REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

Rama Judicial del Poder Público
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial
Valle del Cauca

Tipo de Juzgado: JUEZ ADMINISTRATIVO

Grupo / Clase de Proceso: REPARACIÓN DIRECTA
Folios:

D E M A N D A N T E (S)

Nombre (s)	1. Apellido	2. Apellido	No. C. C. - NIT
FERNANDO	RIVILLAS	GUTIÉRREZ y OTROS	1.113.624.151

Dirección Notificación: Carrera 27 # 25 – 32 Oficina 101 .TEL: 3014766952
Edificio Carlos M. Lozano – Tuluá, Valle

D E M A N D A D O (S)

Nombre (s)	1. Apellido	2. Apellido	No C. C. - NIT

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - VALLE

Dirección Notificación: Avenida 2 Norte No. 10 - 70 Cali - Valle
E-mail: notificacionesjudiciales@cali.gov.co

A P O D E R A D O

Nombre (s)	1. Apellido	2. Apellido	No C. C. – NIT
MARIO ALFONSO	CASTAÑEDA	MUÑOZ	1.116.237.495

Dirección Notificación: Carrera 27 # 25 – 32 Oficina 101 Cel. 3014766952
Edificio Carlos M. Lozano – Tuluá, Valle

Confirmo que los anteriores datos corresponden a los asignados en la demanda

Correo electrónico para notificaciones
marioalfonsocm@gmail.com

Firma apoderado

Mario Alfonso Castañeda Muñoz

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Una Paz duradera solo puede alcanzarse
Si se basa en la justicia social

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO –REPARTO-
Cali - Valle

POSTULACIÓN

MARIO ALFONSO CASTAÑEDA MUÑOZ, abogado en ejercicio, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Tuluá-Valle, identificado con la C.C. N.º1.116.237.495, portador de la T.P. N°220817 del C.S. de la J., en desarrollo de los poderes que me fueron conferidos por: ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, MARICEL COBO MOSQUERA, LIBARDO RIVILLAS MONTES, LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL, YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ, NATALIA MOJICA RIVILLAS,*** mayores de edad, vecinos de Cali-Valle, el primero y la segunda actuando en sus propios nombres y en representación de sus hijas, las menores ***JULIANA RIVILLAS COBO y SARA VALENTINA RIVILLAS COBO,*** los demás actuando en sus propios nombres y representación, lo anterior según mandato judicial que se adjunta, el cual acepté de manera expresa, y por ello me permito formular respetuosamente ante usted, demanda administrativa en *ejercicio del medio de control de reparación directa*, en contra del ***MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - VALLE***, representado por su alcalde o por quien haga sus veces, *con el fin de obtener el pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados al señor* FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, *por el accidente de tránsito ocurrido en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, el día 8 de octubre del 2021, como consecuencia de la FALLA POR MAL ESTADO DE LA VÍA por la PRESENCIA DE UN HUECO, que al ingresar la victima le provocó un terrible accidente de tránsito y múltiples fracturas*.

HECHOS Y OMISIONES QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LA ACCIÓN

PRIMERO: El día 8 de octubre del 2021 siendo las 6:19 Pm, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, se dirigía por la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, a bordo de su motocicleta de placa NBD 45F, marca Hero, portando su licencia de conducción junto con todos los elementos de seguridad vial, recorrido que también efectuaba en otra motocicleta de placas IPI 22E marca Pulsar el señor Saúl Charrupi Bravo, con quien había efectuado unos trabajos de albañilería, cuando *inesperadamente el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, pierde el control y se genera la caída de su motocicleta* como consecuencia de un ***hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía***, siendo inmediatamente auxiliado por el señor Saúl Charrupi Bravo, quien observó desde su motocicleta la lamentable caída, ya que venía atrás del señor

Fernando Rivillas Gutiérrez *haciendo el mismo recorrido*, momento en el que se percata del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO EN EL QUE HABÍA INGRESADO el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, el cual, **NO CONTABA CON SEÑALIZACIÓN ALGUNA O ADVERTENCIA DEL PELIGRO DE LA VÍA**.

SEGUNDO: Una vez se produce la caída del motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, es recogido ***por personal paramédico que llega en ambulancia***, reportándose el siniestro en el Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, en el cual se indica que: En la calle 59 con carrera 11 ***el motociclista en vía pública pierde el control y cae por culpa de un hueco***. Adicionalmente, mientras los paramédicos inmovilizaban a la víctima y la subían a la ambulancia, los miembros de la comunidad comenzaron a llegar entre esos el señor Albeiro Aguilón, Elver Aguilón, Fanny Domínguez y Mariano Tribiño, quienes le indicaron al señor Saúl Charrupi Bravo, *que ese hueco ya los tenía cansados como comunidad ya que varias personas se habían accidentado de igual manera*, motivo por el cual, el señor Saúl Charrupi Bravo, les pide colaboración para que *le ayudaran a levantar y guardar la motocicleta de la víctima en un garaje del sector* y les toma los datos, para que él pudiera acompañar al señor Fernando Rivillas Gutiérrez, en su motocicleta haciendo el recorrido de la ambulancia hasta llegar a la clínica en donde lo atenderían, recibiendo de esta manera la colaboración de la comunidad.

-Prueba.1.1.7, Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

FORMATO DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

Otros Cúal?

Dirección de la Ocurrencia: CALLE 59 CON CARRERA 11

Fecha Evento / Accidente: 8/10/2021 Hora: 18:19

Departamento: Cod: 76

Municipio: Cod: 001 Zona: Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las Pricipales Caracteristicas del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS NBD45F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PUBLICA PIERDE EL CONTROL DEL VEHÍCULO Y CAE POR CULPA DE UN HUECO GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa:

Transporto la victima desde: Hasta:

Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

TERCERO: El señor Fernando Rivillas Gutiérrez, es ingresado de urgencias a la Clínica Valle Salud, institución en donde le diagnostican**: 1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO**, asociado a edema, dolor y limitación funcional, requiriéndose el doloroso manejo quirúrgico con inserción de placas y clavos, lo cual es descrito por el cuerpo médico en los siguientes términos:

-Prueba 1.1.9, Historia Clínica de octubre 8 del 2021, Clínica Valle Salud de Cali - Valle.

Clínica Valle Salud de Cali – H. Clínica de octubre 8 del 2021.

Enfermedad actual:
Paciente ingresa en compañía de paramédicos quien refiere sufre accidente de tránsito, presentando trauma en tórax con dolor, trauma en hombro, brazo y codo derecho, muñeca y mano izquierda, cadera, rodilla y pierna derecha, tobillo y pie izquierdo con posterior dolor y limitación funcional, niega otros traumas asociados.

Clínica Valle Salud de Cali – H. Clínica de octubre 8 del 2021.

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO
LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DERECHO
TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO
FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO

Se programa para reducción cerrada de fractura de platillos tibiales derechos, más reducción cerrada de Luxofractura de Bennet izquierda, con el fin de alinear y estabilizar.

12/10/2021
POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V

CUARTO: Al día siguiente del accidente - 9 de octubre del 2021, el señor Saúl Charrupi Bravo, se dirige al **SECTOR DEL ACCIDENTE** de la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali – Valle, en donde había recibido la ayuda de la comunidad para *levantar y guardar la motocicleta de la víctima en un garaje del sector*, motivo por el cual, decide

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

fotografiar con su celular las condiciones de la vía que le provocaron el accidente al señor Fernando Rivillas Gutiérrez, enfocando la **DIRECCIÓN DEL SECTOR** (Calle 59 con carrera 11) como también las condiciones o el golpe recibido en la motocicleta. *-Prueba 1.1.8, Fotografías del sector del accidente.*

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese en la **plaqueta color verde**, la nomenclatura urbana que indica **calle 59 con carrera 11**, como también el precario estado de la vía, en la cual, claramente se observa un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control al motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez y su lamentable caída.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese que la motocicleta sufrió moderados daños materiales como consecuencia de la caída del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, *dicha motocicleta fue guardada* por el señor Saúl Charrupi Bravo, ***en ese garaje que está enseguida del poste que dice parqueadero***, que sea de paso decir se **ENCUENTRA A ESCASOS METROS** del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO, que le causo la caída al señor Fernando Rivillas Gutiérrez.

QUINTO*:* Se ha incurrido en una **FALLA DEL SERVICIO** ya que resulta inaceptable que en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali – Valle, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, hubiese experimentado una caída de su motocicleta de placas NBD 45F, toda vez que la vía presentaba un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control y su lamentable caída, teniendo que ser auxiliado por el señor Saúl Charrupi Bravo, quien observó desde su motocicleta la lamentable caída, ya que venía atrás del señor Fernando Rivillas Gutiérrez *haciendo el mismo recorrido*, momento en el que se percató del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO EN EL QUE HABÍA INGRESADO, el cual, **NO CONTABA CON SEÑALIZACIÓN ALGUNA O ADVERTENCIA DEL PELIGRO DE LA VÍA**, recibiendo apoyo de la comunidad por parte de los señores Albeiro Aguilón, Elver Aguilón, Fanny Domínguez y Mariano Tribiño, quienes le indicaron al señor Saúl Charrupi Bravo, *que ese hueco ya los tenía cansados como comunidad ya que varias personas se habían accidentado de igual manera*, ayudándole al señor Saúl Charrupi Bravo, para *levantar y guardar la motocicleta de la víctima en un garaje del sector*. De tal manera que se incumplió no solamente con el deber legal - ***Ley 105 de 1993 Art 19 y 20*** en cuanto a la conservación y mantenimiento de la vía por la presencia de un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO** en la carretera, sino que ADICIONALMENTE se incumplió el deber de una adecuada señalización para no someter a peligro de accidentes a los conductores de la vía, contrariándose de esta manera lo preceptuado por el Ministerio de Transporte en su **MANUAL DE SEÑALIZACIÓN VIAL DEL AÑO 2015**, en su **NUMERAL 2.3.5** ***"Señales preventivas relacionadas con la superficie de rodadura"***, que establece que se debe realizar uso de la señal denominada técnicamente como **SP-26 que significa depresión en la vía**, con el fin de advertir a los conductores sobre dicha irregularidad y de esta manera evitar la producción de siniestros viales como el que lamentablemente se le produjo al señor Fernando Rivillas Gutiérrez.

-Prueba 1.1.10, Ministerio de Transporte – Manual de señalización vial del año 2015, Núm. 2.3.5.

Dice la Ley 105 de 1993.

> **Artículo 19º.- CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN**. Corresponde a la Nación y a las **Entidades Territoriales la construcción y la CONSERVACIÓN de todos y cada uno de los componentes de su propiedad**, en los términos establecidos en la presente Ley.
>
> **Artículo 20º**.- **PLANEACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE PROPIEDADES DE LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE**. Corresponde al Ministerio de Transporte, a las entidades del Orden Nacional con responsabilidad en la infraestructura de transporte y a las Entidades Territoriales, la planeación de su respectiva infraestructura de transporte, determinando las prioridades para su **CONSERVACIÓN** y construcción.

Dice el Ministerio de transporte.

Manual de Señalización Vial del Año 2015 - Numeral 2.3.5

SP-26 DEPRESIÓN

Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

Ha dicho el Consejo de Estado / Tema:

Responsabilidad por el mal estado de las vías - Huecos, hundimientos y falta de señalización

Consejo de Estado, sentencia 2011-00391 de 19 de marzo de 2021, Rad. 68001-23-31-000-2011-00391-01 (50791). CP María Adriana Marín.

"Sí debe declararse la responsabilidad del Estado, a título de falla en el servicio, por las lesiones sufridas en el accidente de tránsito, que se **PRODUJO POR EL MAL ESTADO DE LA VÍA**, ya que, se ha entendido que se presenta una falla del servicio por parte de la entidad a cargo del **MANTENIMIENTO, CONSERVACIÓN Y SEÑALIZACIÓN** ***cuando en las carreteras del país se presentan huecos, hundimientos u otro tipo de obstáculos al tráfico vehicular, sin que se advierta el peligro que estos conllevan, por medio de las señales de tránsito pertinentes***, pues el deber de construir carreteras seguras y adecuadas a los requerimientos del tráfico, trae consigo la obligación de la Administración de mantenerlas en buen estado y de ejercer el control sobre las mismas. En esa medida, la Subsección estima que existió una falla en el servicio proveniente del Instituto Nacional de Vías de la falta de mantenimiento vial y, en particular, por el mal estado de la vía en donde acaeció el siniestro. Así, es claro que fue la omisión la causa adecuada o eficiente que produjo el siniestro bajo examen, tal como concluyó el a quo".

SEXTO: Los integrantes que conforman la familia del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, la cual se encuentra constituida por su esposa (Maricel Cobo Mosquera); hijas (Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo); padres (Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal); hermana (Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez) y sobrina (Natalia Mojica Rivillas), han experimentado el inmensurable **DAÑO MORAL** que les representa vivenciar las graves lesiones de las que fue víctima su ser querido, esto es, la: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO**, con dolor y limitación funcional, circunstancias que han repercutido negativamente en la estabilidad familiar, social y sentimental de los demandantes, generándoseles ***un detrimento desproporcionado y negativo a sus calidades de vida en todas sus esferas***.

SÉPTIMO: Lo acontecido al señor Fernando Rivillas Gutiérrez y familia, fue OBJETO DE VALORACIÓN POR PARTE DE LAS ESPECIALIDADES DE NEUROPSICOLOGÍA Y SALUD OCUPACIONAL en aras de que se determinara por *parte de la primera*: ***"la existencia o no de una afectación de carácter: 1) moral relacionada con el menoscabo de la esfera sentimental o afectiva; 2) exteriorización en las relaciones y proyectos de vida; 3) intromisión a un rasgo de la personalidad conocido como bien constitucional y 4) subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico"*** *Y POR PARTE DE LA SEGUNDA* ***"la existencia o no de una afectación en el rol laboral ocupacional que repercuta en el desarrollo de las actividades productivas como de la vida diaria de la víctima (AVDS) y su clasificación conforme a su intensidad"***. Todo lo anterior para que el administrador de justicia tenga los criterios necesarios tanto subjetivos como objetivos al momento de valorar el daño causado adecuándolos a la sana crítica y a las reglas de la experiencia.

-Prueba 1.1.12, Dictamen pericial salud ocupacional y Prueba 1.1.13. Dictamen de Neuropsicología

OCTAVO: Se ha originado un perjuicio patrimonial a título de **lucro cesante**, pues el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, de 34 años de edad al momento de los hechos, se desempeñaba como albañil independiente, actividad productiva que tuvo que ser suspendida permanentemente debido a la exigencia física que le requería (alzar o levantar herramientas o materiales), toda vez que sus múltiples fracturas de: 1) fractura de tuberosidad mayor de húmero derecho; 2) Luxofractura de Bennett izquierda; 3) fractura de platillos tibiales Schatker II derecho; 4) fractura conminuta de la cabeza del

peroné derecho, le han ***generado dolor y limitación funcional*** que le impiden realizar su labor productiva. Actividad económica que le representaba 1 SMLMV, equivalente en el año 2023 a $1.160.000, (UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE), los cuales, aportaba activamente para el sostenimiento de su familia y la sociedad conyugal conformada con su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera, con la que tiene a sus dos hijas las menores Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo.

NOVENO: Tanto el señor Fernando Rivillas Gutiérrez y su esposa Maricel Cobo Mosquera, como sus hijas Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo, han tenido que **MODIFICAR SUS PROYECTOS** y **ESTILOS DE VIDA**, pues ***realizaban y disfrutaban de actividades físicas, culturales, turísticas y artísticas*** que les resultaban placenteras a él y a su núcleo familiar. Lastimosamente dichas actividades han tenido que ser suprimidas de sus proyectos de vida, pues debido a las secuelas PERMANENTES derivadas por la: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO** que le genera ***dolor y limitación funcional***, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez ha experimentado cambios de ánimo, impotencia y frustración debido a sus condiciones de salud, hasta el punto de generar un distanciamiento con sus padres Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal, quienes extrañan el recogimiento y dulzura que les brindaba su hijo en tiempos pasados, puesto que además se dejaron de realizar las reuniones familiares que organizaba el señor Fernando Rivillas Gutiérrez y que tanto disfrutaban su hermana Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez y su sobrina Natalia Mojica Rivillas, y que se constituían en espacios importantes en los cuales se estrechaban los vínculos familiares. Motivo por el cual se ha lesionado un **BIEN JURÍDICO CONSTITUCIONAL DE ESPECIAL PROTECCIÓN** por afectación a sus ***(MODUS VIVENDI)***, el cual según la jurisprudencia es un PERJUICIO AUTÓNOMO y ***no puede ser confundido con un detrimento moral***, pues precisamente la INTIMIDAD O UNIDAD FAMILIAR (Art. 42 y 14 de la C.N), hacen parte de los bienes amparados constitucionalmente.

Dice la Constitución Política.

> ***Constitución Política.***
> **Artículo 42. (Párrafo 2)** El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y ***LA INTIMIDAD DE LA FAMILIA SON INVIOLABLES***.

Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su **INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR** y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.

Dice la Jurisprudencia nacional.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.

"En este contexto, son especies de perjuicio no patrimonial **ADEMÁS DEL DAÑO MORAL**, el daño a la salud, a la vida de relación, y a los **BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL** tales como la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.

Así fue reconocido por esta Sala en providencia reciente, en la que se dijo que ostentan naturaleza no patrimonial: "(…) la vida de relación, la integridad sicosomática, **LOS BIENES DE LA PERSONALIDAD** —VERBI GRATIA, INTEGRIDAD FÍSICA O MENTAL, LIBERTAD, NOMBRE, DOMICILIO, DIGNIDAD, **INTIMIDAD FAMILIAR**, HONOR, IMAGEN, REPUTACIÓN, FAMA, etc."

DÉCIMO: Al señor Fernando Rivillas Gutiérrez se le ha generado un **DETRIMENTO AL DISFRUTE DE SU INTIMIDAD Y VIDA SEXUAL** que sostiene con su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera, la cual se ha deteriorado como consecuencia de su: 1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO; 4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO, que le provoca **TERRIBLES DOLORES AL APOYARSE EN SU PIERNA DERECHA AL MOMENTO DE EJECUTAR CIERTAS POSTURAS DEL ACTO SEXUAL**, generándole hinchazón y dolor crónico que le hace perder cualquier clase de excitación, circunstancia que perjudicó las relaciones sexuales con su esposa, pues el acto sexual ha pasado de ser placentero a incómodo, motivo por el cual se ha afectado **UN BIEN JURÍDICO CONSTITUCIONAL DE ESPECIAL PROTECCIÓN**, el cual no puede ser confundido con un detrimento moral, ya que la **INTIMIDAD** familiar y ***vida sexual conyugal***, hacen parte de dichos bienes amparados constitucionalmente.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Ha dicho el Consejo de Estado.

> **Consejo de Estado, Sentencia 1996-12661 de diciembre 12 de 2013, Rad.: 250002326000-1996-12661-01(27493), Stella Conto Díaz del Castillo.**
>
> "Dado que se ha generado una afectación que **LIMITA EL EJERCICIO DE LA VIDA CONYUGAL**, se concluye que la indemnización que ha de reconocerse es la máxima que reconoce usualmente esta jurisdicción, esto es, 100 smlmv."
>
> ***Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.***
>
> "En este contexto, son especies de perjuicio no patrimonial – además del daño moral – el daño a la salud, a la vida de relación, y a los **BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL,** tales como la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales.
>
> Así fue reconocido por esta Sala en providencia reciente, en la que se dijo que ostenta naturaleza no patrimonial "(…) la vida de relación, la integridad sicosomática, LOS BIENES DE LA PERSONALIDAD – VERBIGRACIA INTEGRIDAD FISICA O MENTAL, LIBERTAD, NOMBRE, DIGNIDAD, **INTIMIDAD**, HONOR, **IMAGEN**, REPUTACIÓN, FAMA, ETC.

DÉCIMO PRIMERO: Se ha causado un **DAÑO A LA SALUD**, pues el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, ha experimentado una PERTURBACIÓN GRAVE A SU **SALUD**, tan es así que además de habérsele generado: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO** que le produce ***dolor y limitación funcional***, tal afectación le ha generado fuertes eventos de insomnio, falta de apetito, ansiedad e irritabilidad, los cuales han repercutido negativamente en el aspecto psicofísico de su familia, especialmente en su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera y sus hijas Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo, quienes deben soportar las fuertes tensiones y conflictos que se han desatado al interior de su familia y que intranquilizan tanto a sus padres Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal, como a su hermana Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez y sobrina Natalia Mojica Rivillas, ya que el estrés derivado de eventos traumáticos es catalogado como **UNA ENFERMEDAD**, constituyéndose tal circunstancia en un detrimento en la salud, la cual es indemnizada bajo el rotulo de **DAÑO A LA SALUD** en su ámbito subjetivo y objetivo ***(daño que es dictaminado mediante experticia de neuropsicología que fue incorporada como prueba)***, afectación que se describe médicamente en los siguientes términos:

Dice la literatura Médica.

> **Trastorno de estrés postraumático (TEPT) – Medline PLUS.**
>
> Disponible en: *https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967*
>
> "El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad de salud mental desencadenada por una **SITUACIÓN ATERRADORA**, **ya sea que la hayas experimentado o presenciado**. Los ***síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación***."
>
> El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad real. Puede sufrir de TEPT luego de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El trastorno de estrés postraumático hace que se sienta estresado y con temor luego de pasado el peligro. Afecta su vida y la de la gente que le rodea.

DÉCIMO SEGUNDO: El día 14 de Septiembre del 2023 se presentó solicitud de conciliación extrajudicial ante Procuraduría, la cual se celebró con el demandado en la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, ***declarándose fallida por falta de ánimo conciliatorio mediante constancia de Octubre 11 del 2023***.

LO QUE SE PRETENDE

En atención a la exposición de los hechos solicito que en sentencia con fuerza de cosa juzgada y que ponga fin al proceso, se hagan en favor de los demandantes las siguientes **DECLARACIONES** y **CONDENAS.**

PRIMERO: DECLARAR administrativamente responsable al Municipio de Santiago de Cali - Valle, de todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales que se le han ocasionado a cada uno de los demandantes.

SEGUNDO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados al señor ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ*** la suma de **938 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Una Paz duradera solo puede alcanzarse
Si se basa en la justicia social

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$276.950.000 (equivalente en el año 2023 a: 238 SMLMV)
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	350 SMLMV
AFECTACIÓN A LA ***VIDA SEXUAL CONYUGAL*** – DAÑO A BIENES CONVENCIONALES.	150 SMLMV

TERCERO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora ***MARICEL COBO MOSQUERA*** la suma de **550 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV
AFECTACIÓN A LA ***VIDA SEXUAL CONYUGAL*** – DAÑO A BIENES CONVENCIONALES.	150 SMLMV

CUARTO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la menor de edad ***JULIANA RIVILLAS COBO*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

QUINTO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la menor ***SARA VALENTINA RIVILLAS COBO*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados así:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

SEXTO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados al señor ***LIBARDO RIVILLAS MONTES*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

SÉPTIMO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora ***LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

OCTAVO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora ***YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

NOVENO: CONDENAR al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora ***NATALIA MOJICA RIVILLAS*** la suma de **400 SMLMV**; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES CUANTIFICACIÓN	
LUCRO CESANTE	$0
DAÑO EMERGENTE	$0
DAÑO MORAL	100 SMLMV
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – **UNIDAD FALMILAR** (***MODUS VIVENDI***)	100 SMLMV
DAÑO A LA SALUD	200 SMLMV

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LAS PRETENSIONES

- ***NEXO DE CAUSALIDAD Y SÍNTESIS DE LOS REPROCHES DE RESPONSABILIDAD.***

Se ha incurrido en una **FALLA DEL SERVICIO** ya que resulta inaceptable que en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali – Valle, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, hubiese experimentado una caída de su motocicleta de placas NBD 45F, toda vez que la vía presentaba un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control y su lamentable caída, teniendo que ser auxiliado por el señor Saúl Charrupi Bravo, quien observó desde su motocicleta la lamentable caída, ya que venía atrás del señor Fernando Rivillas Gutiérrez *haciendo el mismo recorrido*, momento en el que se percató del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO EN EL QUE HABÍA INGRESADO, el cual, **NO CONTABA CON SEÑALIZACIÓN ALGUNA O ADVERTENCIA DEL PELIGRO DE LA VÍA**, recibiendo apoyo de la comunidad por parte de los señores Albeiro Aguilón, Elver Aguilón, Fanny Domínguez y Mariano Tribiño, quienes le indicaron al señor Saúl Charrupi Bravo, *que ese hueco ya los tenía cansados como comunidad ya que varias personas se habían accidentado de igual manera*, ayudándole al señor Saúl Charrupi Bravo, para *levantar y guardar la motocicleta de la víctima en un garaje del sector*. De tal manera que se incumplió no solamente con el deber legal - ***Ley 105 de 1993 Art 19 y 20*** en cuanto a la conservación y mantenimiento de la vía por la presencia de un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO** en la carretera, sino que ADICIONALMENTE se incumplió el deber de una adecuada señalización para no someter a peligro de accidentes a los conductores de la vía, contrariándose de esta manera lo preceptuado por el Ministerio de Transporte en su **MANUAL DE SEÑALIZACIÓN VIAL DEL AÑO 2015**, en su **NUMERAL 2.3.5** ***"Señales preventivas relacionadas con la superficie de rodadura"***, que establece que se debe realizar uso de la señal denominada técnicamente como **SP-26 que significa depresión en la vía**, con el fin de advertir a los conductores sobre dicha irregularidad y de esta manera evitar la producción de siniestros viales como el que lamentablemente se le produjo al señor Fernando Rivillas Gutiérrez.

-Prueba Ministerio de Transporte – Manual de señalización vial del año 2015, Núm. 2.3.5.

Dice la Ley 105 de 1993.

