

Señores

JUZGADO VEINTICUATRO (24) CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD DE BOGOTÁ
E.S.D.

Ref.: PROCESO VERBAL RESPONSABILIDAD MÉDICA

DEMANDANTES: DIANA MILENA RAMIREZ ARAUJO

DEMANDADOS: CLÍNICA COLSANITAS S.A. y OTROS

Rad: 11001310302420220035800

Asunto: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.392.173 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 92.885 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Representante Legal para Asuntos Judiciales de la **CLÍNICA COLSANITAS S.A.**, sociedad comercial de naturaleza anónima, legalmente constituida, con número de identificación tributaria NIT. 800.149.384-6, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, actuando en causa propia, y estando dentro de la oportunidad procesal correspondiente acudo a su Despacho para presentar escrito de Contestación de la Demanda, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Es oportuna esta respuesta a la demanda y se encuentra dentro de los términos que contempla la Ley y conferidos por su despacho, como quiera que se hace dentro de los 20 días siguientes de recibida la notificación que tarta el art. 8 de la Ley 2213 de 2022, efectuada por correo electrónico el día 17/06/2024 a las 17:15 pm.

II. EL NOMBRE DEL DEMANDADO, SU DOMICILIO Y RESIDENCIA Y LOS DE SU REPRESENTANTE Y/O APODERADO.

La sociedad demandada es la **CLÍNICA COLSANITAS S.A.**, sociedad comercial de naturaleza anónima, legalmente constituida tal como consta en el certificado de existencia y representación legal, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, con número de identificación tributaria NIT. 800.149.384-6, debidamente autorizada para operar como IPS por la Secretaria Distrital de Salud; con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 100 No. 11B – 67. Correo Electrónico Notificaciones Judiciales: notificajudiciales@keralty.com

Representada en la presente causa por Mauricio Fernando Jaramillo Pinzón, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.392.173 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional número 92.885 del C.S. Judicatura, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 100 No. 11 B – 67. Correo Electrónico: maufjaramillo@keralty.com

III. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

PRONUNCIAMIENTO GENERAL:

Respetuosamente manifiesto al señor Juez que me opongo desde ya a las pretensiones esgrimidas por la parte actora, puesto que carecen de fundamento fáctico, jurídico y científico que permitan su reconocimiento, ya que CLÍNICA COLSANITAS S.A. no ha incurrido en ninguna conducta culposa ni dolosa, ni en ninguna omisión que pueda hacerla civilmente responsable por los perjuicios alegados por la parte actora.

CLÍNICA COLSANITAS S.A. cumplió a cabalidad sus deberes de prestación de servicios de salud a través de su Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia, establecimientos de comercio de propiedad de mi representada, en estricta sujeción a las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por ende ha cumplido con los servicios que la vinculan con los demandantes, lo cual desvirtúa cualquier posibilidad de incumplimiento contractual de mi prohijada, requisito *sine qua non* para que se le imponga la obligación de reparar.

En consecuencia, las rechazo de plano y ruego desde ya al Despacho que sean denegadas. Por lo anterior, solicito que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

PRONUNCIAMIENTO ESPECÍFICO SOBRE LAS DECLARACIONES Y CONDENAS:

Numerada como PRIMERA.: ME OPONGO a que se declare a mí representada solidaria y civilmente responsable por responsabilidad civil médica extracontractual por: “...por los perjuicios ocasionados a mi representada a partir de la aparente negligencia médica durante la atención brindada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG..”, toda vez que CLÍNICA COLSANITAS no es responsable por no existir fundamentos fácticos, científicos ni jurídicos para pretender una declaración de responsabilidad civil y por los presuntos daños irrogados a DIANA MILENA RAMIREZ ARAUJO, en la medida en que el deterioro en la salud y el fallecimiento del señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (Q.E.P.D.), son consecuencia de las patologías que sufría y en cuya ocurrencia no se advierten errores culpables.

Numerada como SEGUNDO.: ME OPONGO a que se condene solidariamente a mí representada al pago del DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, supuestamente causado a la demandante señora DIANA MILENA RAMIREZ ARAUJO, tasados en la cuantía de \$50.000.000. La anterior pretensión no es de recibo en la medida que no hay prueba fehaciente que así lo determine y por cuanto CLÍNICA COLSANITAS S.A., no es responsable del pago por ningún concepto en tanto no ha generado daño alguno atribuible.

Numerada como TERCERO y CUARTO: Me opongo a que se condene a CLÍNICA COLSANITAS S.A. al pago de perjuicios materiales: lucro cesante en sus dos modalidades, al considerar que de acuerdo a la definición del Código Civil del LUCRO CESANTE es:

“**Artículo 1614.-** Entiéndase por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por **lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento.**” (Resaltado ajeno al texto).

De esta forma se tiene que el lucro cesante es una lesión de carácter patrimonial, que el acreedor ha dejado de obtener como consecuencia de un incumplimiento contractual. Si bien es cierto un incremento patrimonial futuro es susceptible de integrar el lucro

cesante, **no deben existir dudas razonables acerca de que el incremento patrimonial se hubiera podido efectivamente concretar en el futuro, como las que existen en este caso pues se parte de un incierto para liquidarlo.**

Numerada como QUINTO: ME OPONGO a que se condene solidariamente a mí representada al pago de costas y agencias en derecho, toda vez que CLÍNICA COLSANITAS no es responsable por no existir fundamentos fácticos, científicos ni jurídicos para pretender una declaración de responsabilidad civil y por los presuntos daños irrogados a los demandantes.

Es importante tener en cuenta que, CLÍNICA COLSANITAS no es responsable del pago por ningún concepto, en tanto no ha generado daño alguno atribuible. Antes que nada, es preciso advertir que CLÍNICA COLSANITAS prestó los servicios de salud por intermedio de su recurso humano quien actuó con diligencia, cuidado, prudencia, pericia y todos los parámetros de la Lex Artis Ad Hoc, y no hay prueba que demuestre lo contrario.

IV. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO Y CONCRETO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

De acuerdo con lo manifestado por mi poderdante y las pruebas aportadas a la presente, me permito dar respuesta a los hechos de la demanda en los siguientes términos:

Al numerado como 1.: **Es Cierto**, conforme a las pruebas que se aportan al proceso.

Al numerado como 2. Este numeral trae varios hechos los cuales paso a contestar:

Es cierto, lo de la afiliación a la EPS Sanitas, en dicha condición se le prestó servicios de salud en la Clínica Colsanitas.

No le costa, a mi representada, lo relacionado en que condición cotizaba, por lo que nos atenemos a lo que se pruebe.

Al numerado como 3. **Es cierto**, conforme a los antecedentes descritos en la historia clínica, uno de sus diagnóstico era la diabetes mellitus tipo 2. y según antecedente no era adherente al tratamiento médico y farmacológico.

Al numerado como 4. **No nos consta**, es un hecho indeterminado que no indica tiempo modo y lugar, por lo que deberá ser probado.

Al numerado como 5. **No nos consta**, lo descrito en este hecho, por lo que nos atenemos a lo que se pruebe.

Al numerado como 6. **No nos consta**, de los soportes de la historia clínica del proceso de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 09/01/2021, el paciente ingreso al servicio de urgencias de la IPS Reina Sofía, en la historia clínica se evidencia que el paciente efectivamente, ingreso al servicio de urgencias el 09/01/2021 a las 06:14 horas, pero no es posible determinar cuál o cuáles fueron los acompañantes.

FECHA: 09/01/2021 06:14
 IDENTIFICACIÓN: CE-558683
 NOMBRE DEL PACIENTE: ROLFPETER MIKAEL NYBERG EDAD: 51 AÑOS / 6 MESES / 21 DÍAS GÉNERO: MASCULINO
 FECHA NACIMINETO: 19/06/1969 ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) OCUPACIÓN: ABOGADOS
 DIR. DOMICILIO: CR 63 22 45 AP 104 TR 2 TEL. DOMICILIO: 4648872 LUGAR RESIDENCIA: BOGOTA D.C.
 TIPO VINCULACIÓN: SEGUNDO ACOMPAÑANTE: TEL. ACOMPAÑANTE:
 RESPONSABLE: ROLFPETER MIKAEL NYBERG PARENTESCO: PACIENTE TEL. RESPONSABLE: 4648872

MOTIVO CONSULTA:

FAMILIAR REFIERE CAIDA A LAS 5:30H DE LA CAMA, DESDE ENTONCES SE DIERON CUENTA DE HEMIPARESIA DERECHA

CLINICA COLSANITAS S.A.
 CLINICA REINA SOFIA
 HISTORIA CLÍNICA No.: 558683

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ROLFPETER MIKAEL NYBERG IDENTIFICACIÓN: CE-558683
 GÉNERO: MASCULINO EDAD: 51 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS RELIGIÓN: GRUPO SANGUÍNEO: O+

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2021 759 FECHA Y HORA DE ADMISIÓN: 09/01/2021 06:14
 ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S UBICACIÓN:

ENFERMEDAD ACTUAL

FAMILIAR DE PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO QUE INICIO A LAS 05+26 CUANDO NOTA QUE EL PACIENTE AL DESPERTAR INTENTA LEVANTARSE DE LA CAMA SE CAE AL SUELO, NOTANDO QU EL PACIENTE PRESENTA DISARTRIA ASOCIADO A HEMIPARESIA DE HEMICUERPO DERECHO NO ASOCIADO A ASIMETRIA FACIAL SIN OTROS SINTOMAS SE ACOSTO LA NOCHE ANTERIOR A LAS 11 PM SIN SINTOMAS PACINTE SOLO HABLA INGLES

Al numerado como 7.: Es cierto, tal como se demuestra de los registros de la historia clínica disponibles de la atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 09/01/2021 desde el mismo momento del ingreso, el equipo de profesionales asistenciales, identificaron que el paciente presentaba un cuadro agudo de manifestaciones neurológicas, por lo cual se determinó traslado a sala de reanimación, monitoreo clínico permanente y realización de estudios complementarios.

El médico general Rafael David Moreno Ruiz, activo inmediatamente el “Código ACV” que permitió la realización inmediata de las neuroimágenes para diagnóstico y tipificación de la enfermedad cerebrovascular aguda como un evento isquémico. Como fe de las afirmaciones, se presenta la siguiente tabla en la cual se realiza una reseña cronológica sobre las intervenciones asistenciales, los tiempos y movimientos, que permiten demostrar que la atención brindada fue pertinente y oportuna, tal como se evidencia de la historia clínica aportada:

Clínica Reina Sofía – Servicio de Urgencias 09/01/2021	
Intervención	Detalle
06:14 - Triage	Familiar refiere que a las 05:26 presenta caída desde la cama, desde el ingreso se traslada a sala de reanimación
06:15 - Nota de Enfermería	Traslado del paciente desde Triage a reanimación
06:16 – Nota de Enfermería	Ingreso a sala de reanimación, monitoreo de signos vitales, acceso venoso y toma de muestras para laboratorios clínicos
06:20 – Nota de Enfermería	traslado del paciente para realización de tomografía de cráneo
06:55 – Nota de Enfermería	Traslado del paciente a observación
07:02 – Nota de Enfermería	Ingreso del paciente a sala de observación

