia la vía oral. Se indica iniciar tolerancia la vía oral.</p> <p><u>Plan:</u></p> <p>Observación, iniciar dieta líquida clara. Diclofenaco ampolla 75 mg iv lento y diluido. Aumentar ingesta de líquidos por vía oral.</p> <p>Revaloración</p> |

| Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |   |
|---|----|------|---|---|
|   |    |      |   | posterior a manejo analgésico. Se explica conducta. Se aclaran y despejan dudas.  |
| 26  | 04 | 2020 | 11:00 am<br>Evolución<br>Medicina<br>General<br>Efraín<br>Coral | <p>Se revalora paciente posterior al manejo médico indicado con mejoría de su cuadro, no menciona hiporexia (se indicó iniciar dieta por vía oral sin embargo no hay familiares disponibles que traigan alimentos). Signos vitales TA: 120/70 mmHg; FC 80 lpm; FR: 18; T: 36,5°C; EAD: 1/10.</p> <p>Paciente asintomática, tras mejoría evidente se decide dar salida previa explicación clara de signos de alarma entre paréntesis aumentó de la intensidad del dolor, aparición de fiebre, presencia de nuevos episodios eméticos, deposiciones líquidas o con sangre, se explica en términos que el paciente entienda el paréntesis paciente refiere entender y aceptar. Se aclaran dudas. Se da manejo sintomático.</p> |

| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |   |
|---|----|------|--|---|
| 26  | 04 | 2020 | 09:38 pm<br>Consulta<br>urgencias<br>Medicina<br>SSOLuz<br>Nery<br>Burbano | <p><u>Motivo de consulta:</u> Sigo con el dolor</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenino de 48 años de edad, consulta con cuadro clínico de tres horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen derecho tipo cólico de intensidad progresiva EVA 6/10, refiere que dolor mejora a la bipedestación y se exacerba en decúbito, asociado a náuseas y dos episodios eméticos de contenido alimentario. Paciente que se encontró en observación el día de hoy y se dio salida por mejoría clínica.</p> <p>Paciente niega antecedentes de viaje a China o zonas endémicas de países vecinos con circulación viral activa o con presencia de casos terciarios, niega síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con pacientes con casos confirmados para Covid 19, no cumple criterios para definición de caso 1, 2 o 3.</p> <p><u>Antecedentes:</u><br/> Generales: gastritis.<br/> Grupo sanguíneo: A positivo<br/> Patológicos: no refiere<br/> Traumáticos: no refiere<br/> Quirúrgicos: histerectomía, Pomeroy, colelitiasis. Inmunológicos: no refiere<br/> Inf. Transmisión sexual: no refiere<br/> Alérgicos: preguntados y negados<br/> Farmacológicos: omeprazol, tiamina. Tóxicos: no refiere<br/> Nutricionales: no refiere<br/> Antecedentes obstétricos: Gestaciones 2; partos 2; vivos 2.<br/> Antecedentes familiares: madre con cáncer gástrico.</p> <p><u>Examen físico:</u></p> |

| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|   |  |  |  | <p>TA: 109/60 mmHg; FC 95 lpm; FR: 18; T: 36°C; SATO2: 97%</p> <p>Aspecto general: en regular condición general, paciente álgica. Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5</p> <p>Cabeza: normo céfalo, sin deformidades.</p> <p>Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos no serealiza.</p> <p>Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad</p> <p>Boca: mucosa oral semi húmeda.</p> <p>Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas</p> <p>Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo.</p> <p>Tórax: normo expansible, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.</p> <p>Perfusión: menor a 2 segundos</p> <p>Abdomen: ruidos positivos, con abundante tejido adiposo, blando, depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, dolor a la palpación generalizada, de predominio en mesogastrio y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal.</p> <p>Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos.</p> <p>Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.</p> <p><u>Diagnóstico de ingreso:</u></p> <p>Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados. Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica</p> <p>Observaciones: dolor abdominal a estudio. <u>Resultados de ayudas diagnósticas:</u></p> <p>26/04/2020</p> <p>Hemograma: leucocitos 13.500; Neutrófilos 70,7%; hemoglobina 14.9;</p> <p>hematocrito 51.1</p> <p>Creatinina: 1.1 – Bilirrubina total 1.07; directa 0.33%</p> <p>Uroanálisis: urobilinógeno + (33 umol/L), bilirrubina + (8.6 umol/L), Proteínas + (0,3 g/L); leucocitos 3-5; bacterias No.</p> <p><u>Tratamiento:</u></p> <p>Plan observación. 30°. Nada vía oral. Ringer 500 cc iv bolo, 500 cc iv para 12 horas. Ranitidina 50 mg y iv cada ocho horas. Hioscina 20 mg iv dosis única. Metoclopramida ampolla intravenosa dosis única; se solicita hemograma, creatinina, uroanálisis. Vigilar dolor abdominal, características de emesis. Control de signos vitales. Informar novedades.</p> <p>Momento nos encontramos en pandemia por COVID-19 y en emergencia sanitaria, por lo cual como médico de turno me encuentro</p> |



| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
|   |    |      |   | usando los implementos de protección, bata desechable, tapabocasconvencional, gorro desechable, lavado de manos y uso de gel antibacterial frecuente.  |
| 26  | 04 | 2020 | 21:30 pm<br>Notas de enfermería<br>Milena RoseroErazo | Reingresa paciente femenina de 48 años de edad, quien consulta "sigo con el dolor". Llega caminando por sus propios médicos muy álgica con cuadro clínico de horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen derecho que se irradia a la fosa iliaca derecha, tipo cólico de intensidad progresiva asociado a náuseas y 2 episodios eméticos de contenido alimenticio. Paciente que se encontró en observación el día de hoy y dan salida al haber mejoría. Se procede a la toma de signos vitales TA: 109/60 mmHg; SPO2 95%; FR 18; FC 97 lpm; T: 36°C. se pasa a medico de turno que posterior a valoración paciente orden se ordena que paciente se dejaen sala de observación con diagnóstico de otros dolores abdominalesy los no especificados. Se siguen ordenes médicas. Se pasa al paciente a sala de procedimientos para venopunción y administración de medicamentos. Se explica a la paciente procedimiento a seguir, ella entiende y acepta. ...<br>22:00 Doctora ordena laboratorios. Se hace llamado a bacterióloga doctora Ana Henao, pendiente toma de muestras.<br>22:50 llegan resultados de laboratorio, se pasa a médico de turno para su lectura. |
| 26  | 04 | 2020 | 11:00 pm<br>Evolución Medicina SSOLuz<br>Nery Burbano | Revaloro paciente posterior administración de medicamentos y líquidos intravenosos, paciente y familiar a quien se encuentran dormidos, despierto paciente quien refiere mejoría de dolor abdominal, no nuevos episodios de emesis, no náuseas, se informa de resultados de laboratorios los cuales no son concluyentes, se considera continuar vigilando dolor abdominal y sus características. Paciente y familiar refieren entender y aceptar.<br>Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados.  |
| 26  | 04 | 2020 | 23:00 pm<br>Notas de Enfermería<br>Milena RoseroErazo | Acompaño médico revisión de paciente, al momento ingresará cuarto, paciente y familiar se encontraba durmiendo. Médico de turno despierta paciente quien refiere mejoría del dolor abdominal, náuseas, no hay vómitos. Médico en forma de reporte de laboratorio los cuales no son concluyentes en resultados, define continúa la observación con vigilancia de dolor abdominal. T: 36.2°C; FC 95 lpm; FR: 18; SPO2: 96% ambiente. TA: 110/80 mmHg;  |
| 27  | 04 | 2020 | 00:05 am<br>Notas de Enfermería<br>Milena RoseroErazo | Pasa ronda de enfermería. Paciente dormida.<br>Estable. 02:00 am. Paciente estable dormida.<br>03:40 am. Se acude al llamado de familia. Paciente vuelve con dolor, me dirijo hasta el lugar en sala de mujeres, paciente refiere que el dolor continúa de menor intensidad que el ingreso. Se comunicado doctora urbano, quien ordena nueva dosis de ellos sino por 20 g endovenoso. Se administra medicamento ordenado lento y diluido, procedimiento terminado sin complicaciones.  |

| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |   |
|---|----|------|---|---|
| 27  | 04 | 2020 | 04:10 am<br>Evolución<br>Medicina<br>SSOLuz<br>Nery<br>Burbano  | <p>Atiendo llamado enfermería, valoró a paciente quien refiere dolor abdominal regreso sin embargo menor intensidad en relación al ingreso, refiere dolor se ubica en mesogastrio y se irradia a flanco y fosa iliaca derecha, no náuseas, los nuevos episodios de emesis, al examen físico se evidencia dolor a la palpación generalizada de predominio en mesogastrio, flanco y fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal, signos vitales estables, se considera nueva dosis de anti espasmódico y vigilancia clínica de dolor abdominal, de acuerdo a esto que se definen a referencia tercer nivel de complejidad. Se explica a familiar y paciente quienes refieren que en lo posible se maneja en la institución.</p> <p>Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados.</p>   |
| 27  | 04 | 2020 | 7:00 am<br>Notas de<br>enfermería<br>Yesica<br>Acosta           | <p>Paciente mayor de edad María Ismenia Chamorro Eraso De 48 años con diagnóstico de: uno otros dolores abdominales. Consciente orientada en tiempo lugar y persona canalizada en miembro superior izquierdo con Angiocta número 20 vena permeable pasando 50cc de lactato de ringer mantenimiento. Signos vitales TA: 110/80 mmHg; FC82 lpm; FR: 18; T: 36°C; SPO2: 96% ambiente.</p>  |
| 27  | 04 | 2020 | 07:40 am<br>Evolución<br>Medicina<br>General<br>Efrain<br>Coral | <p>Paciente en el tran día de hospitalización con diagnóstico de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospecha de apendicitis aguda - Score de Alvarado 6 puntos.</li> <li>2. Enfermedad diverticular aguda.</li> </ol> <p><u>Subjetivo</u>: paciente menciona persistencia de dolor a nivel abdominal ahora generalizado de severa intensidad 8/10, episodios eméticos. Episodios diarreicos, refiere que dolor dificulta la adecuada movilización.</p> <p><u>Objetivo</u>: TA: 110/80 mmHg; FC 110 lpm; FR: 19; T: 36,4°C; SATO2: 97%; Glasgow 15/15; EVAD: 8/10.</p> <p>Paciente consciente alerta, orientada en sus tres esferas, normocéfala. Simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello Central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, blando depresible doloroso la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Blumberg negativo, psoas negativo, Rovsing negativo, no signos de irritación peritoneal, puntos ureterales negativos, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, moviliza cuatro extremidades.</p> <p><u>Análisis</u>: paciente con historia clínica anotada, al momento estable hemodinámicamente, sin signos de bajo gasto, pero con inadecuada modulación del dolor abdominal, se dio manejo el día de ayer con dosis de hioscina en dos ocasiones sin encontrar mejoría su cuadro. Al</p> |

| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |  |  |
|---|----|------|--|--|
|   |    |      |  | <p>examen físico taquicárdica, abdomen con ruidos hidroaéreos disminuidos McBurney positivo, Bloomberg negativo, paraclínicos con leucocitosis y leve neutrofilia, Score de Alvarado seis puntos posible apendicitis aguda aunque no descarto totalmente patología diverticular por antecedente dolor abdominal de similares características en ejecuciones previas, frente a la no posibilidad de discriminar entre patologías considero valoración en tercer nivel de complejidad para valoración complementaria por cirugía general y o solicitud de imágenes como ayuda diagnóstica. Se explica conducta paciente y a familiar quienes entienden y aceptan. Se aclaran y despejan dudas.</p> <p>Plan:</p> <p>Observación, nada vía oral, dipirona ampolla 1 g y ve lento y diluido, ranitidina ampolla 50 mg y ve cada 12 horas, se comenta caso a tercer nivel de complejidad. Se explica conducta médica paciente quien entiende y acepta. Se aclaran dudas.</p> |
| 27  | 04 | 2020 | 8:00 am<br>Notas de enfermería<br>a<br>Yesica Acosta | Se administra por orden médica una ampolla de Dipirona por 1 gramo endovenosa diluida en 100 cc de solución salina se pasa lento.  |
| 27  | 04 | 2020 | 8:30 am<br>Notas de enfermería<br>Yesica Acosta      | Médico de turno de Efraín Coral comenta paciente a tercer nivel con diagnóstico de: apendicitis aguda a call center de EMSSANAR responde Yesith Yampuezan cual refiere que el paciente se encuentra registrado en sistema que espera de confirmación de remisión a tercer nivel.   |
| 27  | 04 | 2020 | 08:32 am<br>Medicina<br>a<br>General<br>Efraín Coral | Me comunico con CRUE EMSSANAR SAS me responde Dr. Yesid Yampuezan Quien menciona que datos de paciente se encuentran ingresados al sistema Y que una vez tenga respuesta de remisión, se comunicarán con nosotros.   |
| 27  | 04 | 2020 | 08:34 am<br>Formato de Referencia y Contrareferencia | <p><u>Información General</u></p> <p>Institución: Municipio: Pasto</p> <p>Especialidad: Cirugía General. Nivel: nivel 3</p> <p>Tipo de remisión: prioritaria</p> <p>Área donde se encuentra el paciente: Linares</p> <p>Diagnóstico PAL: Apendicitis. No especificada.</p> <p>Diagnóstico REL: Enfermedad diverticular. Intestino. Parte no especificada. Sin perforación ni absceso.</p> <p><u>Impresión diagnóstica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha de apendicitis aguda score Alvarado 6 puntos.</li> <li>- Enfermedad diverticular aguda?</li> </ul> <p><u>Causa de la remisión:</u> paciente quien ingresa en contexto de dolor abdominal ubicado en hemiabdomen derecho, tipo cólico, de severa intensidad, localizado de forma predominante en fosa iliaca derecha, asociado a dos episodios eméticos de contenido alimentario y bilioso,</p>  |

| Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares |    |      |   |  |
|---|----|------|---|--|
|   |    |      |   | inicialmente se da manejo con protector gástrico, antiespasmódicos y antiemético sin encontrar mejoría a intensidad de dolor. Clínicamente luce algica, abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, dolor localizado en fosa iliaca derecha con McBurney positivo, no tiene signos de irritación peritoneal y por el momento. Paraclínicos con reacción leucocitaria sin marcada neutrofilia, clínicamente impresiona apendicitis aguda score de Alvarado seis puntos; sin embargo, puede cursar también con enfermedad diverticular aguda. Frente a sospecha de apendicitis aguda decido que debe ser valorada por cirugía general en tercer nivel de complejidad. |
| 27  | 04 | 2020 | 11:00 am<br>Medicina General<br>Efrain Coral          | Recibo llamado de CRUE EMSSANAR SAS Dra. Carolina Armero, mencionando que paciente queda aceptada en clínica corporal salud por el doctor Jonathan Vallejos, comunico personal de enfermería para remisión, se llama personal de ambulancia y auxiliar de enfermería de turno.<br>Diagnósticos:<br>R101: Dolor abdominal localizado en parte superior<br>K37X: Apendicitis. No especificada.   |
| 27  | 04 | 2020 | 11:00 am<br>Notas de enfermería<br>a<br>Yesica Acosta | Se recibe llamado call center de EMSSANAR Carolina Armero Informa que paciente fue aceptada en clínica Corporal Salud por el doctor Jonathan Marulanda.  |
| 27  | 04 | 2020 | 11:30 am<br>Notas de enfermería<br>Yesica Acosta      | Sale paciente a su respectiva remisión a la ciudad de Pasto tercer nivel clínica Corporal Salud Estable sin acompañante en compañía de auxiliar de enfermería Yurani Delgado y conductor de ambulancia con diagnóstico de apendicitis aguda, signos vitales TA: 100/60 mmHg; FC 110 lpm; FR: 18; T: 36°C; SATO2: 96% ambiente.<br>Paciente fuerte dolor abdominal durante el traslado presenta complicaciones de baja saturación 82% ambiente, se administra 1 l.<br>Presenta vómito en varias ocasiones de características amarillas.   |
| 27  | 04 | 2020 | 14:20<br>Notas de enfermería<br>a<br>Yesica Acosta    | Llegamos a clínica Corporal Salud El cual está congestionada nos toca esperar 40 minutos   |
| 27  | 04 | 2020 | 15:00<br>Notas de enfermería<br>Yesica Acosta         | Paciente recibida por médico de turno en regulares condiciones, sudorosa, de caída, pendiente epicrisis. signos vitales T: 36°C; FR: 19; FC 66 lpm; TA: 110/70 mmHg; SPO2: 96% ambiente. Se retira oxígeno.  |

9.3. El manejo médico y administrativo dado a la señora María Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares el 26 y 27 de abril de 2020 se ajustó a una adecuada práctica médica, teniendo en cuenta que se procedió a dar manejo médico ante presencia de cuadro de dolor abdominal inespecífico, con observación en el servicio de urgencias, se proporcionaron indicaciones y signos de alarma para reconsulta al servicio de urgencias; ante la evolución desfavorable del cuadro clínico y reconsulta de la paciente, se realizaron exámenes diagnósticos, observación y manejo del cuadro clínico, ante persistencia de dolor abdominal y aparición de signos clínicos sospechoso de apendicitis aguda, se procedió a realizar una remisión oportuna para valoración por la especialidad médica de cirugía general.

- 9.4. En la historia clínica disponible, existe registro de hospitalización de la señora María Ismenia Chamorro Eraso entre el 27 de abril y 12 de mayo de 2020 en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto. No obstante, no se cuenta con registro clínico de las atenciones en salud prestadas en la Unidad de Cuidados Intensivos entre el 07 y 12 de mayo de 2020.

Según los registros disponibles, la paciente fue llevada a cirugía el 27 de abril de 2020 a las 20:00 horas, donde se realizó laparotomía encontrándose apéndice perforada y peritonitis de cuatro cuadrantes.