> **Artículo 19º.- CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN**. Corresponde a la Nación y a las **Entidades Territoriales la construcción y la CONSERVACIÓN de todos y cada uno de los componentes de su propiedad**, en los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo 20º.- **PLANEACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE PROPIEDADES DE LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE**. Corresponde al Ministerio de Transporte, a las entidades del Orden Nacional con responsabilidad en la infraestructura de transporte y a las Entidades Territoriales, la planeación de su respectiva infraestructura de transporte, determinando las prioridades para su **CONSERVACIÓN** y construcción.

Dice el Ministerio de transporte.

Manual de Señalización Vial del Año 2015 - Numeral 2.3.5

SP-26 DEPRESIÓN

Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

Ha dicho el Consejo de Estado / Tema:

Responsabilidad por el mal estado de las vías - Huecos, hundimientos y falta de señalización

Consejo de Estado, sentencia 2011-00391 de 19 de marzo de 2021, Rad. 68001-23-31-000-2011-00391-01 (50791). CP María Adriana Marín.

"Sí debe declararse la responsabilidad del Estado, a título de falla en el servicio, por las lesiones sufridas en el accidente de tránsito, que se **PRODUJO POR EL MAL ESTADO DE LA VÍA**, ya que, se ha entendido que se presenta una falla del servicio por parte de la entidad a cargo del **MANTENIMIENTO, CONSERVACIÓN Y SEÑALIZACIÓN** ***cuando en las carreteras del país se presentan huecos, hundimientos u otro tipo de obstáculos al tráfico vehicular, sin que se advierta el peligro que estos conllevan, por medio de las señales de tránsito pertinentes***, pues el deber de construir carreteras seguras y adecuadas a los requerimientos del tráfico, trae consigo la obligación

de la Administración de mantenerlas en buen estado y de ejercer el control sobre las mismas. En esa medida, la Subsección estima que existió una falla en el servicio proveniente del Instituto Nacional de Vías de la falta de mantenimiento vial y, en particular, por el mal estado de la vía en donde acaeció el siniestro. Así, es claro que fue la omisión la causa adecuada o eficiente que produjo el siniestro bajo examen, tal como concluyó el a quo".

- ***DAÑO MORAL "PRETIUM DOLORIS"***

Los integrantes que conforman la familia del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, la cual se encuentra constituida por su esposa (Maricel Cobo Mosquera); hijas (Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo); padres (Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal); hermana (Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez) y sobrina (Natalia Mojica Rivillas), han experimentado el inmensurable **DAÑO MORAL** que les representa vivenciar las graves lesiones de las que fue víctima su ser querido, esto es, la: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO**, con dolor y limitación funcional, circunstancias que han repercutido negativamente en la estabilidad familiar, social y sentimental de los demandantes, generándoseles ***un detrimento desproporcionado y negativo a sus calidades de vida en todas sus esferas***. Motivo por el cual se cuantifico en el caso sub lite con el tope máximo jurisprudencial que concede el Consejo de Estado **por haber alcanzado su mayor intensidad** (100 SMLMV), con base al: **a)** el dolor sufrido, **b)** la intensidad de la congoja; **c)** la cercanía con el ser afectado "elementos que integran el test de proporcionalidad en materia contencioso administrativo", ya que los sentimientos personalísimos son inconmensurables y jamás pueden ser íntegramente resarcidos, en cuanto a las vivencias internas e individuales.

- ***DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN "UNIDAD FAMILIAR - AFECTACIÓN AL (MODUS VIVENDI)"***

El Consejo de Estado, ha precisado que ADEMÁS DEL TRADICIONAL DAÑO MORAL existen los denominados **bienes jurídicos de especial protección constitucional** tales como: la libertad, dignidad, **INTIMIDAD FAMILIAR**, imagen, honra, domicilio y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales, los cuales son objeto de resarcimiento con arreglo a lo dispuesto por el artículo 90 superior.

En el presente caso, tanto el señor Fernando Rivillas Gutiérrez y su esposa Maricel Cobo Mosquera, como sus hijas Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo, han tenido que **MODIFICAR SUS PROYECTOS** y **ESTILOS DE VIDA**, pues ***realizaban y disfrutaban de actividades físicas, culturales, turísticas y artísticas*** que les resultaban placenteras a él y a su núcleo familiar. Lastimosamente dichas actividades han tenido que ser suprimidas de sus proyectos de vida, pues debido a las secuelas PERMANENTES derivadas por la: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO** que le genera ***dolor y limitación funcional***, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez ha experimentado cambios de ánimo, impotencia y frustración debido a sus condiciones de salud, hasta el punto de generar un distanciamiento con sus padres Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal, quienes extrañan el recogimiento y dulzura que les brindaba su hijo en tiempos pasados, puesto que además se dejaron de realizar las reuniones familiares que organizaba el señor Fernando Rivillas Gutiérrez y que tanto disfrutaban su hermana Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez y su sobrina Natalia Mojica Rivillas, y que se constituían en espacios importantes en los cuales se estrechaban los vínculos familiares. Motivo por el cual se ha lesionado un **BIEN JURÍDICO CONSTITUCIONAL DE ESPECIAL PROTECCIÓN** por afectación a sus ***(MODUS VIVENDI)***, el cual según la jurisprudencia es un PERJUICIO AUTÓNOMO y ***no puede ser confundido con un detrimento moral***, pues precisamente la INTIMIDAD O UNIDAD FAMILIAR (Art. 42 y 14 de la C.N), hacen parte de los bienes amparados constitucionalmente, siendo cuantificado en el presente asunto para cada uno de los integrantes de la familia del señor Fernando Rivillas Gutiérrez en **100 SMLMV.**

Dice la Constitución Política.

> ***Constitución Política.***
>
> **Artículo 42. (Párrafo 2)** El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y ***LA INTIMIDAD DE LA FAMILIA SON INVIOLABLES***.
>
> **Artículo 15.** Todas las personas tienen derecho a su **INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR** y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.

Dice la Jurisprudencia nacional.

> ***Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.***
>
> "En este contexto, son especies de perjuicio no patrimonial **ADEMÁS DEL DAÑO MORAL**, el daño a la salud, a la vida de relación, y a los **BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL** tales como la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales.
>
> ***Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.***
>
> Así fue reconocido por esta Sala en providencia reciente, en la que se dijo que ostentan naturaleza no patrimonial: "(…) la vida de relación, la integridad sicosomática, **LOS BIENES DE LA PERSONALIDAD** —VERBI GRATIA, INTEGRIDAD FÍSICA O MENTAL, LIBERTAD, NOMBRE, DOMICILIO, DIGNIDAD, **INTIMIDAD FAMILIAR**, HONOR, IMAGEN, REPUTACIÓN, FAMA, etc."

- ***LUCRO CESANTE Y DAÑO EMERGENTE –quantum del daño patrimonial-***

La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y el lucro cesante, Art. 1613 y 1614 del Código Civil.

- ***LUCRO CESANTE***

Se ha originado un perjuicio patrimonial a título de **lucro cesante**, pues el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, de 34 años de edad al momento de los hechos, se desempeñaba como albañil independiente, actividad productiva que tuvo que ser suspendida permanentemente debido a la exigencia física que le requería (alzar o levantar herramientas o materiales), toda vez que sus múltiples fracturas de: 1) fractura de tuberosidad mayor de húmero derecho; 2) Luxofractura de Bennett izquierda; 3) fractura de platillos tibiales Schatker II derecho; 4) fractura conminuta de la cabeza del peroné derecho, le han ***generado dolor y limitación funcional*** que le impiden realizar su labor productiva. Actividad económica que le representaba 1 SMLMV, equivalente en el año 2023 a $1.160.000, (UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE), los cuales, aportaba activamente para el sostenimiento de su familia y la sociedad conyugal conformada con su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera, con la que tiene a sus dos hijas las menores Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Con fundamento en lo anterior y teniendo como referencia la edad del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, (34 años) al momento de los hechos y la *resolución 1555 de 2010*, expedida por la Súper Intendencia Financiera, por la cual se actualizan las tablas de mortalidad rentísticas de hombres y mujeres, se tiene que su expectativa de vida es de 46.5 años [558 meses], obteniéndose la siguiente indemnización por concepto de lucro cesante.

Lucro cesante a favor de: ***Fernando Rivillas Gutiérrez (víctima directa)***

Víctima	**Edad de la víctima al momento de los hechos**	**Tiempo indemnizable Expectativa de vida**	*Valor de la actividad productiva desempeñada por la víctima (albañil independiente)*
Fernando Rivillas Gutiérrez	34 años	46.5 años Equivalente a: **558 meses**	1 SMLMV equivalente en el año 2023 a: $1.160.000 más 25% de prestaciones sociales ($290.000) = **$1.450.000**

Para aplicar se tiene:

S	=	Suma a obtener.
Ra	=	Renta actualizada (en el presente caso **$1.450.000**)
I	=	Tasa mensual de interés puro o legal, es decir, 0,004867.
N	=	Número de meses a liquidar. (en el presente caso **558 meses**)
1	=	Es una constante

$$S = \text{Ra}\ \frac{(1+i)^{\text{N}} - 1}{i(1+i)^{\text{N}}}$$

$$S = \$\,1.450.000\ \frac{(1{,}004867)^{558} - 1}{0{,}004867\ (1{,}004867)^{558}}$$

S = $1.450.000 x (191) = **$276.950.000**

TOTAL LUCRO CESANTE = **$276.950.000** *(DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CT)*; equivale en el 2023 a: **238 SMLMV**.
*1 SMLMV año 2023 = $1.160.000.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

- ***DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN "INTIMIDAD SEXUAL CONYUGAL"***

Al señor Fernando Rivillas Gutiérrez se le ha generado un **DETRIMENTO AL DISFRUTE DE SU INTIMIDAD Y VIDA SEXUAL** que sostiene con su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera, la cual se ha deteriorado como consecuencia de su: 1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO; 4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO, que le provoca **TERRIBLES DOLORES AL APOYARSE EN SU PIERNA DERECHA AL MOMENTO DE EJECUTAR CIERTAS POSTURAS DEL ACTO SEXUAL**, generándole hinchazón y dolor crónico que le hace perder cualquier clase de excitación, circunstancia que perjudicó las relaciones sexuales con su esposa, pues el acto sexual ha pasado de ser placentero a incómodo, motivo por el cual se ha afectado **UN BIEN JURÍDICO CONSTITUCIONAL DE ESPECIAL PROTECCIÓN**, el cual no puede ser confundido con un detrimento moral, ya que la **INTIMIDAD** familiar y ***vida sexual conyugal***, hacen parte de dichos bienes amparados constitucionalmente.

Es por eso que el Consejo de Estado, ha precisado que ADEMÁS DEL TRADICIONAL DAÑO MORAL existen los denominados ***bienes jurídicos de especial protección constitucional*** tales como: la libertad, la dignidad, **INTIMIDAD FAMILIAR - *(VIDA SEXUAL CONYUGAL)***, imagen, honra, domicilio y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales, los cuales son objeto de resarcimiento con arreglo a lo dispuesto por el artículo 90 superior, siendo cuantificado en el presente caso en 150 SMLMV, tanto para el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, como para su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera, como consecuencia de la grave afectación a la vida sexual de la pareja.

Ha dicho el Consejo de Estado.

> **Consejo de Estado, Sentencia 1996-12661 de diciembre 12 de 2013, Rad.: 250002326000-1996-12661-01(27493), Stella Conto Díaz del Castillo.**
>
> "Dado que se ha generado una afectación que **LIMITA EL EJERCICIO DE LA VIDA CONYUGAL**, se concluye que la indemnización que ha de reconocerse es la máxima que reconoce usualmente esta jurisdicción, esto es, 100 smlmv."

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent SC10297-2014 de Agosto 5 del 2014, M.P Ariel Salazar Ramírez.

"En este contexto, son especies de perjuicio no patrimonial – además del daño moral – el daño a la salud, a la vida de relación, y a los **BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL,** tales como la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales.

Así fue reconocido por esta Sala en providencia reciente, en la que se dijo que ostenta naturaleza no patrimonial "(…) la vida de relación, la integridad sicosomática, LOS BIENES DE LA PERSONALIDAD – VERBIGRACIA INTEGRIDAD FISICA O MENTAL, LIBERTAD, NOMBRE, DIGNIDAD, **INTIMIDAD**, HONOR, **IMAGEN**, REPUTACIÓN, FAMA, ETC.

➢ *DAÑO A LA SALUD*

Se ha causado un **DAÑO A LA SALUD**, pues el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, ha experimentado una PERTURBACIÓN GRAVE A SU **SALUD**, tan es así que además de habérsele generado: **1) FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO DERECHO; 2) LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA; 3) FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II DERECHO**; **4) FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO** que le produce ***dolor y limitación funcional***, tal afectación le ha generado fuertes eventos de insomnio, falta de apetito, ansiedad e irritabilidad, los cuales han repercutido negativamente en el aspecto psicofísico de su familia, especialmente en su esposa la señora Maricel Cobo Mosquera y sus hijas Juliana Rivillas Cobo y Sara Valentina Rivillas Cobo, quienes deben soportar las fuertes tensiones y conflictos que se han desatado al interior de su familia y que intranquilizan tanto a sus padres Libardo Rivillas Montes y Ludivia Gutiérrez Sabogal, como a su hermana Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez y sobrina Natalia Mojica Rivillas, ya que el estrés derivado de eventos traumáticos es catalogado como **UNA ENFERMEDAD**, constituyéndose tal circunstancia en un detrimento en la salud, la cual es indemnizada bajo el rotulo de **DAÑO A LA SALUD** en su ámbito subjetivo y objetivo ***(daño que es dictaminado mediante experticia de neuropsicología que fue incorporada como prueba)***, motivo por el cual se cuantificó en el presente asunto para el señor Fernando Rivillas Gutiérrez la suma de **350 SMLMV**, y para cada uno de los demás integrantes de su familia en **200 SMLMV.**

Dice la literatura Médica.

> **Trastorno de estrés postraumático (TEPT) – Medline PLUS.**
> Disponible en: *https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967*
>
> https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html
>
> "El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad de salud mental desencadenada por una **SITUACIÓN ATERRADORA**, **ya sea que la hayas experimentado o presenciado**. Los ***síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación***."
>
> El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad real. Puede sufrir de TEPT luego de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El trastorno de estrés postraumático hace que se sienta estresado y con temor luego de pasado el peligro. Afecta su vida y la de la gente que le rodea.

Ha dicho el Consejo de Estado.

> ***Consejo de Estado, Sección tercera, Sent. 2006-00672 de 11 de Julio de 2013, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.***
>
> "Se reconoce de este modo una valoración del **DAÑO A LA PERSONA** – **DAÑO A LA SALUD**, el cual debe atender a los principios de reparación integral y equidad (l. 446/98, art. 16); postulados cuya importancia resulta de mayor relevancia cuando se trata de la indemnización de un derecho que por su naturaleza *no puede ser restitutoria ni reparadora, sino simplemente compensatoria*, cuyo *quantum* indemnizatorio *otorgara el* ***máximo de 400 SMLMV*** *(parte objetiva "300 SMLMV" + subjetiva "100 SMLMV")*; en efecto, la suma establecida *no se ajustará nunca al monto exacto del perjuicio, pero buscará, de alguna manera, restablecer el equilibrio roto con su ocurrencia y la satisfacción de este*"

NORMATIVIDAD APLICABLE

i) Constitución Política, Art 90. *[Cláusula de responsabilidad extracontractual del Estado]*

ii) Ley 1437 del 2011, Art 140. *[Medio de control – Reparación directa]*

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

iii) MANUAL DE SEÑALIZACIÓN VIAL DEL AÑO 2015, adoptado por el Ministerio de Transporte. numeral **2.3.5** ***"Señales preventivas relacionadas con la superficie de rodadura"***.

Manual de Señalización Vial del Año 2015 - Numeral 2.3.5

SP-26 DEPRESIÓN

Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

iv) Ley 105 de 1993, Art 19 y 20 *[Integración de la infraestructura distrital, departamental y municipal de transporte, conservación de las vías]*

Dice la Ley 105 de 1993, Art 19 y 20.

Artículo 19º.- CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN. Corresponde a la Nación y a las **Entidades Territoriales la construcción y la CONSERVACIÓN de todos y cada uno de los componentes de su propiedad**, en los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo 20º.- **PLANEACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE PROPIEDADES DE LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE**. Corresponde al Ministerio de Transporte, a las entidades del Orden Nacional con responsabilidad en la infraestructura de transporte y a las Entidades Territoriales, la planeación de su respectiva infraestructura de transporte, determinando las prioridades para su **CONSERVACIÓN** y construcción.

v) Consejo de Estado, *Sentencia 2011-00391 de 19 de marzo de 2021, Rad. 68001-23-31-000-2011-00391-01 (50791). CP María Adriana Marín* / tema: ***Responsabilidad por el mal estado de las vías - Huecos, hundimientos y falta de señalización.***

> "Sí debe declararse la responsabilidad del Estado, a título de falla en el servicio, por las lesiones sufridas en el accidente de tránsito, que se **PRODUJO POR EL MAL ESTADO DE LA VÍA**, ya que, se ha entendido que se presenta una falla del servicio por parte de la entidad a cargo del **MANTENIMIENTO, CONSERVACIÓN Y SEÑALIZACIÓN** ***cuando en las carreteras del país se presentan huecos, hundimientos u otro tipo de obstáculos al tráfico vehicular, sin que se advierta el peligro que estos conllevan, por medio de las señales de tránsito pertinentes***, pues el deber de construir carreteras seguras y adecuadas a los requerimientos del tráfico, trae consigo la obligación de la Administración de mantenerlas en buen estado y de ejercer el control sobre las mismas. En esa medida, la Subsección estima que existió una falla en el servicio proveniente del Instituto Nacional de Vías de la falta de mantenimiento vial y, en particular, por el mal estado de la vía en donde acaeció el siniestro. Así, es claro que fue la omisión la causa adecuada o eficiente que produjo el siniestro bajo examen, tal como concluyó el a quo".

1. ***PRUEBAS***

1.1 DOCUMENTOS QUE SE APORTAN

1.1.1. Registro civil de nacimiento de Fernando Rivillas Gutiérrez.

1.1.2. Registro civil de matrimonio de Fernando Rivillas Gutiérrez y Maricel Cobo Mosquera.

1.1.3. Registro civil de nacimiento de Juliana Rivillas Cobo.

1.1.4. Registro civil de nacimiento de Sara Valentina Rivillas Cobo.

1.1.5. Registro civil de nacimiento de Yazmín Eliana Rivillas Gutiérrez.

1.1.6. Registro civil de nacimiento de Natalia Mojica Rivillas.

1.1.7. Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

FORMATO DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

Otros Cúal?

Dirección de la Ocurrencia: CALLE 59 CON CARRERA 11

Fecha Evento / Accidente: 8/10/2021 Hora: 18:19

Departamento: Cod: 76

Municipio: Cod: 001 Zona: Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las Pricipales Caracteristicas del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS NBD45F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PUBLICA PIERDE EL CONTROL DEL VEHÍCULO Y CAE POR CULPA DE UN HUECO GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Una Paz duradera solo puede alcanzarse
Si se basa en la justicia social

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa:

Transporto la victima desde: Hasta:

Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada

1.1.8. **FOTOGRAFÍAS DEL SECTOR DEL ACCIDENTE** sacadas por el señor Saúl Charrupi Bravo, el día siguiente al accidente – 9 de octubre del 2021.

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese en la **plaqueta color verde**, la nomenclatura urbana que indica **calle 59 con carrera 11**, como también el precario estado de la vía, en la cual, claramente se observa un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control al motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez y su lamentable caída.

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese que la motocicleta sufrió moderados daños materiales como consecuencia de la caída del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, *dicha motocicleta fue guardada* por el señor Saúl Charrupi Bravo, ***en ese garaje que está enseguida del poste que dice parqueadero***, que sea de paso decir se **ENCUENTRA A ESCASOS METROS** del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO, que le causo la caída al señor Fernando Rivillas Gutiérrez.

1.1.9. Historia Clínica de octubre 8 del 2021, Clínica Valle Salud de Cali - Valle.

Clínica Valle Salud de Cali – H. Clínica de octubre 8 del 2021.

Enfermedad actual:
Paciente ingresa en compañía de paramédicos quien refiere sufre accidente de tránsito, presentando trauma en tórax con dolor, trauma en hombro, brazo y codo derecho, muñeca y mano izquierda, cadera, rodilla y pierna derecha, tobillo y pie izquierdo con posterior dolor y limitación funcional, niega otros traumas asociados.

Clínica Valle Salud de Cali – H. Clínica de octubre 8 del 2021.

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO
LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DERECHO
TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO
FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO

1.1.10. Ministerio de Transporte – Manual de señalización vial del año 2015, Núm. 2.3.5.

Manual de Señalización Vial del Año 2015 - Numeral 2.3.5

SP-26 DEPRESIÓN

Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

1.1.11. Licencia de conducción del señor Fernando Rivillas Gutiérrez; Licencia de tránsito de la motocicleta NBD 45F modelo 2021, y SOAT *(al ser la motocicleta último modelo no aplica revisión técnico mecánica)*.

1.1.12. Dictamen pericial de salud ocupacional.

1.1.13. Dictamen de Neuropsicología

1.1.14. Dictamen de concepto técnico de perito en accidentes de tránsito.

1.1.15. Fotocopia Resolución 1555 de 2010 de la Súper Intendencia Financiera por la cual se actualizan las tablas de mortalidad rentísticas de hombres y mujeres.

1.1.16. Constancia de no conciliación expedida por la Procuraduría 60 Judicial I para asuntos administrativos.

1.1.17. ***PODER DEBIDAMENTE CONFERIDO***.

1.2 DOCUMENTOS QUE SE SOLICITAN MEDIANTE REQUERIMIENTO JUDICIAL

Con el fin de integrar el acervo probatorio y dar claridad sobre los hechos, solicito respetuosamente que el demandado allegue al proceso:

1.2.1. Que el municipio de Santiago de Cali - Valle, **INDIQUE si en la calle 59 con carrera 11** de la ciudad de Cali Valle, **EXISTÍA O NO** para el mes de ***octubre del 2021, alguna señal de tránsito que advirtiera a los conductores sobre la existencia del hundimiento y el hueco*** que presentaba la vía, y en caso negativo informar si en la actualidad se han instalado señales de advertencia sobre esa situación o si el hundimiento y el hueco fueron corregidos o si aún persisten.

(Nota: este requerimiento fue efectuado mediante derecho de petición, del cual, no se obtuvo respuesta conforme a los soportes que se allegan).

1.3 *TESTIMONIALES.*

Con el fin de que declaren sobre todo lo que les conste con relación a lo dicho en este escrito de demanda y otras preguntas que formulare en la respectiva audiencia, con todo respeto le solicito hacer comparecer a su despacho las siguientes personas:

1.3.1. Saúl Charrupi Bravo, identificado con la C.C 1.144.144.563, domiciliado en la AV 8 Bis 23b - 47 de Cali - Valle, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com .*(Objetivo del testimonio: declarar sobre todos los detalles que conoció del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, en el cual, resultó herido el señor Fernando Rivillas Gutiérrez a quien auxilió, como también se refiera a las condiciones de la vía).*

1.3.2. Albeiro Aguilón, identificado con la C.C 16.745.204, celular 3117393243, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com .*(Objetivo del testimonio: declarar sobre todos los detalles que conoció del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, en el cual, resultó herido el señor Fernando Rivillas Gutiérrez a quien auxilió, como también se refiera a las condiciones de la vía).*

1.3.3. Elver Aguilón, identificado con la C.C 16.453.978, domiciliado en la Carrera 11 # 58 – 108 barrio la Base de Cali – Valle, celular 3205746988, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com .*(Objetivo del testimonio: declarar sobre todos los detalles que conoció del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, en el cual, resultó herido el señor Fernando Rivillas Gutiérrez a quien auxilió, como también se refiera a las condiciones de la vía).*

1.3.4. Fanny Domínguez, identificada con la C.C 38.953.306, celular 3217879680, buzón electrónico: la testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerida por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com .*(Objetivo del testimonio: declarar sobre todos los detalles que conoció del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, en el cual, resultó herido el señor Fernando Rivillas Gutiérrez a quien auxilió, como también se refiera a las condiciones de la vía).*

1.3.5. Mariano Tribiño, identificado con la C.C 16.346.535, domiciliado en la carrera 41 # 38 – 27 barrio la Base de Cali – Valle, celular 3226224379, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email:

fernandorivillasg2016@hotmail.com *.(Objetivo del testimonio: declarar sobre todos los detalles que conoció del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, en el cual, resultó herido el señor Fernando Rivillas Gutiérrez a quien auxilió, como también se refiera a las condiciones de la vía).*

1.3.6. Diopoldo Llanten, identificado con la C.C 4.666.173, domiciliado en la Av. 9 oeste # 24 – 05 de Cali – Valle, celular 3103869200, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com *.(Objetivo del testimonio: declarar sobre las afectaciones tales como: daño moral, daño a la vida de relación y bienes constitucionales, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021 al señor Fernando Rivillas Gutiérrez).*

1.3.7. Fabian Camilo Palacios, identificado con la C.C 1.107.517.037, domiciliado en la Av. 9 oeste # 24 – 07 de Cali – Valle, celular 3172896414, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com *.(Objetivo del testimonio: declarar sobre las afectaciones tales como: daño moral, daño a la vida de relación y bienes constitucionales, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021 al señor Fernando Rivillas Gutiérrez).*

1.3.8. Frediden Ríos Cardona, identificado con la C.C 1.144.045.576, domiciliado en la Calle 4A oeste # 73 - 71 de Cali – Valle, celular 3045667389, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com *.(Objetivo del testimonio: declarar sobre las afectaciones tales como: daño moral, daño a la vida de relación y bienes constitucionales, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021 al señor Fernando Rivillas Gutiérrez).*

1.3.9. Aicardo Perea Sánchez, identificado con la C.C 6.219.269, domiciliado en la Calle 7 # 10A – 88 de Candelaria – Valle, celular 3206961210, buzón electrónico: el testigo realizará las audiencias virtuales en caso de ser requerido por medio del email: fernandorivillasg2016@hotmail.com *.(Objetivo del testimonio: declarar sobre las afectaciones tales como: daño moral, daño a la vida de relación y bienes constitucionales, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021 al señor Fernando Rivillas Gutiérrez).*

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

1.4 INTERROGATORIO O DECLARACIÓN DE LA PARTE REPRESENTADA.

1.4.1. Solicito que se cite al señor Fernando Rivillas Gutiérrez, en su calidad de víctima directa del siniestro vial ocurrido el día 8 de octubre del 2021 en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, para que se refiera a todos los detalles en cuanto a su accidente, especialmente el estado en el que se encontraba la vía y la ausencia de señalización de los peligros, declaración que puede ser recepcionada virtualmente mediante el email: fernandorivillasg2016@hotmail.com .*(Objetivo de la prueba: indagar sobre todas las particularidades del accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021, en cuanto a las condiciones viales y su señalización).*

> **Ámbito jurídico** –El Código General del Proceso (CGP), creó un escenario en el que las partes pueden ofrecer su testimonio y, como consecuencia de ello, ser interrogadas tanto por la contraparte, **COMO POR SU PROPIO APODERADO**. Ramiro Bejarano Guzmán. Director del Departamento de Derecho Procesal de la Universidad Externado de Colombia. Análisis del CGP. 10 de Junio del 2016.