07:15 - Consulta Médica de ingreso	Al ingreso se identifica déficit neurológico dado por disartria y hemiparesia derecha, sin pérdida de la conciencia, se activa código de ACV, se monitoriza paciente y se traslada a sala de imágenes para realizar tomografía y resonancia cerebral, durante el procedimiento paciente recupera capacidad para hablar y movilidad total de extremidades. Medicina Interna solicita monitoreo neurológico en sala de observación y estudios complementarios
07:45 - Nota de Enfermería	Nuevo déficit neurológico agudo acompañado por agitación psicomotora, se traslada a sala de reanimación
07:55 - Nota de Enfermería	ingreso a sala de reanimación y monitorización, por agitación psicomotora se administra sedación (Midazolam), pendiente Angiorresonancia de cuello y cerebro y remisión a EPS
08:19 - Radiología	reporte de resonancia pérdida de volumen cortical y central, que debe correlacionarse con examen neurológico. Sinusitis crónica maxilar derecha
08:20 - Nota de Enfermería	Se traslada paciente para realización de Angiorresonancia
08:26 - Medicina General (Nota retrospectiva)	nuevo episodio neurológico con agitación, disartria, hemiparesia derecha, se traslada nuevamente a reanimación
08:50 - Nota de Enfermería	Regresa paciente de la realización de Angiorresonancia, continua con agitación psicomotora, se administra Haloperidol + Diazepam y medidas de sujeción
09:05 - Nota de Enfermería	Se inicia trombólisis con rtPA
09:25 - Neurología	déficit neurológico transitorio, el primero a las 05:30 el segundo a las 08:10, con persistencia de la focalización. Tomografía de cráneo normal y doppler de vasos del cuello con obstrucción total de la carótida interna derecha, se diagnostica ACV en curso con indicación de trombólisis con rtPA
09:40 - Nota de Enfermería	agitación psicomotora persistente, se administra sedación con Diazepam + Midazolam
10:02 - Nota de Enfermería	monitoreo de signos vitales, por agitación psicomotora se realiza sujeción de las 4 extremidades
10:05 - Radiología	Tomografía computada de cráneo simple: ateromatosis vertebrobasilar y carotídea
10:20 - Radiología	Angiotomografía de cuello: ausencia de flujo en la totalidad de la arteria carótida interna derecha
10:23 - Radiología	Angiotomografía cerebral: ausencia de flujo en la totalidad de la arteria carótida interna derecha
10:46 - Medicina Interna	ACV isquémico NIHSS de 12 puntos trombólisis a las 9:05 horas, requiere traslado a Unidad de Cuidado Intensivo
11:19 - Cardiología	Ecocardiograma: cardiopatía isquémica y fracción de eyección ventricular (FEVI) >55%
12:01 - Nota de Enfermería	monitoreo de signos vitales, paciente en agitación se retira acceso venoso
13:34 - Nota de Enfermería	Pendiente traslado a Unidad de Cuidado Intensivo
14:08 - Nota de Enfermería	paciente con agitación psicomotora se retira acceso venoso, continua con sujeción de las 4 extremidades
14:50 - Nota de Enfermería	Sale paciente en ambulancia con destino a la Unidad de Cuidado Intensivo de la IPS Clínica Universitaria Colombia, periodos de agitación psicomotora intermitente Midazolam en titulación

Al numerado como 8.: Es Cierto, Los soportes documentales y registros de historia clínica disponibles para auditar el proceso de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas nos permiten validar que en la valoración médica especializada de neurología clínica realizada el 09/01/2021 a las 09:25 horas el profesional ANDRES FERNANDO CERON ZAMORA, confirmo el diagnostico de Accidente Cerebrovascular en curso y determino la pertinencia del tratamiento farmacológico, **trombólisis¹** con **rtPA**, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento nexa denominado 210109 ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG – Clínica reina Sofía

¹ La **trombólisis** es un procedimiento utilizado para tratar bloqueos vasculares y mejorar el flujo sanguíneo mediante la disolución de coágulos sanguíneos anormales. Un coágulo sanguíneo, o trombo, puede bloquear el suministro de sangre a ciertas partes del cuerpo y causar un daño grave. La trombólisis intravenosa con **activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA)** constituye un tratamiento médico estándar para el ictus isquémico agudo. El uso rtPA está indicado para diversas patologías como el tratamiento trombolítico en los infartos agudos de miocardio, el tromboembolismo pulmonar agudo con inestabilidad hemodinámica y el tratamiento trombolítico del accidente cerebrovascular isquémico agudo. La administración oportuna del rtPA, a pacientes apropiadamente seleccionados constituye el principal tratamiento de forma temprana en el ACV.

▶ **INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS**
TAC CRANEO: NORMAL
DOPPLER DE CAROTIDAS OBSTRUCCION TOTAL DE LA CAROTIDA INTERNA DERECHA

▶ **ANÁLISIS**
PACIENTE CON ACV EN CURSO

▶ **PLAN DE MANEJO:**
SE INICIA TROMBOLISIS PERIFERICA CON RTPA A 0.9 /KG
POR AGITACION PSICOMOTORA, SEDACION

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?
SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA? NO

PROFESIONAL: ANDRES FERNANDO CERON ZAMORA
REGISTRO: 79244687
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

Al numerado como 9.: Este numeral tare varios hechos, los cuales respondo así:

El cierto lo del traslado a la Clínica Universitaria Colombia, teniendo en cuenta que la IPS Clínica Reina Sofía, no se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, por lo cual se tramito efectivamente el traslado a otra institución de alta complejidad, adscrita a la red de prestadores, para dar continuidad al tratamiento requerido por el paciente, fue así como se materializó el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Clínica Universitaria Colombia.

Es parcialmente cierto, lo del deterioro neurológico, lo anterior debido a que el traslado se dio para continuar con el tratamiento integral para el Evento Neurovascular (Accidente Cerebrovascular) Isquémico NIHSS de 12 puntos, en el periodo posterior a la trombólisis con rtPA, secundario a la oclusión de flujo en la totalidad de la arteria carótida interna derecha, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada de la historia clínica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG (q.e.p.d.) de la Clínica Universitaria Colombia:

CLINICA COLSANITAS S.A.
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
HISTORIA CLÍNICA No.: 558683

PÁGINA 5 DE 94

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ROLFPETER MIKAEL NYBERG **IDENTIFICACIÓN:** CE-558683
GÉNERO: MASCULINO **EDAD:** 51 AÑOS / 6 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** **GRUPO SANGUÍNEO:** O+
FECHA NACIMIENTO: 19/06/1969 **ESTADO CIVIL:** SOLTERO (A) **OCUPACIÓN:** ABOGADOS
DIR. DOMICILIO: CR 63 22 45 AP 104 TR 2 **TEL. DOMICILIO:** 4648872 **LUGAR DE RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: H 2021 351 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 09/01/2021 15:38
ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S **UBICACIÓN:** UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO - CAMA 002 UCI
TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** **TEL. ACOMPAÑANTE:**
RESPONSABLE: ROLFPETER MIKAEL NYBERG **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 4648872

PACIENTE CON EVENTO ISQUEMICO TROMBOLIZADO ACTILICE, ANTECEDENTES HTA, DM, ENFERMEDAD CORONARIA CON ANGIOPLASTIA+STENT, DISECCION DE LA CAROTIDA DERECHA, SE TOMO RM SUGETIVA DE LESION ISQUEMICA Y NUEVO ANGIOTAC CUELLO CON OCLUSION DE FLUJO EN LA TOTALIDAD DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DERECHA CONOCIDA PREVIAMENTE, ECO TT CON CONTRACTILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA EN REPOSO ANORMAL POR AQUINESIA APICAL SEPTAL Y APICAL ANTERIOR, SE INDICA HALOPERIDOL, INMOVILIZACION, TOMA TAC, IC NEUROLOGIA

▶ **PLAN DE MANEJO**

DX
-EVENTO NEUROVASCULAR ISQUEMICO NIHSS DE 12 PUNTOS, POST TROMBOLISIS
-OCCLUSION DE FLUJO EN LA TOTALIDAD DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DERECHA.
-DM TIPO 2
-HTA
-CARDIOPATIA ISQUEMICA CON FEVI 50%
-ANGIOPLASTIA MAS STENT CORONARIO
-DISECCION DE LA CAROTIDA DERECHA
¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?: SI

PROFESIONAL: ORLANDO JESUS POLO ARRIETA
REGISTRO MÉDICO: 72265637
ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA

Al numerado como 10.: Es Cierto.

Al numerado como 11.: No Nos Consta, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Al numerado como 12.: No Nos Consta, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

No obstante, se aclara que el paciente había consultado con anterioridad en la IPS Clínica Universitaria Colombia por patologías relacionadas con la diabetes mellitus mal controlada con complicaciones vasculares, tal como se evidencia en la siguiente tabla, de tal forma se infiere que la información sobre los antecedentes patológicos y el tratamiento se encontraba registrada en el sistema.

Fecha	Atención	Detalle
17 al 18/02/2017	Clínica Universitaria Colombia - Servicio de Urgencias	Motivo de consulta: sospecha evento cerebrovascular, estudios complementarios de neuroimágenes y laboratorios clínicos permiten diagnosticar pansinusitis crónica, egresa con tratamiento antibiótico (Amoxicilina Clavulanato) e indicación de asistir a control en consulta externa con Medicina Interna + Cardiología + Otorrinolaringología
24/02 al 01/03/2017	Clínica Universitaria Colombia - Servicio de Urgencias	Motivo de consulta: sospecha evento cerebrovascular, estudios complementarios de neuroimágenes y laboratorios clínicos permiten diagnosticar severa ateromatosis de la arteria carótida interna derecha con oclusión del flujo en sus diferentes segmentos, infartos de evolución aguda al parecer embólicos en territorio de la arteria cerebral media derecha y proceso inflamatorio generalizado de las cavidades paranasales. Además, Neurología Clínica disección espontánea de la arteria carótida interna derecha, sin indicación de manejo quirúrgico por Cirugía Cardiovascular, se determina manejo ambulatorio con anticoagulación (Enoxaparina + Ácido Acetilsalicílico).
07/02/2018	Clínica Universitaria Colombia - Servicio de Urgencias	Motivo de consulta: Mareo y sudoración, por antecedentes patológicos (disección carótida derecha) se indica la realización de tomografía de cráneo, reportada como normal, resolución de las manifestaciones del ingreso, se da alta con indicación de control ambulatorio.

Al numerado como 13.: No es cierto, Ver respuesta al Hecho N°9, el accidente cerebro vascular no se encontraba en curso al momento del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Clínica Universitaria Colombia, pues tal como se indicó anteriormente el Evento Neurovascular (Accidente Cerebrovascular) Isquémico NIHSS de 12 puntos, se encontraba en el periodo posterior a la trombólisis con rtPA, es decir en resolución.

Al numerado como 14.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Al numerado como 15.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Los soportes documentales y registros de historia clínica nos permiten validar que desde el inicio del evento neurovasculares en la IPS Clínica Reina Sofía, el paciente desarrollo un cuadro de agitación psicomotora y desorientación, de presentación intermitente y persistente pese al manejo farmacológico con diferentes sedantes como Diazepam y Midazolam, antipsicóticos como Haloperidol y medios de contención física

(sujeción de extremidades), estas medidas fueron implementadas en virtud del riesgo de auto y heteroagresión durante la agitación, documentado en la historia clínica de enfermería como retiros bruscos de los accesos venosos.

Durante la atención en la Unidad de Cuidado Intensivo de la IPS Clínica Universitaria Colombia, se continuó documentando el cuadro de delirio con agitación de presentación fluctuante y persistente, pese al tratamiento farmacológico, razón por la cual se determinó la pertinencia del escalonamiento en el esquema de sedación con el medicamento Dexmetomedina, el cual tiene indicaciones terapéuticas en el manejo del delirio del paciente crítico.

Finalmente, se aclara que los registros clínicos disponibles para la auditoria del evento, no documentan la indicación del acompañamiento de familiar para el paciente con Manifestaciones Neuropsiquiátricas, tal como se indica en el presente Hecho.

NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Al numerado como 16.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

No obstante, se identifica en los registros clínicos que la evolución clínica del 10/01/2021 en la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Clínica Universitaria Colombia, fue estable pese a la altísima carga de comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino requirente, cardiopatía isquémica/enfermedad coronaria, obesidad y enfermedad arterial periférica con ateromatosis severa).

El delirio y la agitación psicomotora como manifestaciones neuropsiquiátricas del ACV respondieron adecuadamente al cambio en el esquema de sedación con Dexmetomedina, el 10/01/2021 el paciente fue valorado por la especialidad de Neurología clínica la cual conceptuó que debían ampliarse los estudios complementarios en pro de descartar otras patologías responsables de las manifestaciones neurológicas, por lo cual ordeno la realización de electroencefalograma, resonancia cerebral de control, Holter y perfil metabólico.