Durante el procedimiento quirúrgico, la paciente presentó una falla ventilatoria severa aguda con paro cardio respiratorio y después de seis minutos de reanimación con requerimiento de intubación orotraqueal se recupera ritmo sinusal, se inicia soporte vasopresor y, posteriormente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el seguimiento médico instaurado en la UCI, se evidencia signos imagenológicos de neumonía atípica izquierda, se considera posible causa de complicación intraquirúrgica, por lo que se inician medidas de diagnóstico, aislamiento y manejo por posible diagnóstico de COVID-19.

Paciente permanece en manejo en la UCI con pronóstico reservado por insuficiencia respiratoria aguda, disfunción orgánica múltiple, neumonía basal izquierda, choque séptico de origen abdominal, reportándose evolución lenta hacia la estabilidad y, posteriormente evolución favorable, lográndose extubación el 04 de mayo de 2020.

El 06 de mayo de 2020 se confirma diagnóstico de infección por covid positiva, aunque con mejoría parcial de cuadro clínico, se ordena traslado a hospitalización en piso.

El 07 de mayo de 2020 se realiza laboratorios de seguimiento, en donde se reporta hemocultivos positivos para *Estafilococos Epidermidis* metilresistente; y, en tac de abdomen se evidenció presencia de colección abdominal, por lo que se decide llevar a cirugía para lavado abdominal.

Como se mencionó, no se cuenta con la historia clínica de las atenciones médicas llevadas a cabo entre el 07 y 12 de mayo de 2020, por lo que se desconoce los hechos que finalmente llevaron al fallecimiento de la paciente el 12 de mayo de 2020 a las 04:45 am.

Sin perjuicio de lo anterior, la información disponible para este análisis, permite estimar que la causa eficiente del fallecimiento de la señora María Ismenia Chamorro Eraso correspondió a una falla ventilatoria, secundaria a una falla multiorgánica subsiguiente a una insuficiencia respiratoria progresiva aguda generado por una neumonía viral grave relacionada con SARS-Co V-2 (COVID-19) y sobreinfección bacteriana pulmonar asociada; en el marco de una paciente que presentaba concomitantemente una sepsis de origen abdominal en secundaria a una peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada.

| Hospitalización - Corposalud SAS |    |      |   |   |
|----------------------------------|----|------|---|---|
| 27                               | 04 | 2020 | 15:46<br>Ingreso                                  | <p><u>Motivo de consulta:</u> Remitida de centro de salud local de Linares por apendicitis aguda.</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> Previas medicas de prevención, protección personal y del paciente según guías del ministerio de salud por pandemia COVID 19 se procede a la atención del paciente. Paciente asiste remitido de centro local por cuadro clínico que se inició el pasado 26-04-2020 en horas de la mañana 3am consistente en dolor tipo cólico a nivel de flanco y fosa iliaca derecha irradiado a región dorsal asociado náuseas y vómitos . Por esto asiste a centro de salud de Linares evidencian hemograma con leucocitosis de 13 neutrofilos:70% , además se evidencia al examen físico signos de irritación peritoneal para apendicitis aguda por lo que remiten para valoración y manejo por cirugía general.</p> <p>Manejo inicial con líquidos endovenosos ranitidina hioscina metoclopramida dosis única. Niega fiebre. Niega diarreas última deposición ayer en la noche. Niega síntomas urinarios. Niega automedicación. Niega síntomas respiratorios ni nexos epidemiológicos para COVID 19 niega contacto con paciente con dx de COVID 19 niega nexos con pacientes sintomáticos respiratorios.</p> <p><u>Hallazgos al examen físico:</u> abdomen : blando con defensa abdominal a nivel de epigastrio mesogastrio flanco y fosa iliaca derecha con dolor en punto de McBurney, Bloomberg negativo. Peristaltismo presente. <u>Evaluación paraclínicos:</u> hemograma leucocitosis.</p> <p><u>Diagnóstico principal:</u> K 37 X-apendicitis-no especificado impresión diagnóstica.</p> <p><u>Análisis y plan:</u><br/>Paciente con dolor abdominal con signos de apendicitis aguda se debe dejar hospitalizada para valoración y manejo por cirugía general y toma de paraclínicos pertinentes.</p> |
| 27                               | 04 | 2020 | 17:38<br>Cirugía General<br>Javier Andrés Morales | Cuadro clínico un día de dolor migratorio fosa iliaca derecha, cólico, malestar general, fiebre subjetiva. Al examen físico taquicardia, febrícula interrogada. Abdomen: abundante pániculo adiposo, con Bloomberg positivo. Rovsing positivo. Dolor en hemiabdomen izquierdo concomitante. Se pasa boleta apendicectomías por laparotomía. Apendicitis aguda.  |
| 27                               | 04 | 2020 | 21:42<br>David Andrés Guerrero Vallejo            | Paciente quien se encontraba un procedimiento quirúrgico en laparostomía por sospecha de apendicitis aguda, durante el transcurso de cirugía paciente presenta paro cardiorrespiratorio con necesidad de maniobras de reanimación avanzada y manejo de vía aérea logrando compensar y estabilizar su parte hemodinámica y respiratoria por indicación de especialidades se traslada a unidad de cuidados intensivos para vigilancia estricta.   |
| 27                               | 04 | 2020 | 21:43<br>Anestesiología<br>Ricardo Cabrera        | Paciente programada de urgencias para apendicectomía por laparotomía infraumbilical, con anestesia raquídea. A las 20:15 horas, paciente con deterioro respiratorio. A las 20:30 se procede a intubación  |



|    |    |      |  |  |
|----|----|------|--|--|
|    |    |      |  | <p>endotraqueal y con inducción de secuencia rápida, posterior bronco espasmo severo y bradicardia. Paciente entra en paro cardiorrespiratorio 20:35 horas, se activa código azul por actividad eléctrica sin pulso, se procede a compresiones torácica y se coloca 1 mg de adrenalina. A los dos minutos ausencia de pulso y cambio a taquicardia ventricular sin pulso, se realiza desfibrilación con 200 J con desfibrilador bifásico, se reinicia compresiones torácica. Minutos se verifica que hay presencia de pulso ritmo sinusal con ritmo de salida. Se toma tensión arterial 110/62, tiempo de paro seis minutos, se coloca catéter venoso central trilumen por disminución progresiva de tensión arterial, se decide inicio de noradrenalina, se continúa con cirugía y posterior a esto se traslada unidad de cuidados intensivos.</p>  |
| 27 | 04 | 2020 | <p>22:00<br/>Cirugía<br/>General Javier<br/>Andrés<br/>Morales</p> | <p>Nota Operatoria<br/>Diagnóstico operatorio: apendicitis.<br/>Procedimiento: laparostomía más apendicectomías más drenaje de peritonitis.<br/>Anestesia: general.<br/>Hallazgos: Apendicitis aguda, peritonitis generalizada, con absceso pericecal secundario a apéndice rota en la base, obligando a realizar cecorrafia. Tejidos de pésima calidad, con aponeurosis mala calidad con alto riesgo de evisceración y hernia ventral.</p>  |
| 27 | 04 | 2020 | <p>23:12<br/>Ingreso<br/>Unidad<br/>Cuidados<br/>Intensivos</p>    | <p>Estado post reanimación.<br/>Ingresa hoy en la tarde por cuadro de 24 horas consistente en dolor abdominal cólico en flanco y fosa iliaca de, consulta a Linares, de donde remiten con impresión diagnóstica de apendicitis aguda, es valorada por cirugía general, se encuentra signos de irritación peritoneal, se decide llevar a apendicectomía, se inicia cx bajo anestesia raquídea, la paciente durante el procedimiento presenta deterioro respiratorio, se procede a intubación orotraqueal con inducción de secuencia rápida, presenta broncoespasmo severo y bradicardia con posterior parada cardiorrespiratoria, se inician maniobras de reanimación, de actividad eléctrica sin pulso pasa a taquicardia ventricular sin pulso, se desfibrila con 200 joules, después de 6 minutos de reanimación, la paciente sale a ritmo sinusal, se coloca catéter venoso central y se inicia soporte vasopresor con norepinefrina, terminan procedimiento quirúrgico. Hallazgo apendicitis perforada con peritonitis de 4 cuadrantes, se realiza lavado quirúrgico y se cierra cavidad y se traslada a UCI.<br/><u>Diagnóstico clínico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado postre animación</li> <li>- Parada cardiopulmonar 6 minutos</li> <li>- Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4</li> <li>- Sepsis de origen abdominal-</li> <li>- Pop inmediato de apendicectomía + drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes</li> <li>- Obesidad</li> </ul> |