1.5 RESERVA DEL DERECHO A INTERROGAR

1.5.1. Me reservo el derecho a interrogar a las partes y demás declarantes que sean citados por el demandado – Municipio de Santiago de Cali y por su eventual llamado en garantía, con el fin de que absuelvan los interrogantes que les formulare en forma verbal o escrita en la respectiva audiencia. *(Objetivo de la prueba: indagar a cualquier sujeto procesal que sea citado por el demandado en cuanto a los puntos centrales del litigio y que contribuya a la demostración de los hechos y daños causados).*

1.6. CITACIÓN AL PERITO EN NEUROPSICOLIGIA

CÍTESE al Neuropsicólogo el Dr. Efraín Arboleda Saavedra, en su calidad de PERITO en neuropsicología, en la calle 26D # 13 – 61 de la ciudad de Tuluá – Valle, y al Email: psicoarboleda@gmail.com para que sustente el dictamen pericial y responda el cuestionario técnico en el cual se indagó respecto a:

> *"DETERMINAR LA EXISTENCIA O NO DE UNA AFECTACIÓN DE CARÁCTER: 1) MORAL RELACIONADA CON EL MENOSCABO DE LA ESFERA SENTIMENTAL O AFECTIVA; 2) EXTERIORIZACIÓN EN LAS*

RELACIONES Y PROYECTOS DE VIDA; 3) INTROMISIÓN A UN RASGO DE LA PERSONALIDAD CONOCIDO COMO BIEN CONSTITUCIONAL y 4) SUBSISTENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO QUE REPERCUTA EN EL ÁMBITO PSICOFÍSICO" (Objetivo de la prueba: debatir el dictamen pericial aportado con la demanda, contradicción y sustentación).

1.7. CITACIÓN AL PERITO EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

CÍTESE al técnico en accidentes de tránsito el señor Álvaro Hernán Cifuentes Noreña, en su calidad de PERITO en accidentes y normativa de tránsito, en la carrera 15 # 26B – 23 de la ciudad de Tuluá – Valle, y al Email: alvarocifuentes33@hotmail.com para que *sustente su concepto técnico del accidente de tránsito*.

1.8. CITACIÓN AL PERITO EN SALUD OCUPACIONAL

CÍTESE a la Dra. Martha Lucia Botero Gómez, en su calidad de PERITO en salud ocupacional, en la carrera 35 # 24- 56 de la ciudad de Tuluá – Valle, y al Email: saucesmarthalu@gmail.com para que sustente el dictamen pericial y responda el cuestionario técnico en el cual se indagó respecto a:

"DETERMINAR LA EXISTENCIA O NO DE UNA AFECTACIÓN EN EL ROL LABORAL OCUPACIONAL QUE REPERCUTA EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS COMO HABITUALES DE LA VÍCTIMA Y SU CLASIFICACIÓN CONFORME A SU INTENSIDAD". (Objetivo de la prueba: establecer si el daño deprecado a la víctima interfiere o no con el desarrollo de sus actividades productivas y habituales).

1.9. PERICIALES – CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

Solicito con todo respeto que se decrete la prueba pericial para que se dictamine por parte de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA *la pérdida de capacidad laboral del señor Fernando Rivillas Gutiérrez. (Objetivo de la prueba: demostrar y cuantificar técnicamente la pérdida de capacidad laboral de la víctima, para que se calcule judicialmente el lucro cesante y daño emergente, las cuales guardan relación directa con las actividades productivas de la víctima).*

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

JURAMENTO ESTIMATORIO

Se le informa al despacho que NO SE HA PRESENTADO DEMANDA POR LOS MISMOS HECHOS Y PRETENSIONES, adicionalmente conforme al art. 206 del C.G.P, indico que la presente demanda versa sobre perjuicios extrapatrimoniales, los cuales conforme a disposición expresa en el estatuto procesal *no aplicaran para la cuantificación del juramento estimatorio*. Y en cuanto al perjuicio patrimonial aquel ascendió a: $276.950.000 por lucro cesante a favor del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, valor que se encuentra debidamente explicado y justificado en el acápite de: "Lucro cesante" del cuerpo de esta demanda.

Dice el CGP – Código General del Proceso

> **Artículo 206.** ***Juramento estimatorio*****.**
>
> El juramento estimatorio ***no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales***.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Es usted señor Juez Administrativo de Cali – Valle, el competente para adelantar el trámite de este proceso, en ejercicio del medio de control de reparación directa, por el lugar de ocurrencia de los hechos y omisiones que sirven de fundamento a la acción, y por la ***cuantía de la pretensión mayor*** que en el caso sub lite ascendió a: ***350 SMLMV*** por concepto de **daño a la salud**, equivalentes en el año 2023 a: $406.000.000, todo lo anterior en virtud del Art. 155 num.6, Art. 156 num.6, Art. 157 de la ley 1437 de 2011 y al Art. 30 de la ley 2080 del 2021.

> **Artículo 157.** ***Competencia por razón de la cuantía.*** Para efectos de competencia, cuando sea del caso, la cuantía se determinará por el valor de la multa impuesta o de los perjuicios causados, según la estimación razonada hecha por el actor en la demanda, ***sin que en ello pueda considerarse la estimación de los perjuicios morales***, salvo que estos últimos sean los únicos que se reclamen. (…)
>
> Para los efectos aquí contemplados, ***cuando en la demanda se acumulen varias pretensiones, la cuantía se determinará por el valor de la pretensión mayor.***

DESIGNACIÓN Y CALIDADES DE LAS PARTES DENTRO DEL PROCESO

Concurren al proceso como DEMANDANTES: ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ*** (Víctima directa del daño).

MARICEL COBO MOSQUERA (Esposa de la víctima directa del daño).

JULIANA RIVILLAS COBO y SARA VALENTINA RIVILLAS COBO (Hijas de la víctima directa del daño).

LIBARDO RIVILLAS MONTES y LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL (Padres de la víctima directa del daño).

YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ (Hermana de la víctima directa del daño).

NATALIA MOJICA RIVILLAS (Sobrina de la víctima directa del daño).

Concurre al proceso como DEMANDADO: ***MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - VALLE***

ANEXOS

Acompaño los documentos relacionados como pruebas que se anexan, con el decreto 806 del 2020, todos estos anexos han quedado contenidos en archivos adjuntos enviados a los correos electrónicos institucionales de los demandados, Ministerio Público y Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

NOTIFICACIONES

Apoderado del demandante:

- En la carrera 27 Nro. 25-32 Oficina. 101 edificio Carlos María Lozano, Barrio centro de Tuluá-Valle, Teléfono 3014766952, y al E-mail marioalfonsocm@gmail.com

Del demandado:

- ***MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI:*** Centro Administrativo Municipal (CAM) Avenida 2 Norte Nro. 10 – 70, Cali (Valle), y correo electrónico: notificacionesjudiciales@cali.gov.co

Del señor Juez
Atentamente,

MARIO ALFONSO CASTAÑEDA MUÑOZ
C.C. N° 1.116.237.495 de Tuluá
T.P. N° 220817 del C.S. de la J.

Mario Alfonso Castañeda Muñoz
Abg. Director

Una Paz duradera solo puede alcanzarse
Si se basa en la justicia social

Señor
JUEZ ADMINISTRATIVO –REPARTO-
Cali-Valle

REFERENCIA: ***PODER***

FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, MARICEL COBO MOSQUERA, LIBARDO RIVILLAS MONTES, LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL, YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ, NATALIA MOJICA RIVILLAS, mayores de edad, vecinos de Cali-Valle, identificados como aparece al pie de sus firmas, el primero y la segunda actuando en sus propios nombres y en representación de sus hijas, las menores ***JULIANA RIVILLAS COBO y SARA VALENTINA RIVILLAS COBO,*** los demás actuando en sus propios nombres y representación, a través del presente escrito comedidamente nos dirigimos a usted con el fin de informarle que conferimos poder especial, amplio y suficiente al Doctor ***MARIO ALFONSO CASTAÑEDA MUÑOZ***, mayor de edad, vecino de Tuluá-Valle, identificado con la C.C. No. 1.116.237.495 de Tuluá-Valle y portador de la T.P. No. 220817 del C.S. de la J., para que en nuestro nombre y representación inicie y lleve hasta su finalización proceso Contencioso Administrativo en ejercicio del medio de control de ***REPARACIÓN DIRECTA***, en contra del ***MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - VALLE***, representado por su alcalde o por quien haga sus veces, *con el fin de obtener el pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados al señor* FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, *por el accidente de tránsito ocurrido en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, el día 8 de Octubre del 2021, como consecuencia de la FALLA POR MAL ESTADO DE LA VÍA por la PRESENCIA DE UN HUECO, que al ingresar la victima le provocó un terrible accidente de tránsito y múltiples fracturas*.

Nuestro apoderado cuenta con la facultad expresa para conciliar judicial y extra judicialmente y para que cobre y reciba las sumas de dinero que resulte a nuestro favor, además de las facultades de desistir, transigir, sustituir, reasumir, interponer recursos y en general con las facultades previstas en el Art. 77 del Código General del Proceso.

FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ
C.C. 1'113.624.151

LIBARDO RIVILLAS MONTES
C.C. 2676789

YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ
C.C. 30039876

Maricel cobo Mosquera
MARICEL COBO MOSQUERA
C.C. 31912608

LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL
C.C. 29882318

Natalia Mojica R.
NATALIA MOJICA RIVILLAS
C.C. 1.006.306.701

Acepto.

MARIO ALFONSO CASTAÑEDA MUÑOZ
C.C.No. 1.116.237.495 de Tuluá
T.P. 220.817 del C.S. de la J.

Cra 27 No 25-32 Edif. Carlos M. Lozano Oficina 101 Tuluá-Valle Cel. 3014766952
Email: marioalfonsocm@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA
CANDELARIA – VALLE
TEL. 2601181
PRESENTACION PERSONAL

AL DESPACHO DEL NOTARIO UNICO DE CANDELARIA VALLE DEL CAUCA COMPARECIO (CIERON):
LIBARDO RIVILLAS MONTES, LUDIVIA GUTIERREZ JARAMILLO.

IDENTIFICADO (S) CON CEDULA DE CIDADANIA Nº
C.C. 2.676.789 DE TULUA ; C.C. 29.882.318 DE TULUA.

Y DECLARO(ARON) QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ES CIERTO Y QUE LA(S) FIRMA(S) Y HUELLA(S) SON SUYAS.

CANDELARIA V. 14 DIC 2021
AUTORIZO EL RECONOCIMIENTO

Libardo Rivillas M
Ludivia Gutierrez J

NOTARIO: JAIME ALEXIS CHAPARRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
JAIME ALEXIS CHAPARRO
NOTARIO
CANDELARIA VALLE

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA
CANDELARIA – VALLE
TEL. 2601181
PRESENTACION PERSONAL

AL DESPACHO DEL NOTARIO UNICO DE CANDELARIA VALLE DEL CAUCA COMPARECIO:
NATALIA MOJICA RIVILLAS

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIDADANIA Nº
C.C. 1.006.306.701 DE CANDELARIA.

Y DECLARO(ARON) QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ES CIERTO Y QUE LA(S) FIRMA(S) Y HUELLA(S) SON SUYAS.

CANDELARIA V. 14 DIC 2021
AUTORIZO EL RECONOCIMIENTO

Natalia Mojica Rivillas

NOTARIO: JAIME ALEXIS CHAPARRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
JAIME ALEXIS CHAPARRO
NOTARIO
CANDELARIA VALLE

Viene Poder Especial

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA
CANDELARIA – VALLE
TEL. 2601181
PRESENTACION PERSONAL

AL DESPACHO DEL NOTARIO UNICO DE CANDELARIA VALLE DEL CAUCA COMPARECIO:

Yazmin Elvana Rivillas Gutierrez

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA Nº 30.039.876 de Palmira

Y DECLARO(ARON) QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ES CIERTO Y QUE LA(S) FIRMA(S) Y HUELLA(S) SON SUYAS.

CANDELARIA V. 20 DIC 2021

AUTORIZO EL RECONOCIMIENTO

NOTARIO: JAIME ALEXIS CHAPARRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
JAIME ALEXIS CHAPARRO
NOTARIO
CANDELARIA VALLE

LA NOTARIA ÚNICA DE CANDELARIA V. AUTORIZA LA PRESENTE DILIGENCIA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL INTERESADO SIN EL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN BIOMETRICA POR:

- DOMICILIO
- DEFICIENCIA DE HUELLA
- CEDULA EXTRANJERIA
- FALLA DEL SISTEMA
- PASAPORTE
- CONTRASEÑA

OTRO ¿CUÁL? _____

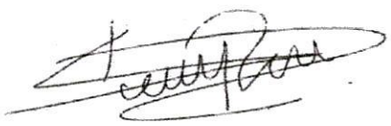
EL NOTARIO _____

JAIME ALEXIS CHAPARRO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

7777989

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el veintiuno (21) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Catorce (14) del Círculo de Cali, compareció: FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1113624151 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



y1lkn0d07ld9
21/12/2021 - 08:07:37

- - - - - Firma autógrafa - - - - -

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Este folio se vincula al documento de PODER signado por el compareciente, en el que aparecen como partes FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ, sobre: PODER.

Notaria Catorce de Cali - Valle

CLAUDIA XIMENA BARRIOS QUINAYAS

Notario Catorce (14) del Círculo de Cali, Departamento de Valle - Encargado

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: y1lkn0d07ld9

REPUBLICA DE COLOMBIA
CLAUDIA X. BARRIOS Q.
NOTARIA CATORCE DE CALI
ENCARGADA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

7778118

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el veintiuno (21) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Catorce (14) del Círculo de Cali, compareció: MARICEL COBO MOSQUERA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 31712808 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Maricel Cobo Mosquera

3vzqj1evwlk4
21/12/2021 - 08:10:37

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se vincula al documento de PODER signado por el compareciente, en el que aparecen como partes MARICEL COBO MOSQUERA, sobre: PODER.

Notaría Catorce de Cali - Valle

CLAUDIA XIMENA BARRIOS QUINAYAS

Notario Catorce (14) del Círculo de Cali, Departamento de Valle - Encargado

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 3vzqj1evwlk4

REPUBLICA DE COLOMBIA
CLAUDIA BARRIOS Q.
NOTARIA CATORCE DE CALI
ENCARGADA

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIALPROCURADURÍA 60 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS-

Radicación E- 2023- 585532

Fecha de Radicación: 14 de septiembre 2023 -Fecha de Reparto: 14 de septiembre 2023

Convocante(s): FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ Y OTROS

Convocada(s): DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI

Medio de Control: REPARACION DIRECTA

En los términos del artículo 105 de la Ley 2220 de 2022[1], el (la) Procurador (a) 60 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente:

CONSTANCIA

1. Mediante apoderado, el(la)(los) convocante(s): FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, MARICEL, COBO MOSQUERA, LIBARDO RIVILLAS MONTES, LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL, YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ, NATALIA MOJICA RIVILLAS, mayores de edad; el primero y la segunda actuando en sus propios nombres y en representación de sus hijas, las menores JULIANA RIVILLAS COBO y SARA VALENTINA RIVILLAS COBO, los demás actuando en sus propios nombres y representación presentó(aron) solicitud de conciliación extrajudicial, el **14 septiembre de 2023**, convocando a: DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: *AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN* en *ejercicio del medio de control de reparación directa*, en contra del *MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - VALLE*, representado por su alcalde o por quien haga sus veces, *con el fin de obtener el pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados al señor* FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, *por el accidente de tránsito ocurrido en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, el día 8 de octubre del 2021, como consecuencia de la FALLA POR MAL ESTADO DE LA VÍA por la PRESENCIA DE UN HUECO, que al ingresar*

[1] **ARTÍCULO 105.** ***Constancia de agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial.*** El agente del Ministerio Público expedirá el documento que acredita ante la autoridad judicial que, efectivamente, el trámite de conciliación extrajudicial se surtió para efectos de la presentación de la demanda, cuando a ello hubiere lugar. En la constancia se indicará la fecha de presentación de la solicitud, la fecha en que se celebró la audiencia, y se expresará sucintamente el asunto objeto de conciliación. (…)

la victima le provocó un terrible accidente de tránsito y múltiples fracturas. PRIMERO: El día 8 de octubre del 2021 siendo las 6:19 Pm, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, se dirigía por la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali - Valle, a bordo de su motocicleta de placa NBD 45F, marca Hero, portando su licencia de conducción junto con todos los elementos de seguridad vial, recorrido que también efectuaba en otra motocicleta de placas IPI 22E marca Pulsar el señor Saúl Charrupi Bravo, con quien había efectuado unos trabajos de albañilería, cuando *inesperadamente el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, pierde el control y se genera la caída de su motocicleta* como consecuencia de un *hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía*, siendo inmediatamente auxiliado por el señor Saúl Charrupi Bravo, quien observó desde su motocicleta la lamentable caída, ya que venía atrás del señor Fernando Rivillas Gutiérrez *haciendo el mismo recorrido*, momento en el que se percata del ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO EN EL QUE HABÍA INGRESADO el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, el cual, NO CONTABA CON SEÑALIZACIÓN ALGUNA O ADVERTENCIA DEL PELIGRO DE LA VÍA. **FALLA DEL SERVICIO** ya que resulta inaceptable que en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali – Valle, el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, hubiese experimentado una caída de su motocicleta de placas NBD 45F, toda vez que la vía presentaba un **ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control y su lamentable caída.En atención a la exposición de los hechos, solicito que en acta de conciliación que ponga fin a la controversia jurídica y que se encuentre debidamente avalada por el señor Procurador Delegado ante lo Contencioso Administrativo se efectúen los siguientes RECONOCIMIENTOS: PRIMERO: RECONOCER administrativamente responsable al Municipio de Santiago de Cali - Valle, de todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales que se le han ocasionado a cada uno de los demandantes. SEGUNDO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados al señor FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ la suma de 938 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES *CUANTIFICACIÓN*	
LUCRO CESANTE	*$276.950.000* *(equivalente en el año 2023 a: 238 SMLMV)*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN –	*100 SMLMV*

UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)	
DAÑO A LA SALUD	*350 SMLMV*
AFECTACIÓN A LA VIDA SEXUAL CONYUGAL – DAÑO A BIENES CONVENCIONALES.	*150 SMLMV*

TERCERO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora MARICEL COBO MOSQUERA la suma de 550 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT *CUANTIFICACIÓN* *ERIALES*	
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*
AFECTACIÓN A LA VIDA SEXUAL CONYUGAL – DAÑO A BIENES CONVENCIONALES.	*150 SMLMV*

CUARTO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la menor de edad JULIANA RIVILLAS COBO la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT *CUANTIFICACIÓN* *ERIALES*	
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

QUINTO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la menor SARA VALENTINA RIVILLAS COBO la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT CUANTIFICACIÓN ERIALES	
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

SEXTO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados al señor LIBARDO RIVILLAS MONTES la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES *CUANTIFICACIÓN*	
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

SÉPTIMO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT *CUANTIFICACIÓN*	*ERIALES*
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

OCTAVO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT *CUANTIFICACIÓN*	*ERIALES*
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

NOVENO: RECONOCER al pago por perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Municipio de Santiago de Cali - Valle, por los daños ocasionados a la señora NATALIA MOJICA RIVILLAS la suma de 400 SMLMV; discriminados de la siguiente manera:

PERJUICIOS MATERIALES E INMAT *CUANTIFICACIÓN*	*ERIALES*
LUCRO CESANTE	*$0*
DAÑO EMERGENTE	*$0*
DAÑO MORAL	*100 SMLMV*
DAÑO A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN – *UNIDAD FALMILAR (MODUS VIVENDI)*	*100 SMLMV*
DAÑO A LA SALUD	*200 SMLMV*

3. En audiencia celebrada el día **once (11) de octubre de 2023,** de forma no presencial y sincrónica a través de la plataforma Microsoft teams; la audiencia se declaró fallida por falta de ánimo conciliatorio de la(s) parte(s) convocada(s)

4. De conformidad con lo expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, al tenor de los artículos 92 y 94 de la Ley 2220 de 2022, en concordancia con lo establecido en el con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA y normas que lo modifiquen.

5. En los términos del inciso quinto del artículo 105 de la Ley 2220 de 2022, No se ordena la devolución de documentos aportados con la solicitud de conciliación en razón a que fue tramitada por medios digitales.

Dada en Santiago de Cali, a los **once (11) días de octubre de 2023**, fecha en que se realiza su envío al correo electrónico indicado por la parte convocante.

VIVIANA EUGENIA AGREDO CHICANGANA

Firmado digitalmente por viviana eugenia agredo chicangana
Fecha: 2023.10.12 09:05:27 -05'00'

Procuradora 60 Judicial I Administrativo

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
86 12 15	

12322620

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
	NOTARIA SEGUNDA	TULUA (VALLE)	6512

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: RIVILLAS	(7) Segundo apellido: GUTIERREZ	(8) Nombres: FERNANDO					
SEXO	(9) Masculino o Femenino: MASCULINO	(10) Masculino [X] Femenino [ ]	FECHA DE NACIMIENTO	(11) Día: 15	(12) Mes: DICIEMBRE	(13) Año: 1.986		
LUGAR DE NACIMIENTO	(14) País: COLOMBIA		(15) Departamento, Int., o Com.: VALLE		(16) Municipio: TULUA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: Corregimiento de la Marina -tuluá (valle)			(18) Hora: 3 AM	
	(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): ACTA PARROQUIAL	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento		(21) No. licencia	
MADRE	(22) Apellidos (de soltera): GUTIERREZ SABOGAL	(23) Nombres: LUDIVIA		(24) Edad actual: 33	
	(25) Identificación (clase y número)	(26) Nacionalidad: COLOMBIANA	(27) Profesión u oficio: HOGAR		
PADRE	(28) Apellidos: RIVILLAS MONTES	(29) Nombres: LIBARDO		(30) Edad actual: 36	
	(31) Identificación (clase y número)	(32) Nacionalidad: COLOMBIANA	(33) Profesión u oficio: COMERCIANTE		

DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): CC#6.486.689 de Tuluá (valle)	(35) Firma (autógrafa): [signature]
	(36) Dirección postal y municipio: Calle 27 # 26- 35 tuluá (valle)	(37) Nombre: MARIO GIRALDO PATIÑO
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número)	(39) Firma (autógrafa)
	(40) Domicilio (Municipio)	(41) Nombre
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número)	(43) Firma (autógrafa)
	(44) Domicilio (Municipio)	(45) Nombre

FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)		
	(46) Día: 02	(47) Mes: JUNIO	(48) Año: 1.99

(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE-1010 – 0 VI/77

República de Colombia
NOTARIA SEGUNDA DE TULUÁ (V)

CERTIFICA

Que la presente partida es fiel y autentica copia de su original, que reposa en esta Notaría, obra en el libro 104 y folio No. 12322620 que la suscrita ha tenido a la vista.

VÁLIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES ley 2ª de 1976

Tulua: 29 NOV 2021

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA SEGUNDA DE TULUA JANETH GONZALEZ ROMERO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No. _____

(1) Parte básica (2) Parte com

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural, en cuya constancia firmo.