Al numerado como 17.: Es parcialmente cierto, por tratarse de apartes del contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva como lo hace la apoderada de la parte actora.

No obstante, se identifica en los registros clínicos que:

- El 10/01/2021 a las 10:22, el especialista en medicina intensivista y cuidados críticos, solicitó la interconsulta por neurología clínica, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
102010003	(890474) NEUROLOGIA ADULTOS INTERCONSULTA	ACV ISQUEMICO IZQUIERDO POSRTROMBOLISIS	1	

DIAGNÓSTICO: F05.9 - DELIRIO, NO ESPECIFICADO, I10.X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

PROFESIONAL: ALVARO TITO JIMENEZ QUIMBAYA

REGISTRO MÉDICO: 79234202.

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y REANIMACION .

- El 10/01/2021 a las 10:58, la especialista en Neurología Clínica solicito la realización de exámenes complementarios

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
402020013	(883101) RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		1	
403010039	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO		1	

DIAGNÓSTICO: F05.9 - DELIRIO, NO ESPECIFICADO, I10.X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

PROFESIONAL: CATALINA CERQUERA CLEVES

REGISTRO MÉDICO: 1075221899.

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA .

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
403010039	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	26 CANALES	1	

DIAGNÓSTICO: F05.9 - DELIRIO, NO ESPECIFICADO, I10.X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

PROFESIONAL: CATALINA CERQUERA CLEVES

REGISTRO MÉDICO: 1075221899.

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA .

- En los registros clínicos de ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG – CUC, no se identifica la presunta descompensación del paciente el 10/01/2021 en la noche, ni la solicitud de interconsulta con cardiología.

Al numerado como 18.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Los registros de historia clínica del proceso de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 110/01/2021 en la nota medica de las 10:22 el especialista en medicina intensiva indico paciente con evolución clínica estable, sin deterioro neurológico diferente a la desorientación, sin agitación psicomotora, sin deterioro respiratorio, que no cumple con criterios para permanecer en la Unidad de Cuidado Intensivo, por lo cual se ordena traslado al servicio de hospitalización para continuar manejo por la especialidad de Neurología Clínica, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del archivo de historia clínica de la Clínica Universitaria Colombia (CUC):

▶ **ANÁLISIS**

DIAGNOSTICOS.

- EVENTO NEUROVASCULAR ISQUEMICO NIHSS DE 12 PUNTOS, POST TROMBOLISIS
- EDEMA CEREBRAL SECUNDARIO VS CONVERSION HEMORRAGICA
- OCCLUSION DE FLUJO EN LA TOTALIDAD DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DERECHA.
- DM TIPO 2
- HTA
- CARDIOPATIA ISQUEMICA CON FEVI 50%
- ANGIOPLASTIA MAS STENT CORONARIO
- DISECCION DE LA CAROTIDA DERECHA

▶ **PLAN DE MANEJO:**

PACIENTE DE 51 AÑOS CON HIPERTENSION, DIABETES, ENFERMEDAD CORONARIA Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA, EN ESTUDIO DE SINDROME NEUROVASCULAR, TAC DE CRANEO Y RM CEREBRAL INICIAN NORMAL, ANGIOTAC DE CUELLO CON OCCLUSION DE CAROTIDA DERECHA, ACTUALMENTE CON PAROXISMOS DE AGITACION PSICOMOTORA Y DELIRIUM, CON FUERZA SIMETRICA EN 4 EXTREMIDADES, DE MOMENTO ESTABLE SIN DETERIORO RESPIRATORIO, METABOLICO O HEMODINAMICO, AUN DESORIENTADO PERO SIN AGITACION, AUN SIN CLARIDAD DE ETIOLOGIA SE SOLICITO POR RNM SIMPLE POR LO CUAL SE SOLICITA ASISTENCIA POR ANESTESIOLOGIA, DE MOMENTO SIN INDICACION DE CONTINUAR EN CUIDADO INTENSIVO, POR LO CUAL SE TRASLADA A PISO POR NEUROLOGIA, PENDIENTE CONCEPTO DE PSYQUIATRIA, PRONOSTICO EXPECTANTE. SE DA INFORMACION.

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE? SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: MAURICIO GOMEZ BETANCOURT

REGISTRO: 93239971

ESPECIALIDAD: RESIDENTE DE MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Al respecto es importante aclarar que los criterios clínicos de ingreso y egreso a la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo, se encuentran definidos en la Guía de Práctica Clínica de la Secretaria de Salud de Bogotá (Ver documento adjunto), tal como se muestra en la siguiente imagen:

Tabla 3. Guía sobre asignación de recursos de monitoreo y cuidado intensivo

Nivel de atención	Tipo de paciente	Intervenciones
UCI	Pacientes críticos que necesitan monitoreo cada hora y/o monitoreo invasivo.	Intervenciones que no se pueden proporcionar en otros servicios de la institución.
UCIM	Pacientes inestables que requieren manejo de enfermería, laboratorios y/o monitoreo entre 2-4 horas	Ventilación no invasiva, infusiones IV, titulación de vasodilatadores o antiarrítmicos.
	Pacientes estables que requieren monitoreo cercano electrocardiográfico para arritmias no malignas o laboratorios cada 2-4 horas. (unidades de monitoreo)	Infusiones IV, titulación de medicamentos vasodilatadores o antiarrítmicos.
Hospitalización general	Pacientes estables que requieren monitorización o laboratorios cada 4 horas o más	Antibióticos IV, quimioterapia IV, laboratorios, radiografías, etc.

Existen diferentes modelos para identificar a los pacientes críticamente enfermos que requieren manejo en la UCI (modelo de diagnósticos, modelo de priorización, modelo de parámetros objetivo).

Cuando se valida la historia clínica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG para el 11/01/2021, se identifica que no cumplía con ningún criterio para justificar la estancia, es decir, no requiera monitoreo estrecho, no tenía soporte ventilatorio, ni vasoactivo, ni infusiones de medicamentos, por ende, la indicación de dar orden para el traslado al servicio de hospitalización fue pertinente.

Al numerado como 19.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Los soportes y registros de historia clínica de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 11/01/2021 a las 12:11 la profesional Ángela Viviana Navas Granados, especialista en Neurología Clínica, identifico deterioro

clínico en el paciente, el cual quedo registrado en la historia clínica, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

▶ **ANÁLISIS**
 PACIENTE DE 51 AÑOS CON HIPERTENSION, DIABETES, ENFERMEDAD CORONARIA Y ENFERMEDAD ARTERIAL .
 INGRESA POR PRESNETAR FOCALIZAICO NEUROLOGICA , PARA LO CUAL REQUIRRIRO TROMBOLISIS
 (EXTRAINSTITUCIONAL), ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN SIN LESIONES AGUDAS , OCLUSION PROXIMAL DE ARTERIA
 CAROTIDA DERECHA, AL PARECER ANTECEDENTE DE DISECCION DE ARTERIA CAROTIDA DERECHA ? .
 PRESNETA EN PISO NUEVAMENTE AGITACION PSICOMOTORA EN CONTEXTO DE GASES ARTERIALES Y
 GLUCOMETRIA QUE EVIDENCIAN CETOACIDOSIS DIABETICA CON REQUERIMIENTO DE TRASLADO A UCI. SE
 COMENTA CON SERVICIO DE MEDICINA INTERNA QUIENES INICIAN MANEJO EN PISO , PENDIENTE TRALADO
 PRIORITARIO .
 NO SE DESCARTA MIMIC STROKE , SE REVISAN IMAGENES NO HAY EDEMA CEREBRAL TAMPOCO
 TRANSFORMACION HEMORRAGICA .
 PENDIENTE TAC DE CRANEO CONTROL

▶ **PLAN DE MANEJO:**
 TRASLADO A UCI

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?
 SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: ANGELA VIVIANA NAVAS GRANADOS
 REGISTRO: 33369898
 ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

Clínicamente la especialista identificó exacerbación de las manifestaciones neuropsiquiátricas a expensas de la agitación psicomotora con desorientación y alteración en los laboratorios clínicos dados por elevación en la glicemia y evidencia de acidosis metabólica en los gases arteriales, con esta información se diagnosticó diabetes mellitus descompensada con cetoacidosis diabética aguda. Esta nueva condición cumplía con criterios de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo pues requería monitoreo continuo e infusión de insulina.

Al numerado como 20.: Es Cierto, El 11/01/2021 a las 10:50, la especialista en cuidados intensivos y medicina critica ordeno la realización de una tomografía de control y gases arteriales:

NÚMERO DE ORDEN: 5992937 FECHA: 11/01/2021 10:50

▶ **PROCEDIMIENTOS**

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
402050009	(879111) TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	DESCARTAR PROGRESION HEMORRAGICA	1	
609000003	903839 GASES ARTERIALES O VENOSOS	GASES ARTERIALES	1	

DIAGNÓSTICO: F05.9 - DELIRIO, NO ESPECIFICADO, I10.X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

PROFESIONAL: LIZA GONZALEZ.
 REGISTRO MÉDICO: 1030594826.
 ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA .

- El 11/01/2021 a las 10:56, la especialista en cuidados intensivos y medicina critica ordeno tratamiento farmacológico con: Acetaminofén + Haloperidol + Insulina + Omeprazol, además solicitó la realización de laboratorios clínicos: Glucometría + Electrolitos (Cloro + Potasio + Sodio) + Creatinina y Nitrógeno Ureico + Hemograma + Uroanálisis con Gram
- El 11/01/2021 a las 12:14, la especialista en cuidados intensivos y medicina critica ordeno la realización de un Holter

▶ **PROCEDIMIENTOS**

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
403091003	(895001) ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA 24 HORAS-TEST HOLTER	HOLTER CARDIACO	1	

DIAGNÓSTICO: F05.9 - DELIRIO, NO ESPECIFICADO, I10.X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

PROFESIONAL: ANGELA VIVIANA NAVAS GRANADOS.

REGISTRO MÉDICO: 33369898.

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA .

- El 11/01/2021 a las 14:10, el especialista en cuidados intensivos y medicina crítica ordeno la realización de estudios de laboratorio clínico: Transaminasas + Bilirrubinas + Electrolitos (Magnesio + Potasio + Sodio + Calcio) + Creatinina y Nitrógeno Ureico + Hemograma + Uroanálisis con Gram + Coagulograma + Gases arteriales + Glucometría
- El 11/01/2021 a las 14:32, el especialista en cuidados intensivos y medicina crítica ordeno tratamiento farmacológico con: Enoxaparina + Insulina (ajusto la dosis) + Levetiracetam + Omeprazol.
- El 11/01/2021 a las 16:28, el especialista en cuidados intensivos y medicina crítica ordeno la realización de radiografía de tórax portátil
- El 11/01/2021 a las 19:24, el especialista en cuidados intensivos y medicina crítica ordeno la realización de estudios de laboratorio clínico: Bilirrubinas + Cetonemia + Creatinina con Nitrógeno Ureico + Hemograma + Electrolitos
- El 11/01/2021 a las 22:10, el especialista en cuidados intensivos y medicina crítica ordeno la realización de estudios de laboratorio clínico: Anticuerpos para VIH + Prueba Treponemica + T4 Libre

Al numerado como 21.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Al numerado como 22.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Según registros de enfermería el 11/01/2021 a las 10:23 horas se realizó el traslado del paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos al Servicio de Hospitalización:

11/01/2021 10:23	EVOLUCION ENFERMERIA : se realiza traslado a piso paciente en cama con necesidad de oxígeno por canula nasala a 1 litro entrega a jefe de enfermería formulación de 24 horas, insumos de aseo , se entrega historia clínica previamente foliada.	DAVID JOSE FERNANDEZ ABAD	ENFERMERO JEFE
------------------	--	---------------------------	----------------

Según registros de enfermería el 11/01/2021 a las 13:30 horas se traslada el paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos:

11/01/2021 13:30	EVOLUCION ENFERMERIA : SE TRASLADA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO , AGITADO POLIPNEICO CON SOPORTE DE O2 A 1 LITROS MONITOPRIZADO AL VISOSCOPIO NORMOTENSO NORMOCARDICO SIN DESATURACION PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CETOACIDOSIS DIABETICA PACIENTE CON ACCESO VENOSO PERIFERICO FUNCIONAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION CON DESFASEACIONES A NIVEL INGUINAL EQUIMOSIS ANIVEL SOLEAL BILATERAL, DESFASEACIONES A NIVEL DE TALON DE AQUILES ENTREGO HISTORIA CLINICA COMPLETA TRASLADO SIN COMPLICACIONES.	NATALY CASTIBLANCO LEON	
11/01/2021 13:30	EVOLUCION ENFERMERIA : ingresa paciente rolfpeter michael nyberg en la unidad médica 002ci trasladado del 6 piso , en compañía de médico, jefe de enfermería y aux de enfermería desorientado, febril, agitado , rosado , sin soporte de oxígeno se observa mal patrón respiratorio , mucosa oral semiseca, torax simétrico, canalizado en cefálica del antebrazo izquierdo con conector clave, manilla de identificación visible, abdomen blando depresible, diuresis espontánea, paciente presenta varios equimosis en miembros superior e inferiores,	DAVID JOSE FERNANDEZ ABAD	ENFERMERO JEFE

A partir de los registros de enfermería, se infiere que no se presentaron retrasos en el traslado tal como se afirma en el presente hecho.