|    |    |      |   |   |
|----|----|------|---|---|
|    |    |      |   | <p>- Sahos: síndrome de apnea e hipoapnea del sueño. <u>Análisis y Plan:</u></p> <p>Paciente con obesidad, probable sahos, sin estudios ni manejo, presenta cuadro de apendicitis aguda, llevada a cirugía bajo anestesia raquídea, durante procedimiento presenta parada cardiorrespiratoria, por 6 minutos, paciente ingresa a la unidad para cuidados pop, soporte vasopresor y ventilatorio invasivo, al momento con inestabilidad hemodinámica, requiere soporte vasopresor, requiere soporte ventilatorio invasivo, gases arteriales con acidemia metabólica hiperlactatémica, trastorno moderado a severo de la oxigenación, se inicia soporte vasoactivo, sedación profunda, ventilación mecánica invasiva, se ordena rutina completa, hemo y urocultivo, cubrimiento con piperacilina tazobactam, pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones, incluyendo secuelas neurológicas irreversibles y desenlace fatal.</p>   |
| 28 | 04 | 2020 | <p>10:22<br/>Cirugía<br/>General Javier<br/>Andrés<br/>Morales</p>                  | <p>Paciente pop apendicectomía + drenaje de peritonitis generalizada + drenaje colección intraabdominal + lisis adherencias + lavado peritoneal por laparotomía día.</p> <p>En el momento mal estado general con soporte vasopresor, gasto urinario tendencia a la oliguria, dren 100 cc serohemático claro, taquicárdica con ventilación mecánica a/c parámetros intermedios,. Se observa rayos x de tórax con neumonía atípica izquierda, concordando con la posible causa de paro cardíaco, se considera seguir manejo antibiótico, inicio de parenteral, soporte vasopresor, manejo en uci, aislamiento respiratorio. Medidas protección COVID. Pronóstico reservado, no indicación de reintervención.</p>  |
| 28 | 04 | 2020 | <p>10:35<br/>UCI -<br/>Medicina<br/>Interna<br/>Mónica<br/>Patricia<br/>Vinueza</p> | <p>Paciente en monitoreo estricto con necesidad de UCI por soporte ventilatorio y vasopresor en el contexto de choque séptico por sepsis abdominal es llevada a laparotomía exploratoria con hallazgo apendicitis aguda peritonitis generalizada con absceso pericecal perforación apendicular adherencias múltiples . Durante procedimiento presenta falla respiratoria y posterior parada cardiorrespiratoria que requirió reanimación por 6 minutos , al momento no SIRS, pcr elevados tiempos de coagulación prolongados electrolitos normales hiperbilirrubinemia a expensas de directa con azoados elevados acidosis mixta con severa disfunción pulmonar hiperlactatemia moderada , llama la atención rayos x de tórax congestiva radiología sugiere neumonía atípica basal derecha no antecedentes previos de patología crónica ni síntomas respiratorios, que justifique evento por lo que se solicita estudios para descartar de parámetros de gravedad , hay linfopenia leve , se solicitó policultivos pendiente reporte. Manejo antibiótico con piperacilina + tazobactam día 1, evolución tórpida pronóstico reservado.</p> |
| 28 | 04 | 2020 | <p>14:20<br/>UCI -<br/>Anestesia<br/>Yovanni Luna</p>                               | <p>Evolución UCI tarde:</p> <p>Pop laparotomía, apendicectomía, , drenaje peritonitis, insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico origen abdominal, post paro cardiorrespiratorio con reanimación exitosa.</p>  |

|    |    |      |  |   |
|----|----|------|--|---|
|    |    |      |  | <p>Paciente en mal estado general, bajo efectos de sedación, con SIRS nomodulados, requiriendo soporte ventilatorio, satura 92%, diuresis limite, gases con equilibrio acido base, con disfunción pulmonar leve, lactato en disminución 2,5, con trastorno de coagulación aumentados, función renal alterada, pcr elevada, resultado dimero de y ldh limítrofes, rx tórax informe radiológico infiltrados intersticiales bilaterales, leve consolidación izquierda, sospecha neumonía atípica. Paciente con balance positivo, con sepsis origen abdominal, sin nexo epidemiológico aparente para COVID, con alto riesgo de morbilidad, requiere monitoreo y soporte en uci, plan se ajusta lev, furosemida, vit k, medidas de protección COVID, pendiente resultado de cultivos, y ferritina, su estado es crítico con pronóstico reservado. Continúa igual soporte de base, se espera evolución para conducta.</p>   |
| 28 | 04 | 2020 | <p>14:20<br/>UCI -<br/>Anestesia<br/>Yovanni Luna</p>                                      | <p>Evolución UCI noche:<br/>Por reporte de paraclínicos se decide activar código 348, se solicita PCR para COVID, se realiza fichas de notificación obligatoria, evolución tórpida pronóstico reservado .</p>   |
| 29 | 04 | 2020 | <p>16:31<br/>Medicina<br/>crítica y<br/>terapia<br/>intensiva<br/>Mercedes<br/>Solarte</p> | <p>Diagnósticos:<br/>- Estado post reanimación- parada cardiopulmonar 6 minutos (27/04/20)<br/>- Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4<br/>- Choque séptico de origen abdominal<br/>- Disfunción orgánica múltiple<br/>- Pop (27/04/20) de apendicectomía+ drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes<br/>- Obesidad<br/>- Sahos<br/>- Injurias renales agudas AKIN I<br/>- Coagulopatía por sepsis<br/>- Neumonía basal izquierda<br/>- Sospecha de infección por SARS</p> <p>cov-2 Análisis y plan:<br/>Paciente con sepsis de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, dada por compromiso hemodinámico, pulmonar, renal y hematológico, en segundo día postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis generalizada, apendicectomía, quien presente como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica estacionaria, aun dependiente de soporte vasoactivo para mantener tensión arterial media en metas, con trastorno moderado de la oxigenación con tendencia a la mejoría de acuerdo a ultimo control gasométrico, lactato en depuración, diuresis adecuada, balance hídrico positivo, con coagulopatía por sepsis, sin sangrado evidente, anemia moderada, sin indicación de soporte transfusional, los cultivos hasta el momento no han mostrado aislamiento. Se revisa imágenes diagnósticas y signos</p> |

|    |    |      |   |   |
|----|----|------|---|---|
|    |    |      |   | clínicos para infección por SARS cov 2, paciente solo cuenta con radiografía de tórax que muestra ocupación intersticial unilateral, se reinterroga al hijo de la paciente, quien no refiere síntomas respiratorios previos, ldh bajo, dimero d bajo, ferritina elevada, todos reactantes de fase aguda inespecíficos, se continua manejo de soporte, se mantiene precauciones antes sospecha de COVID-19, idealmente deberíamos realizar tac para caracterizar patrón radiológico, sin embargo ante inestabilidad hemodinámica del paciente se prefiere diferir examen hasta cuando la condición clínica permita su traslado, continua cubrimiento antibiótico empírico, se espera reporte de aspirado traqueal con reacción en cadena de polimerasa para COVID-19, en conjunto con cardiología se difiere toma de ecocardiograma hasta obtener resultado de dicho examen, por el momento paciente con contraindicación para uso de trombopprofilaxis farmacológica, se solicita gases arteriales de control, control glucómetro por turno de acuerdo a protocolo de manejo de paciente séptico. Pronóstico reservado, con alto riesgo de complicaciones, vía telefónica se da información de manera amplia y en lenguaje claro al hijo de la paciente (Alexis Romo).  |
| 30 | 04 | 2020 | 16:31<br>Medicina<br>crítica y<br>terapia<br>intensiva<br>Mercedes<br>Solarte | Presenta evolución clínica lenta hacia la estabilidad, se logró desmontar soporte vasoactivo con estabilidad hemodinámica, respuesta cronotrópica y presora adecuada, aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con mejoría de los índices de oxigenación y perfusión tisular, lactato normal, diuresis adecuada, balance hídrico positivo, con mejoría de los azoados y de los tiempos de coagulación, persiste con leucocitosis y neutrofilia, leve anemia, plaquetas normales, sin indicación para soporte transfusional, el control metabólico es adecuado, tolera la nutrición parenteral. Los cultivos no han mostrado aislamiento. Se continua manejo de soporte, igual cubrimiento antibiótico, sedación a dosis baja, a la espera de respuesta neurológica, se inicia trombopprofilaxis farmacológica con enoxaparina sc; se mantiene precauciones de aislamiento respiratorio y de contacto ante sospecha de covid-19, por el momento, dada la condición clínica hacia la mejoría, se decide postergar realización de tac de torax, así mismo ecocardiograma tt. Se espera reporte de aspirado traqueal con reacción en cadena de polimerasa para covid-19 pronóstico reservado, con alto riesgo de complicaciones, vía telefónica se da información de manera amplia y en lenguaje claro al hijo de la paciente (Alexis Romo). |
| 02 | 05 | 2020 | 20:02<br>Medicina<br>crítica y<br>terapia<br>intensiva<br>Mercedes<br>Solarte | Paciente en quinto día post de laparotomía por apendicitis aguda perforada más peritonitis de 4 cuadrantes, en estado post rccp. Presento paro en el intraoperatorio, además tiene sospecha de infección por sars-cov2 por hallazgos de radiografía de tórax de ingreso, paciente presenta evolución lenta hacia la estabilidad, con compensación hemodinámica, sin necesidad de vasopresores, aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con adecuada tolerancia al descenso de parámetros ventilatorios, presento trastorno  |
|    |    |      |   | moderado a severo de la oxigenación que viene en mejoría, desde hace 24 horas con nuevas manifestaciones de respuesta inflamatoria sistémica dadas por fiebre, taquicardia, trombocitopenia moderada, además viene con íleo persistente, se presume foco persistente a nivel abdominal, desde ayer se adiciono cubrimiento antimicótico, se espera nuevo set de hemo y urocultivos, cirugía general no ha tomado conductas de nuevas intervenciones, se continua manejo instaurado, se espera reporte de COVID-19 tomado desde el martes 26/04/20, por el momento se mantiene aislamiento de contacto y respiratorio estricto, se ordena rutina para mañana, pronóstico reservado.  |