(59) _____ Firma del padre que hace el reconocimiento

(60) _____ Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

(61) NOTAS Enmendado: "VILLAS", vale.- -

POR ESCRITURA PÚBLICA No. 232

DE FECHA: 28-01-2015 OTORGADA EN LA

NOTARÍA DE Cali 3 CONTRAID

MATRIMONIO CIVIL CON: Maricel Cobo

INSCRITO AL SERIAL Blasquez

TULUÁ

09 FEB 2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JANETH GONZALEZ ROMERO
NOTARIA SEGUNDA DE TULUÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JANETH GONZALEZ ROMERO
NOTARIA SEGUNDA DE TULUÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo Serial 5951063

5951063

ORIGINAL

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Clase de Oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] **Código** T B Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 3 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del matrimonio

Lugar de celebración: País - Departamento - Municipio

COLOMBIA VALLE CALI

Fecha de celebración				Clase de matrimonio			
Año 2015	Mes ENE	Día 28		Civil	X	Religioso	

Documento que acredita el matrimonio

Tipo de documento				Número	Notaría, juzgado, parroquia, otra.
Acta religiosa		Escritura de protocolización	X	233/2015	NOTARIA 3 CALI

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.113.624.151

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos

COBO MOSQUERA MARICEL

Documento de identificación (Clase y número)

CC 31.712.808

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

CC 1.113.624.151

Fecha de Inscripción			***Nombre y firma del funcionario que autoriza***
Año 2015	Mes ENE	Día 28	LILIANA RAMIREZ NARANJO (E)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
NOTARIA TERCERA
CALI

CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura	No. Notaría	No. Escritura	Fecha de otorgamiento de la escritura
			Año / Mes / Día

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y Número)	Indicativo serial de nacimiento
RIVILLAS COBO JULIANA	RC 1111482789	0040651751
RIVILLAS COBO SARA VALENTINA	RC 1110300935	0050248386

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
NOTARIA TERCERA
CALI

PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. escritura o Sentencia	Notaría o Juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
NOTARIA TERCERA

ESPACIO PARA NOTAS

28-ENE-2015 TIPO DE DOCUMENTO ANTECEDENTE - ESCRITURA DE PROTOCOLIZACION

IMPRESO POR DAMANAJO S.A. 57760 08/2010

República de Colombia

NOTARÍA ÚNICA DEL CIRCULO DE BUENOS AIRES - CAUCA

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

CODIGO 2240 I.S # 8092967

EL NOTARIO ÚNICO DEL CIRCULO DE BUENOS AIRES - CAUCA
EXPIDE EL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO QUE APARECE AL:

Nombre MAICICEL COBO MOSQUERA

Sexo FEMENINO, nacido en el municipio de Buenos Aires Cauca, el día VEINTIDOS (22) del mes de ABRIL de mil novecientos OCHENTA Y TRES (19 83)

Hijo (a) del Señor LUIS GEIVER COBO

y la Señora MARIA LILIA MOSQUERA

OCT 14/99

Artículo 115 del Decreto 1260 de 1970

Valido para FINS LEGALES DEL INTERESADO.

Exonerado de Timbre y Papel Sellado conforme a la Ley 75 de 1968

El Notario

NOTARIA UNICO CIRCULO Buenos Aires CAUCA

NOTARIA UNICO CIRCULO Buenos Aires CAUCA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

01 DIC 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA Notaría 34 Séptima de Cali Círculo Notarial de Cali DEPTO. VALLE DEL CAUCA

4065175 1

NUIP	1111482789.

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40651751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
[ ]	[X]	07	[ ]	[ ]	[ ]	9691

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVILLAS	COBO.

Nombre(s)

JULIANA.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes SEP Día 12	FEMENINO.	B	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO.	51224143-0.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

COBO MOSQUERA MARICEL.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 31.712.808 BUENOS AIRES (C).	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 1.113.624.151 PALMIRA.	COLOMBIANA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 1.113.624.151 PALMIRA.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes OCT Día 08	RAMIRO CALLE CADAVID. NOTARIO SEPTIMO DE CALI. Nombre y Firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	RAMIRO CALLE CADAVID. NOTARIO SEPTIMO DE CALI. Nombre y Firma

L.V.# 83. F.# 157/08.

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

NOTARIA SÉPTIMA DEL CIRCULO DE CALI - VALLE

CERTIFICA:

QUE EL PRESENTE ES FIEL Y AUTENTICA COPIA DE SU ORIGINAL

QUE APARECE INSCRITO AL TOMO 639 No. SERIAL

40651751 DE ESTA NOTARIA DECRETO 1260/70 ART. 11.

SE EXPIDE PARA TRAMITES LEGALES

FECHA 01 DIC 2021

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA

SELLO OFICIAL
DUFAY CARDONA NIEVA
NOTARIA SEPTIMA ENCARGADA
DEL CIRCUITO DE CALI

EN BLANCO

EN BLANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.110.300.935

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50248386

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [0 6] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [T Y Y]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
NOTARIA 6 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVILLAS	COBO

Nombre(s)
SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 3 Mes E N E Día 0 5	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11746221-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
COBO MOSQUERA MARICEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 31.712.808	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.113.624.151	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.113.624.151	

REPÚBLICA DE COLOMBIA ADOLFO LEON OLIVEROS CASCO NOTARIA SEXTA DE CALI

CC 1136241151

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2 0 1 3 Mes E N E Día 0 9	JUAN CARLOS GOMEZ JARAMILLO - NOT Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	JUAN CARLOS GOMEZ JARAMILLO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

09.ENE.2013 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 192 FOLIO 165.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100242251

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON
NOTARÍA SEXTA DE CALI
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEXTA DE CALI
ADOLFOLEON OLIVEROS TASCON
CERTIFICA
Que el presente Registro Civil de Nacimiento es copia autentica del original que reposa en el archivo de esta Notaria se expide para demostrar parentesco
Articulo 110 Decreto 1260 de 1978 Art. 21 ley 969/2005
Santiago de Cali,
01 DIC 2021
Solicitado por
ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON
Notario Sexta de Cali

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 30371251-7

.54803132.

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 2.676.789

Indicativo Serial 54803132

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 6 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CANDELARIA - COLOMBIA - VALLE - CANDELARIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVILLAS	MONTES

Nombre(s)

LIBARDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 1951 Mes JUN Día 04	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA TOLIMA LIBANO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MONTES LIGIA INES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS LUIS ALFREDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS MONTES LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 2.676.789	Libardo Rivillas M.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ SABÓGAL LUDIVIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 29.882.318	Ludivia Gutierrez

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

CRUZ AGUDELO OSCAR ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.404.213	

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2014 Mes ABR Día 03	PEDRO EVERT NARVAEZ CORTES - REGI
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

03.ABR.2014 - CUMP AL ART 118 DE LA LEY 1395 DE FEB 2010.

COPIA AL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.156.826-1 100238573

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONSTANCIA DE EXPEDICIÓN DE COPIA

El presente Registro Civil es fiel copia tomada del original que reposa en el archivo de este despacho. Inscrito con el:

TOMO	SERIAL
47	54803132

Se firma en la Registraduria Municipal del Estado Civil

El 01 de diciembre de 2021

Válido para: **TRÁMITES LEGALES Y/O MATRIMONIO**

Sin sello Art. 20 y Art. 21 Ley 962 de 2005 - Art. 46 Decreto 1122 de 1999. Expedido de conformidad con el Art. 101 y 115 Decreto 1260 de 1970. Art. 13 Ley 1581 de 2012.

PEDRO EVERT NARVAEZ CORTES
Registrador Municipal del Estado Civil
Carrera 6 N° 9 - 51 Barrio María Auxiliadora - Candelaria Valle
Código Postal: 763570 Teléfono: 2 264 7157
Correo Electrónico: candelariavalle@registraduria.gov.co

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

pe-

Ludivia Gutierrez Sabogal.

En la República de Colombia Departamento de Caldas

Municipio de Génova
(Corregimiento, Vereda, etc.)

a once del mes de enero de mil novecientos cincuenta y tres

se presentó el señor David Gutiérrez mayor de edad, de nacionalidad Colombiano
(nombre del declarante)

natural de Calarcá domiciliado en Génova, y declaró: que el día

primero del mes de Enero de mil novecientos cincuenta y dos, siendo las

quince ~~de la~~ horas nació en la vereda del Cedral
(dirección de la casa, hospital, barrio, vereda, corregimiento, etc.)

del municipio de Génova República de Colombia un niño de sexo

femenino a quien se le ha dado el nombre de Ludivia hijo Legítimo
(legítimo o natural)

del señor David Gutiérrez de ~~de~~ 32 años de edad, natural
(Con Cédula No.)

de Calarcá República de Colombia de profesión Agricultor y la señora

Delfina Sabogal de 25 años de edad, natural de Calarcá

República de Colombia de profesión Oficios siendo abuelos paternos Aurelio

y Isabel Castellanos y abuelos maternos Roberto

y Victoria Gutiérrez. Fueron testigos

Pascual Ataté y Jorge Torres.

En fé de lo cual se firma la presente acta.

El declarante, David Gutiérrez # 4097962 Génova
(Cdla. No.)

El testigo, Pascual Ataté # 2093776 de Calarcá
(Cdla. No.)

El testigo, Jorge Torres # Libreta # 380284 Armenia
(Cdla. No.)

Francisco Cano Notario Público
(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el registro)

Para los efectos del artículo segundo (2°) de la Ley 45 de 1936, reconozco al niño

a quien se refiere esta Acta como hijo natural y para constancia firmo.

(Firma del padre que hace el reconocimiento)

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30482783-9

(Firma de la madre que hace el reconocimiento)

REGISTRADURÍA
ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

TOMO: 16
FOLIO: 439
SERIAL:

ESTE REGISTRO CIVIL ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL LIBRO DE NACIMIENTOS QUE REPOSA EN ESTA OFICINA.

DADO EN GENOVA QUINDIO, A LOS VEINTINUEVE (29) DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2.021.

VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL SEÑOR (A) : GENTIL RIVILLAS IDENTIFICADO (A) CON CEDULA N. 16.355.311

ADRIANA MILENA CASTAÑO DONCEL
REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

ESPACIO EN BLANCO

LA REGISTRADURÍA
DEL SIGLO XXI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

13023418

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
800518.-	51247

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
	NOTARIA PRIMERA	CALARCA QUINDIO	5031.-

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: RIVILLAS.-x-x-x	(7) Segundo apellido: GUTIERREZ.-x-	(8) Nombres: YAZMIN ELIANA.-x-x-x-x				
SEXO	(9) Masculino o Femenino: FEMENINO	(10) Masculino ☐ Femenino X	FECHA DE NACIMIENTO	(11) Día: 18	(12) Mes: MAYO	(13) Año: 1.980	
LUGAR DE NACIMIENTO	(14) País: COLOMBIA	(15) Departamento, Int., o Com.: QUINDIO		(16) Municipio: CALARCA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: ZONA URBANA DE CALARCA QUINDIO			(18) Hora: 8:45pm
	(19) Documento presentado – Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): ACTA PARROQUIAL	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento		(21) No. licencia
MADRE	(22) Apellidos (de soltera): GUTIERREZ SABOGAL.-	(23) Nombres: LUDIVIA.-		(24) Edad actual: 27.-
	(25) Identificación (clase y número): CC Nº 29.882.318 de Tuluá .-	(26) Nacionalidad: COLOMBIANA	(27) Profesión u oficio: HOGAR	
PADRE	(28) Apellidos: RIVILLAS MONTES.-	(29) Nombres: LIBARDO.-		(30) Edad actual: 29.-
	(31) Identificación (clase y número): CC Nº 2.676.789 de Tuluá.-	(32) Nacionalidad: COLOMBIANA	(33) Profesión u oficio: AGRICULTOR	

DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): CC Nº 29.882.318 de Tuluá.- - - -	(35) Firma (autógrafa): Ludivia Gutiérrez S.
	(36) Dirección postal y municipio: Vda El Bolo de Palmira (V).- - -	(37) Nombre: LUDIVIA GUTIERREZ SABOGAL.-
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número): -X-	(39) Firma (autógrafa): -X-
	(40) Domicilio (Municipio): -X-	(41) Nombre: -X-
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número): -X-	(43) Firma (autógrafa): -X-
	(44) Domicilio (Municipio): -X-	(45) Nombre: -X-

FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)		
	(46) Día: 15	(47) Mes: SEPTIEMBRE	(48) Año: 1.989

NOTARIA PRIMERA — Elkin [illegible] Tobón — NOTARIO — CALARCA

(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 VI/77

Paulo Andrés López V.
Notaría Primera de Calarcá
Notario

23 NOV 2021

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural, en cuya constancia firmo.

68

(59) Firma del padre que hace el reconocimiento

(60) Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

(61) NOTAS Matrimonio Civil mediante escritura publica No 2252 pasado en la Notaria 4ta de Palmira el 14-12-05. la inscrita contrajo matrimonio civil con el Sr" Mayer Fernando Valencia Cordoba" Registrado en el serial 08695610.

EL NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE CALARCA QUINDIO, CERTIFICA QUE:
LA PRESENTE ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL DE Nacimiento **QUE OBRA EN EL TOMO** 58 **, FOLIO** 13023418
Se Expide para Tramite de Documentos
A Solicitud de Hernando Martinez Bermudez
identificado con C.C.N° 9.778.296 **, expedida en** Calarca Q .

Calarcá, Q., 23 NOV 2021.

Paulo Andrés Lopez V.
Notaria Primera de Calarcá
Notario

ESPACIO EN BLANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 0 0 0 2 2 6

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29749619

29749619

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [04] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA PALMIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOJICA	RIVILLAS

Nombre(s)

NATALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes 02 Día 26	FEMENINO	X.X.X.X	X.X.X.X.X.X

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL,PALMIRA.VALLE DEL CAUCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	X.X.X.X.X.X.X.X. .

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVILLAS GUTIERREZ YAZMIN ELIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 30.039.876 PALMIRA.VALLE DEL CAUCA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOJICA EYVER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6.388.031 PALMIRA.VALLE DEL CAUCA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOJICA EYVER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. 6.388.031 PALMIRA.VALLE DEL CAUCA	E Mojica

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X?X.X.X.Y.X.Y.X.X. .X. .X.X.X.Y.X.X.Y.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X. .X.X.X.X.X.X.X.

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2000 Mes 07 Día 21	LUZ ELENA HURTADO AGUDELO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
E Mojica Firma	LUZ ELENA HURTADO AGUDELO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE REGISTRO AL FOLIO 28029419. EN LA FECHA SE PRESENTO SU PADRE SEÑOR EYVER MOJICA A RECONOCERLA COMO A SU HIJA NATURAL, QUEDANDO LA MENOR NATALIA MOJICA RIVILLAS.

Original

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
Dr. Ricardo E. Estupiñan Bravo
NOTARIO CUARTO
PALMIRA (V.)

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA CUARTA
REGISTRO CIVIL
-PALMIRA-
Dpto. Valle del Cauca

LA NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE
PALMIRA - VALLE
CERTIFICA
Que esta fotocopia fue tomada del original del libro de
Registro Civil de nacimiento que reposa en la Notaría a Mi
Cargo y obra al tomo _____ folio 29749619
es plena prueba del estado civil
se expide DOCUMENTACION a petición de
para constancia se firma en Palmira
A: 04 NOV. 2021

RICARDO EFRAÍN ESTUPIÑAN BRAVO
Notario Cuarto de Palmira - Valle

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación: RG ☐ No. Radicado:
No. Radicado Anterior(Respuesta a glosa, marcar x en RG: No. Factura / Cuenta de Cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Codigo Habilitacion: 760010961401 NIT: 900631361 6

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: RIVILLAS 2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO 2do. Nombre:
Tipo de Documento: CC No. Documento: 1113624151
Fecha Nacimiento: 15/12/1986 Sexo: M
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: Cod: 76 Teléfono: 3175874361-3152001268 3152001268
Municipio: Cod: 001
Condicion del Accidentado: Conductor X Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
Accidente de Tránsito: X

Naturales:	Sismo	Maremoto	Erupciones Volcánicas	Huracan
	Inundaciones	Avalancha	Deslizamiento de Tierra	Incendio Natural
	Rayo	Vendaval	Tornado	
Terroristas:	Explosión	Masacre	Mina Antipersonal	Combate
	Incendio	Ataques a Municipios		

Otros Cúal?
Dirección de la Ocurrencia: CALLE 59 CON CARRERA 11
Fecha Evento / Accidente: 8/10/2021 Hora: 18:19
Departamento: Cod: 76
Municipio: Cod: 001 Zona: Urbana
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito
Enuncie las Pricipales Caracteristicas del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS NBD45F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PUBLICA PIERDE EL CONTROL DEL VEHÍCULO Y CAE POR CULPA DE UN HUECO GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:
Asegurado X No Asegurado Vehículo Fantasma Poliza Falsa Vehículo en Fuga
Marca: HERO Placa: NBD45F
Tipo de Servicio: Particular X Público Oficial Vehiculo de Emergencia
Vehículo de servicio diplomatico o consular Vehículo de Transporte Masivo Vehículo Escolar
Codigo de la Aseguradora: AT1317
No. de la Poliza: 81637580 Cobro Excedente Póliza: NO
Vigencia Desde: 21/09/2021 Hasta: 21/09/2022 Intervención de la autoridad: NO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razon Solcial: RIVILLAS 2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO 2do. Nombre:
Tipo de Documento: CC No. Documento: 1113624151
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: Cod: 76 Telefono: 3175874361-315200126
Municipio: Cod: 001

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: RIVILLAS
2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO
2do. Nombre:

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
No. Documento: 1113624151
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: VALLE Cod: 76
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) Cod: 001 Telefono: 3175874361-315200126

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia Remision: Orden deservicio:
Fecha de Remision: Hora:
Prestador que remite
Codigo de Inscripción:
Profesional que remite Cargo:
Fecha de Aceptacion: Hora:
Prestador que Recibe:
Codigo de Inscripcion:
Profesional que Recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa:

Transporto la victima desde: Hasta:

Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada

Lugar donde recoge la victima: Zona: Urbana

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso: 8/10/2021 Hora: 19:18 Fecha de Egreso: Hora:

Codigo Diagnostico principal de Ingresos:	S799	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO
Otro Diagnóstico de Ingresos:	S837	TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA
Otro Diagnóstico de Ingresos:	S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
Codigo Diagnóstico principal de Egreso:		
Otro Diagnóstico de Egreso:		
Otro Diagnóstico de Egreso:		

Profesional Tratante

1er Apellido: ESTRADA
2do Apellido: ERAZO
1er Nombre: HERNAN
2do Nombre: JAVIER
Tipo de Documento: CC
No. Documento: 1087673782
No. Registro Médico: 1087673782

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor Total Facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Médico Quirurgicos	$ 14,125,037.00	$ 0.00
Gastos de Transporte y Movilización de la Víctima	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondo de Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

PAOLA ALVARADO

Nombre

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
Libertad y Orden
No. 1113624151
NOMBRE
FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO
15-12-1986
BANGRE-RH
B+
FECHA DE EXPEDICION
21-02-2014
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES,
ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL CANDELARIA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	21-02-2024	PARTICULAR

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LCU1004751359

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10021139335

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
NBD45F	HERO	IGNITOR SS	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD K/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JA06EHL9900750	N	9G5JAS022MVLH0247

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9G5JA$022MVLH0247	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO — C.C. 1113624151

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	11

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
882020000057270	I	18/08/2020	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
15/09/2020	15/09/2020	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE FLORIDA

LT07000347500

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.113.624.151
NUMERO
RIVILLAS GUTIERREZ
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1986
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
20-DIC-2004 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ BENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-3107900-66135331-M-1113624151-20050322 0544105077R 02 19926193O

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA		
AÑO MES DÍA	AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO MES DÍA
2021 9 20	2021 9 21		2022 9 20

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
81637580 - 601456814	NBD45F	MOTOCICLETA	PARTICULAR	124	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HERO	SIN CARROCERIA
	LÍNEA VEHÍCULO: IGNITOR SS	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
JA06EHL9B00750	9G5JAS022MVLH0247	9G5JAS022MVLH0247	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	3152001268	CC	1113624151	CALI

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	82	80000441	81637580	76001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
12	$ 329.400	$ 164.700	$ 1.800

TOTAL A PAGAR

$ 495.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

CLUB TU BENEFICIO MUNDIAL

¡Ahora que estás a salvo! Ingresa al **Club Tu Beneficio Mundial** y disfruta descuentos y promociones de nuestra libreta en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional. **registro.tubeneficiomundial.com** Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática. Ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE** crea tu contraseña y ¡a disfrutar por montón en **www.tubeneficiomundial.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denúncielo ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se vaya expedir se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Dando cumplimiento a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en [illegible] para las finalidades y bajo los procedimientos que allí se señalan. Usted podrá ejercer su derecho de conocer, actualizar, y rectificar sus datos a través de nuestros canales disponibles en [illegible]

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2021.09.20 11:36:40 -05:00

HERO | HMCL COLOMBIA S.A.S
NIT 900723988-9

FECHA DE PRUEBA:	—	10092020
MARCA:	—	HERO
LINEA:	—	IGNITOR SS
CLASE:	—	MOTOCICLETA
MODELO:	—	2021
CILINDRADA:	—	124.7
TIPO DE MOTOR:	—	4 TIEMPOS
VIN:	—	9G5JAS022MVLH0247
NUMERO DE MOTOR:	—	JA06EHL9B00750
NUMERO DE CHASIS:	—	9G5JAS022MVLH0247

<u>FOTOGRAFÍAS DEL SECTOR DEL ACCIDENTE</u> CALLE 59 CON CARRERA 11 DE CALI – VALLE sacadas por el señor Saúl Charrupi Bravo, el día siguiente al accidente – 9 de octubre del 2021.

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese en la **<u>plaqueta color verde</u>**, la nomenclatura urbana que indica **<u>calle 59</u> con <u>carrera 11</u>**, como también el precario estado de la vía, en la cual, claramente se observa un **<u>ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO</u>**, irregularidad vial que le produjo la pérdida de control al motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez y su lamentable caída.

<u>FOTOGRAFÍAS DEL SECTOR DEL ACCIDENTE</u> CALLE 59 CON CARRERA 11 DE CALI – VALLE sacadas por el señor Saúl Charrupi Bravo, el día siguiente al accidente – 9 de octubre del 2021.

OBSERVACIÓN GENERAL

Nótese que la motocicleta sufrió moderados daños materiales como consecuencia de la caída del señor Fernando Rivillas Gutiérrez, *<u>dicha motocicleta fue guardada</u>* por el señor Saúl Charrupi Bravo, ***<u>en ese garaje que está enseguida del poste que dice parqueadero</u>***, que sea de paso decir se **<u>ENCUENTRA A ESCASOS METROS</u>** del <u>ENORME HUECO Y HUNDIMIENTO</u>, que le causo la caída al señor Fernando Rivillas Gutiérrez.

MANUAL DE SEÑALIZACIÓN VIAL

Dispositivos uniformes para la regulación del tránsito en calles, carreteras y ciclorrutas de Colombia

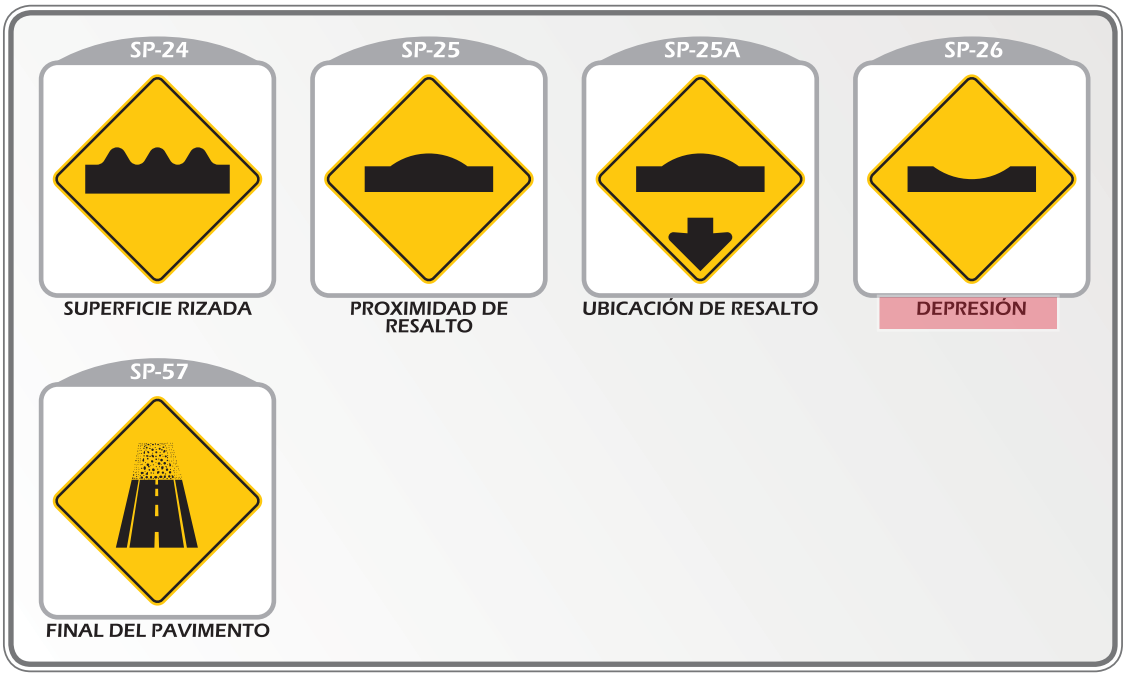
2015

MINTRANSPORTE

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

2.3.5 Señales Preventivas relacionadas con la Superficie de Rodadura.

- SUPERFICIE RIZADA SP-24
- PROXIMIDAD A RESALTO SP-25
- UBICACIÓN DE RESALTO SP-25A
- DEPRESIÓNSP-26
- FINAL DEL PAVIMENTO SP-57