Al numerado como 23.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

Al numerado como 24.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho. El manejo clínico se evidencia en la historia clínica de manera cronológica.

Al numerado como 25.: NO NOS CONSTA. No es un hecho es la apreciación subjetiva que hace el apoderado de la parte actora sin fundamento médico-científico, me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 26.: NO NOS CONSTA. No es un hecho es la apreciación subjetiva que hace el apoderado de la parte actora sin fundamento médico-científico, me atengo a lo que se pruebe.

Los registros de historia clínica de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el paciente con una alta carga de comorbilidades, presentaba dos condiciones agudas con curso paralelo, que determinaron el deterioro clínico y el compromiso neurológico, tal como se evidencia en la nota médica especializada de Neurología Clínica registrada el 12/01/2021 a las 09:31, tal como se evidencia en la siguiente imagen, tomada:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ROLFPETER MIKAEL NYBERG **IDENTIFICACIÓN:** CE-558683
GÉNERO: MASCULINO **EDAD:** 51 AÑOS / 6 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** **GRUPO SANGUÍNEO:** O+
FECHA NACIMIENTO: 19/06/1969 **ESTADO CIVIL:** SOLTERO (A) **OCUPACIÓN:** ABOGADOS
DIR. DOMICILIO: CR 63 22 45 AP 104 TR 2 **TEL. DOMICILIO:** 4648872 **LUGAR DE RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: H 2021 351 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 09/01/2021 15:38
ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S **UBICACIÓN:** UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO - CAMA 002 UCI
TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** **TEL. ACOMPAÑANTE:**
RESPONSABLE: ROLFPETER MIKAEL NYBERG **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 4648872

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	TIPO DE DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	ESTADO
I67.9 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO NUEVO	PRINCIPAL	ACTIVO
I10.X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	CONFIRMADO REPETIDO	RELACIONADO	ACTIVO
F05.9 DELIRIO, NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO NUEVO	RELACIONADO	ACTIVO

SUBJETIVO

NEUROLOGÍA

PACIENTE CONTINUA CON DETERIORO NEUROLOGICO DADO POR HIMIPARESIA DER FLUCTUANTE ALTERACIONES METABOLICAS CETOACIDOTICAS EN CONTROL Y SDRA EN ESTUDIO TODO ASOCIADO A ENCEFALOPATIA MULIFACTORIAL

OBJETIVO

TENSIÓN ARTERIAL: **109/78** mmHg **FRECUENCIA CARDIACA:** **112** POR MINUTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA: **24** POR MINUTO **SATURACIÓN DE OXIGENO:** **90,00** %
TEMPERATURA: **36.0** °C **ESCALA DE DOLOR:** **5/10**
PESO: **105.00** Kg. **TALLA:** M **ESTADO DE CONCIENCIA:** **CONFUSO**
I.M.C.:

PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CONFUSO PARES CRANANSOS CONSERVADOS CON HEMIPARESIA DERECHA SENSIBILIDAD COORDINACION Y MARCHA NO EVALUABLE SIGNOS MENINGEOS NEG

El concepto médico especializado de neurología clínica nos permite determinar entonces, que la evolución clínica desfavorable del paciente, con manifestaciones neurológicas y dificultad ventilatoria, tenía un origen multifactorial y no solo en la descompensación aguda de la diabetes mellitus diagnosticada como cetoacidosis diabética.

Es entonces relevante aclarar el concepto de alta carga de comorbilidades, a partir de los antecedentes patológicos del paciente con Diabetes Mellitus (insulino requiriente, diagnosticada desde los 15 años y con mala adherencia al tratamiento, ver histórico de hemoglobinas glicosilada), Hipertensión Arterial crónica, Ateromatosis Severa (Enfermedad aterosclerótica del corazón con Cardiopatía isquémica, Enfermedad coronaria y Disección carótida interna derecha), Enfermedad Cerebrovascular (Infartos cerebrales recurrentes), Neumopatía crónica (Asma?), Obesidad Grado I.

Al numerado como 27.: ES PARCIALMENTE CIERTO, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Al numerado como 28.: NO NOS CONSTA es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar.

Al numerado como 29.: NO NOS CONSTA es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar.

Al numerado como 30.: NO NOS CONSTA es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar.

Al numerado como 31.: NO NOS CONSTA es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar.

No obstante, de los registros de historia clínica de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 12/01/2021 a las 12:26 la profesional Martha Eugenia Quintana Zamora, especialista en Cuidados Intensivos y Medicina Critica, registro el siguiente concepto sobre la evolución clínica tórpida que presento el paciente, con afección en diferentes órganos y sistemas como el cardiovascular, respiratorio y metabólico, tal como se evidencia en la siguiente imagen, tomada del archivo clínico de la Clínica Universitaria Colombia:

PLAN DE MANEJO:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA TORPIDA, CON REANIMACION RECIENTE PROLONGADA, CURSA CON CHOQUE REFRACTARIO, Y PARADA CARDIACA DE ETIOLOGIA NO CLARAS, CON REQUERIMIENTO VASOPRESOR TRIPLE A MUY ALTAS DOSIS, CON SOSPECHA DE EVENTO CORONARIO AGUDO TIPO INFARTO POR HALLAZGOS DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, ADEMAS, CON COMPROMISO DE LOS INDICES DE OXIGENACION Y ALTERACIONES RADIOLOGICAS DE NOVO CON INFILTRADOS MULTILOBARES QUE A PESAR DE PCR Y ANTIGENO PARA COVID INICIALES NEGATIVOS, SE SOLICITA ANTIGENO DE CONTROL. CON HIPERGLICEMIA NO CONTROLADA POR LO QUE SE INICIA INFUSION DE INSULINA CRISTALINA, ACIDOSIS METABOLICA SEVERA ASOCIADA A DESCOMPENSACION METABOLICA EN PACIENTE CON MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN LOS ULTIMAS SEMANAS (REFIERE ESPOSA). SE COLOCARA CATETER SWAN GANZ PARA GUIAR MANEJO HEMODINAMICO, SE ESPERA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAMA TT Y ESTUDIO ENZIMATICO. PRONOSTICO RESERVADO, FAMILIA (ESPOSA E HIJO INFORMADOS)

****NOTA DE PROCEDIMIENTO CATETER CENTRAL Y LINEA ARTERIAL**
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA LOCAL SE COLOCA CATETER SUBCLAVIO DERECHO, TERCERA PUNCION POR IMPOSIBILIDAD DE PASO DE GUIA EN LAS 2 PUNCIONES ANTERIORES. POR TECNICA DE SELDINGER SE AVANZA HASTA 20 CM, RETORNO POSITIVO. SS RX DE TORAX DE CONTROL (REPORTADOS)
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE COLOCA LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA POR TECNICA DE SELDINGER SE AVANZA ARTERIO LINE. NO COMPLICACIONES, UNICA PUNCION

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?
SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: MARTHA EUGENIA QUINTANA ZAMORA
REGISTRO: 51847673
ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA

El registro clínico resalta un aspecto relevante y contribuyente a la alta carga de comorbilidades del paciente, este fue la mala adherencia terapéutica, que determino el desarrollo de las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus, traducidas como: Ateromatosis Severa, Enfermedad aterosclerótica del corazón con Cardiopatía isquémica, Enfermedad coronaria y Disección carótida interna derecha y Enfermedad Cerebrovascular (Infartos cerebrales recurrentes).

Al numerado como 32.: Es parcialmente cierto, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Los registros de historia clínica disponibles para auditar el proceso de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, en la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Clínica Universitaria Colombia, nos permiten validar que el 12/01/2021 a las 12:26 la profesional Martha Eugenia Quintana Zamora, especialista en Cuidados Intensivos y Medicina Critica, documentó el paro cardiorrespiratorio presentado por el paciente entre las 07:46 y las 08:33 horas del día en curso, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

PACIENTE CON ACIDOSIS METABOLICA SEVERA, SOMNOLIENTO, TAQUIPNEA Y POLIPNEA, RESPIRACION ACIDOTICA. SE CONSIDERA **ALTO RIESGO DE FATIGA Y FALLA RESPIRATORIA SECUNDARIA** POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL, PREVIA MEDICACION CON FENTANIL 100 MCG, PROPOFOL 120 MG Y ROCURONIO 50 MG, SE REALIZA INTUBACION CON TUBO 8.5, ADECUADA AUSCULTACION, SIN COMPLICACIONES ASOCIADAS A INTUBACION. PRESENTA BRADICARDIA PROGRESIVA, EXTREMA, SE INICIAN MANIOBRAS DE **REANIMACION CEREBROCARDIOPULMONAR**, ATROPINA 1 MG, ADRENALINA CADA 3 MINUTOS, MASAJE CARDIACO, CON EVIDENCIA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SIN PULSO, DEFIBRILACION CON 300 JOULES, AMIODARONA 150 MG IV BOLO, INFUSION DE NORADRENALINA, GLUCONATO DE CALCIO 2 G IV, PERSISTE CON EPISODIOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SIN PULSO, SULFATO DE MAGNESIO 4 GRAMOS, BICARBONATO DE SODIO, INFUSION DE ADRENALINA Y LIDOCAINA A RAZON DE 1.5 MG/KG, SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION **DESDE 07:46 ALAS 08:33 HORAS** LUEGO DE LO CUAL SE OBTIENE RITMO SINUSAL. EKG CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, SE DESCARTARA INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SS ECOCARDIOGRAMA TT, TROPONINA # 2. SE INICIA VASOPRESINA POR PERSISTENCIA DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, SS HEMOCULTIVOS Y ANTIGENO PARA COVID19. SE INFORMA A FAMILIARES SITUACION CLINICA ACTUAL Y RIESGO DE MORTALIDAD.

En el registro clínico se describe como el paciente presentó deterioro del patrón ventilatorio con riesgo a desarrollar fatiga respiratoria y una falla secundaria, por lo cual se tomó la decisión de brindar soporte ventilatorio invasivo con intubación orotraqueal, procedimiento sin complicaciones.

Ya después de la intubación el paciente presentó alteración del ritmo cardiaco dado por bradicardia extrema (disminución en la frecuencia cardiaca, tanto que el corazón no puede bombear suficiente sangre rica en oxígeno al cuerpo), por lo cual fue activado el protocolo de reanimación cardiocerebropulmonar, que se extendió casi por una hora hasta documentar que el ritmo cardiaco regreso a la normalidad, después fueron realizados estudios complementarios como electrocardiograma, ecocardiograma y **marcadores cardiacos**², que confirmaron la presencia de un síndrome coronario agudo tipo infarto de miocardio.