|    |    |      |  |   |
|----|----|------|--|---|
| 03 | 05 | 2020 | 16:48<br>UCI –<br>medicina<br>interna<br>Carlos Andrés<br>Rosero                       | <p>Paciente con choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, en su sexto día de postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes , apendicectomía, quien presento como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica lenta hacia la estabilidad hemodinámica, al momento sin soporte vasopresor ni inotrópico , aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con mejoría de los índices de oxigenación y perfusión tisular, por lo que desde el día de ayer se progresó en sus parámetros ventilatorios ahora en modo cpap, ya sin episodios de agitación psicomotora ayer nuevamente con picos febriles por lo que se policultivo, con reporte de hemocultivos positivos a las 22 horas con gram que informa cocos gram positivos posible bacteriemia por gram positivos asociada a cvc para lo cual en horas de la mañana ya se inicio cubrimiento antimicrobiano inicial con vancomicina, al momento sin soporte vasopresor por lo que se indica retirar cvc una vez termina de pasar su nutrición parenteral, persiste con dimero d elevado ldh elevada y procalcitonina positiva pero en descenso respecto al control previo, fibrinógeno elevado ya se ajustó anticoagulación profiláctica en relación a su peso, por adecuados índices de oxigenación mejoría radiológica y en su estado de vigilia sin episodios de agitación psicomotora se indica protocolo de extubación se mantiene precauciones de aislamiento respiratorio y de contacto ante sospecha de covid-19, a la espera reporte de aspirado traqueal pcr para covid-19, y reporte de hemocultivos para tipificación del germen pronóstico reservado sujeto a evolución clínica</p> <p>Plan: se mantiene vancomicina solicitar niveles de vancocinemia antes de la cuarta dosis iniciar protocolo de extubación.</p> |
| 04 | 05 | 2020 | 15:44<br>20:02<br>Medicina<br>crítica y<br>terapia<br>intensiva<br>Mercedes<br>Solarte | <p>Paciente con evolución clínica favorable, tolerando extubación de hace más de 12 horas, con adecuado patrón respiratorio y mejoría progresiva de los índices de oxigenación y perfusión tisular, hemodinámicamente estable, sin necesidad de vasopresores, diuresis adecuada, respuesta inflamatoria sistémica en modulación, continua cubrimiento antibiótico sin cambios, a la espera de identificación de cocos gram positivos identificados en últimos hemocultivos, ya se retiró catéter venoso central al considerarse bacteriemia asociada a dispositivo vascular, mañana se iniciará dieta, pendiente reporte pcr</p>  |
|    |    |      |  | covid -19, continua aislamiento de contacto y respiratorio hasta nueva orden. Pronóstico sujeto a evolución, alto riesgo de complicaciones.   |
| 05 | 05 | 2020 | 09:14<br>UCI -<br>medicina<br>interna<br>Mónica<br>Patricia<br>Vinuela                 | <p>Paciente con necesidad de uci por soporte inotrópico extubado en horas de la tarde , con regular tolerancia aun con leve trabajo respiratorio, en el contexto de choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple en resolución , postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes , apendicetomía, el día de hoy febril taquicárdica , con leve trabajo respiratorio producción alta de expectoración y deterioro neurológico somnoliento hipoactiva, diuresis positiva balance positivo bajo , con aporte nutricional parenteral , hipocalemia moderada alcalosis metabólica compensada leve disfunción pulmonar lactato normal , en manejo antibiótico tazocin día 7 , vancomicina día 4 caspofungina día 4 , se solicita revaloración por cirugía para definir conducta pronóstico reservado. En espera de reporte para covid-19.</p>   |
| 06 | 05 | 2020 | 11:22<br>UCI -<br>Medicina<br>Interna<br>Mónica  | <p>Paciente con confirmación de covid- 19 prueba sars cov-19 positiva se define como neumonía asociada a sepsis de origen abdominal , se realiza valoración con dra López dra Vinuela y dr Rosero, ante la persistencia de fiebre se decide realizar tac abdominal y de tórax para descartar colecciones posteriores a procedimiento quirúrgico , se realizará al ser trasladado a piso .</p>   |

|    |    |      |                  |  |
|----|----|------|------------------|--|
|    |    |      | Patricia Vinuesa |  |
| 06 | 05 | 2020 | TAC tórax        | <p>Se observa zona de consolidación en el lóbulo inferior derecho de localización posterior con broncograma aéreo, puede corresponder a atelectasia o foco neumónico. Hay un pequeño derrame pleural bilateral. No hay otras alteraciones en el parénquima.</p> <p>En el momento no se observan zonas de vidrio esmerilado. El corazón y los grandes vasos de tamaño y morfología normales. Vías aéreas centrales con calibre usual. No se identifican adenomegalias ni masas en el mediastino ni en los hilos.</p> <p>Se observa catéter venoso central izquierdo en adecuada posición. Pared torácica sin alteraciones.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>-ZONA DE CONSOLIDACIÓN EN LÓBULO INFERIOR DERECHO.</p> <p>-MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL.</p> |
| 07 | 05 | 2020 | TAC abdomen      | <p>Disminución de la densidad hepática por infiltración grasa. Hay una pequeña colección subcapsular hepática lateral derecha, de 60x21x52mm.</p> <p>Colecistectomía.</p> <p>Vías biliares de calibre normal. Páncreas sin alteraciones. Bazo sin anomalías. No hay masas suprarrenales. Riñones de tamaño y forma normales; concentran y eliminan adecuadamente el contraste. Uréteres sin lesiones. Vejiga urinaria sin alteraciones. Histerectomía.</p> <p>Se observa escasa cantidad de líquido en la gotera parietocólica derecha. No hay masas ni engrosamientos de pared en el estómago o en las asas intestinales. Grandes vasos de calibre normal. Se observa discreto aumento de la densidad de la grasa mesentérica, hallazgo que</p>       |
|    |    |      |                  | <p>puede ser postquirúrgico. No se identifican adenomegalias en las diferentes cadenas ganglionares del abdomen o del retroperitoneo. Hay una colección intrabdominal entre mesogastrio e hipogastrio, adyacente a la pared abdominal de 35x23x40mm, volumen aproximado de 18cc, con gas en su interior.</p> <p>Se observa lesión hiperdensa en región inguinal derecha, probablemente por hemorragia, de 17mm de diámetro, también hay aumento de la densidad de los tejidos adyacentes. Desconocemos antecedente de cateterismo.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>- COLECCIONES: UNA SUBCAPSULAR HEPÁTICA Y OTRA INTRABDOMINAL EN MESOGASTRIO, ESTA ÚLTIMA COMPATIBLE CON ABSCESO.</p>  |