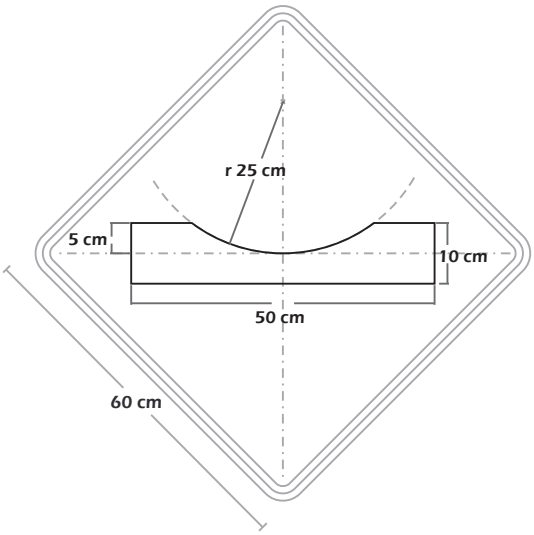


SP-26 DEPRESIÓN

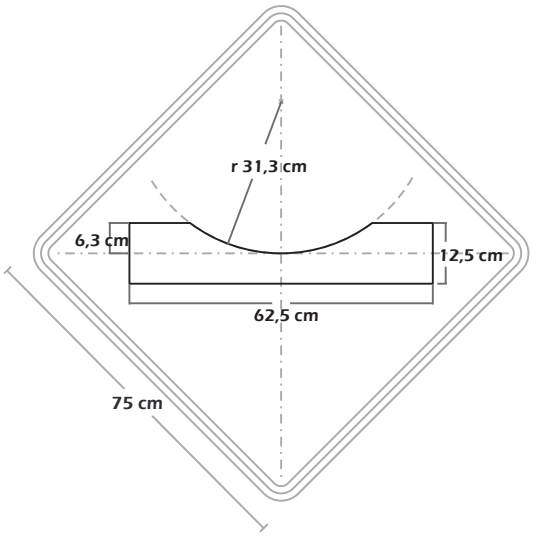
Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

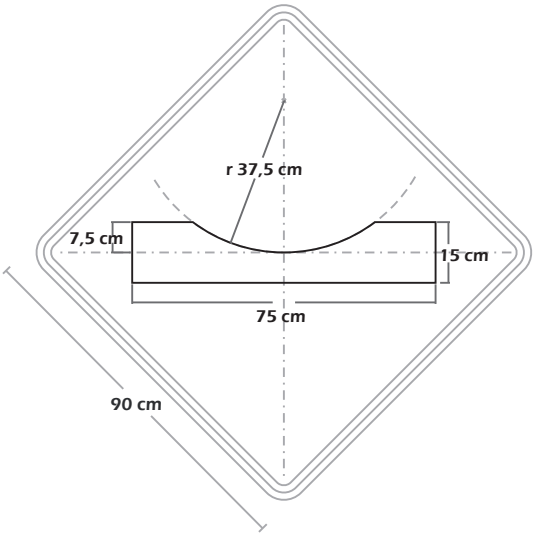
VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
MENOR O IGUAL A 50 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
DE 60 KM/H O 70 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
DE 80 KM/H O 90 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
SUPERIOR A 90 KM/H

Su uso no corresponde a esta velocidad

CLÍNICA VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S Nit: 900631361 6

Caso: 145934

NO. ADMISION: 239944

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151

Dirección: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO	Estado Civil: CASADO	
Fec. Nacim. : 15/12/1986	Fecha Ing.: 08/10/2021	Hora Ing.: 19:18
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : ACCIDENTE DE TRANSITO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE INGRESA EN COMPANIA DE PARAMEDICOS QUIEN RFEIERE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA EN TORAX CON DOLOR, NIEGA DISNEA, TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, NIEGA OTROS TRAUMAS ASOCIADOS.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NO APLICA

REVISIÓN POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMA :
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : DOLOR EN REJA COSTAL DREECHA.
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : DOLOR HOMBRO. BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO.
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO

FC: 78 FR: 19 T/A: 115/70 TEMP: 36.5

GLASGOW: E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS D DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S Nit: 900631361 6

CLÍNICA VALLESALUD

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ NO. ADMISION: 239944

CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : TORAX SIMETRICO DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE REJA COSTAL DERECHA, NO CREPITACIONES, NO ENFISEMA CELULAR SUCUTANEO, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDICOS RITMICOS NO SOPLOS.
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - DOLOR EDEMA, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVO

S799 - TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO
S299 - TRAUMATISMO DEL TORAX, NO ESPECIFICADO
S899 - TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
S837 - TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA

TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

Incapacidad por: 30 Dias

Firma del Paciente

Dr. HERNAN JAVIER ESTRADA ERAZO
Reg.M. 1087673782 Esp. MEDICINA GENERAL

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

Inversiones [illegible]édicas Valle [illegible]lud S.[illegible]S

Epicrisis

No. Caso: 145934

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
RIVILLAS	GUTIERREZ	FERNANDO		CC - 1113624151

Sexo: M Fecha Nacimiento: 15/12/1986 Edad: 34 Años

Datos de la Atención

Fecha Ingreso: 8/10/2021 - 19:18 Fecha de Egreso: 22/10/2021 - 09:14

Servicio al que Ingreso: URGENCIAS Servicio Egreso: HOSPITALIZACION

Descripción

Motivo de Consulta: ACCIDENTE DE TRANSITO

Enfermedad Actual

PACIENTE INGRESA EN COMPANIA DE PARAMEDICOS QUIEN RFEIERE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA EN TORAX CON DOLOR, NIEGA DISNEA, TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, NIEGA OTROS TRAUMAS ASOCIADOS.

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NO APLICA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : DOLOR EN REJA COSTAL DREECHA.
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : DOLOR HOMBRO. BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO.
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: 78 FR: 19 P.A.: 115/70 Temp: 36.5
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : TORAX SIMETRICO DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE REJA COSTAL DERECHA, NO CREPITACIONES, NO ENFISEMA CELULAR SUCUTANEO, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDICOS RITMICOS NO SOPLOS.
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA, CADERA, RODILLA Y PIERNA DERECHA, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - DOLOR EDEMA, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico de Ingreso

S799	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO
S299	TRAUMATISMO DEL TORAX, NO ESPECIFICADO
S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO

Epicrisis Paciente: CC 1113624151 FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

S837 TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA
TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

Conducta

09/10/2021 - REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDO
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBILES RODILLA DERECHA
12/10/2021 - PRIMERA VIA
1.- REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE 1MER METACARPIANO MANO IZQUIERDA
2.- LIGAMENTORRAFIA DE 1 A 2 LIGAMENTOS MANO IZQUIERDA
3.- CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDO
4.- EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES ARTICULARES
5.- TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR ABDUCTOR POLICIS LONGUS

SEGUNDA VIA
6.- REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V RODILLA DERECHA
7.- APLICACION DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE RODILLA DERECHA
19/10/2021 - VIA DE ABORDAJE 1
-REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE COLUMNA POSTERIOR DE PLATILLOS TIBIALES DERECHO
-CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION DE RODILLA DERECHA
-LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA
-EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES
- REPRACION DEL MENISCO MEDIAL

VIA DE ABORDAJE 2
- REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES
- CONDROPLASTIA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL
- CAPSULORRAFIA DE ARTIVUALCION EN RODILLA DERECHA
VER HC

Cambio en el estado del paciente

EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, MODULA DOLOR

- El Dia **8/10/2021** a las : 20:28
SE VALORA PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REFIERE CONTINUAR CON DOLOR EN SITIOS DE TRAUMA EVA 7/10.

AL EXAMEN FISICO
CABEZA NORMOCEFALO, OJOS PUPILAS ISOCORICAS NORMORECATIVAS.
CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS.
TORAX SIMETRICO, DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL DERECHA, NO CREPITACIONES, NO ENFISEMA CELULAR SUCUTANEO, CAMPSO PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN BALDNO DEPRESOBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES Y NORMALES.
A NIVEL DE EXTREMIDADES. HOMBRO Y BRAZO DERCEHO- ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
RODILLA Y PIERMA DERECHA - ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACON, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVACSULAR DISTAL.
MUÑECA Y MANO IZQUIERDA - ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
CODO DERCEHO, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - LEVE EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS, NO LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

RADIOGRAFIAS
TORAX Y REJA COSTAL - NO SE OBSERVA HEMO, NI NEUMOTORAX, NO FRACTURAS COSTALES.
CADERA COMPARATIVA, CODO DERECHO, TOBILLO DERECHO (PROTOCOLO), TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - NO SE OBSERVA FRACTURAS NI LUXACIONES.

HOMBRO, ESCAPULA DERECHO - SE OBSERVA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO
MUÑECA Y MANO IZQUIERDA - SE OBSERVA LUXOFRACTURA DE BENNET INESTABLE DESPLAZADA
RODILLA Y PIERNA DERECHA - SE OBSERVA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DESPLAZADA INESTABLE.

ANALISIS Y PLAN.
HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO ANALGESIA MULTIMOFDAL IV, TROMBOPROFILAXIS.
SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DRECEHOS, MAS REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA CON EL FIN DE ALINEAR Y ESTABILIZRA TRAZOS DE FRACTURA, MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SS/ TAC 3D DE RODILLA DERECHA Y TAC 3D DE MANO IZQUIERDA POS REDUCCION CERRADA PARA CARACTERIZAR TRAZO Y EXTENSION DE FRACTURA
SS/ TAC 3D DE HOMBRO DERECHO PARA CARATERIZAR TRAZOS Y EXTENSION DEFRACTURA
SE INDICA INMOVILIZADO CLINICA DE HOMBRO EN HOMBRO DRECEHO PARA MANEJO DEL DOLOR
SE INDICA FERULA DE YESO CON ESPIKA DEL PULGAR EN MANO IZQUIERDA MAS CABESTRILLO PARA MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SE INDICA FERULA DE YESO INGUINOPEDICA DREECHA PARA MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SE SOLICITA ESTUDIOS PRE QUIRURGICOS
SEGUIMIENTO DIARIO POR ORTOPEDIA
SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

- El Dia **8/10/2021** a las : 21:34
********** INGRESO A HOSPITALIZACION**********

PACIENTE INGRESA A HSPITALIZACION EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REFIERE DOLOR PARCIALEMTE MDULADO.

AL EXAMEN FISICO
CABEZA NORMOCEFALO, OJOS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS.
CUELLO MOVIL NO ADNEOPATIAS.
TORAX SIMETRICO, LEVE DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES.
ABDOMEN BLANDO DEPREISBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES Y NROMALES.
A NIVEL DE EXTREMIDADES. HOMBRO DRECEHO CON INMOVILIZADOR CLINICA DE HOMBRO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEURVASCULAR DISTAL.
MIEMBRO SUPEIROR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABETSRILLO A NIVE DE MUÑECA Y MANO IZQUIERDA CON FERULA DE YESO CON ESPIKA DEL PULGAR, EDEMA, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE BASE DEL PRIMER METACARPIANO, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
A NIVEL DE RODILLA Y PIERNA DRECEHA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO INGUINOPEDICA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

ANALISIS Y PLAN. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODIBNAMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS INGRESA PARA CONTINUAR MANEJO ANALGESICO IV, TRMBOPROFILAXIS CON ENOXAPARINA PARA REDUCIR RIESGO DE TROMBOSIS Y/O EMBOLIA, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN RFEIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

- El Dia **8/10/2021** a las : 22:35

- El Dia **9/10/2021** a las : 07:00
********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**********

S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN REGULARES OCNDICIOES GENERALES,C ON PERSISITENCIA DE DOLOR A NIVEL DE HOMBRO DERECHO, MANO IZQUIERDA Y RODILLA DERECHA

O: ENCUENTRO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON DOLOR EVA 8/10, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 130770MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98% -

- EXAMEN FISICO:

- EXTREMIDADES:

- HOMBRO DERECHO INMOVILIZADO CON INMOVILIZADOR CLINICO DE HOMBRO, PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, EN MANO IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, PRESENTA EDEMA DE DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA : INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EL APOYO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.

*** TAC DE HOMBRO DERECHO 3D*** SE OBSERVA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO, NO DESPLAZADA MANEJO CONSERVADOR

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS EL DIA DE HOY CON EL FIN DE RECUPERAR CONGRUENCIA ANATOMICA
- ANALGESIA IV
- SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCUTA A SEGUIR, ENTIENDE Y ACEPTA
- El Dia **10/10/2021** a las : 07:43

********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**********

VALORO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS D EDIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERNADO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES 1520/70MMHG FC78LXM FR18RXM SA02:98%

- EXAMEN FISICO:

- HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON INMOVILIZADOR CLINICO DE HOMBRO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO

- MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR, PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA: INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO INGUINOPEDICA, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EL APOYO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

*** RX DE MANO Y TAC DE MANO IZQUIERDA 3D POP*** SE OBSERVA FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DESPLAZADA MANEJO QUIRURGICO

*** RX DE RODILLA Y TAC DE RODILLA DERECHA 3D POP** SE OBSERVA FRACTUYRA DE MESETA TIBIAL Y PLATILLO TIBIAL MEDIAL Y POSTEROR EN CUTRO CUADRANTES CON ESCALON ARTICULARY FRACTURA DE CABEZA DE PERONE CONMINUTA

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- PTE PROGRAMAR REDUCCION ABIERTA Y OTS DE FRACTURA CUANDO TEJIDOS BLANDOS LO PERMITAN
- SE ORDENA TERAPIA FISICAN 1 SESION CON EL FIN DE EVITAR RIGIDEZ ARTICULAR
- ANALGESIA IV
- SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCUTA A SEGUIR, ENTIENDE Y ACEPTA
- El Dia **11/10/2021** a las : 07:20

::::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN ADECUADO ESTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MSD: INMOVILIZADO POR CASBESTRILLO. PRSENTA DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE.

NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-PIERNA DERECHA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO INGUINOPÉDICA. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. DOLOR AL APOYO Y A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADA RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-DEBIDO A LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS TSCHERNE II, MAÑANA SE LLEVARÁ A COLOCACIÓN DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR CON EL FIN DE ESTABILIZAR FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO
-MAÑANA TAMBIÉN SE LLEVARÁ A RA + OST DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **12/10/2021** a las : 07:23
::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. SIN VO POR CX PROGRAMADA.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON CABESTRILLO. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADO CON FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-PIERNA DERECHA: INMOVILIZADA CON FÉRULA DE YESO INGUINOPÉDICA. PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO Y DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV
-HOY SERÁ LLEVADO A RA + OST DE FRACTURA DE 1ER DEDO DE MANO IZQUIERDA + RC + APLICACIÓN DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE RODILLA DERECHA
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **13/10/2021** a las : 07:02
**** ORTOPEDIA ****

PACIENTE EN CAMA, PASA BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL, DOLOR MEJORA ANTE LA ADMINISTRACION DE ANALGESIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 140/82- FC 84- FR 18

HOMBRO DERECHO: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA: INMOVILIZADA CON FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, LIMITACION FLEXO EXTENSION, SHANZ SIN SIGNOS DE INFECCION

REPORTE DE PARACLINICOS

RX DE MANO IZQUIERDA POP: REDUCCION Y FIJACION ADECUADA
RX DE RODILLA DERECHA POP FIJADOR BIEN POSICIONADO

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, INDICO

* ANALGESIA MULTIMODAL
* ANTIBIOTICOTERAPIA
* TROMBOPROFILAXIS
* TERAPIA FISICA 2 MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS
* CURACIÓN DIARIA EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMNUIR RIESGO DE INFECCIÓN
* PENDIENTE OSTEOSINTESIS SEGUN TEJIDOS

- El Dia **13/10/2021** a las : 07:48

- El Dia **14/10/2021** a las : 07:46
::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUEN ESTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO POR CABESTRILLO. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE. LEVE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SE INDICA CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-PDTE PROGRAMACIÓN DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **15/10/2021** a las : 07:21
::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO POR CABESTRILLO. PRESENTA LEVE DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. PRESENTA DOLOR LEVE A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO DADO POR REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO, ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD POR TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TIENE PDTE PROGRAMACIÓN DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SE INDICA CURACIÓN DIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **16/10/2021** a las : 08:34
::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIEE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-CODO DERECHO: DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

SIRS. ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER METACARPIANO REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA Y PIERNA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TIENE PDTE PROGRAMACIÓNB DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N1 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **17/10/2021** a las : 08:26
::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MSD: DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. PRESENTA LEVE DOLOR A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL 1ER DEDO POR REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS MODERADO. SIGNO DE LA ARRUGA NEGATIVO. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TENTATIVAMENTE PARA EL MARTES SE LLEVARÁ A RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO, SI LOS TEJIDOS BLANDOS LOS PERMITEN
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-TERAPIA FÍSICA N1 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **18/10/2021** a las : 08:45
::::::::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MII: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO, ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER DEDO CON DOLOR LEVE. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANAÑLGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-MAÑANA SERÁ LLEVADO A RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS
-SE RESERVAN 2 UI DE GLOBULOS ROJOS ANTE ALTO RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

- El Dia **19/10/2021** a las : 07:15
**** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ****

S// PACIENTE EN CAMA, PASA BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL, DOLOR MEJORA ANTE LA ADMINISTRACION DE ANALGESIA

O// HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON MODULACION DEL DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 136/87- FC 93- FR 16

HOMBRO DERECHO: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA INMOVILIZADO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, CON HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA INMOVILIZADA CON FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, LIMITACION FLEXO EXTENSION, SHANZ SIN SIGNOS DE INFECCION

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, PENDIENTE LLAMADO DE SALAS PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, TOMAR HEMOGRAMA CONTROL POP DE HEMOGLOBINA

- El Dia **19/10/2021** a las : 20:25
*** MEDICINA GENERAL ***

ATIENDO LLAMADO POR PARTE DEL PACIENTE, PACIENTE EL DIA DE HOY FUE LLEVADO A OSTEOSINTESIS DE FRACTRUA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA, EN EL MOMENTO EVA 9/10. NO MODULA DOLOR CON ANALGESIA ESTABLCIDA, DECIDO ESCALONAR ANALGESIA A OXICODONA 1 AMP DE 10MG/1CC DILUIR EN 10 CC DE SSN 0.9% Y ADMINITRAR 3 CC CADA 8 HORAS. 1.5 CC DE RESCATE.

- El Dia **20/10/2021** a las : 07:57
*** ORTOPEDIA ***

PACIENTE EN CAMA, PASA MALA NOCHE, DOLOR INTENSO QUE MEJORA PARCIALMENTE ANTE ADMINISTRACION DE ANALGESIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, NO MODULA DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 143/83- FC 80- FR 19

HOMBRO DERECHO CON DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA 1 DEDO CON HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA INMOVILIZADA CON VENDAJE BULTOSO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDO, DOLOR A LA PALPACION, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA SIN SANGRADO ACTIVO

RX DE RODILLA DERECHA POP: REDUCCION ANATOMICA, FIJACION ADECUADA

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, INDICO

* ANALGESIA MULTIMODAL, RESCATE DE DOLOR CON OXICODONA
* ANTIBIOTICOTERAPIA DIA 1/3
* TERAPIA FISICA 2 CON EL FIN DE DAR RECUPERACION TEMPRANA EN LOS ARCOS DE MOVILIDAD
* PENDIENTE TOMA DE TAC DE RODILLA POP

- El Dia **20/10/2021** a las : 10:00

- El Dia **21/10/2021** a las : 07:00
********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA*******

VALORO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 130/70MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98%

- EXAMEN FISICO:

- EXTREMIDADES:

- HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, LEVE EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO
- MANO IZQUIERDA: A NIVEL DE 1ER MDEDO HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL CUBIERTA CON CURATIVOS, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO.
- MIMEBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADA CON VENDAJE BULTOSO EN RODILLA Y PIERNA HERIDAS QUIRURGICAS AFRONTADAS

MATERIAL DE SUTURA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NO SANGRADO ACTIVO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

*** TAC DE RODILLA POP*** SE OBSERVA REDUCCION Y FIJACION ADECUADA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- SE ORDENA TERAPIA FISICA N 2 SESIONES CON EL FIN DE EVITAR RIGIDEZ ARTICULAR
- SE ORDENA CURACION POR ENFERMERIA CON EL FIN DE DISMINUIR RIESGO DE INFECCION LOCAL
- COMPLETAR MANEJO ANTIBIOTICO POP POR 3 DIAS
- ANALGESIA IV
- SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCUTA A SEGUIR, ENTIENDE Y ACEPTA
- El Dia **22/10/2021** a las : 07:01

***** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA****

VALORO PACIENTE EN SALA DE HSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 110/70MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98%

EXAMEN FISICO:

- EXTREMIADES: HOMBRO DERECHO; INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

-MANO IZQUIERDA: HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA CUBIERTA CON CURATIVOS, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO CON VENDAJE BULTOSO, HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA CUBIERTA CON CURUIVOS, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EN APOYO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SE DECIDE:

- TERAPIA FISICA N 1 SESION
- EGRESO
- FORMULA MEDICA-
- CITA CONTROL
- INCAPACIDAD MEDICA
- ORDEN DE NO APOYO,
- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

Resultados de Procedimientos Diagnosticos

VER HC

- El Dia **8/10/2021** a las : 22:35

Resultado de examenes de laboratorio.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL:

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 5.64

Hemoglobina: 16.6

Epicrisis Paciente: CC 1113624151 FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Hematocrito: 48.9

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 86.7

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 29.3

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 33.8

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 42.2

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 12.6

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 11.40

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 56.7

% Linfocitos: 36.4

% Monocitos: 4.3

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 2.4

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.2

% Granulocitos Inmaduros: 0.2

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 6.47

Linfocitos: 4.15

Monocitos: 0.49

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.27

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.02

Granulocitos Inmaduros: 0.02

Estudio Plaquetario:

Recuento de Plaquetas: 328

Volumen Plaquetario Medio: 9.7

Plaquetocrito: 0.318

Ancho Distribucion Plaquetaria: 16.0

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINA - PTT: 24.2

Método: Coagulométrico LED:

Observaciones: :

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

TIEMPO DE PROTROMBINA - PT: 13.5

Método: Detección Mecánica del Coag:

I.N.R.: 0.98

Observaciones::

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, NO ANEMIA, TIEMPSOD E COAGULACION NO PROLONGADOS
- El Dia **13/10/2021** a las : 07:48
Resultado de examenes de laboratorio.

-HEMOGRAMA POP CON LEUÇOCITOSIS LEVE, SIN NEUTROFILIA. HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL:

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 4.26

Hemoglobina: 12.8

Hematocrito: 37.3

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 87.4

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 30.1

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 34.4

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 40.8

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 11.9

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 12.11

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 73.6

% Linfocitos: 15.4

% Monocitos: 5.8

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 5.1

Epicrisis Paciente: CC 1113624151 FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.1

% Granulocitos Inmaduros: 0.1

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 8.92

Linfocitos: 1.86

Monocitos: 0.70

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.62

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.01

Granulocitos Inmaduros: 0.02

Estudio Plaquetario:

Recuento de Plaquetas: 286

Volumen Plaquetario Medio: 9.4

Plaquetocrito: 0.267

Ancho Distribucion Plaquetaria: 15.8

Fecha y hora de recepcion de muestra: 13/10/2021 01:49:01

El Dia **20/10/2021** a las : 10:00
Resultado de examenes de laboratorio.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL: NORMAL

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 4.37

Hemoglobina: 12.9

Hematocrito: 38.2

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 87.4

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 29.5

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 33.8

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 41.0

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 11.9

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 20.99

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 84.4

% Linfocitos: 9.3

% Monocitos: 6.1

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 0.1

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.1

% Granulocitos Inmaduros: 0.3

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 17.72

Linfocitos: 1.95

Monocitos: 1.28

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.02

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.02

Granulocitos Inmaduros: 0.07

Estudio Plaquetario:

Recuento de Plaquetas: 400

Volumen Plaquetario Medio: 9.1

Plaquetocrito: 0.544

Ancho Distribucion Plaquetaria: 15.5

Fecha y hora de recepcion de muestra: 20/10/2021 01:18:58

Justificacion de indicaciones terapeuticas

VER HC

Plan de manejo ambulatorio

INCAPACIDAD MEDICA 30 DIAS
FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA N10, TERPAIA FISICA SEDATIVA DE RODILLA DERECHA
RETIRO DE PUNTOS 7 DIAS
CURACIONES POR CONSULTA EXTERNA N5, UCNA DA 72 HORAS
CONTROL AMBULATORIO POR MEDICINA GENERAL EVOLUCION CLINICA
CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA POP OSTEOSINTEIS DE FRACTRUA PLATILLOS TIBIALES DERECHO 19/10/2021

POP OSTEOSINTEIS FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA 12/10/2021
CRONOFEN TABLETAS 500MG (ACETAMINOFEN) °500 mg ORAL Cada 8 Horas por 5 Dia(s) Cant. 15
DEXKETOPROFENO 25 MG TABLETAS 25 mg ORAL Cada 12 Horas por 7 Dia(s) Cant. 14
CEFALEXINA 500MG CAPSULA 500 mg ORAL Cada 6 Horas por 5 Dia(s) Cant. 20
ENOXAPARINA SODICA 40 MG AMP SOLUCION INYECTABLE 40 mg SUBCUTANEA Cada 24 Horas por 7 Dia(s) Cant. 7

CEFALEXINA 500MG CAPSULA 500 mg ORAL Cada 6 Horas por 3 Dia(s) Cant. 12 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HR POR 3 DÍAS
NAPROXENO 250 MG TABLETAS 250 mg ORAL Cada 6 Horas por 3 Dia(s) Cant. 12 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HR POR 3 DÍAS
ENOXAPARINA SODICA 40 MG AMP SOLUCION INYECTABLE 40 mg SUBCUTANÉA Cada 24 Horas por 3 Dia(s) Cant. 3 APLICAR 1 AMPOLLA SC CADA 24 HR POR 3 DÍAS
SE DAN REOCMENDACIONES SIGNOS Y SITNOMAS DE ALARMA
**NO APOYO PORR 2 MESES
SE EXPLICA PACIENTE CONDUCTA ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico de Egreso

19/10/2021
POP OSTEOSINTESIS FRACTURA PLATILLOS TIVIALES DERECHO

12/10/2021
POP OSTEOSINTESI DE FRACTRUA 1ER METACAPINOA MANO IZQUIERDA
S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA
Ŝ622 FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO

Estado al Egreso: Vivo

Estado General a la Salida: HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,SIN SIGNOS DE SIRS,SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATAORIAM AFEBRIL, GLASGOW 15/15

Incapacidad (días): 30

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174

CLINICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239944-1

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: URGENCIAS		

Fecha y Hora
08/10/21 - 20:28

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO
LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DERECHO
TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REFIERE CONTINUAR CON DOLOR EN SITIOS DE TRAUMA EVA 7/10.