Al numerado como 33.: Es parcialmente cierto, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Los registros de historia clínica de atención del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que el 12/01/2021 a las 14:14 fue registrada la nota medica correspondiente a la interconsulta por Infectología tras identificar **leucocitosis**³ en el hemograma de seguimiento y sospecha de infección, en tal virtud, determino el inicio de antibioticoterapia dual con Vancomicina + Cefepime y realización de estudios complementarios para confirmar o descartar la presencia de una infección, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

² Cuando los miocitos se necrosan, o sufren daño celular importante, pierden la integridad de la membrana y permiten el paso de proteínas a la circulación sistémica, estas reciben el nombre de **marcadores biológicos** de daño miocárdico, algunas proteínas cardíacas, especialmente la Troponina I, Troponina T y en menor grado isoformas de CK-MB, presentan una secuencia de aminoácidos exclusiva de los miocitos y por tanto, son muy específicas de daño miocárdico. La nueva definición de infarto, propuesta por la American Heart Association, el American College of Cardiology y la European Society of Cardiology, se basa en la demostración de **concentraciones plasmáticas anormales de Troponina (I o T) o de CK-MB**, su medición permite diagnosticar infartos, sin embargo, la utilización de Troponinas para realizar el diagnóstico de IAM presenta varios inconvenientes o limitaciones, por lo que hay que ser cautos en su interpretación. La elevación de los valores de Troponina corresponde a daño miocárdico, y no necesariamente a necrosis isquémica. El aumento de Troponina por daño miocárdico puede encontrarse en miocarditis, embolia pulmonar, ictus, insuficiencia renal, sepsis, disección de aorta, insuficiencia cardíaca, quimioterapia, después de ejercicio físico extenuante, hipertrofia ventricular e incluso los valores plasmáticos pueden aumentar en ausencia de daño miocárdico, por lo que la interpretación de las concentraciones de Troponina sólo puede realizarse dentro del contexto clínico general del paciente.

³ **Leucocitosis** es el incremento en el recuento de glóbulos blancos (parte constitutiva del sistema inmune) en sangre periférica > 9.000. Los leucocitos se incrementan en condiciones como infecciones, inflamación, daño en tejidos, reacciones inmunológicas y trastornos de la médula ósea como leucemia. En el hemograma diferencial se habla de granulocitosis, linfocitosis y monocitosis, dependiendo del tipo leucocitario predominante.



ANÁLISIS

PACIENTE CON CUADRO DE EDEMA PULMONAR Y PARO CON REANIMACION EXITOSA, ALTA POSIBILIDAD DE ORIGEN ISQUEMICO CARDIACO, CON LEUCOCITOSIS QUE PODRIA SER REACTIVA, POR LO CUAL **SE INICIA MANEJO CON CEFEPIME MAS VANCOMICINA Y SE ORDENA PROCALCTONINA**

PLAN:

SOLICITAR PROCALCTONINA
CONITNUA CEFEPIME MAS VANCOMICINA



PLAN DE MANEJO:

PLAN:

SOLICITAR PROCALCTONINA
CONITNUA CEFEPIME MAS VANCOMICINA

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?

NO

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: PATRICIA REYES PABON

REGISTRO: 52268728

ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

La muestra de sangre periférica para análisis de Procalcitonina fue tomada el mismo 12/01/2021, tal como se evidencia en la siguiente imagen.

Petición No	11215324	Fecha de ingreso	12-ene.-2021 6:34 pm
Paciente	NYBERG ROLF PETER MIKAEL	Fecha de impresión	14-ene.-2021 9:11 am
Documento Id	CE 558683	Sede	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
Fecha de nacimiento	19-jun.-1969	Servicio	UCI CUC
Edad	51 Años	Sexo	M
Dirección	CALLE 159 # 54-81 APTO 501 TORRE 5	Empresa	CTC - HOSPITALIZADOS EPS
Teléfono	3005757536-4648872	Médico	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
		Cama	002CI

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
QUIMICA			
PROCALCTONINA CUANTITATIVA	27.21	ng/ml	
Método: Electroquimioluminiscencia			
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLINICO			
** VALORES DE REFERENCIA			
Entre 0 - 0.5 ng/m : Pacientes normales, enfermedades autoinmunes, virales, infección bacteriana localizada.			inflamación crónica, infecciones
Entre 0.5 - 2.0 ng/ml : Politraumatismos, quemaduras.			
Mayor de 2 ng/ml : Sepsis, infección bacteriana severa, falla sistémica.			
Fecha Validación: 12-ene.-2021 7:53 pm			

El resultado fue positivo, es decir con procalcitonina en niveles elevados, lo cual confirmo la presencia de una infección bacteriana.

Al numerado como 34.: NO NOS CONSTA, no es un hecho, son conclusiones y apreciaciones de la parte actora las cuales deberá probar.

Al numerado como 35.: NO NOS CONSTA, es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar, y no hay registro en la historia clínica que lo permita validar.

Al numerado como 36.: NO NOS CONSTA, es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar, y no hay registro en la historia clínica que lo permita validar.

Al numerado como 37.: **ES PARCIALMENTE CIERTO**, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Los registros de historia clínica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten validar que en virtud de los hallazgos clínicos, paraclínicos y el antecedente de diabetes mellitus con complicaciones vasculares y cardiopatía isquémica (enfermedad coronaria), se sospechó que el paciente cursaba con un síndrome coronario agudo tipo infarto de miocardio, se determinó la pertinencia en la

realización del procedimiento arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

▶ **INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS**
PROCEDIMIENTO 29770-29771

PROCEDIMIENTO: ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO.
ANGIOPLASTIA CORONARIA DE UN VASO CON IMPLANTE DE UN STENT MEDICADO.

INDICACIÓN: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DIABETES, HTA Y ENFERMEDAD CORONARIA, CON IMPLANTE PREVIO DE STENT EN DESCENDENTE ANTERIOR, ACTUALMENTE CON CUADRO DE ACV Y CHOQUE CARDIOGENICO POST REANIMACIÓN.

INFORME DEL PROCEDIMIENTO
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL CAMPO, POR TÉCNICA DE SELDINGER, BAJO ANESTESIA LOCAL CON LIDOCAÍNA SE 2%, Y MEDIO DE CONTRASTE IODADO, POR VÍA FEMORAL DERECHA, SE PRACTICA PROCEDIMIENTO, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN. SIN COMPLICACIONES.

DOSIS: 1423 MGY TIEMPO DE FLUOROSCOPIA: 4:27 MINUTOS MC: 100 CC

HALLAZGOS
CORONARIOGRAFÍA
DOMINANCIA IZQUIERDA.
CORONARIA IZQUIERDA
TRONCO PRINCIPAL NORMAL.

DESCENDENTE ANTERIOR DE ADECUADO CALIBRE, CON OCLUSIÓN TOTAL EN EL ORIGEN, CON IMAGEN DE STENT EN TERCIO PROXIMAL.

CIRCUNFLEJA DOMINANTE DE ADECUADO CALIBRE, SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVAS.
OBTUSAS MARGINALES Y DESCENDENTE POSTERIOR SIN LESIONES SIGNIFICATIVAS.
CORONARIA DERECHA
NO DOMINANTE, DE MEDIANO CALIBRE, SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAMENTE, SIGNIFICATIVAS.

Durante el procedimiento realizado el 12/01/2021 a las 16:30 horas, se identificó la obstrucción total en el origen de la arteria coronaria descendente anterior (principal arteria del corazón) por lo cual se realizó una revascularización mediante angioplastia con implante de un nuevo stent medicado.

CONCLUSIONES

1. ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA DE UN VASO.
2. ANGIOPLASTÍA CORONARIA DE UN VASO CON IMPLANTE DE STENT MEDICADO EN DESCENENTE ANTERIOR.

RECOMENDACIÓN

MANEJO MÉDICO. TERAPIA DUAL CON ASA 100 MG VO DÍA, CLOPIDOGREL 75 MG VO POR 1 AÑO.

CARLOS ANDRÉS CARVAJAL TASCÓN
CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA – HEMODINAMIAJ

▶ **PLAN DE MANEJO:**

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?
SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: CARLOS ANDRES CARVAJAL TASCÓN

REGISTRO: 79373922

ESPECIALIDAD: CARDIOLOGIA

Al numerado como 38.: ES PARCIALMENTE CIERTO, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Los registros de historia clínica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, nos permiten soportar que la atención integral brindada en la Unidad de Cuidado Intensivo de la IPS Clínica Universitaria Colombia fue integral y continua durante la estancia, sin evidenciar inoportunidades injustificadas, ni interrupciones, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

▶ **PLAN DE MANEJO:**

PACIENTE CON HALLAZGOS COMPATIBLES CON **CHOQUE CARDIOGENICO SECUNDARIO** A OBSTRUCCION DE DESCENDENTE ANTERIOR A NIVEL DE STENT PREVIO QUE SE MANEJA CON ANGIOPLASTIA Y COLOCACION DE STENT. CONTINUA CON **REQUERIMIENTO PRESOR E INOTROPICO**, CON TAQUICARDIA NO CONTROLADA, **HIPERGLICEMIA SEVERA A PESAR DE MANEJO CON INFUSION DE INSULINA CRISTALINA** POR LO QUE SE DECIDE ADICIONAR BOLOS IV DE INSULINA. ADEMAS, CON **PERSISTENCIA DE ACIDOSIS METABOLICA**, LACTATO ELEVADO SECUNDARIOS A DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA, CON ECOCARDIOGRAMA QUE EVIDENCIA ALTERACION DE LA FUNCION VENTRICULAR (FEVI APROXIMADA DE 45%) POSIBLEMENTE SOBRESTIMADA POR USO DE INOTROPIA Y VASOPRESORES. CON MEJORIA DE INDICES DE OXIGENACION, CON ADECUADO GASTO URINARIO. CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, ANTE TAQUICARDIA PERSISTENTE SE DECIDE REINICIAR AMIODARONA INFUSION PARA 24 HORAS. VALORADO POR INFECTOLOGIA QUIENES CONSIDERAN MANEJO ANTIBIOTICO Y SE SOLICITA PROCALCITONINA Y PRONOSTICO RESERVADO

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE? SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: MARTHA EUGENIA QUINTANA ZAMORA

REGISTRO: 51847673

ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA

Al numerado como 39.: NO NOS CONSTA, Los registros de historia clínica de la atención médica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

No obstante, se reitera la información expuesta en el Hecho N°37, pues el del procedimiento arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo fue exitoso en el sentido que se logró remover efectivamente la obstrucción total en el origen de la arteria coronaria descendente anterior (principal arteria del corazón), lo cual quedo registrado en la historia clínica como “buen resultado angiográfica final y flujo TIMI III.”:

▶ **INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS**

CORONARIOGRAFÍA

DOMINANCIA IZQUIERDA.

CORONARIA IZQUIERDA TRONCO PRINCIPAL NORMAL.

DESCENDENTE ANTERIOR DE ADECUADO CALIBRE, CON OCLUSIÓN TOTAL EN EL ORIGEN, CON IMAGEN DE STENT EN TERCIO PROXIMAL.

CIRCUNFLEJA DOMINANTE DE ADECUADO CALIBRE, SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

OBTUSAS MARGINALES Y DESCENDENTE POSTERIOR SIN LESIONES SIGNIFICATIVAS.

CORONARIA DERECHA NO DOMINANTE, DE MEDIANO CALIBRE, SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAMENTE, SIGNIFICATIVAS.

SE REALIZA ANGIOPLASTÍA CORONARIA RECANALIZANDO OCLUSIÓN TOTAL DE DESCENDENTE ANTERIOR Y SOBRE

ESTA SE DILATA CON BALÓN 2.0X20 MM A 20 ATM, RECUPERANDO FLUJO DISTAL Y EVIDENCIANDO LESIÓN DE

90% EN ORIGEN DE DESCENDENTE ANTERIOR, POR LO CUAL SE IMPLANTA STENT ONIX 2.75X26 MM A 20 ATM,

CON BUEN RESULTADO ANGIOGRÁFICO FINAL Y FLUJO TIMI III.