|    |    |      |  |  |
|----|----|------|--|--|
| 07 | 05 | 2020 | 09:27<br>Carlos<br>Andrés<br>Rosero<br>Médico<br>internista<br>especialista<br>en<br>infecciones | <p>Seguimiento comité de infecciones post uci femenina de 48 años, con diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado post reanimación exitosa - parada cardiopulmonar 6 minutos (27/04/20)</li> <li>- Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4 en resolución</li> <li>- Choque séptico de origen abdominal en resolución</li> <li>- Pop (27/04/20) de apendicetomía+ drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes</li> <li>- Injuria renal aguda Akin I</li> <li>- Neumonía basal izquierda curb 65 2 b por covid 19</li> <li>- Infección viral por covid 19 de tiempo no establecido</li> <li>- Bacteriemia por gram positivos</li> <li>- Obesidad</li> <li>- Sahos</li> </ul> <p>Soportes: Oxigenoterapia por cánula nasal monitoria hemodinámica no invasiva.</p> <p>Análisis y plan:</p> <p>Paciente con choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, quien requirió manejo en UCI con soporte ventilatorio invasivo en su postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes, por apéndice perforado, quien presentó como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica hacia la estabilidad hemodinámica, se logró liberar de ventilación mecánica y por evolución favorable se traslada a piso para continuar manejo reportado hemocultivos positivos para cocos gram positivos con aislamiento de S. Epidermidis 3 de 3 metilino resistente reporte de PCR para SARS-CoV-2 positivo por lo que confirma neumonía viral por COVID-19 persiste con dimero D elevado LDH elevada y procalcitonina positiva pero en descenso respecto al control previo, fibrinógeno elevado, ya se ajustó a anticoagulación plena por alto riesgo de fenómenos protrombóticos derivados de su infección viral al momento con episodios de agitación bajo sedación por lo que se indica iniciar alprazolam, se mantiene manejo para su infección viral siguiendo los protocolos nacionales e</p> |
|    |    |      |  | <p>institucionales y previo consentimiento informado con hidroxiclороquina más lopinavir ritonavir, se mantiene cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam más vancomicina hasta completar esquema terapéutico, reporte TAC toracoabdominal, tórax con consolidación basal derecha sin áreas en vidrio esmerilado, TAC de abdomen con hallazgos descritos para lo cual está pendiente valoración por CX general para definir conducta con respecto a su patología intraabdominal pronóstico reservado sujeto a evolución clínica.</p>  |
| 07 | 05 | 2020 | 11:29<br>Cirugía<br>general<br>Andrea<br>Catherine<br>López                                      | <p>Paciente en aislamiento bajo soporte ventilatorio no invasivo sin soporte vasoactivo persiste con picos febriles al momento con signos vitales estables con abdomen distendido con herida quirúrgica cubierta con apósito con eritema perilesional en resolución consecución serohemática con sospecha de infección de sitio operatoria profunda con hemograma con leucocitosis y neutrofilia procalcitonina en descenso informe de TAC abdominal compatible con colecciones intrabdominales una subhepática y otra de localización en mesogastrio compatible con absceso paciente con sepsis de origen abdominal no modulada no es candidata para drenaje percutáneo por tratarse de múltiples colecciones requiere revisión y lavado exhaustivo de cavidad con posibilidad de laparostomía para posteriores lavados. Plan: se programa para relaparotomía exploratoria más revisión de cavidad más drenaje de colecciones más lavado</p>  |

|  |    |      |   |   |
|--|----|------|---|---|
|  |    |      |   | peritoneal ahora bajo medidas de protección covid-19.   |
| 07   | 05 | 2020 | 19:43<br>Cirugía<br>general<br>Edison<br>Orlando Eraso      | Nota Operatoria<br>Diagnóstico operatorio: peritonitis con SARS COV 2 positiva<br>Procedimiento: lavado peritoneal, drenaje de absceso cavidad abdominal, cierre de fístula íleon distal.<br>Anestesia: general.<br>Hallazgos: absceso intraperitoneal 100 cc a nivel del mesogastrio fistula a nivel de íleon distal muñón apendicular indemne.  |
| En las historias clínicas aportadas no se allega registros médicos desde el 07 de mayo de 2020, hasta el momento del fallecimiento ocurrido el 12 de mayo de 2020. |    |      |   |   |
| 12   | 05 | 2020 | 09:21<br>Trabajo Social<br>Adriana<br>Patricia<br>Rodríguez | Siendo las 4:52 am se recibe llamada telefónica por parte de la jefe de turno de uci quien informa el fallecimiento de la señora María Ismenia Chamorro. Al respecto se inicia con las gestiones sociales correspondientes y se logra comunicación telefónica con el señor Alexis Romo (hijo) y se le informa del fallecimiento de su madre, así mismo se hace el llamado a la funeraria el monte de los olivos informando del fallecimiento de la paciente, como también se da a conocer la realización de la ficha social familiar al ingreso de la paciente con el acudiente (hijo Alexis Romo), en la cual se evidencia que la familia cuenta con los recursos suficientes para asumir el costo de la cremación. Finalmente se logra contacto telefónico con la señora Amanda Lucia Romo (cuñada al número 3187559871) quien refiere haber hablado con sus familiares y se harán cargo de los gastos funerarios para cremación con la funeraria monte de los olivos quienes |
|  |    |      |   | fueron notificados previamente y se encargaran de realizar según protocolo el levantamiento y disposición del cuerpo .  |

9.5. En relación con el informe pericial aportado, se debe resaltar que no es cierto que la señora María Ismenia Chamorro Eraso hubiere fallecido 48 horas después de su ingreso hospitalario a la Clínica Corposalud. El fallecimiento ocurrió quince días después de su ingreso.

Adicionalmente, se debe mencionar que las apreciaciones relacionadas con la aparente ausencia de diagnóstico de apendicitis aguda y su consecuencia demora en la remisión por parte del personal médico que atendió a la señora María Ismenia Chamorro Eraso en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares carecen de fundamento fáctico. Conclusiones que se indican, aparte por impresiones en el análisis de la fecha de ocurrencia de los hechos y omisiones en el estudio de la historia clínica de las atenciones médicas prestadas en la Clínica CORPOSALUD (entidad que nunca fue vinculada al proceso).

**I.I.I. CON RESPECTO AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR LA  
E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, EN CONTRA DE  
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Con relación al llamamiento en garantía formulado por nuestro asegurado E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, se hace indispensable previamente precisar que es la caratula de la póliza y que es la primera página de la póliza y las condiciones del contrato de seguro.

Para comprender esta diferenciación, me permito citar la sentencia SC 2879-2022 del Magistrado Luis Alonso Rico Puerta, del 27 de septiembre de 2022 de la Corte Suprema de Justicia, en la cual unificando la jurisprudencia al respecto dijo:

*“En la **caratula** de la póliza se debe incluir la información establecida en el artículo 1047 del estatuto mercantil, esto es, los **nombres de la aseguradora, tomador, asegurado y beneficiarios**, la calidad en la que actúa el tomador, la identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro, **la vigencia del contrato**, la suma asegurada, la prima y su forma de pago, **los riesgos asegurados**, la fecha en que se extiende, la firma del asegurador y las demás **condiciones particulares que acuerden los contratantes**. La carátula debe incluir, además, la advertencia de la terminación automática del contrato en caso de mora en el pago de la prima o de impago dentro del mes siguiente al vencimiento, cuando se trata de seguros de vida.*

*A partir de la **primera página de la póliza**, en cambio, se consignan los amparos **y exclusiones**, en forma continua y destacada.”*

En el contrato de seguro **aportado por la parte llamante en garantía**, en la segunda hoja se lee:

**“AMPAROS ADICIONALES**

**ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE LA PRIMA Y  
CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA”  
NEGRILLA Y SUBRAYADO FUERA DEL TEXTO ORIGINAL.**

Entre los amparos adicionales, se encuentra la

“COBERTURA A **PERJUICIO EXTRAPATRIMONIAL**: SUBLIMITE DEL 30% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO, Y EL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESION PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA POLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES O ACUERDOS DE CONCILIACION AVALADOS POR LA ASEGURADORA. **EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACION**. DENTRO DEL MISMO SUBLIMITE SE INCLUYE **EL LUCRO CESANTE**.”

Si embargo, como se pactó, de manera expresa, clara, legible, entendible e inconfundible, incluso resaltados en **LETRAS MAYUSCULAS**, esos perjuicios **ADICIONALES**, deben estar **CONSIGNADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA**.

Si **confrontamos** el contenido de la **caratula** de la póliza con la parte de la póliza que hace referencia a los **amparos adicionales**, se puede corroborar cuales fueron los amparos contratados, **ENTRE LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EL PERJUICIO MORAL, PERJUICIO FISIOLÓGICO, NI A LA VIDA DE RELACION**, los cuales son unas coberturas adicionales, que no fueron contratadas, porque como se ha venido manifestando, no están en la caratula de la póliza que **es donde deben figurar LOS RIESGOS CONTRATADOS**.

Luego si esos perjuicios, **no fueron objeto de pacto expreso en la caratula de la póliza, fue porque no fueron contratados** y por tanto no tienen cobertura por el contrato de seguro, en consecuencia, en el evento de una condena en contra de nuestro asegurado E.S.E. JUAN PABLO II, no podrá condenarse a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA por esos riesgos o amparos, porque se reitera, esos riesgos, esos amparos, esos perjuicios, **cualquiera que se el amparo que se quiera afectar, no fueron contratado**.

Para mayor claridad me permito transcribir la parte pertinente de la sentencia SC 2879-2022 del Magistrado

Luis Alonso Rico Puerta, del 27 de septiembre de 2022 de la Corte Suprema de Justicia, **Radicación n.º 11001-31-99-003-2018-72845-01** en la cual, respecto de cuáles son los amparos contratados, que es la caratula de la póliza y que es la primera hoja de la póliza dijo:

## **“CONSIDERACIONES**

### **1. Aclaración preliminar.**

Si bien el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (DL 663 de 1993) es una norma que regula el régimen de pólizas y tarifas en la actividad aseguradora y por esa razón podría considerarse, *prima facie*, como un precepto que simplemente enumera o enuncia los requisitos de aquellas; lo cierto es que el literal a) de su numeral segundo establece una disposición que, en una situación particular y concreta, tendría la capacidad de declarar, crear, modificar o extinguir situaciones jurídicas también concretas, pues consagra una sanción de **ineficacia** de las estipulaciones del contrato de seguro en caso de que el **contenido de la póliza no se ciña a los requisitos establecidos**.