AL EXAMEN FISICO
CABEZA NORMOCEFALO, OJOS PUPILAS ISOCORICAS NORMORECATIVAS.
CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS.
TORAX SIMETRICO, DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL DERECHA, NO CREPITACIONES, NO ENFISEMA CELULAR SUCUTANEO, CAMPSO PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN BALDNO DEPRESOBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES Y NORMALES.
A NIVEL DE EXTREMIDADES. HOMBRO Y BRAZO DERCEHO- ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
RODILLA Y PIERMA DERECHA - ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACON, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVACSULAR DISTAL.
MUÑECA Y MANO IZQUIERDA - ESTIGMAS DE TRAUMA, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
CODO DERCEHO, TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - LEVE EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS, NO LIMITACION FUNCIONAL, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

RADIOGRAFIAS
TORAX Y REJA COSTAL - NO SE OBSERVA HEMO, NI NEUMOTORAX, NO FRACTURAS COSTALES.
CADERA COMPARATIVA, CODO DERECHO, TOBILLO DERECHO (PROTOCOLO), TOBILLO Y PIE IZQUIERDO - NO SE OBSERVA FRACTURAS NI LUXACIONES.
HOMBRO, ESCAPULA DERECHO - SE OBSERVA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO
MUÑECA Y MANO IZQUIERDA - SE OBSERVA LUXOFRACTURA DE BENNET INESTABLE DESPLAZADA
RODILLA Y PIERNA DERECHA - SE OBSERVA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DESPLAZADA INESTABL

ANALISIS Y PLAN.
HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO ANALGESIA MULTIMOFDAL IV, TROMBOPROFILAXIS.
SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DRECEHOS, MAS REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA CON EL FIN DE ALINEAR Y ESTABILIZRA TRAZOS DE FRACTURA, MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SS/ TAC 3D DE RODILLA DERECHA Y TAC 3D DE MANO IZQUIERDA POS REDUCCION CERRADA PARA CARACTERIZAR TRAZO Y EXTENSION DE FRACTURA
SS/ TAC 3D DE HOMBRO DERECHO PARA CARATERIZAR TRAZOS Y EXTENSION DEFRACTURA

SE INDICA FERULA DE YESO CON ESPIKA DEL PULGAR EN MANO IZQUIERDA MAS CABESTRILLO PARA MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SE INDICA FERULA DE YESO INGUINOPEDICA DREECHA PARA MANEJO DEL DOLOR Y EDEMA
SE SOLICITA ESTUDIOS PRE QUIRURGICOS
SEGUIMIENTO DIARIO POR ORTOPEDIA
SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Firma del Paciente

Dr. ARTURO JOSE ARAGON
Reg.M. 10188285 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-1

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
08/10/21 - 21:34	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

********** INGRESO A HOSPITALIZACION**********

PACIENTE INGRESA A HSPITALIZACION EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REFIERE DOLOR PARCIALEMTE MDULADO.

AL EXAMEN FISICO
CABEZA NORMOCEFALO, OJOS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS.
CUELLO MOVIL NO ADNEOPATIAS.
TORAX SIMETRICO, LEVE DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES.
ABDOMEN BLANDO DEPREISBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES Y NROMALES.
A NIVEL DE EXTREMIDADES. HOMBRO DRECEHO CON INMOVILIZADOR CLINICA DE HOMBRO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEURVASCULAR DISTAL.
MIEMBRO SUPEIROR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABETSRILLO A NIVE DE MUÑECA Y MANO IZQUIERDA CON FERULA DE YESO CON ESPIKA DEL PULGAR, EDEMA, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE BASE DEL PRIMER METACARPIANO, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.
A NIVEL DE RODILLA Y PIERNA DRECEHA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO INGUINOPEDICA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

ANALISIS Y PLAN. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODIBNAMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS INGRESA PARA CONTINUAR MANEJO ANALGESICO IV, TRMBOPROFILAXIS CON ENOXAPARINA PARA REDUCIR RIESGO DE TROMBOSIS Y/O EMBOLIA, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN RFEIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239944-8

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: URGENCIAS		

Fecha y Hora
08/10/21 - 22:35

DIAGNOSTICOS
REPORTE DE PARACLINICOS PREQUIRURGICOS

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

Resultado de examenes de laboratorio.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL:

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 5.64

Hemoglobina: 16.6

Hematocrito: 48.9

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 86.7

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 29.3

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 33.8

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 42.2

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 12.6

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 11.40

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 56.7

% Linfocitos: 36.4

% Monocitos: 4.3

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 2.4

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.2

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 6.47

Linfocitos: 4.15

Monocitos: 0.49

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.27

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.02

Granulocitos Inmaduros: 0.02

Estudio Plaquetario:

Recuento de Plaquetas: 328

Volumen Plaquetario Medio: 9.7

Plaquetocrito: 0.318

Ancho Distribucion Plaquetaria: 16.0

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINA - PTT: 24.2

Método: Coagulométrico LED:

Observaciones: :

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

TIEMPO DE PROTROMBINA - PT: 13.5

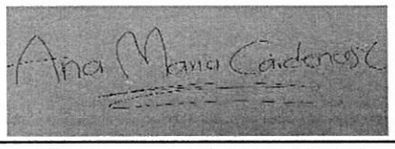
Método: Detección Mecánica del Coag:

I.N.R.: 0.98

Observaciones::

Fecha y hora de recepcion de muestra: 08/10/2021 21:10:41

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, NO ANEMIA, TIEMPSOD E COAGULACION NO PROLONGADOS



Firma del Paciente

Dr. ANA MARIA CARDENAS LOZANO
Reg.M. 1053799786 Esp. MEDICINA GENERAL
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-10

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora

09/10/21 - 07:00

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO)
LUXOFRACTURA DE BENNETT IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II DERECHO
TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**********

S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN REGULARES OCNDICIOES GENERALES,C ON PERSISITENCIA DE DOLOR A NIVEL DE HOMBRO DERECHO, MANO IZQUIERDA Y RODILLA DERECHA

O: ENCUENTRO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON DOLOR EVA 8/10, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 130770MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98%

- EXAMEN FISICO:

- EXTREMIDADES:

- HOMBRO DERECHO INMOVILIZADO CON INMOVILIZADOR CLINICO DE HOMBRO, PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, EN MANO IZQUIERDA CON FERULA DE YESO, PRESENTA EDEMA DE DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA : INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EL APOYO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.

*** TAC DE HOMBRO DERECHO 3D*** SE OBSERVA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO, NO DESPLAZADA MANEJO CONSERVADOR

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS EL DIA DE HOY CON EL FIN DE RECUPERAR CONGRUENCIA ANATOMICA

Firma del Paciente

Dr. ARTURO JOSE ARAGON
Reg.M. 10188285 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-18

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
10/10/21 - 07:43	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**********

VALORO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS D EDIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERNADO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES 1520/70MMHG FC78LXM FR18RXM SA02:98%

- EXAMEN FISICO:

- HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON INMOVILIZADOR CLINICO DE HOMBRO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO

- MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR, PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA: INMOVILIZADA CON FERULA DE YESO INGUINOPEDICA, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EL APOYO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

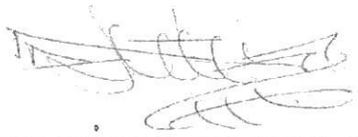
*** RX DE MANO Y TAC DE MANO IZQUIERDA 3D POP*** SE OBSERVA FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DESPLAZADA MANEJO QUIRURGICO

*** RX DE RODILLA Y TAC DE RODILLA DERECHA 3D POP** SE OBSERVA FRACTUYRA DE MESETA TIBIAL Y PLATILLO TIBIAL MEDIAL Y POSTEROR EN CUTRO CUADRANTES CON ESCALON ARTICULARY FRACTURA DE CABEZA DE PERONE CONMINUTA

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- PTE PROGRAMAR REDUCCION ABIERTA Y OTS DE FRACTURA CUANDO TEJIDOS BLANDOS LO PERMITAN
- SE ORDENA TERAPIA FISICAN 1 SESION CON EL FIN DE EVITAR RIGIDEZ ARTICULAR



Firma del Paciente

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-29

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
11/10/21 - 07:20	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN ADECUADO ESTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MSD: INMOVILIZADO POR CASBESTRILLO. PRSENTA DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-PIERNA DERECHA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO INGUINOPÉDICA. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. DOLOR AL APOYO Y A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADA RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-DEBIDO A LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS TSCHERNE II, MAÑANA SE LLEVARÁ A COLOCACIÓN DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR CON EL FIN DE ESTABILIZAR FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO
-MAÑANA TAMBIÉN SE LLEVARÁ A RA + OST DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

Firma del Paciente

Dr. FREDDY MONCLOU GARZON
Reg.M. 7637452010 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-40

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
12/10/21 - 07:23	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::

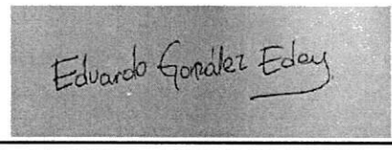
SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. SIN VO POR CX PROGRAMADA.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON CABESTRILLO. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADO CON FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-PIERNA DERECHA: INMOVILIZADA CON FÉRULA DE YESO INGUINOPÉDICA. PRESENTA EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO Y DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV
-HOY SERÁ LLEVADO A RA + OST DE FRACTURA DE 1ER DEDO DE MANO IZQUIERDA + RC + APLICACIÓN DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE RODILLA DERECHA
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA



Firma del Paciente

Dr. EDUARDO GONZALEZ EDERY
Reg.M. 0848962011 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-44

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora

13/10/21 - 07:02

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO)
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO

TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

12/10/2021
POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1 METACARPIANO MANO IZAQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V

09/10/2021
POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA
POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

**** ORTOPEDIA ****

PACIENTE EN CAMA, PASA BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL, DOLOR MEJORA ANTE LA ADMINISTRACION DE ANALGESIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 140/82- FC 84- FR 18

HOMBRO DERECHO: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA: INMOVILIZADA CON FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, LIMITACION FLEXO EXTENSION, SHANZ SIN SIGNOS DE INFECCION

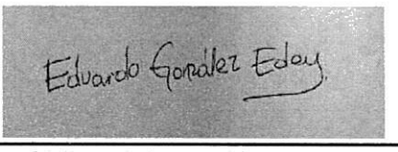
REPORTE DE PARACLINICOS

RX DE MANO IZQUIERDA POP: REDUCCION Y FIJACION ADECUADA
RX DE RODILLA DERECHA POP FIJADOR BIEN POSICIONADO

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, INDICO

* ANALGESIA MULTIMODAL
* ANTIBIOTICOTERAPIA

* CURACION DIARIA EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMNUIR RIESGO DE INFECCION
* PENDIENTE OSTEOSINTESIS SEGUN TEJIDOS



Firma del Paciente

Dr. EDUARDO GONZALEZ EDERY
Reg.M. 0848962011 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-71

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora
13/10/21 - 07:48

DIAGNOSTICOS
REPORTE DE PARACLÍNICOS

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

Resultado de examenes de laboratorio.

-HEMOGRAMA POP CON LEUCOCITOSIS LEVE, SIN NEUTROFILIA. HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL:

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 4.26

Hemoglobina: 12.8

Hematocrito: 37.3

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 87.4

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 30.1

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 34.4

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 40.8

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 11.9

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 12.11

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 73.6

% Linfocitos: 15.4

% Monocitos: 5.8

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 5.1

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.1

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 8.92

Linfocitos: 1.86

Monocitos: 0.70

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.62

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.01

Granulocitos Inmaduros: 0.02

Estudio Plaquetario:

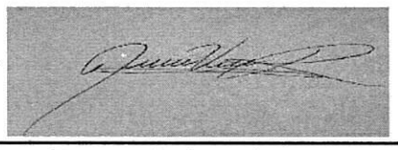
Recuento de Plaquetas: 286

Volumen Plaquetario Medio: 9.4

Plaquetocrito: 0.267

Ancho Distribucion Plaquetaria: 15.8

Fecha y hora de recepcion de muestra: 13/10/2021 01:49:01



Firma del Paciente

Dr. DANIELA VELA RIOS
Reg.M. 1107509302 Esp. MEDICINA GENERAL
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-60

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
14/10/21 - 07:46	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUEN ESTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO POR CABESTRILLO. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS. DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS LEVE. LEVE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SE INDICA CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-PDTE PROGRAMACIÓN DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

Firma del Paciente

Dr. ALBERTO ANDRES CAMPO GUILLEN
Reg.M. 52533504 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-72

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
15/10/21 - 07:21	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO POR CABESTRILLO. PRESENTA LEVE DOLOR A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. PRESENTA DOLOR LEVE A LA MOVILIZACIÓN DE 1ER DEDO DADO POR REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO, ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EXTENSO. DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD POR TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TIENE PDTE PROGRAMACIÓN DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-SE INDICA CURACIÓN DIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN EN

Firma del Paciente

Dr. ARTURO JOSE ARAGON
Reg.M. 10188285 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-79

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
16/10/21 - 08:34	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIEE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-CODO DERECHO: DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADO POR FÉRULA EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER METACARPIANO REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA Y PIERNA DERECHA: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TIENE PDTE PROGRAMACIÓNB DE RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS, SEGÚN EVOLUCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N1 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

Firma del Paciente

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ Consecutivo: 239948-90

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
17/10/21 - 08:26	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MSD: DOLOR LEVE A LOS ARCOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. PUNTOS DE SUTURA EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE SIRS. PRESENTA LEVE DOLOR A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DEL 1ER DEDO POR REHABILITACIÓN EN CURSO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO. ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS MODERADO. SIGNO DE LA ARRUGA NEGATIVO. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR EXTERNO POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANALGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-TENTATIVAMENTE PARA EL MARTES SE LLEVARÁ A RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO, SI LOS TEJIDOS BLANDOS LOS PERMITEN
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICIOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-TERAPIA FÍSICA N1 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA

Firma del Paciente

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-101

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
18/10/21 - 08:45	FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

::::::::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA::::::::::::::::::::::::::::::

SE VALORA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES, MODULANDO DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS U OTRA SX ASOCIADA.

S: REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, SIN DISNEA, EMESIS, ALZAS TÉRMICAS U OTROS SX. TOLERA VO.

O: EXAMEN FÍSICO:

-MII: INMOVILIZADO POR FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, BIEN POSICIONADO, ORIFICIOS DE CHANZ LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O INFECCIÓN. ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS POR DOLOR LEVE Y TUTOR POSICIONADO. NEUROVASCULAR CONSERVADO.
-MANO IZQUIERDA: INMOVILIZADA POR FÉRULA DE YESO EN ESPICA DE PULGAR. ARCOS DE MOVILIDAD DE 1ER DEDO CON DOLOR LEVE. NEUROVASCULAR CONSERVADO.

ANÁLISIS Y PLAN:
-CONTINÚA HOSPITALIZADO RECIBIENDO MANEJO ANAÑLGÉSICO IV, ATB IV Y TROMBOPROFILAXIS CON HBPM
-MAÑÁNA SERÁ LLEVADO A RA + OST DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS
-SE RESERVAN 2 UI DE GLOBULOS ROJOS ANTE ALTO RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO
-REQUIERE TERAPIA FÍSICA N2 CON EL FIN DE FAVORECER MOVILIDAD TEMPRANA
-REQUIERE CURACIÓN EN ORIFICOS DE CHANZ PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCIÓN
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

Firma del Paciente

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-110

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora

19/10/21 - 07:15

DIAGNOSTICOS

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO)
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO
FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO

TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

12/10/2021
POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V

09/10/2021
POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA
POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

**** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ****

S// PACIENTE EN CAMA, PASA BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL, DOLOR MEJORA ANTE LA ADMINISTRACION DE ANALGESIA

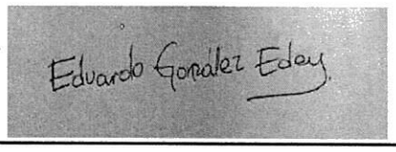
O// HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON MODULACION DEL DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 136/87- FC 93- FR 16

HOMBRO DERECHO: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA INMOVILIZADO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, CON HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA INMOVILIZADA CON FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, LIMITACION FLEXO EXTENSION, SHANZ SIN SIGNOS DE INFECCION

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, PENDIENTE LLAMADO DE SALAS PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, TOMAR HEMOGRAMA CONTROL POP DE HEMOGLOBINA



Firma del Paciente

Dr. EDUARDO GONZALEZ EDERY
Reg.M. 0848962011 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-112

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora

19/10/21 - 20:25

DIAGNOSTICOS

A. FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO)
B. FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
C. FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO
D. FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO

TRAUMA CERRADO DE TORAX
TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO
TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
TRAUMA EN CADERA
TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA
TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO

19/10/2021
POP OSTEOSINTEIS DE FRACTURA PLATILLOS TIBIALES DERECHO

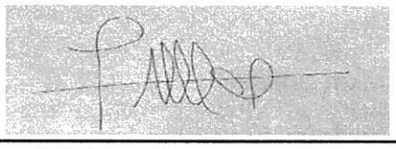
12/10/2021
POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V

09/10/2021
POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA
POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

*** MEDICINA GENERAL ***

ATIENDO LLAMADO POR PARTE DEL PACIENTE, PACIENTE EL DIA DE HOY FUE LLEVADO A OSTEOSINTESIS DE FRACTRUA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA, EN EL MOMENTO EVA 9/10. NO MODULA DOLOR CON ANALGESIA ESTABLCIDA, DECIDO ESCALONAR ANALGESIA A OXICODONA 1 AMP DE 10MG/1CC DILUIR EN 10 CC DE SSN 0.9% Y ADMINITRAR 3 CC CADA 8 HORAS. 1.5 CC DE RESCATE.



Firma del Paciente

Dr. PAULA NATHALY OROZCO AGREDA
Reg.M. 1116277931 Esp. MEDICINA GENERAL
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-117

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
20/10/21 - 07:57	19/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS + CAPSULORRAFIA + LIGAMENTORRAFI A. FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) B. FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA C. FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO D. FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 19/10/2021 POP OSTEOSINTEIS DE FRACTURA PLATILLOS TIBIALES DERECHO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

*** ORTOPEDIA ***

PACIENTE EN CAMA, PASA MALA NOCHE, DOLOR INTENSO QUE MEJORA PARCIALMENTE ANTE ADMINISTRACION DE ANALGESIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, NO MODULA DOLOR

EXAMEN FISICO

TA 143/83- FC 80- FR 19

HOMBRO DERECHO CON DOLOR A LA PALPACION
MANO IZQUIERDA 1 DEDO CON HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION
RODILLA DERECHA INMOVILIZADA CON VENDAJE BULTOSO, EDEMA DE TEJIDOS BLANDO, DOLOR A LA PALPACION, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA SIN SANGRADO ACTIVO

RX DE RODILLA DERECHA POP: REDUCCION ANATOMICA, FIJACION ADECUADA

AP// CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO, INDICO

* ANTIBIOTICOTERAPIA DIA 1/3
* TERAPIA FISICA 2 CON EL FIN DE DAR RECUPERACION TEMPRANA EN LOS ARCOS DE MOVILIDAD
* PENDIENTE TOMA DE TAC DE RODILLA POP

Firma del Paciente

Dr. ALBERTO ANDRES CAMPO GUILLEN
Reg.M. 52533504 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ Consecutivo: 239948-118

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora **DIAGNOSTICOS**

20/10/21 - 10:00 REPORTE DE PARACLINICOS

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

Resultado de examenes de laboratorio.

HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL: NORMAL

Técnica : Impedancia eléctrica:

Estudio Eritrocitario:

Recuento de Eritrocitos: 4.37

Hemoglobina: 12.9

Hematocrito: 38.2

MCV (Volumen Corpuscular Medio): 87.4

MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio): 29.5

MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular): 33.8

RDW-SD (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 41.0

RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos): 11.9

Estudio Leucocitario:

Recuento de Leucocitos: 20.99

Recuento Diferencial (Relativo):

% Polimorfo Nucleares Neutrofilo: 84.4

% Linfocitos: 9.3

% Monocitos: 6.1

% Polimorfo Nucleares Eosinofilos: 0.1

% Polimorfo Nucleares Basofilos: 0.1

Recuento Diferencial (Absoluto):

Polimorfo Nucleares Neutrófilos: 17.72

Linfocitos: 1.95

Monocitos: 1.28

Polimorfo Nucleares Eosinófilos: 0.02

Polimorfo Nucleares Basófilos: 0.02

Granulocitos Inmaduros: 0.07

Estudio Plaquetario:

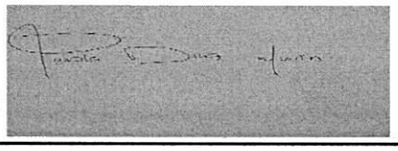
Recuento de Plaquetas: 400

Volumen Plaquetario Medio: 9.1

Plaquetocrito: 0.544

Ancho Distribucion Plaquetaria: 15.5

Fecha y hora de recepcion de muestra: 20/10/2021 01:18:58



Firma del Paciente

Dr. MYRIAM PAOLA DIAZ MARIN
Reg.M. 767277-14 Esp. MEDICINA GENERAL
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-132

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
21/10/21 - 07:00	19/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS + CAPSULORRAFIA + LIGAMENTORRAFI A. FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) B. FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA C. FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO D. FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 19/10/2021 POP OSTEOSINTEIS DE FRACTURA PLATILLOS TIBIALES DERECHO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

********** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA*******

VALORO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 130/70MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98%

- EXAMEN FISICO:

- EXTREMIDADES:

- HOMBRO DERECHO: INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, LEVE EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, INCAPACIDAD PARA LA ABDUCCION, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO
- MANO IZQUIERDA: A NIVEL DE 1ER MDEDO HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL CUBIERTA CON CURATIVOS, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO.
- MIMEBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADA CON VENDAJE BULTOSO EN RODILLA Y PIERNA HERIDAS QUIRURGICAS AFRONTADAS CON MATERIAL DE SUTURA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NO SANGRADO ACTIVO,

*** TAC DE RODILLA POP*** SE OBSERVA REDUCCION Y FIJACION ADECUADA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SE DECIDE:

- CONTINUAR HOSPITALIZADO
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- SE ORDENA TERAPIA FISICA N 2 SESIONES CON EL FIN DE EVITAR RIGIDEZ ARTICULAR
- SE ORDENA CURACION POR ENFERMERIA CON EL FIN DE DISMINUIR RIESGO DE INFECCION LOCAL
- COMPLETAR MANEJO ANTIBIOTICO POP POR 3 DIAS
- ANALGESIA IV
- SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCUTA A SEGUIR, ENTIENDE Y ACEPTA

Firma del Paciente

Dr. ARTURO JOSE ARAGON
Reg.M. 10188285 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

CLÍNICA VALLESALUD

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit.900631361 6
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 145934

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ

Consecutivo: 239948-142

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
145934	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151
		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora	DIAGNOSTICOS
22/10/21 - 07:01	19/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS + CAPSULORRAFIA + LIGAMENTORRAFIA A. FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HUMERO DERECHO (ORTOPEDICO) B. FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA C. FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DERECHO D. FRACTURA CONMINUTA DE LA CABEZA DEL PERONÉ DERECHO TRAUMA CERRADO DE TORAX TRAUMA EN HOMBRO, BRAZO Y CODO DERECHO TRAUMA EN MUÑECA Y MANO IZQUIERDA TRAUMA EN CADERA TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA DERECHA TRAUMA EN TOBILLO Y PIE IZQUIERDO 19/10/2021 POP OSTEOSINTEIS DE FRACTURA PLATILLOS TIBIALES DERECHO 12/10/2021 POP REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE 1ER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA + FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SCHAZKERT V 09/10/2021 POP REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA POP REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DE RODILLA DERECHA

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

***** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA****

VALORO PACIENTE EN SALA DE HSPITALIZACION, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON MODULACION ADECUADA DEL DOLOR, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA: 110/70MMHG FC75LXM FR20RXM SA02:98%

EXAMEN FISICO:

- EXTREMIADES: HOMBRO DERECHO; INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, PRESENTA EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD FUNCIONAL, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

-MANO IZQUIERDA: HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA CUBIERTA CON CURATIVOS, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

- RODILLA DERECHA: INMOVILIZADO CON VENDAJE BULTOSO, HERIDA QUIRURGICA AFRONTADA CUBIERTA CON CURUIVOS, EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR A LA PALPACION, INCAPACIDAD PARA LA FLEXO EXTENSION Y EN

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SE DECIDE:

- TERAPIA FISICA N 1 SESION
- EGRESO
- FORMULA MEDICA-
- CITA CONTROL
- INCAPACIDAD MEDICA
- ORDEN DE NO APOYO,
- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

Firma del Paciente

Dr. OSVALDO JOSE SASTOQUE CRESPO
Reg.M. 3174 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Esp.