La valoración del flujo en la arteria coronaria epicárdica se sistematizó hace 20 años por el grupo de investigación TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) en los denominados grados de flujo TIMI1. En la tabla 1 se describen las características de cada uno de los grados.

TABLA 1. Sistemas de graduación de flujo epicárdico y perfusión miocárdica

Grado	Definición
Flujo epicárdico: grados de flujo TIMI (TFG)	
0	Ausencia de flujo anterógrado tras el punto de oclusión
1	El contraste atraviesa el área de obstrucción, sin llegar a opacificar toda la longitud de la arteria al final de la inyección
2	El contraste opacifica toda la arteria, pero de forma notablemente más lenta que en las arterias no causantes o en la zona proximal a la obstrucción de la misma arteria. Una subclasificación posterior distingue <i>grado 2a</i> (relleno lento, pero en 5 latidos), <i>grado 2b</i> (relleno lento, en más de 5 latidos) y <i>grado 2c</i> (relleno normal, lavado lento).
3	Flujo anterógrado y vaciado de contraste «normales», similares a los de las arterias no causantes o a la zona proximal de la obstrucción de la misma arteria
4	Flujo anterógrado y vaciado de contraste más rápidos que en arterias no causantes

Al numerado como 40.: NO NOS CONSTA, es un hecho indetermina que no indica tiempo modo y lugar, y no hay registro en la historia clínica que lo permita validar.

Al numerado como 41.: NO NOS CONSTA, es un hecho indeterminado que no indica tiempo, modo y lugar, y no hay registro en la historia clínica que lo permita validar.

Al numerado como 42.: ES PARCIALMENTE CIERTO, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

No obstante, en los registros clínicos se documenta que el 13/01/2021 a las 02:41, el profesional Carlos Andrés Beltrán Garcés, especialista en Medicina Intensiva y Cuidado Crítico, documentó la evolución clínica del paciente con un estado crítico sin respuesta al tratamiento como “**Choque Cardiogénico Refractario**”, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

▶ **INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS**
NOTA DE REANIMACION UCI CAMA 2.
DIAGNOSTICOS:
ESTADO POST REANIMACION
CHOQUE CARDIOGENICO REFRACTARIO
- EVENTO CORONARIO AGUDO
EVENTO ISQUEMICOS CEREBROVASCULARES PARIETAL IZQUIERDA Y FRONTAL IZQUIERDA
-ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA DE CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA TOAST A DETERMINAR (NO LESIONES EN RESONANCIA)/MIMIC STROKE
-ESTADO POST TROMBOLISIS (09/01/21) SIN COMPLICACIONES
--OCCLUSION DE FLUJO EN LA TOTALIDAD DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DERECHA. (ANTECEDENTE?)
---DISECCION DE LA CAROTIDA DERECHA POR ANTECEDENTE??
CETOACIDOSIS DIABETICA
DIABETES MELLITUS TIPO 1
HIPERTENSION ARTERIAL
CARDIOPATIA ISQUEMICA CON FEVI50%
-ANGIOPLASTIA Y STENT CORONARIO
APACHE II 17. TPM 26.2% GRACE 256.
PACIENTE CON CHOQUE REFRACTARIO SOBRE LAS 02:08 HORAS RITMO DE PARO EN ASISTOLIA, SE ACTIVA CODIGO AZUL E INICIA RCP BASICA Y AVANZADA CON CICLO COMPRESIONES TORACICAS Y VENTILACION CON MASCARA BOLSA RESERVORIO, ADRENALINA 1MG IV SECUENCIAL, DURANTE 20 MINUTOS SIN RECUPERACION DE ACTIVIDAD CARDIACA NI PULSO CENTRAL Y MIDRIASIS FIJA, SOBRE LAS 02:29 HORAS SIN RESPUESTAS FALLECE. TRAMITES DE DEFUNCION. INFORMACION A FAMILIARES. ACOMPAÑAMIENTO POR TRABAJO SOCIAL.

▶ **ANÁLISIS**
.

▶ **PLAN DE MANEJO:**
.

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?
SI

¿DESEA CERRAR INTERCONSULTA?

PROFESIONAL: CARLOS ANDRES BELTRAN GARCES
REGISTRO: 82362793
ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA

En esta nota se documenta que el 13/01/2021 a las 02:08 horas, el paciente presentó un paro cardíaco, que no respondió a maniobras de reanimación por 20 minutos, tras las cuales se declaró fallecimiento a las 02:29 horas.

Al numerado como 43.: Es parcialmente cierto, por tratarse de un contenido de la Historia Clínica. Sin embargo, es importante advertir que las notas de la historia clínica deben ser tomadas en su contexto general, sin editar las mismas y se tienen que interpretar de manera integral y no de manera subjetiva.

Tal como se documentó en el Hecho N°42, el señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG presentó un paro cardíaco el 13/01/2021 a las 02:08 horas que no respondió a maniobras de reanimación por 20 minutos, tras las cuales se declaró fallecimiento a las 02:29 horas.

El objetivo principal de la Reanimación Cardiocerebropulmonar es proporcionar oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales, hasta que el tratamiento médico adecuado y definitivo (apoyo vital cardíaco avanzado) permita establecer la actividad cardíaca y

ventilatoria normal. En el caso del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG se realizó efectivamente el protocolo de reanimación acorde con las guías por 20 minutos, sin lograr recuperar la actividad cardíaca, por lo cual se declaró fallecimiento.

Al numerado como 44.: No es Cierto, Tal como se documentó en el Hecho N°42, el señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG presentó un paro cardíaco el 13/01/2021 a las 02:08 horas que no respondió a maniobras de reanimación por 20 minutos, tras los cuales se declaró fallecimiento a las 02:29 horas.

Al numerado como 45.: NO NOS COSTA, Los soportes documentales y registros de historia clínica del señor ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG, bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas no permiten validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho, por el contrario, y tal como se documentó en el Hecho N°42, la evolución clínica del paciente fue crítica y sin respuesta al tratamiento, descrita como “Choque Cardiogénico Refractario”.

Al numerado como 46.: NO NOS CONSTA, no es un hecho son apreciaciones de la parte actora sin soporte médico que deberá probar.

Al numerado como 47.: NO NOS CONSTA, no es un hecho son apreciaciones de la parte actora sin soporte médico científico que deberá probar.

Al numerado como 48.: NO NOS CONSTA, es un hecho que debe ser probado por la parte actora.

Al numerado como 49.: NO NOS CONSTA, no es un hecho es la interpretación subjetiva que hace el apoderado de la parte actora de la interpretación de una norma.

Al numerado como 50.: NO NOS CONSTA, es un hecho que debe ser probado por la parte actora.

Al numerado como 51.: NO NOS CONSTA, es un hecho que debe ser probado por la parte actora.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO.

En oposición a las pretensiones formuladas por el señor apoderado de la parte actora, respetuosamente me permito interponer las siguientes excepciones de fondo, sin perjuicio de aquellas que el juez encuentre probadas dentro del proceso, así:

1. AUSENCIA DE CARGA PROBATORIA DE LA DEMANDANTE.

La carga probatoria recae en la parte actora – los hechos de la demanda no configuran culpa probada, ni presunción de culpa.

Los demandantes refieren que: la Clínica Colsanitas S.A. debe ser declarada civil, extracontractualmente y solidariamente responsable: “...por los perjuicios ocasionados a mi representada a partir de la aparente negligencia médica durante la atención brindada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG.”

Bajo este débil argumento, es deber de la parte actora entrar a probar en primer lugar la negligencia, imprudencia e impericia en la atención, y que la misma haya sido defectuosa, lo cual no se encuentra probado en la demanda.

La parte demandante, pretende eximirse de la carga probatoria que la asiste, contrariando lo normado en el artículo 167 del Código General del Proceso el cual sobre Carga de la Prueba expresa lo siguiente:

“Art. 167 del C.G.C. Incumbe a las partes probar el supuesto del hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.”

Específicamente al respecto la Corte Suprema de Justicia Sala Civil abordó directamente el tema de la carga de la prueba, cuando manifestó en el año 2.001:

“Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, “el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado”.

“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la

intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artis).”⁴

De igual forma, respecto de la carga de la prueba, la jurisdicción administrativa se ha manifestado al respecto, por lo que me permito traer apartes del fallo proferido por el Consejo de Estado, que en tal sentido orientará de mejor manera a su Despacho el deber de probar en manos del demandante:

“ (...)

Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos.”⁵

(Negrillas Fuera de texto)

En efecto, como en Colombia esta proscrita la responsabilidad objetiva, y específicamente en el caso de la responsabilidad civil medica, **considerando la obligación de medio y no de resultado** que le asiste al profesional de la salud, es indispensable que cada una de las aseveraciones que se efectúen y pretendan enrostrar algún tipo de responsabilidad, se encuentren debidamente probadas, puesto que la sola afirmación que existe un perjuicio no prueba responsabilidad alguna. No obstante, la parte actora pretende que se halle responsable a mi representada, CLINICA COLSANITAS S.A., con la sola exposición de unos hechos, y de un supuesto perjuicio, asumiendo que solo basta esto para encausar una supuesta responsabilidad de la CLINICA COLSANITAS, cuestión ésta que incluso la misma Corte Suprema de Justicia ha desechado como se demostró anteriormente, y en donde se ha enfatizado que la carga de demostrar la relación de causalidad existente entre el hecho o la omisión del demandado y el daño sufrido, está en cabeza de la parte actora, profundizándose aún más en tratándose de responsabilidad por la prestación del servicio médico.

De tal forma que no basta afirmar en los hechos de la demanda la responsabilidad de la CLINICA COLSANITAS partiendo solamente de un resultado que se califica como dañoso, sino que la parte demandante debe acreditar los tres (3) elementos que estructuran la trilogía de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexo de causalidad y, 3. Daño.

2. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD.

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica en un tipo de proceso como el que nos ocupa, se requiere que haya cometido una culpa,

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION CIVIL. Magistrado Ponente Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ GOMEZ. Bogotá, D. C., treinta (30) de enero de dos mil uno (2001). Referencia: Expediente No. 5507

⁵ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejero Ponente: ALIER E. HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ. Bogotá, D. C., quince (15) de agosto de dos mil dos (2002). Radicación 7349. No. Interno: 11.605. ACTOR: Lilyam Sarmiento de Santamaría y otros. DEMANDADO: Caja Nacional de Previsión Social.

que de esta sobrevengan perjuicios al demandante y que exista una relación causal entre la culpa y el daño, es decir, que se requiere de la existencia de tres elementos a saber:

1. La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional o institución de igual experiencia, formación o nivel de complejidad ante las mismas circunstancias externas, deberá ser probada por la parte demandante más allá de sus personales afirmaciones y conjeturas.

La culpa médica surge de la comparación entre la conducta cuestionada y la esperada de un profesional de igual experiencia y formación puesto en las mismas circunstancias de hecho. Dicho de otra manera, la culpa no se demuestra por la no obtención de un resultado favorable, es menester demostrar si el desenlace en salud fue producto de un error culposo en que no habría incurrido otro profesional en similares circunstancias a aquellas bajo a las que se actuó el autor del daño.

Como se afirma en la contestación de la presente demanda y se demostrará a lo largo de este proceso, la actuación del equipo de salud, que atendió al señor **ROLF PETER MIKAEL NYBERG** (q.e.p.d.), en forma individual y colectiva, fue en todo momento adecuada, especializada, perita, y ajustada a las pautas y protocolos universalmente aceptados, de manera que no existe fundamento para calificar sus intervenciones de culposas y menos aún para transformarlas en fuente generadora de una presunta responsabilidad.