Así mismo, su literal c) consagra una exigencia que, de no ser cumplida, **afectaría la exclusión** pactada entre las partes con la referida sanción de **ineficacia**. En tal virtud, estas disposiciones tendrían la capacidad de, en un caso concreto, **sustraer del amparo contratado determinado acto o conducta**, lo que a su vez tendría la virtualidad de crear, modificar o extinguir situaciones jurídicas entre las partes contratantes.

Sobre la norma sustancial, esta Corporación ha considerado de tiempo atrás que es el contenido del precepto y no su ubicación en una u otra ley o código, el que permite su calificación como tal, de modo que ha considerado como sustanciales disposiciones que se encuentran en estatutos adjetivos, o ha negado tal calidad a otras contenidas en el Código Civil y en el Código de Comercio, entre otros.

Al respecto ha sostenido la Sala:

*«Por sabido se tiene que las normas sustanciales, a cuyo quebranto se refiere precisa e invariablemente la causal primera de casación, son aquellas que, en razón de una situación fáctica concreta, declaran, crean, modifican o extinguen relaciones jurídicas también concretas entre las personas implicadas en tal situación. Por consiguiente, no tienen categoría sustancial, y, por ende, no pueden fundar por sí solas un cargo en casación con apoyo en la causal dicha, los preceptos legales que, sin embargo de encontrarse en los Códigos sustantivos, se limitan a definir fenómenos jurídicos, o a describir los elementos de éstos, o a hacer enumeraciones o enunciaciones; como tampoco la tienen las disposiciones ordinativas o reguladoras de la actividad in procedendo». (SC 24 oct. 1975. G.J. t. CLI, p. 254, reiterada en SC 13630-2015, 7 oct.)*

En ese sentido, la disposición que se alega como vulnerada por el *ad quem* tienen la virtualidad de soportar los cargos casacionales propuestos por la llamada en garantía, al afectar situaciones jurídicas particulares y concretas entre aseguradora y asegurado.

### **2. El contrato de seguro. Asunción y delimitación de riesgos.**

2.1. El ordenamiento no define el contrato de seguro, motivo por el cual, a partir de sus elementos característicos, esta Sala lo ha entendido como «*un contrato ‘por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, **dentro de los límites pactados** y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ‘daños’ o de ‘indemnización efectiva’, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro’*».

Se trata de un negocio jurídico consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva en virtud del cual el asegurador asume los riesgos que, en virtud del convenio, traslada el tomador con el ánimo de amparar la ocurrencia de distintos siniestros que pueden afectar su persona o su patrimonio. Además del asegurador y el tomador, intervienen en el seguro el asegurado y el

beneficiario, quienes son interesados en los efectos económicos del contrato, siendo posible que *«las condiciones de tomador y asegurado confluyan en una misma persona, caso en el cual ésta será quien consienta en el negocio y quien, además, sea titular del interés asegurable»*.

Dentro de los elementos de su esencia se encuentra el riesgo asegurable, entendido como el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador (art. 1054 CCo.). Ese riesgo es trasladado a la aseguradora en virtud del contrato de seguro, entidad que, al brindarle cobertura, queda obligada a soportarlo en caso de acaecer el siniestro.

2.2. **Sin embargo, la asunción de los riesgos por parte de la aseguradora no es ilimitada**, puesto que existen ciertas circunstancias que, bien sea por mandato legal **o por disposición contractual, quedan por fuera del amparo que otorga el contrato**. Sobre la limitación de los riesgos asegurados ha dicho la Corte que el mecanismo de transferencia del riesgo no es irrestricto, pues además de los límites impuestos por el legislador (como el dolo o los actos meramente potestativos del tomador), **existen consideraciones cuantitativas y cualitativas que llevan a determinada exclusión**, y que responden a justificaciones técnicas **que imponen la delimitación contractual de las coberturas**.

Es así como, **dentro del ejercicio de delimitación de riesgos**, deben tenerse en cuenta aquellas circunstancias que, por mandato legal, **no pueden ser objeto de amparo**, y **aquellas que las partes acuerdan dejar por fuera de la protección acordada**. Se trata de las llamadas **exclusiones de cobertura**, las cuales han sido definidas por la doctrina como aquellos *«hechos o circunstancias que, aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obligan la responsabilidad del asegurador. Afectan, en su raíz, el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro. Tienen carácter impeditivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de ese derecho y, por ende, el de la obligación correspondiente»*.

2.3. **Algunas exclusiones legales** admiten pacto en contrario, otras son inmodificables debido a que a través de ellas se protege el orden público. Entre las exclusiones legales que consagra el estatuto mercantil se encuentran el dolo y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario (art. 1055), los riesgos catastróficos en los seguros de daños (art. 1105), el vicio propio (art. 1104), la explosión, la combustión espontánea o la apropiación por un tercero de las cosas aseguradas, en los seguros de incendio (arts. 1114 a 1116), o el deterioro causado por el simple paso del tiempo en el seguro de transporte (art. 1120 *ibídem*).

**Las exclusiones contractuales**, por su parte, encuentran fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio, conforme al cual *«el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»*, precepto que refleja los principios **de autonomía privada, libertad contractual y de empresa**.

2.4. El efecto limitativo de la cobertura ha sido reconocido por la Corte, al señalar que *«el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro, ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones»* (CSJ SC, 7 oct. 1985, reiterada en SC 3839-2020, 13 oct.).

Así las cosas, es posible que ciertos hechos, conductas o condiciones queden exceptuadas del amparo brindado por el contrato de seguro, bien porque así lo dispone el ordenamiento jurídico **o bien porque las partes, lícitamente, han pactado que aquellos eventos se mantengan por fuera del amparo contratado, exclusiones cuya consecuencia es la precisa delimitación de los riesgos que el asegurador se obliga a asumir**.

### 3.2. Eficacia de las exclusiones contractuales.

Como se señaló en precedencia, **la facultad que tiene el asegurador de asumir, a su arbitrio, todos o algunos de los riesgos relacionados con el amparo contratado, es una manifestación de la libertad contractual y la autonomía privada** expresamente reconocida por el artículo 1056 del estatuto mercantil.

Sin embargo, como la actividad aseguradora se ejerce a gran escala y existen condiciones contractuales predeterminadas por la compañía de seguros conforme a los análisis técnicos y financieros del correspondiente ramo, por regla general el clausulado no surge de la libre discusión de los contratantes, sino que es preestablecido por la aseguradora, limitándose el tomador a aceptarlas o rechazarlas en su integridad, como señala el artículo 2° de la Ley 1328 de 2009.

Por ese motivo, nuestra normativa ha establecido mecanismos de protección para la parte que acepta sin discusión el clausulado general del seguro requerido, propendiendo por una adecuada, pertinente, razonable y oportuna información que le permita una cabal comprensión y conocimiento de los alcances del amparo contratado.

Con el propósito señalado, obra, entre otras disposiciones, el artículo 37 del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), conforme al cual en los contratos de adhesión se debe informar previamente al contratante -con suficiencia y claridad- la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, que deben ser redactadas en forma clara, completa y concreta. Respecto al contrato de seguro exige expresamente que «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías».

Acorde con ello, el referido precepto establece una sanción de ineficacia para las condiciones negótiales generales que no reúnan tales requerimientos, al disponer que se tendrán como no escritas.

En lo que respecta a los contratos de adhesión, el mismo Estatuto del Consumidor proscribe la inclusión de cláusulas que permitan al proveedor modificar unilateralmente las condiciones contractuales o sustraerse del cumplimiento de sus obligaciones (art. 38). Regula igualmente las cláusulas abusivas, definiéndolas, prohibiéndolas y sancionándolas con ineficacia de pleno derecho (art. 42 y ss).

Así mismo, la Ley 45 de 1990 (art. 44) y posteriormente el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (art. 184) establecieron disposiciones tendientes a garantizar el pleno conocimiento de los límites del amparo por parte del asegurado, condicionando la eficacia de las exclusiones pactadas al cumplimiento de determinados requisitos al momento de ser consagradas en el contrato.

Como quiera que en el presente asunto la controversia se presenta debido a la ubicación espacial de la exclusión alegada en la póliza contentiva del contrato de seguro, el análisis de la Corte girará en torno a ese requisito y no a los requerimientos del Estatuto del Consumidor, mismos que no fueron objeto de debate al interior del proceso.

### **3.3. Exigencias normativas respecto a la consagración de las exclusiones contractuales.**

El artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero –que recoge lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 45 de 1990–, establece los requisitos de las pólizas de seguro, en los siguientes términos:

*«2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:*

*a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;*

*b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y*

*c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza».*

Teniendo en cuenta que la norma establece la necesidad de que las coberturas y exclusiones figuren en la primera página de la póliza, los instrumentos normativos derivados del EOSF, a saber, las Circulares Externas expedidas por la Superintendencia Financiera en su función de inspección, vigilancia y control de la actividad aseguradora, han puntualizado que aquellas deben figurar a partir de la primera página, de manera continua y destacada, privilegiando la interpretación que mejor



**se ajusta a la voluntad de las partes y a las necesidades de conocimiento e información del consumidor**, con lo cual se cumple la finalidad de estas disposiciones, que no es otra que propender porque los eventos amparados y los que se encuentran excluidos sean conocidos, fácilmente identificables y comprensibles por el asegurado, impidiendo que se aleguen después limitaciones consignadas de manera aislada, sorpresiva, inconexa o en la llamada letra menuda.