Telefono:4860777 - Dirección:AV 4N # 14 - 12

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Valle Salud NORTE

INFORME QUIRÚRGICO
CIRUGIA No.: **CM - 65394**

Paciente: FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
No. Caso: 145934 No Admision:
Tipo y No. Documento: CC - 1113624151
Cirujano: EDUARDO GONZALEZ EDERY
Anetesiologo: LEIDY GABRIELA CERON SOLARTE
Ayudante: JUAN ESCOBAR GALEANO
Fecha Inicio: 19/10/2021 Hora Inicio: 09:21
Fecha Final: 19/10/2021 Hora Final: 11:20

Dx PreQuirurgico:
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZER V RODILLA DERECHA
CUERPOS LIBRES ARTICULARES
LESION DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL
LESION DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL
LESION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL

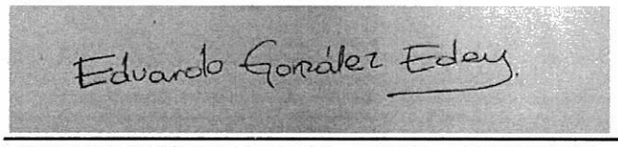
Hallazgos:
SE EVIENCIA A NIVEL DE RODILLA DERECHA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V CON CONMINUCION SEVERA DE LA SUPERFICIE ARTICULAR, CON CIZALLAMIENTO POSTERIOR DEL PLATILLO POSTEROMEDIAL Y POSTEROLATERAL, CON RUPTURA DE LA CAPSULA POSTERIOR DE LA RODILLA, LESION DEL MENISCO MEDIAL Y CUERPOS LIBRES ARTICULARES POSTEROMEDIALES
A NIVEL LATERAL FRACTURA POR CIZALLAMIENTO LATERAL, CONMINUTA, CON CUERPOS LIBRES ARTICULARES, DEPRESION DE LA SUPERFICIE ARTICULAR LATERAL, LESION OSTECONDRAL DEL PLATILLO LATERAL, CUERPOS LIBRES ARTICULARES LATERALES, LESION DEL MENISCO LATERAL Y DEL LIGAMENTO COLATERAL LATERAL, LESION DE LA CAPSULA ARTICULAR LATERAL DE LA RDODILLA

Procedimientos Realizados:
VIA DE ABORDAJE 1
-REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE COLUMNA POSTERIOR DE PLATILLOS TIBIALES DERECHO
-CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION DE RODILLA DERECHA
-LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA
-EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES
- REPRACION DEL MENISCO MEDIAL

VIA DE ABORDAJE 2
- REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES
- CONDROPLASTIA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL
- CAPSULORRAFIA DE ARTIVUALCION EN RODILLA DERECHA

Justificacion del Procedimiento:
- LOGRAR CONGRUENCIA ANTOMICA
- REHABILITACION PRECOZ
- MEJORAR LA CONGRUENCIA MENISCAL
- EVITAR INESTABILIDAD LIGAMENTARI RESIDUAL

Dx PosQuirurgico:
VIA 1
- POP REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTEISIS DE FRACTURA DE COLUMNA POSTERIOR DE PLATILLOS TIBIALES DERECHO
- POP CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION DE RODILLA DEREHCA



EDUARDO GONZALEZ EDERY RM No.: 0848962011
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

- POP LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA
- POP EXTRACCION DE CUERPOS LIBRS INTRAARTICULARES
- POP REPARACION DEL MENISCO MEDIAL

VIA 2
- POP REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- POP EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRARTICULARES
- POP CONDROPLASTIA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL DERECHO
- POP LIGAMNETORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL
- POP CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION EN RODILLA DERECHA

Descripción del Procedimiento:
CONSENTIMIENTO INFORMADO CON FIRMA Y HUELLA, SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO, PACIENTE BAJO ANESTESIA RAQUIDEA, EN DECUBITO PRONO, SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE SITIO OPERATORIO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, SE VISTEN CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES POSTERIORMENTE SE REALIZA

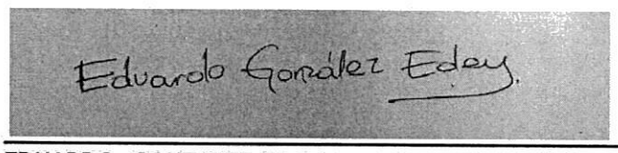
VIA DE ABORDAJE 1
SE REALIZA ABORDAJE POSTEROMEDIAL EXTENDIDO DE LUO, SE DISECA POR PLANOS HASTA FOCO DE LA FRACTURA, SE LAVA, SE LIMPIA, SE EXTRAEN CUERPOS LIBRES ARTICULARES, SE REALIZA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA POSTEROMEDIAL, SE FIJA CON 2 PIN KIRSCNHER 1.8MM X 230MM PROVISIONALES, SE FIJA CON 1 PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EN T DE 3 X 5 ORIFICIOS CON 2 TORNILLOS CORTICALES 3.5 X 50MM PROXIMALES Y 2 TORNILLOS DE BLOQUEO 3.5X50MM STARDRIVE AUTO-ROSCADO DISTALES, SE PROCEDE A REALIZAR REDUCCION DE LA SUPERFICE POSTEROLATERAL, SE FIJA CON 1 PLACA 1/3 DE 05 ORIFICOS FIJADA CON 4 TORNILLOS CORTICALES 3.5X45MM PROXIMALES, SE VERIFICA BAJO VISION FLUOROSCOPICA, SE LAVA HERIDA, SE REALIZA REPARACION DE MENISCO MEDIAL CON PROLENE 2-0, SE LAVA NUEVAMENTE, SE REALIZA CAPSULORRAFIA DE RODILLA CON VICRYL 1-0, SE REALIZA LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL CON VICRYL 1-0, SE LAVA HERIDA, SE CIERRA POR PLANOS CON VICRYL Y PROLENE PARA PIEL.

SE PROCEDE A CUBRIR HERIDA, SE VOLTEA EL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO, SE REALIZA NUEVAMENTE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y SE COLOCAN CAMPOS QUIRURGICOS.

VIA DE ABORDAJE 2
SE REALIZA ABORDAJE ANTEROLATERAL DE PLATILLOS TIBIALES, SE DISECA POR PLANOS HASTA FASCIA, SE INCIDE, SE EXPONE FOCO DE LA FRACTURA, SE LAVA, SE LIMPIA, SE EXTRAEN CUERPOS LIBRES ARTICULARES, SE PROCEDE A REALIZAR REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL , SE FIJA CON 2 PIN KIRSCNHER 1.8MM X 230MMMAS 1 PIN STEINMANN 2.0MM X 230MM DE MANERA PROVISIONAL, SE FIJA POSTEIRORMENTE CON 1 PLACA E TIBIA PROXIMAL LATERALDER X 8H CON 2 TORNILLOS CORTICALES 3.5X (38MM -34MM) MAS 1 ARANDELA DE TORNILLO AUTOPERFORANTES DE CANULADOS DE 3.5MM DISTALES Y 4 TORNILLOS DE BLOQUEO 3.5X (75MM-80MM STARDRIVE AUTO-ROSCADO) PROXIMALES, SE VERIFICA BAJO VISION FLUOROSCOPICA, SE LAVA HERIDA CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA, SE REALIZA CONDROPLASTIA EN EL PLATILLO LATERAL HASTA DEJAR LESION ESTABILIZADA, SE REALIZA REPARACION DEL MENISCO LATERAL CON PROLENE 2-0, SE REALIZA CAPSULORRAFIA DE RODILLA CON VICRYL 2-0, SE REALIZA LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL CON VICRYL 1-0, SE LAVA HERIDA, SE CIERRA HERIDA POR PLANOS CON VICRYL Y PROLENE PARA PIEL, SE DEJA CUBIERTO CON GASAS, SE INMOVILIZA CON VENDAJE BULTOSO.

Conducta a Seguir:
- PASO A RECUPERACION
- CONTROL RADIOGRAFICO POP RODILLA Y PIERNA
-CONTINUA HOSPITALIZADO PARA MANEJO ANALGESICO ENDOVENOSO POSTOPERATORIO Y PROFILAXIS ANTIBIOTICA ENDOVENOSA.
-CONTROL DE HEMOGRAMA POP

Ordenes Medicas:
-CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8 HORAS
-DIPIRONA 1 GR EV CADA 8 HORAS
-PARACETAMOL 1 GE EV CADA 8 HORAS



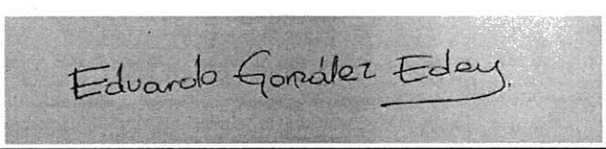
EDUARDO GONZALEZ EDERY RM No.: 0848962011
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

-OMEPRAZOL 40 MG EV CADA DIA
- METOCLOPRAMIDA 10 MG EV CADA 8 HORAS
- ENOXAPARINA 40 MG SC DIA (INICIAR HOY A LAS 11:00PM)

Material de Osteosintesis:

-4 PIN KIRSCHNER 1.8MMX230MM
-1 PIN STEINMANN 2.0X230MM
-2 TORNILLO CORTICAL 3.5X50MM
-1 TORNILLO CORTICAL 3.5X38MM
-1 TORNILLO CORTICAL 3.5X34MM
-4 TORNILLO CORTICAL 3.5X45MM
-1 PLACA 1/3 DE CAÑA DE 05 ORIFICIOS
-1 PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EN T DE 3X5 ORIFICIOS
-2 TORNILLO DE BLOQUEO 3.5X50MM STARDRIVE AUTO-ROSCADO
-1 TORNILLO DE BLOQUEO 3.5X 75MM STARDRIVE AUTO- ROSCADO
-3 TORNILLO DE BLOQUEO 3.5X80MM STARDRIVE AUTO-ROSCADO
- 1 ARANDELA DE TORNILLOS AUTOPERFORANTES DE CANULADOS DE 3.5MM
-1 PLACA DE TIBIA PROXIMAL LATERAL DERX8H

Deja Mechas, Drenes, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:



EDUARDO GONZALEZ EDERY RM No.: 0848962011
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Valle Salud NORTE

INFORME QUIRÚRGICO
CIRUGIA No.: **CM - 65286**

Paciente: FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
No. Caso: 145934 No Admision:
Tipo y No. Documento: CC - 1113624151
Cirujano: EDUARDO GONZALEZ EDERY
Anetesiologo: GERARDO JOSE MEJIA CELEDON
Ayudante: MARIO DAUTT LLERENA
Fecha Inicio: 12/10/2021 Hora Inicio: 08:21
Fecha Final: 12/10/2021 Hora Final: 09:20

Dx PreQuirurgico:
1.- FRACTURA DE 1MER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA
- LESION DE LA CAPSULA ARTICULAR METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDO
- LESION DE LIGAMENTOS METACARPOFALANGICOS RADIA Y CUBITAL
2.- FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V RODILLA DERECHA

Hallazgos:
- A NIVEL DE MANO IZQUIERDA SE EVIDENCIA FRACTURA A NIVEL DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO CONMINUTA CON CUERPOS LIBRES ARTICULARES, CON LESION DE LA CAPSULA ARTICULAR TRAPEZIOMETACARPIANA Y LESION DE LIGAMENTOS TRAPEZIOMETACARPIANOS RADIAL Y CUBITAL. ASOCIADO LESION EN LA INSERCION DEL DEL ABDUCTOR POLICIS LONGUS A NIVEL DE LA INSERCION DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO

- RODILLA Y PIERN DERECHA CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, ASOCIADO A FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V DESPLAZADA.

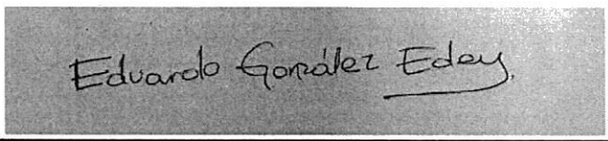
Procedimientos Realizados:
PRIMERA VIA
1.- REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE 1MER METACARPIANO MANO IZQUIERDA
2.- LIGAMENTORRAFIA DE 1 A 2 LIGAMENTOS MANO IZQUIERDA
3.- CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDO
4.- EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES ARTICULARES
5.- TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR ABDUCTOR POLICIS LONGUS

SEGUNDA VIA
6.- REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V RODILLA DERECHA
7.- APLICACION DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE RODILLA DERECHA

Justificacion del Procedimiento:
- RECUPERACION TEMPRANA DE SEGMENTO OSEO AFECTADO
- LOGRAR CONGRUENCIA ANATOMICA
- REHABILITACION PRECOZ
- EVITAR INESTABILIDAD LIGAMENTARIA RESIDUAL
- AYUDAR A DISMINUIR EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS
- MEJORIA CLINICA

Dx PosQuirurgico:
PRIMERA VIA
1.- POP REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE 1MER METACARPIANO MANO IZQUIERDA
2.- POP LIGAMENTORRAFIA DE 1 A 2 LIGAMENTOS DE MANO IZQUIERDA
3.- POP CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDO
4.- POP EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES ARTICULARES
5.- POP TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR ABDUCTOR POLICIS LONGUS

SEGUNDA VIA



EDUARDO GONZALEZ EDERY RM No.: 0848962011
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

6.- POP REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER V RODILLA DERECHA
7.- POP APLICACION DE FIJADOR TRANSARTICULAR DE RODILLA DERECHA

Descripción del Procedimiento:

- PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FIRMADO, SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO, PACIENTE CON ANTIBIOTICO ENDOVENOSO CEFAZOLINA 2GR, BAJO ANESTESIA GENERAL, EN POSICION DECUBITO SUPINO, SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE SITIO OPERATORIO, SE VISTE CON CAMPOS QUIRURICOS ESTERILES.

PRIMERA VIA

- SE REALIZA ABORDAJE DORSAL SOBRE EL PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA SIGUIENDO EL EJE LONGITUDINAL DEL MISMO, SE DISECA POR PLANOS PROTEGIENDO RAMA SENSITIVA DEL NERVIO RADIAL, SE EXPONE PLANO PROFUNDO, SE INCIDE LIGAMENTO ENTRE EPL Y EPB, SE EXPONE PRIMER METACARPIANO, SE LAVA, SE LIMPIA FOCO DE LA FRACTURA, SE EXTRAEN CUERPOS LIBRES ARTICULARES, SE REALIZA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA, SE FIJA CON 1 PLACA MINIFIX HAND 2.0 TRAPECIO 8H DERECHA (PLACA CONTRALATERAL) CON 3 TORNILLOS CORTICALES MINIFIX HAND 2.0MM X (12MM-TI#2 Y 18MM-TI#1) Y 2 TORNILLOS BLOQUEADOS CORTICAL MINIFIX HAND 2.0MM X (13MM-TI Y 18MM-TI), SE VERIFICA BAJO VISION FLUROSOCOPICA, SE REALIZA LIGAMENTORRAFIA DE LIGAMENTOS COLATERALES TRAPEZIOMETACARPIANOS RADIAL Y CUBITAL CON VICYRL 4-0, SE REALIZA CAPSULORRAFIA DE ARTICULACION TRAPEZIOMETACARPIANA CON PUNTOS DE VICRYL 4-0, SE REALIZA TENORRAFIA DE ABDUCTOR POLICIS LONGITUS CON PUNTOS DE PROLENE 4-0, SE LAVA HERIDA CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA, SE CIERRA HERIDA POR PLANOS CON VICRYL Y PROLENE PARA PIEL, SE DEJA CUBIERTO CON GASAS, SE INMOVILIZA CON VENDAJE BULTOSO.

SEGUNDA VIA

- POSTERIORMENTE SE REALIZAN MANIOBRAS DE TRACCION Y CONTRATRACCION EN FRACTURA DE PLATILOLOS TIBIALES RODILLA DERECHA, SE PROCEDE A REALIZAR APLICACION DE FIJADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE RODILLA MEDIANTE 2 CLAVOS SCHANZ 5.0MM X 180MM PROXIMALES Y 2 CLAVOS SCHANZ 6.0MM X 180MM DISTALES AL FOCO DE FRACTURA SE SOLIDARIZA SISTEMA CON 4 ROTULAS GRANDES, 1 ROTULA TUBO A TUBO Y 2 BARRAS EN ACERO DE (350MM-400MM) SE AJUSTA SISTEMA , SE TOMA CONTROL FLUOROSCOPICO EL CUAL SE OBSERVA CON ADECUADA REDUCCION, SE LAVA CON SSN 0.9%, SE SECA Y SE DEJA CURACION CON APOSITOS ESTERILES SECAS MAS MICROPORE, FINALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DEJA PACIENTE ESTABLE.

Conducta a Seguir:

- PASAR A RECUPERACION
- CONTINUAR HOSPITALIZADO PARA MANEJO DE ANTIBIOTICO PROFILACTICO Y MANEJO ANALGESICO ENDOVENOSOS
- CONTROL RADIOGRAFICO POP DE MANO IZQUIERDA AP, LATERAL Y OBLICUA
- CONTROL RADIOGRAFICO POP DE RODILLA Y PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

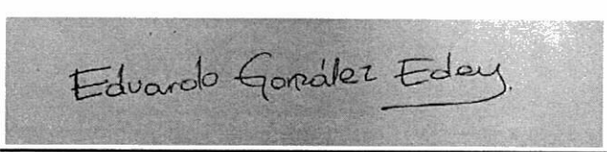
Ordenes Medicas:

- CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8 HORAS
- DIPIRONA 1GR EV CADA 8 HORAS
- TRAMADOL 50MG EV CADA 8 HORAS
- PARACETAMOL 1000MG EV CADA 8 HORAS
- METOCLOPRAMIDA 10MG EV CADA 8 HORAS
- OMEPRAZOL 40MG EV CADA DIA

Material de Osteosintesis:

- 2 TORNILLO CORTICAL MINIFIX HAND 2.0MM X 12MM-TI
- 1 TORNILLO CORTICAL MINIFIX HAND 2.0MM X 18MM-TI
- 1 TORNILLO BLOQ CORTICAL MINIFIX HAND 2.0MM X 13MM-TI
- 1 TORNILLO BLOQ CORTICAL MINIFIX HAND 2.0MM X 18MM-TI
- 1 TUTOR TRANSARTICULAR DE RODILLA
- 1 PLACA MINIFIX HAND 2.0 TRAPECIO 8H DERECHA

Deja Mechas, Drenes, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:



EDUARDO GONZALEZ EDERY RM No.: 0848962011

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Valle Salud NORTE

INFORME QUIRÚRGICO
CIRUGIA No.: **CM - 65240**

Paciente: FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
No. Caso: 145934 No Admision:
Tipo y No. Documento: CC - 1113624151
Cirujano: ARTURO JOSE ARAGON
Anetesiologo: JORGE MARIO RUIZ QUIROZ
Ayudante: HENRY BORJA CANO
Fecha Inicio: 9/10/2021 Hora Inicio: 08:51
Fecha Final: 9/10/2021 Hora Final: 09:20

Dx PreQuirurgico:
LUXOFRACTURA DE BENNET MANO IZQUIERDA
FRACTURA DE PALTILLSO TIBIALZ SCHATZKER II RODILLA DERECHA

Hallazgos:
EN MANO IZQUIERDA SE APRECIA DOLOR INTENSO, EDEMA MARCADO, DOLOR A LA MOVILZAICON ACTIVA Y PASIVA, DOLOR QUE LIMITA ARCOS MOVILES. CON LUXOFRACTURA DE BENNET DE MANO IZQUIERDA, DESPLAZADA, CON POBRE CONTACTO OSEO

EN RODILLA DERECHA SE APRECIA DOLOR INTENSO, EDEMA MARCADO, DOLOR A LA MOVILIZACIONA CTIVA Y PASIVA, DOLOR QUE LIMITA ARCOS MOVILES. CON FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II, DESPLAZAD, CON POBRE CONTACTO OSEO

Procedimientos Realizados:
REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDO
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBILES RODILLA DERECHA

Justificacion del Procedimiento:
RESTABLEDER CONGRUENCIA OSEA
DIMINSUIR DOLOR Y EDEMA DE TEJIODS BLANDOS

Dx PosQuirurgico:
POP REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA
POP REDUCCIONC ERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA

Descripción del Procedimiento:
PACIENTE DECUBITO SUPINO, BAJO ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLCOACIOND E CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES. EN MANO IZQUIERDA SE RELAIZNA MANIORAS DE TRACION Y CONTRATRACCION CON EL FIN DE LOGRAR REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE BENNET IZQUIERDA, CONTRL BAJO INTENSIFICADOR OBSERVANDOSE REDUCCION EN PLANOS ADEUCADA, CON MEJORIA DE CONNOTAICON ANATOMICA DE HUOES FRACTURADO, SE INMOVILZIA CON FERULA DE YESO TIUPO ESPICA DE PULGAR. POSTIEOMRENTE EN RODILLA DERECHA SE REALIZAN MANIORAS DE TRACCION Y CONTRATRACCION CON EL FIN DE LOGARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATZKER II, CONTROL BAJO INTENSIFICADOR DE IMAGENES, OBSERVANDOSE REDUCCION EN PLANOS ADECUADA, CON MEJORIA DE CONNOTAICON ANATOMICA DE HUESO FRACTURADO SE INMOVILIZA CON FERLA DE YESO TIPO INGUINOMALEOLAR TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLCAICIOENS, SE DEJA PACIENTE ESTABLE.

Conducta a Seguir:
HOSPITALIZAR
CONTROL IMAGENOLOGICO POP
ANALGESIA ENDOVENOSA
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

Ordenes Medicas:
HOSPITALIZAR

ARTURO JOSE ARAGON RM No.: 10188285
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Material de Osteosintesis:

Deja Mechas, Drenes, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:

ARTURO JOSE ARAGON RM No.: 10188285

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CURA[redacted]ONES

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 275877

NO. ADMISION: 29348C

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
275877	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151

Dirección: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO	Estado Civil: CASADO	
Fec. Nacim. : 15/12/1986	Fecha Ing.: 08/11/2021	Hora Ing.: 07:47
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : INGRESA PACIENTE A LA CURACION

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE INGRESA LA CURACION DE MIEMBRO DERECHO

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NO APLICA

EXAMEN FISICO

FC : 80 FR : 20 T/A : 120/80 TEMP : 36

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HERIDA EN PIERNA POSTERIORD ERECHO
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA
S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO
S422 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO

FRACTURA DE PLATILLO TIBIALY PERONE DE RODILLA DERECHA
FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA

EVOLUCIÓN

CONDUCTA / PLAN

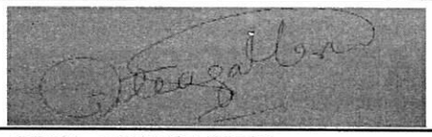
CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CURACIONES

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 275877

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ NO. ADMISION: 293480



Firma del Paciente

Dr. DIANA ARTEAGA MENA
Reg.M. 571620 Esp. MEDICINA GENERAL

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 275877

NO. ADMISION: 293441

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
275877	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151

Dirección: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO	Estado Civil: CASADO	
Fec. Nacim. : 15/12/1986	Fecha Ing.: 08/11/2021	Hora Ing.: 06:59
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO POP FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL DE RODILLA DERECHA POP LUXOFRACTURA DE BENNET DE MANO IZQUIERDA. FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO DE MANEJO CONSERVADOR

CONTROL PRESENCIAL, DOLOR EN RODILLA Y PIERNA DERECHA , ACUDE CON SILLA DE RUEDAS

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NO APLICA

EXAMEN FISICO

FC : 78 FR : 17 T/A : 110/70 TEMP : 36.4

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : RODILLA DERECHA: HERIDAS QUIRURGICA ANTERIOR CICATRIZADA POSTERIOR CON DESHICENCIA DE SUTURA CON TEJIDO DE GRANULACION . PIE DERECHO: EDEMA LEVE CON ELEVACION LIMITAD .

HOMNBRO DERECHO DOLOR A LA PALPACION, CON MOVILIDAD LIMITADA DOLOROSA, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADA

MANO IZQUIERDA HERIDA QUIRURGICA CICATRIZADA NO SIGNOS DE INFECCION, MOVILIDAD COMPLETA , NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 275877

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ NO. ADMISION: 293441

DIAGNOSTICOS

S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA
S622 - FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO
S422 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO

FRACTURA DE PLATILLO TIBIALY PERONE DE RODILLA DERECHA
FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZQUIERDA

EVOLUCIÓN

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO POP FRACTURA DE PLATILLO TIBOAL DE RODILLA DERECHA FRACTURA DE 1ER METACARPIANO DE MANO IZUQIERD AY FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO DE MANEJO CONSERVADOR

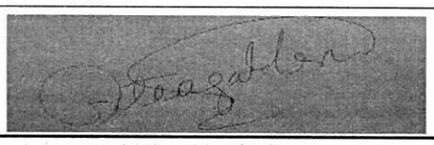
CONTROLPRESENCIAL, DOLOR EN RODILLA Y PIE DERECHO CON SENSACION DE CORRIENTE, Y PUNZADAS

EXAMEN FISICO DESCRITO

SE INDICA
CURACION EL DIA DE HOY
PRORROGA DE INCAPACIDAD MEIDCA POR 10 DIAS
SE ENSEAN EJERCICOSO PARA MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR
NO APOYO USP DE CALZADO CERRADO TIPO TENIS
MEDICACION ANALGESICAY DICLOFENACO TOPICO PARA MANEJO EL DOLOR

CONDUCTA / PLAN

1. 08/11/21 : HIDROCODONA+ACETAMINOFEN 5MG/325MG TAB 325 MG ORAL CADA 8 HORAS POR 10 DIA(S)
2. 08/11/21 : DICLOFENACO GEL 1% 50 GRAMOS 50 G ORAL CADA 24 HORAS POR 1 DIA(S) EPS
3. 08/11/21 : CURACIONES POR CONSULTA EXTERNA HOY
4. 08/11/21 : INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS



Firma del Paciente

Dr. DIANA ,ARTEAGA MENA
Reg.M. 571620 Esp. MEDICINA GENERAL

CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 276947

NO. ADMISION: 294594

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
276947	FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	34 AÑOS	MASCULINO	1113624151

Dirección: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO	Estado Civil: CASADO	
Fec. Nacim. : 15/12/1986	Fecha Ing.: 16/11/2021	Hora Ing.: 08:32
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL - PRESENCIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO DE MANEJO ORTOPEDICO, FRACTURA DE 1ER MTC MANO IZQUIERDA, FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA,CAPSULORRAFIA DE LA ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDO

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NO APLICA

EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 20 T/A : 120/80 TEMP : 36

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO DERECHO: ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NEUROLOGICO SIN DEFICIT
MANO IZQUIERDA: CON HERIDAS QX CICATRIZANDO SIN SIGNOS DE INFECCION, ARCOS DE MOVILIAD CONSERVADOS NEUROLOGICO SIN DEFICIT
RODILLA DERECHA CON HERIDAS QX CICATRIZANDO SIN SIGNOS DE INFECCION, ARCOS DE MOVILIDAD LEVEMENTE LIMITADOS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

S423 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO
S623 - FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS
S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 276947

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ NO. ADMISION: 294594

FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO (MANEJO ORTOPEDICO)
FRACTURA DE 1ER MTC MANO IZQUIERDA
FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA
CAPSULORRAFIA DE LA ARTICULACION METACARPOFALANGICA DE PULGAR IZQUIERDO

EVOLUCIÓN

MC CONTROL ORTOPEDIA

EA: PACIENTE CON FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO DE MANEJO ORTOPEDICO + FRACTURA DE 1ER MTC MANO IZQUIERDA + FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA DERECHA + CAPSULORRAFIA ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR IZQUIERDA

S/REFIERE DOLOR
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHO: ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, NEUROLOGICO SIN DEFICIT
MANO IZQUIERDA CON HERIDAS QX CICATRIZADAS SIN SIGNOS DE INFECCION, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT
RODILLA DERECHA CON HERIDAS QX CICATRIZADAS SIN SIGNOS DE INFECCION , ARCOS DE MOVILIDAD LEVEMENTE LIMITADOS POR DOLOR, NEUROLOGICO SIN DEFICIT

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: FRACTURA CONSOLIDANDO ADECUADAMENTE, NO SIGNOS DE DESPLAZAMIENTO.
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: FRACTURA EN PROCESO DE CONSOLIDACION
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: FRACTURA CON ADECUADA REDUCCION EN PROCESO DE CONSOLIDACION, OSTEOSINTESIS BIEN POSICIONADO

A/PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA POSOPERATORIA, SE DECIDE CONTINUAR PROCESO DE REHABILITACION FISICA, SE EXPLICA QUE YA AGOTÓ SOAT Y DEBE SEGUIR SU TRATAMIENTO EN SU EPS O PARTICULAR ,SE DAN RECOMENDACIONES Y SE ACLARAN DUDAS E INQUIETUDES.