2. El nexo causal, que es la relación de causalidad que debe existir entre la actuación culposa y el daño ocasionado. Descartada la culpa no se haría necesario analizar este elemento de la responsabilidad, sin embargo, para efectos de seguir adelante con la explicación de los hechos debatidos, es fundamental aclarar que las complicaciones presentadas por el paciente señor **ROLF PETER MIKAEL NYBERG**, no ocurrieron como consecuencia de un actuar descuidado de mi mandante o de sus agentes especializados, sino que fue la concreción de su patología de base que generaron complicaciones vasculares de una enfermedad metabólica crónica, en un paciente caracterizado por la pobre conciencia de la enfermedad y mala adherencia al tratamiento a lo largo de su vida la cual habiéndose manifestado y dispensado el tratamiento no logra impedir el desenlace final del que hoy se queja la parte demandante.
3. Finalmente, el elemento daño. El cual deberá ser demostrado por la parte actora tanto en su existencia como en su cuantía.

No todo desenlace negativo en salud constituye un daño antijurídico. Muchos de ellos dependen exclusivamente de la naturaleza humana y/o de la dinámica de una determinada complicación, enfermedad o afección. Para el caso que nos ocupa, fue la propia condición previa de la paciente, junto con la pluralidad de eventos ocurridos en su proceso de atención, los que definieron su destino, pero ninguno de ellos puede llamarse propiamente antijurídico en la medida en que ocurrieron sin culpa del agente.

3. INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD.

Esta excepción se hace consistir en el hecho de que se pretenden consecuencias jurídicas de causas equivocadas.

Se pretende vincular a mi mandante y los restantes sujetos codemandados a título de agentes responsables por haber incumplido o cumplido de manera defectuosa las

obligaciones inherentes a su actividad, desconociendo que los eventos en salud que padeció el señor **ROLF PETER MIKAEL NYBERG** (q.e.p.d.), no fueron secundarios a errores o fallas sino a una variedad de condicionantes propios de la naturaleza humana y de sus personales antecedentes.

Cierto es que tenía una alta carga de comorbilidades dada por la historia personal de enfermedad crónica de índole metabólico, diagnosticada como Diabetes mellitus insulino requirente, con desarrollo de complicaciones vasculares como Hipertensión Arterial, Ateromatosis Severa, Enfermedad aterosclerótica del corazón (Cardiopatía Isquémica / Enfermedad Coronaria) y Enfermedad Cerebrovascular recurrente, y que su atención médica en Clínica Colsanitas fue pertinente, oportuna y ajustada a la Lex Artis ad hoc.

La Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que las relaciones y respuestas imprevisibles de cada organismo no son generadores de responsabilidad en cabeza de los galenos, ni mucho menos son consecuencia de un acto negligente e imprudente de su parte, por ser ajenos a la voluntad y control del médico. Al respecto ha dicho la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 26 de noviembre de 2010, M.P., Pedro Octavio Munar Cadena:

“En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir que como ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnóstico ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de la misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. (Resalto fuera de texto)

En conclusión, existen múltiples variables no prevenibles ni ocasionadas o favorecidas por el personal médico-asistencial que dieron origen a la producción del daño reclamado y no existe forma de atribuirlo, a título de causa eficiente, a descuido o falla en la atención médica cuestionada.

4. CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS AD-HOC.

En el presente caso, como se ha reiterado a lo largo de este escrito, los profesionales a cargo de la atención de salud del paciente ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.), en la Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia, actuaron en total concordancia con las directrices científicas, protocolos aplicables y los dictados de la Lex Artis Ad Hoc, poniendo a disposición de la paciente, con racionalidad técnico

científica y basados en los más altos estándares de beneficencia, los medios físicos humanos y técnicos requeridos para su caso.

La locución “*LEX ARTIS*” viene del latín que significa “*LEY DEL ARTE*”, o regla de la técnica de actuación de la profesión que se trate, ha sido empleada para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.

En puridad la *Lex Artis* es el estricto acatamiento a disposiciones de un orden medico técnico y aun de aquellas reglas que sin estar mencionadas expresamente, forman parte de la “*Vete Rata Consuetudo*” ósea de las costumbres y que deben gravitar ostensiblemente como indicadores de la conducta médica.

De esta manera la medicina por ser profesión cualificada por su especialización y preparación técnica, cuenta para su ejercicio con unas reglas que en consonancia con el estado del saber de esa misma ciencia, marcan las pautas dentro de las cuales han de desenvolverse los profesionales de la medicina. Por tal razón, lo médicos han de decidir cuáles son estas reglas y procedimientos y cuáles de esos conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente, cuya salud les ha sido encomendada.

Recordemos que el deber del medico es procurar al enfermo los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, para ello aplicara las normas o principios de la experiencia medica científica entendiendo todo lo anterior con un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el galeno. Ello obliga a una actuación de los profesionales, muy semejante con las lógicas y prudentes desviaciones del caso. Si el medico actúa conforme a lo anterior podemos afirmar que actúa y se ciñe a la *lex artis*.

En el presente caso las atenciones médicas que se le brindaron a **ROLF PETER MIKAEL NYBERG** (q.e.p.d.), por parte de los médicos tratantes en la IPS Clínica Reina Sofía y Clínica Universitaria Colombia, se ciñeron a cabalidad de acuerdo a todos los protocolos y guías médicas de acuerdo a su patología y diagnóstico.

Por lo anterior los médicos tratantes actuaron de acuerdo a la *Lex Artis ad hoc*, a la ley 23 del 81, fue prudente, diligente y cuidadoso, además de ser expertos e idóneos en este tipo de procedimientos, con la experiencia en la materia por muchos años, siendo reconocidos médicos.

5. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La Clínica Reina Sofía y la Clínica Universitaria Colombia, Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de propiedad de la Clínica Colsanitas S.A., son instituciones de alto nivel de complejidad que cumple con todos los estándares de calidad para la prestación de los servicios de salud. En efecto y para el caso que nos ocupa, la atención prestada se dio dentro de las instalaciones adecuadas, con los equipos necesarios y por los profesionales idóneos, garantizando siempre una actuación diligente, experta, prudente y de conformidad con los dictados de la ciencia médica y de los protocolos y guías de atención.

6. INDEBIDA Y EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS, OBJECIÓN JURAMENTO ESTIMATORIO.

Sin que el planteamiento de la presente excepción implique un reconocimiento del supuesto daño, propongo la siguiente como excepción subsidiaria para que sea tenida en cuenta en el evento que se acredite que el daño alegado fue ocasionado por una conducta culposa de mi poderdante, situación ésta poco probable a la luz de la situación fáctica y probatoria del proceso.

Todo daño a efectos de ser indemnizado debe ser cierto, esto implica que quien alegué haber sufrido un daño debe demostrar su ocurrencia, y no valerse de suposiciones para solicitarlo.

En el eventual caso que se pudiera probar que CLÍNICA COLSANITAS S.A., fue responsable, por una presunta mala praxis médica en virtud de la atención brindada al señor **ROLF PETER MIKAEL NYBERG** (q.e.p.d.), en las Instituciones médicas, se deberá considerar la manera como se liquidarán tanto los perjuicios materiales (lucro cesante etc...) como los perjuicios extrapatrimoniales y morales, por cuanto los demandantes estiman la cuantía en un valor de \$858.326.424y ni siquiera han probado con la demanda que existe una culpa y el nexo causal entre el daño y la actuación de CLÍNICA COLSANITAS S.A.

Ante la tasación exagerada del perjuicio, deberá darse plena aplicación al artículo 206 del Código General del Proceso, que indica:

“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación. Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

<Inciso modificado por el artículo [13](#) de la Ley 1743 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.

PARÁGRAFO. <Parágrafo modificado por el artículo [13](#) de la Ley 1743 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> También habrá lugar a la condena a la que se

refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.

La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo sólo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte.”

Sobre el punto de las pretensiones declarativas la Doctrina a través del profesor Hernán Fabio López Blanco, ha sostenido:⁶

“Es requisito esencial para poder adelantar un proceso con base en una pretensión declarativa, que exista una relación jurídica incierta que, (...), se origine en una incertidumbre que ha de ser objetiva, “es decir, que no ha de consistir en un estado mental de duda de quién ejerce la acción (...), respecto de la existencia o no existencia de su derecho, sino en el hecho real de no estar definido ese derecho”.

Con relación al LUCRO CESANTE, entendida como la ganancia futura que se dejó de percibir como consecuencia del daño, no existe ningún hecho indicativo de que esa ganancia se habría efectivamente producido en caso de la no existencia de los supuestos daños alegados, por lo que no es una ganancia cierta, sino eventual, hipotética, aleatoria y se debe cuantificar de conformidad con las formulas jurisprudenciales que han tratado temas análogos.

En este sentido, y con relación a la CERTIDUMBRE DEL DAÑO el tratadista Javier Tamayo Jaramillo⁷, sostiene que: *“El daño es cierto cuando a los ojos del juez aparece evidencia que la acción lesiva del agente ha producido o producirá una disminución patrimonial o moral en el demandante”.*

*“En cambio, el perjuicio es hipotético, y en consecuencia no hay lugar a reparación, cuando la víctima solo tenía una oportunidad remota de obtener un beneficio en caso de que no se hubiera producido la acción dañina. **Solo, pues, cuando la demanda no está basada en una simple hipótesis o expectativa, la víctima tendrá derecho a la reparación”.***

El mismo autor⁸ con relación al perjuicio futuro, que para el caso sub – lite es el lucro cesante futuro reclamado por los accionantes, establece que:

*“No ocurre lo mismo con el perjuicio futuro, en el que, a causa del alea del espacio, del tiempo y del ámbito fenoménico, la certeza funciona de manera relativa y solo la ley de probabilidades permite afirmarlo. Esto es importante si se tiene en cuenta que el daño futuro es indemnizable, en lo cual coincide la mayoría de los autores. **En consecuencia, el daño futuro es indemnizable, aunque no haya certeza absoluta de su realización, a condición, desde luego, de que aparezca como virtual y no simplemente como una mera eventualidad”.***

(Resaltado y negrilla fuera del texto).

⁶ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Procedimiento Civil. Parte General Tomo I. Editores Dupre. IX Edición 2.005. Página 281.

⁷ Tratado de Responsabilidad Civil, Tomo II, Edit. Legis, Edición 2007, pág. 339, Javier Tamayo Jaramillo.

⁸ Ob cit, pág. 340.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Al respecto, el artículo 206 del Código General del Proceso exige que “*Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. (...).*” (Subrayado y negrilla fuera del texto)

“*Razonar*”, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, significa “*2. Hablar dando razones para probar algo.*” o “*3. Exponer, aducir las razones o documentos en que se apoyan dictámenes, cuentas, etc.*”

La estimación de los perjuicios materiales presentada por la demandante no contiene ninguna razón o explicación y mucho menos se aportaron documentos o pruebas que determinen y evidencien la forma cómo calculó los \$652.688.324.00, referenciados en la demanda, pues no hay referencia específica ni documentos soporte que justifiquen tal estimación pues una simple descripción de unas rentas liquidadas en una declaración de renta presentada en la DIAN, y una hipótesis de vida, la cual es especulativa, no puede ser base de dicha cuantificación cuando la misma no está debidamente soportada.

Le correspondía a la parte actora, detallar en la estimación del juramento estimatorio la forma o el porqué de dichos perjuicios, presentando un cálculo razonado de los mismos y pruebas contundentes que demuestren dicho daño.

Por lo que reiteramos que **LUCRO CESANTE**, presentado en el juramento de la demanda, como ya fue anunciado en este escrito, se evidencia que en la demanda no se presentan los soportes, razones, fórmula o fundamentos que justifiquen su existencia, razón por la cual, es claro que la suma indicada en la demanda como lucro consolidado no podrá ser tenida en cuenta como cuantía del daño en caso de sentencia condenatoria. Igualmente hay que tener en cuenta que no se presentó prueba alguna que demuestre los ingresos y gastos del señor **ROLF PETER MIKAEL NYBERG**, solamente se presentó una declaración de renta que no prueba nada, no se sabe si la demandante cotizaba, a seguridad social o fondo de pensiones que bienes poseía. Lo anterior deja sin piso la liquidación realizada por la parte demandante por supuestos ingresos.