En esa vía, **la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera (CE 029 de 2014)**, vinculante para las entidades aseguradoras, dispone en su parte II, título IV, capítulo II:

#### **«1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros**

*Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el numeral 2 del art. 184 del EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:*

##### **1.2.1.1. En la carátula**

*1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del C.Cio.*

*1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distingan del resto del texto de la impresión, el **contenido del inciso 1 del art. 1068** del C.Cio. Para el caso de los seguros de vida, **el contenido del art. 1152** del mismo ordenamiento legal.*

##### **1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)**

*Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua **a partir de la primera página de la póliza**.*

*Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. **No se pueden consignar en las páginas interiores** o en cláusulas posteriores **exclusiones adicionales** en forma distinta a la prevista en este numeral».*

Como puede observarse, estas disposiciones **diferencian** claramente **la carátula del cuerpo de la póliza**, al describir el contenido que debe tener cada una de ellas, de modo tal que, es claro, se trata de dos piezas contractuales diferentes.

En la **carátula** de la póliza se debe incluir la información establecida en el artículo 1047 del estatuto mercantil, esto es, los **nombres de la aseguradora, tomador, asegurado y beneficiarios**, la calidad en la que actúa el tomador, la identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro, **la vigencia del contrato**, la suma asegurada, la prima y su forma de pago, **los riesgos asegurados**, la fecha en que se extiende, la firma del asegurador y las demás **condiciones particulares que acuerden los contratantes**. La carátula debe incluir, además, la advertencia de la terminación automática del contrato en caso de mora en el pago de la prima o de impago dentro del mes siguiente al vencimiento, cuando se trata de seguros de vida.

A partir de la **primera página de la póliza**, en cambio, se consignan los amparos **y exclusiones**, en forma continua y destacada.

Esta comprensión de la normativa ha sido **acogida por esta Sala de Casación en varios pronunciamientos** en los que, dada la particular discusión en ellos planteada, **no ha ameritado profundizar en la distinción de estas dos piezas contractuales**, labor que acomete la Corte en esta oportunidad por ser la ubicación espacial de la exclusión el punto central de la controversia.

#### **3.4. La posición de la Corte respecto a la ubicación espacial de las exclusiones.**

**En diversos pronunciamientos, esta Corporación ha señalado que, conforme a las normas en comento, las coberturas y exclusiones deben consagrarse en la primera página de la póliza o a partir de aquella, aunque sin decantarse expresamente por ninguna de las dos posturas.**

**Así mismo, ha respaldado por vía de tutela la ineficacia de exclusiones ubicadas en anexos de la póliza.**

**Entre las sentencias en las que esta Sala ha reconocido que las exclusiones deben estar**

ubicadas en la primera página de la póliza, se encuentran la STC de 25 de julio de 2013, exp. 2013-01591, STC 514-2015, 29 ene., STC 17390-2017, 25 oct., STC 9895-2020 y STC 12213-2021, 16 sep., entre otras.

Otras decisiones han reconocido que las exclusiones son válidas si se consagran a partir de la primera página de la póliza, entre ellas las sentencias STC 4841-2014, SC 4527-2020 y SC 4126-2021.

Ahora bien, no pierde de vista la Sala que el *ad quem* declaró la ineficacia de la exclusión pactada apoyándose en la sentencia STC 514-2015, y que en pronunciamientos posteriores - en los que aquella ha sido reiterada- no se ha profundizado en el análisis de las distintas piezas contractuales que hacen parte de la póliza de seguro y la correcta interpretación de las disposiciones que regulan la consagración de las exclusiones, como se explicó en precedencia.

Tampoco se desconoce la dificultad surgida debido a que en la referida STC 514-2015, la Corte volvió sobre lo decidido en sentencia de tutela de 25 de julio de 2013, exp. 2013-01591, en la que se encontró respetable la hermenéutica del juzgador que declaró ineficaz una exclusión por no estar ubicada en la primera página de la póliza, en tanto consideró que ella no podía estar «en las [páginas] internas o en la carátula [de la póliza] o en las condiciones generales, pues éstas últimas no se pueden identificar con la primera página de la póliza»; ”

Adicionalmente se debe tener en cuenta que dentro del objeto del contrato de seguro se pactó que se cubren los amparos como consecuencia de los perjuicios **patrimoniales** de alguna causa cubierta bajo el amparo de la póliza, límites y sublímites en adelante indicados y por esa razón en la caratula de la póliza se pactó de manera expresa la cobertura del **daño emergente**, pero no se contrató la cobertura de los otros perjuicios, que no son patrimoniales, sino extrapatrimoniales.

Pese los argumentos antes expuestos y la solicitud de exoneración a la aseguradora que represento y sin reconocer ninguna responsabilidad de la parte accionada ni de la aseguradora, en el hipotético evento que existiera una condena, deberá tenerse en cuenta que en el contrato de seguro se pactó:

*“DEDUCIBLES: 10.00 \$ DE PORCENTAJE DEL VALOR DE LA PERDIDA – mínimo: 6.00 SMMLV EN RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/ TRANSPORTE EN AMBULANCIA/ RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/ USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/ O DE TERAPEUTICO/ SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS”*

De igual manera, respetuosamente solicito, que, en el evento de una hipotética condena en contra de la aseguradora, se tengan en cuenta solamente los amparos contratados en la caratula de la póliza, las exclusiones, las condiciones generales del contrato de seguro y toda circunstancia que, bajo el contenido del contrato de seguro, no sea objeto de amparo o cobertura por parte de la aseguradora.

#### I.V. CON RESPETO AL INTERROGATORIO DEL PERITO Y LOS TESTIGOS

##### **AL PERITO**

Se hace un resumen del interrogatorio al perito:

1. Al médico perito se le formuló la siguiente pregunta:

¿En sus conclusiones manifiesta que hasta la remisión en abril de 2020, la paciente **NUNCA** fue diagnosticada por apendicitis aguda; sin embargo en su dictamen usted anota que en los antecedentes de la Historia Clínica (folio 39 Anexos) el 13 de septiembre de 2018 tuvo un diagnóstico de APENDICITIS AGUDA y fue remitida a CIRUGIA GENERAL; por qué la CONTRADICCION?

El perito respondió que no hay contradicción y que eso no reposaba en su informe pericial; ante lo cual tuve que leerle los apartes que relacionaban las fechas, diagnóstico y remisión; sin embargo, el Perito fue evasivo en sus respuestas y dijo que se mantenía en sus CONCLUSIONES.

2. En otra pregunta se le requirió:

¿En una Ecografía de Abdomen Total, se puede identificar APENDICITIS o PERITONITIS?

La respuesta fue que sí, que en esa ayuda diagnóstica sí se puede identificar esas afecciones.

3. Por esa respuesta, se le preguntó:

¿Cuál fue la razón entonces, que en la Ecografía de Abdomen Total realizada a la paciente el 16 abril de 2019, no se le haya identificado la Apendicitis?

Respondió evasivamente indicando que no siempre se pueden observar todos los padecimientos, pero que él se mantenía en sus conclusiones.

4. Se le preguntó:

¿Por qué en su Informe Pericial en la página 11 del mismo, aparece fecha de ingreso a CORPOSALUD el día 13 de septiembre de 2018 por dolor abdominal, pero nunca indicó que fue remitida con diagnóstico de APENDICITIS AGUDA, ni tampoco el tratamiento adelantado hasta el 16 de septiembre de 2018 fecha de egreso de la paciente?


Respondió evasivamente que esa situación no era así y que él se había leído varias veces la historia clínica y eso no aparecía por ningún lado, que él se mantenía en sus conclusiones.

## A LAS TESTIGOS

Lo más relevante con respecto a los testimonios de los testigos, es que la señora ISMENIA CHAMORRO tenía unos bienes (local, parqueadero, habitaciones, etc.), que con el producido y los ingresos que obtenía, mantenía a sus familiares y a ella misma; al preguntársele a las testigos si ¿esos bienes en la actualidad siguen produciendo? Respondieron que sí y que con esos ingresos se mantienen los hijos (accionantes en el proceso); por lo cual no podría haber condena por: *"PERJUICIOS MATERIALES-DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO-FUTURO: para ALEXIS HERNEY ROMO CHAMORRO, la suma de \$ 15.920.000, para KAREN MAYERLY ROMO CHAMORRO, la suma de \$76.640.000. "*, que piden los accionantes en las pretensiones de la demanda.

Con base en los argumentos antes expuestos, respetuosamente me permito solicitar se exonere de condenar a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

Del Señor Juez,

  
**RICARDO IVÁN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**  
C.C. No. 12.981.001 de Pasto.  
T.P. No. 71.122 del C. S. de la J.