Es importante resaltar que si el fundamento del Lucro Cesante se torna inexistente y por demás especulativo, al no haberse materializado ni existir razones probables para que se concrete el mismo.

En este orden de ideas CLINICA COLSANITAS S.A., se opone a que el valor de los daños reclamados o presentados en el juramento se tengan como pruebas de la cuantía de los daños reclamados en la demanda; objetando entonces el juramento estimatorio presentado en la misma.

Respecto de los **DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES** su valoración se deja al libre arbitrio del juez.

De otro lado, las sumas definidas como perjuicios morales superan con creces los valores que han sido reconocidos por la Corte Suprema de Justicia para este tipo de perjuicios inmateriales.

Lo anterior, sin perjuicio de considerar que para que nazca la obligación de indemnizar a cualquier título (perjuicios materiales y morales), debe primero haberse acreditado la responsabilidad del sujeto al que se le imputa el daño, esto haber establecido la trilogía

de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexo causal o relación de causalidad, y 3. El daño causado (actuar negligente, imperito, imprudente, violatorio de reglamentos etc.); Además que el sujeto que reclama la indemnización sea el titular del derecho, y por último probar que su beneficio moral o económico se vio disminuido o desapareció como consecuencia del daño.

7. OBLIGACION DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO

En el derecho colombiano los deberes jurídicos a cargo de los médicos se encuentran consagrados especialmente en la Ley 23 de 1981 y en su decreto reglamentario 3380 del mismo año, normas que deben integrarse además con previsiones del Código Civil, los postulados de enlace general que sobre la responsabilidad en dicho estatuto se encuentra, tanto en materia contractual como en asuntos extracontractuales.

La definición de la naturaleza de las obligaciones de los profesionales, surgen de la prestación de servicios médicos, deberá ser estructurada de acuerdo con el mismo fin del acto médico.

Y es la misma Ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981, las normas que en Colombia definen este ámbito obligacional, para concluir como lo ha hecho la doctrina y jurisprudencia nacional y foránea, que los deberes del médico consisten en prodigar todos los medios de manera diligente, prudente, perito tendientes a tratar de buscar a favor del paciente su curación, sanación y restablecimiento, que el profesional de la salud pueda jurídica, fáctica ni científicamente comprometerse con la obtención de un resultado concreto, debido a las múltiples condiciones y reacciones inherentes a cada ser vivo que resultan imposibles de predecir y de evitar dentro de toda la cadena que conlleva el proceso de atención, desde el diagnóstico hasta la terapéutica y rehabilitación de ser posibles.

8. AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD – INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD

La Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, consagra:

“ARTICULO 1o. *La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:*

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.

En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de

rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.

3. Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada como en las que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional. (...)

Por su parte, la Ley Estatutaria 1755 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, establece en su artículo 17:

“Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. *Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.”*

CLÍNICA COLSANITAS S.A. es respetuosa de la autonomía médica, a sabiendas de que la relación médico paciente es personal y no institucional. Por lo tanto, de ninguna manera coacciona o limita el ejercicio profesional de sus médicos adscritos. Como IPS habilitada por la Secretaría de Salud según su nivel de complejidad, pone a disposición de médicos y pacientes toda la capacidad técnico científica con la que cuenta, para brindar una atención idónea y humanizada.

No obstante lo anterior, es importante precisar que cada una de las decisiones frente al diagnóstico y tratamiento de las patologías de los usuarios, corresponde al equipo médico, siendo por lo tanto plenamente autónomo en su actuar.

Los únicos factores limitantes de la autonomía del médico tratante, son la autorregulación (que en una adecuada interpretación corresponde a los postulados de la *Lex Artis*) y la autonomía del paciente mismo. Así se construye la relación médico paciente y nadie puede interferir en ella.

Lo anterior es de especial importancia para predicar la existencia de solidaridad entre la IPS y el médico tratante, toda vez que a partir de equivocadas interpretaciones de recientes pronunciamientos jurisprudenciales, se pretende atribuir la existencia de dicha solidaridad en todos los casos, sin que la parte actora realice esfuerzo alguno por demostrar la existencia de una conducta omisiva en cabeza de la IPS, que genere dicho vínculo por vulneración al deber de vigilancia que le resulta exigible a la persona jurídica.

Al respecto es menester citar la sentencia de la Corte Suprema de Justicia SC8219 de 2016, que recordó:

“Los artículos 177 al 179 y 185 de la Ley 100 de 1993, que se refieren en su orden a la definición de las Entidades Promotoras de Salud, sus funciones, campo de acción y los límites de acción de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de ninguna manera restringen la correlación que existe entre ambas clases de entidades para los efectos de la responsabilidad civil derivada de la atención médica.

Por el contrario, el primero es específico en que la «función básica [de las E.P.S.] será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados», lo que conlleva una carga de velar porque aquella sea óptima, con las consecuencias que se derivan de su desatención, ya sea que el afiliado o sus beneficiarios acudan a los centros asistenciales propios o aquellos contratados con ese fin.

Es así como la Corporación en SC 17 nov. 2011, rad. 1999-00533-01, fue enfática en que

(...) la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.”

En ese orden de ideas, cuando la historia clínica demuestra que la atención brindada fue oportuna, diligente, idónea, enmarcada en altos estándares de calidad y brindada por profesionales que en uso de su criterio autónomo prescribieron el mejor tratamiento posible para el manejo de la patología, no es posible invertir la carga de la prueba a favor del demandante, quien está en la obligación de desvirtuar científicamente lo que dicho documento demuestra.

Solo demostrando la existencia de culpa predicable de la IPS en su deber de vigilancia, es posible hablar de la existencia de solidaridad en un caso como el que nos ocupa. No es cierto, como lo pretende hacer ver el demandante, que exista una presunción de culpa atribuible a CLÍNICA COLSANITAS, predicable a partir de los pronunciamientos jurisprudenciales en torno a la solidaridad en materia de responsabilidad civil médica.

9. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

VI. PETICIONES INDIVIDUALIZADAS DE LOS MEDIOS DE PRUEBA. -

Me permito aportar y solicitar las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES:

- 1.1. Historia Clínica del paciente ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.), de los servicios dispensados por IPS Clínica Reina Sofía y la Clínica Universitaria

Colombia de propiedad de la Clínica Colsanitas S.A. objeto de la atención en salud de la presente demanda.

	2021 ENERO 09 HOSPITALIZACION.pdf
---	-----------------------------------

	2021 ENERO 09 NOTAS DE ENFERMERIA H-351.pdf
---	---

	2021 ENERO 09 NOTAS ENFERMERIA U-759.pdf
---	--

	2021 ENERO 09 TRIAGE.pdf
---	--------------------------

	2021 ENERO 09 URGENCIAS.pdf
---	-----------------------------

	170217 ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG - CUC - Urgencias.pdf
---	---

	170224 ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG - CUC.pdf
---	---

	180207 ROLF PETER MIKAEL RAMIREZ NYBERG - CUC - Urgencias.pdf
---	---

	HCM ROLF PETER MIKAEL NYBERG ..pdf
--	------------------------------------

	HCM ROLF PETER MIKAEL NYBERG..pdf
---	-----------------------------------

	HCM ROLFPETER MIKAEL NYBERG.pdf
---	---------------------------------

1.2. Certificado de existencia y representación legal de Clínica Colsanitas S.A.

2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito al Señor Juez se sirva fijar fecha y hora para la práctica del interrogatorio de parte, de la demandante **DIANA MILENA RAMIREZ ARAUJO**, para que absuelvan el cuestionario que entregaré en sobre cerrado antes de la diligencia, reservándome el derecho de formularlo verbalmente en la audiencia. Los demandantes se podrán ubicar por medio de su apoderado o en la dirección que para efectos de notificación se incluye en la demanda.

3. TESTIMONIALES:

Con el fin de aclarar y dar las explicaciones pertinentes sobre los protocolos y atención médica brindada al paciente, en especial, la pertinencia del procedimiento realizado al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.), solicito al Señor Juez que señale fecha y hora para la recepción de los TESTIMONIOS de los siguientes profesionales, con el fin de que expliquen al despacho lo que les consta con respecto a los hechos que originan este proceso, especialmente lo relacionado con la atención médica y la atención médica brindada entre el día 9 al 13 de enero 2021.

3.1. Se reciba el testimonio de la Doctora **ANGELA VIVIANA NAVAS GRANADOS**, Médica Neuróloga, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).

- 3.2. Se reciba el testimonio de la Doctora **LIZA GONZALEZ**, Médica Intensivista, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).
- 3.3. Se reciba el testimonio del Doctor **ORLANDO JESUS POLO ARRIETA**, Médico Intensivista, quien podrá ser ubicado mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).
- 3.4. Se reciba el testimonio de la Doctora **MARTHA EUGENIA QUINTANA ZAMORA**, Médica Intensivista, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).
- 3.5. Se reciba el testimonio de la Doctor **CARLOS ANDRES CARVAJAL TASCÓN**, Médico Cardiólogo, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).
- 3.6. Se reciba el testimonio de la Doctor **JAIME ANDRES NIETO ZARATE**, Médico Cardiólogo, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).
- 3.7. Se reciba el testimonio de la Doctora **PATRICIA REYES PABÓN**, Médica Infectóloga, quien podrá ser ubicada mediante oficio al correo electrónico notificajudiciales@keralty.com, Para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada al señor ROLF PETER MIKAEL NYBERG (q.e.p.d.).

EN CUANTO A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y SOLICITADAS EN LA DEMANDA:

1. Frente a las pruebas documentales, respetuosamente solicito al señor Juez darles el valor probatorio que corresponda conforme a la Ley. Igualmente me permito manifestar que no serán reconocidas las pruebas documentales que no provengan de mi representada y que no sean auténticas o debidamente reconocidas por la entidad competente o por mi representada, lo anterior teniendo en cuenta que estas provienen de terceros.
2. Frente a los testimonios no me opongo y me reservo el derecho de contrainterrogar a los mismos.
3. Frente a la prueba PERICIAL ANUNCIADA y con el objeto de realizar la contradicción, al dictamen anunciado, al tenor del artículo 228 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito al despacho citar al perito para ser interrogado bajo juramento sobre su idoneidad, imparcialidad y sobre el contenido del dictamen.

VII. ANEXOS. -

Me permito anexar a la presente contestación de demanda, los siguientes documentos:

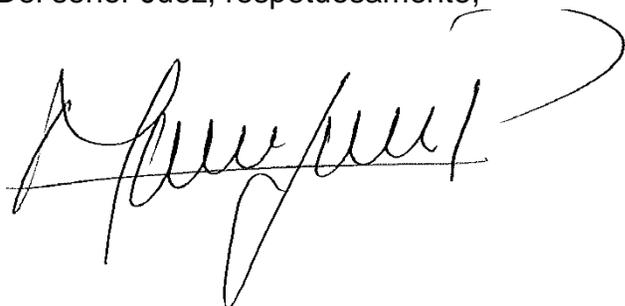
8.1. Los anunciados en el acápite de las pruebas documentales, y las que obran en el proceso.

VIII. NOTIFICACIONES. -

Recibiré notificaciones en el domicilio de mí representada, ubicado en la Calle 100 No. 11B-67, de Bogotá. correo electrónico: maufjaramillo@keralty.com

Igualmente, manifiesto que mí representada, **CLINICA COLSANITAS S.A.** las recibirá en la Calle 100 No. 11B-67, de Bogotá. correo electrónico: notificajudiciales@keralty.com

Del señor Juez, respetuosamente,



MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN,
C.C. No. 79.392.173 de Bogotá.
T. P. No. 92.885 del C.S. de la J.
Correo electrónico maufjaramillo@keralty.com
Celular. 3108837551

Vf.