PLAN:

SE RECOMIENDA USO DE CAPSAICINA CREMA APLICAR EN ZONAS QUIRURGICOS Y ZONA DE DOLOR, ADQUIRIR POR SU EPS O PARTICULAR

TERAPIA FISICA 15 SESIONES RODILLA DERECHA: ARCOS DE MOVILIDAD, NO APOYO. POR SU EPS

TERAPIA FISICA 15 SESIONES HOMBRO DERECHO POR SU EPS

TERAPIA FISICA 15 SESIONES MANO IZQUIERDA POR SU EPS

CONTROL ORTOPEDIA EN UN MES CON NUEVA RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA - ESTUDIO PLATILLOS TIBIALES.

CONTROL ORTOPEDIA EN SU EPS PARA MANEJO Y REHABILITACION DE SUS LESIONES.

INCAPACIDAD POR 30 DIAS

RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

CONDUCTA / PLAN

1. 16/11/21 : RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL DERECHA
2. 16/11/21 : RADIOGRAFIA DE HUMERO DERECHO
3. 16/11/21 : RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA Y OBLICUA
4. 16/11/21 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 15 SESIONES HOMBRO DERECHO POR SU EPS
5. 16/11/21 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA RODILLA DERECHA 15 SESIONES POR SU EPS
6. 16/11/21 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 15 SESIONES MANO IZQUIERDA POR SU EPS
7. 16/11/21 : CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA EN UN MES CON RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA - ESTUDIO PLATILLOS TIBIALES

145

CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 276947

PACIENTE: 1113624151 - FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ NO. ADMISION: 294594

LESIONES

9. 16/11/21 : INCAPACIDAD MEDICA 30 DIAS

Eduardo Gonzalez Edery

Firma del Paciente

Dr. EDUARDO GONZALEZ EDERY
Reg.M. 1130664717 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 157114 - RADIOLOGIA
Fecha : 12-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL POP QX

Densidad y mineralización ósea conservada.
Material de osteosintesis en contexto de fractura en base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.
Vendaje.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 157114 - RADIOLOGIA
Fecha : 12-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

MANO IZQUIERDA OBLICUA POP QX

Paciente en posición prono con rotación de 5 ° de la mano
Densidad y mineralización ósea conservada.
Material de osteosintesis en contexto de fractura en base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.
Vendaje.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 157114 - RADIOLOGIA
Fecha : 12-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

RODILLA DERECHA AP Y LATERAL POP QX

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura de meseta tibial y asi como tambien de platillo tibial postero medial.
Fractura de cabeza del perone.
Espacios articulares preservados.
Alteracion de partes blandas.
Fijadores externos.
Vendaje de yeso.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 70024 - TOMOGRAFÍA
Fecha : 09-octubre-2021
Estudio : **Extremidades y articulaciones**

TAC 3D DE RODILLA DERECHA

TÉCNICA: Se realizaron cortes axiales, coronales, sagitales y secuenciales con reconstrucción en tercera dimensión.

HALLAZGOS: densidad ósea conservada.
Trazo fracturario multifragmentario a nivel de ambos platillos tibiales y a nivel de perone proximal.
Incremento del liquido articular.
Espacio articular femoro patelar de altura usual.
Rotula adecuadamente alineada en su troclea.
Musculatura cuadricipitales e isquiotibiales sin alteraciones.
Cóndilos tibiales internos y externos preservados.
Cóndilos femorales internos y externos preservados.
Carilla articular indemne.
No hay erosiones de las superficie articular.
No alteraciones en la alineación.
Signos de edema y tumefaccion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA DEL PACIENTE.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 70024 - TOMOGRAFÍA
Fecha : 09-octubre-2021
Estudio : **Extremidades y articulaciones**

TAC 3D DE MANO IZQUIERDA

TÉCNICA: Se realizaron cortes axiales, coronales, sagitales y secuenciales con reconstrucción en tercera dimensión.

HALLAZGOS: densidad ósea conservada.
Trazo fracturario a nivel de la base del 1er metacarpo.
No se reconocen trazos fracturarios en falanges proximales, mediales y distales.
Articulación radio cubito carpiana sin particularidades.
Espacios articulares preservados.
Signos de edema y tumefaccion de partes blandas.
Vendaje de yeso.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156960 - RADIOLOGIA
Fecha : 09-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL POP RED

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura en base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.
Vendaje de yeso.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156960 - RADIOLOGIA
Fecha : 09-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

MANO IZQUIERDA OBLICUA POP RED

Pte en posición prono con rotación de 5° de la mano.
Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura en base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.
Vendaje de yeso.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156960 - RADIOLOGIA
Fecha : 09-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

RODILLA DERECHA AP Y LATERAL POP RED

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura de meseta tibial y asi como tambien de platillo tibial postero medial.
Fractura de cabeza del perone.
Espacios articulares preservados.
Alteracion de partes blandas.
Vendaje de yeso.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 69991 - TOMOGRAFÍA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Extremidades y articulaciones**

TAC 3D DE HOMBRO DERECHO

TÉCNICA: Se realizaron cortes axiales, coronales, sagitales y secuenciales con reconstrucción en tercera dimensión.

HALLAZGOS: densidad ósea conservada.
Trazo de fractura en tuberosidad mayor humeral.
Articulacion acromioclavicular sin alteraciones.
Complejo glenohumeral sin particularidades.
Escapula normal.
Signos de edema y tumefaccion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas y coxo femorales**

INFORME

PELVIS

Densidad y mineralización ósea conservada.
No hay imágenes compatibles con fracturas.
Relaciones articulares conservadas.
Partes blandas conservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura de platillos tibiales desplazada inestable.
Espacios articulares de la rodilla son de altura usual
No alteraciones en la alineación.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura de platillos tibiales desplazada inestable.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

TOBILLO DERECHO AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
No hay imágenes compatibles con fracturas.
Relación articular conservada.
Partes blandas conservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

TOBILLO DERECHO ROTACION INTERNA

Pte en posición prono con rotación interna del pie de 10 a 15 °
Densidad y mineralización ósea conservada
No hay fracturas.
No alteraciones en la alineación.
Superficie articulares preservadas.
No hay derrame articular
No hay calcificaciones patológicas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
No hay imágenes compatibles con fracturas.
Partes blandas conservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

PIE IZQUIERDO OBLICUO

Pte en posición prono con rotación de 5 ° del pie.
Densidad y mineralización ósea conservada
No hay fracturas en los huesos (cuboides, navicular, escafoides y tres cuñas)
No alteraciones en la alineación.
Superficie articulares preservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

TOBILLO IZQUIERDO AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
No hay imágenes compatibles con fracturas.
Relación articular conservada.
Partes blandas conservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GÙTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

TOBILLO IZQUIERDO ROTACION INTERNA

Pte en posición prono con rotación interna del pie de 10 a 15 °
Densidad y mineralización ósea conservada
No hay fracturas.
No alteraciones en la alineación.
Superficie articulares preservadas.
No hay derrame articular
No hay calcificaciones patológicas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Tórax (PA o P A y lateral), reja costal**

INFORME

TORAX

Silueta cardiaca de apariencia habitual.
Hilios y mediastinos conservados.
Campos pulmonares sin lesiones ocupantes del espacio aéreo.
Senos costo y cardiofrenicos libres.
Traquea central.
No lesiones en rejas costales.
Estructuras óseas y de partes blandas conservadas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 - Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Tórax (PA o P A y lateral), reja costal**

INFORME

REJA COSTAL DERECHA

No hay fracturas.
No hay derrame pleural ni contusión pulmonar.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

HOMBRO DERECHO AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura de tuberodidad mayor del humero.
Relaciones articulares conservadas.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato**

INFORME

ESCAPULA DERECHA

Pte en posición prono con rotación de 20°
Densidad y mineralización ósea conservada.
Espacio inferior del acromion y de cabeza humeral negativo a pinzamiento del maguito rotador.
Apófisis coracoides y tubérculo menor en vista completa de perfil.
Borde del cuerpo de la escápula completo sin fracturas
Relación de la cavidad glenoidea preservada.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

CODO DERECHO AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
No hay imágenes compatibles con fracturas.
Relación articular conservada.
Partes blandas conservadas.

CONCLUSION. ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

MUÑECA IZQUIERDA AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
Trazo de fractura oblicua a nivel de la base del 1er metacarpo con compromiso intraarticular.
Varianza cubital neutra.
Relación articular conservada.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), e**

INFORME

MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL

Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura luxacion a nivel de la base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

ODONTOTRANS S.A.S
CENTRO DE IMAGENOLOGIA

Paciente : FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
Caso No. : 141798 Orden: 156947 - RADIOLOGIA
Fecha : 08-octubre-2021
Estudio : **Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la re**

INFORME

MANO IZQUIERDA OBLICUA

Pte en posición prono con rotación de 5 ° de la mano.
Densidad y mineralización ósea conservada.
Fractura luxacion a nivel de la base del 1er metacarpo.
Alteracion de partes blandas.

CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ERNESTO AFANADOR GARCIA
Medico Radiologo
Reg.M. 004665

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN NÚMERO 1555 DE 2010
(Julio 30)

Por la cual se actualizan las Tablas de Mortalidad de Rentistas Hombres y Mujeres

EL SUPERINTENDENTE FINANCIERO

En ejercicio de sus facultades y en especial de las que le confiere el artículo 45 del Decreto 656 de 1994 y el numeral 9 del artículo 11.2.1.4.2 del Decreto 2555 de 2010,

CONSIDERANDO

PRIMERO: Que corresponde a la Superintendencia Financiera de Colombia fijar las tablas de mortalidad de rentistas que deben utilizar las entidades administradoras del Sistema General de Pensiones, del Sistema General de Riesgos Profesionales y las aseguradoras de vida, para la elaboración de sus productos y de los cálculos actuariales que se deriven de los mismos.

SEGUNDO: Que a través de la Circular Externa 071 de 2000 se solicitó a las entidades administradoras del sistema general de pensiones y a las aseguradoras de vida con ramo aprobado de rentas vitalicias, el reporte de las estadísticas de mortalidad de rentistas de la población afiliada al Sistema General de Pensiones.

TERCERO: Que a partir de la mencionada información se efectuaron estudios sobre la materia tanto por la Superintendencia Financiera de Colombia como por las industrias aseguradora y de administradoras de fondos de pensiones.

CUARTO: Que con base en los mencionados estudios y una vez obtenidos los comentarios y observaciones de otras entidades interesadas, se hace necesaria su actualización, motivo por el cual esta Superintendencia ha elaborado nuevas tablas de mortalidad para los rentistas, discriminadas por sexo, tomando como base la experiencia obtenida para el período 2005-2008.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Reemplazar las Tablas de Mortalidad de Rentistas Válidos adoptadas mediante la resolución 0585 del 11 de abril de 1994, en adelante RV89, por las siguientes tablas, en adelante RV08:

Donde:

x Edad Actuarial

$l(x)$ Indica el número de sobrevivientes a la edad x tomando un grupo inicial supuesto de 1´000.000 de personas de edad 15 años.

$d(x)$ Indica el número esperado de personas que fallecen a la edad x, sin alcanzar la edad $x+1$, donde $d(x) = l(x) - l(x+1)$.

$q(x)$ Indica la probabilidad de fallecer a la edad x, sin alcanzar la edad $x+1$. Esto es, $q(x) = d(x)/l(x)$.

$e^{\circ}(x)$ Vida media Completa. Años esperados de vida de una persona de edad x, antes de morir.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TABLA DE MORTALIDAD DE RENTISTAS HOMBRES

EXPERIENCIA 2005-2008

x	l(x)	d(x)	q(x)	$e^{o}(x)$
15	1,000,000	485	0.000485	64.8
16	999,515	496	0.000496	63.9
17	999,019	509	0.000509	62.9
18	998,510	522	0.000523	61.9
19	997,988	537	0.000538	60.9
20	997,451	553	0.000554	60.0
21	996,898	571	0.000573	59.0
22	996,327	591	0.000593	58.0
23	995,736	612	0.000615	57.1
24	995,124	636	0.000639	56.1
25	994,488	662	0.000666	55.1
26	993,826	690	0.000694	54.2
27	993,136	721	0.000726	53.2
28	992,415	755	0.000761	52.3
29	991,660	792	0.000799	51.3
30	990,868	832	0.000840	50.3
31	990,036	877	0.000886	49.4
32	989,159	926	0.000936	48.4
33	988,233	979	0.000991	47.5
34	987,254	1,038	0.001051	46.5
35	986,216	1,102	0.001117	45.6
36	985,114	1,172	0.001190	44.6
37	983,942	1,249	0.001269	43.7
38	982,693	1,333	0.001356	42.7
39	981,360	1,424	0.001451	41.8
40	979,936	1,525	0.001556	40.8
41	978,411	1,635	0.001671	39.9
42	976,776	1,755	0.001797	39.0
43	975,021	1,886	0.001934	38.0
44	973,135	2,030	0.002086	37.1
45	971,105	2,186	0.002251	36.2
46	968,919	2,358	0.002434	35.3
47	966,561	2,544	0.002632	34.4
48	964,017	2,748	0.002851	33.4
49	961,269	2,971	0.003091	32.5
50	958,298	3,213	0.003353	31.6
51	955,085	3,477	0.003641	30.7
52	951,608	3,765	0.003956	29.9
53	947,843	4,077	0.004301	29.0
54	943,766	4,418	0.004681	28.1
55	939,348	4,744	0.005050	27.2
56	934,604	5,106	0.005463	26.4
57	929,498	5,507	0.005925	25.5
58	923,991	5,952	0.006442	24.6
59	918,039	6,444	0.007019	23.8
60	911,595	6,988	0.007666	23.0
61	904,607	7,588	0.008388	22.1
62	897,019	8,250	0.009197	21.3
63	888,769	9,134	0.010277	20.5
64	879,635	10,078	0.011457	19.7
65	869,557	11,080	0.012742	19.0
66	858,477	12,143	0.014145	18.2
67	846,334	13,265	0.015673	17.4
68	833,069	14,446	0.017341	16.7
69	818,623	15,683	0.019158	16.0
70	802,940	16,972	0.021137	15.3
71	785,968	18,310	0.023296	14.6
72	767,658	19,688	0.025647	14.0
73	747,970	21,098	0.028207	13.3
74	726,872	22,530	0.030996	12.7
75	704,342	23,970	0.034032	12.1
76	680,372	25,402	0.037335	11.5
77	654,970	26,808	0.040930	10.9
78	628,162	28,168	0.044842	10.4
79	599,994	29,456	0.049094	9.8
80	570,538	30,646	0.053714	9.3
81	539,892	31,711	0.058736	8.8
82	508,181	32,619	0.064188	8.3
83	475,562	33,340	0.070107	7.8
84	442,222	33,841	0.076525	7.4
85	408,381	34,093	0.083483	7.0
86	374,288	34,069	0.091023	6.6
87	340,219	33,745	0.099186	6.2
88	306,474	33,103	0.108012	5.8
89	273,371	32,136	0.117555	5.4
90	241,235	30,844	0.127859	5.1
91	210,391	29,239	0.138975	4.8
92	181,152	27,344	0.150945	4.5
93	153,808	25,199	0.163834	4.2
94	128,609	22,851	0.177678	3.9
95	105,758	20,363	0.192543	3.6
96	85,395	17,839	0.208900	3.3
97	67,556	15,350	0.227219	3.1
98	52,206	12,921	0.247500	2.9
99	39,285	10,597	0.269747	2.6
100	28,688	8,433	0.293956	2.4
101	20,255	6,484	0.320118	2.2
102	13,771	4,796	0.348268	2.1
103	8,975	3,395	0.378273	1.9
104	5,580	2,290	0.410394	1.7
105	3,290	1,462	0.444377	1.6
106	1,828	878	0.480306	1.4
107	950	492	0.517895	1.3
108	458	256	0.558952	1.1
109	202	121	0.599010	0.9
110	81	81	1.000000	0.5

TABLA DE MORTALIDAD DE RENTISTAS MUJERES

EXPERIENCIA 2005-2008

x	l(x)	d(x)	q(x)	$e^{o}(x)$
15	1,000,000	272	0.000272	70.0
16	999,728	278	0.000278	69.1
17	999,450	285	0.000285	68.1
18	999,165	293	0.000293	67.1
19	998,872	302	0.000302	66.1
20	998,570	311	0.000311	65.1
21	998,259	321	0.000322	64.2
22	997,938	332	0.000333	63.2
23	997,606	344	0.000345	62.2
24	997,262	357	0.000358	61.2
25	996,905	372	0.000373	60.2
26	996,533	388	0.000389	59.3
27	996,145	405	0.000407	58.3
28	995,740	425	0.000427	57.3
29	995,315	446	0.000448	56.3
30	994,869	469	0.000471	55.4
31	994,400	494	0.000497	54.4
32	993,906	522	0.000525	53.4
33	993,384	552	0.000556	52.4
34	992,832	585	0.000589	51.5
35	992,247	622	0.000627	50.5
36	991,625	662	0.000668	49.5
37	990,963	705	0.000711	48.6
38	990,258	753	0.000760	47.6
39	989,505	806	0.000815	46.6
40	988,699	863	0.000873	45.7
41	987,836	926	0.000937	44.7
42	986,910	994	0.001007	43.7
43	985,916	1,070	0.001085	42.8
44	984,846	1,152	0.001170	41.8
45	983,694	1,242	0.001263	40.9
46	982,452	1,341	0.001365	39.9
47	981,111	1,448	0.001476	39.0
48	979,663	1,566	0.001599	38.0
49	978,097	1,695	0.001733	37.1
50	976,402	1,836	0.001880	36.2
51	974,566	1,990	0.002042	35.2
52	972,576	2,158	0.002219	34.3
53	970,418	2,341	0.002412	33.4
54	968,077	2,541	0.002625	32.5
55	965,536	2,735	0.002833	31.6
56	962,801	2,950	0.003064	30.6
57	959,851	3,189	0.003322	29.7
58	956,662	3,456	0.003613	28.8
59	953,206	3,752	0.003936	27.9
60	949,454	4,082	0.004299	27.0
61	945,372	4,447	0.004704	26.2
62	940,925	4,853	0.005158	25.3
63	936,072	5,303	0.005665	24.4
64	930,769	5,801	0.006232	23.5
65	924,968	6,351	0.006866	22.7
66	918,617	6,959	0.007576	21.8
67	911,658	7,629	0.008368	21.0
68	904,029	8,367	0.009255	20.2
69	895,662	9,177	0.010246	19.4
70	886,485	10,065	0.011354	18.6
71	876,420	11,036	0.012592	17.8
72	865,384	12,095	0.013976	17.0
73	853,289	13,245	0.015522	16.2
74	840,044	14,490	0.017249	15.5
75	825,554	15,832	0.019177	14.7
76	809,722	17,272	0.021331	14.0
77	792,450	18,809	0.023735	13.3
78	773,641	20,439	0.026419	12.6
79	753,202	22,154	0.029413	11.9
80	731,048	23,943	0.032752	11.3
81	707,105	25,791	0.036474	10.6
82	681,314	27,677	0.040623	10.0
83	653,637	29,572	0.045242	9.4
84	624,065	31,445	0.050387	8.9
85	592,620	33,252	0.056110	8.3
86	559,368	34,945	0.062472	7.8
87	524,423	36,469	0.069541	7.3
88	487,954	37,762	0.077388	6.8
89	450,192	38,757	0.086090	6.3
90	411,435	39,386	0.095728	5.8
91	372,049	39,709	0.106731	5.4
92	332,340	39,700	0.119456	5.0
93	292,640	39,188	0.133912	4.6
94	253,452	38,041	0.150092	4.2
95	215,411	36,189	0.168000	3.9
96	179,222	33,628	0.187633	3.5
97	145,594	30,428	0.208992	3.2
98	115,166	26,728	0.232082	3.0
99	88,438	22,719	0.256892	2.7
100	65,719	18,627	0.283434	2.5
101	47,092	14,679	0.311709	2.3
102	32,413	11,075	0.341684	2.1
103	21,338	7,968	0.373418	1.9
104	13,370	5,440	0.406881	1.7
105	7,930	3,505	0.441992	1.6
106	4,425	2,119	0.478870	1.4
107	2,306	1,194	0.517780	1.3
108	1,112	620	0.557554	1.1
109	492	295	0.599593	0.9
110	197	197	1.000000	0.5

Gmail

Mario Alfonso Castañda Muñoz <marioalfonsocm@gmail.com>

URGENTE - SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI CON FINES PROCESALES. Abogado Mario Alfonso Castañeda Muñoz – apoderado de los demandantes

Mario Alfonso Castañda Muñoz <marioalfonsocm@gmail.com> 14 de septiembre de 2023, 20:39
Para: contactenos@cali.gov.co, notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@cali.gov.co>, nestor.martinez@cali.gov.co, movilidad@cali.gov.co

Señores / septiembre 14 del 2023
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
contactenos@cali.gov.co ; notificacionesjudiciales@cali.gov.co
nestor.martinez@cali.gov.co ; movilidad@cali.gov.co
REFERENCIA: **SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI VALLE – CON FINES PROCESALES**
MARIO ALFONSO CASTAÑEDA MUÑOZ, abogado en ejercicio, portador de la T.P. N°220817 del C.S. de la J., en mi calidad de apoderado de los señores: FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ, MARICEL COBO MOSQUERA, LIBARDO RIVILLAS MONTES, LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL, YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ, NATALIA MOJICA RIVILLAS, ***conforme al mandato judicial que se adjunta, respetuosamente me permito solicitarle al Municipio de Santiago de Cali - Valle la siguiente información:***

1) Indicar si en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali Valle, **EXISTÍA O NO** para el mes de ***octubre del 2021***, ***alguna señal de tránsito que advirtiera a los conductores sobre la existencia del hundimiento y el hueco*** que presentaba la vía, y en caso negativo informar si en la actualidad se han instalado señales de advertencia sobre esa situación o si el hundimiento y el hueco fueron corregidos o si aún persisten.

Nota: (Este requerimiento se efectúa con premura y su contestación se allegará en la formulación de un proceso judicial, para tales fines se indica que su respuesta debe ser allegada al correo electrónico marioalfonsocm@gmail.com que corresponde a la del suscrito apoderado Mario Alfonso Castañeda Muñoz, para tales fines se allega el poder respectivo y se advierte que la no contestación de este requerimiento genera una falta disciplinaria gravísima).

URGENTE - SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI CON FINES PROCESALES. Abogado Mario Alfonso Castañeda Muñoz – apoderado de los demandantes.pdf
4697K

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES

……

NOMBRE: **FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ** **EDAD:** 36 Años

DOCUMENTO: 1.113.624.151 **FECHA:** 26/09/2023

……

ANÁLISIS DE FUNCIÓN LABORAL-OCUPACIONAL Y LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVDs)

Estudio realizado para *"determinar la existencia o no de la afectación en el rol laboral ocupacional que altere el desarrollo de actividades productivas como las actividades básicas de la vida diaria de la víctima y su clasificación conforme a su intensidad"*.

1. ANTECEDENTES Y OBJETO DEL DICTAMEN

A solicitud del abogado Mario Alfonso Castañeda Muñoz, se requiere que se realice el dictamen de la existencia o no de una lesión de carácter:

1) Limitación funcional en el desempeño laboral-ocupacional.

2) Afectación de las tareas y actividades que realiza diariamente, que le permiten vivir de manera autónoma y desempeñarse dentro de la sociedad.

3) Afectación en el desempeño de las actividades de la vida diarias como es la actividad sexual.

4) Afectación en las actividades de la vida diaria que comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito.

5) Afectación de las actividades avanzadas de la vida diaria, que alteran el desarrollo y realización personal, como son las tareas rutinarias que permiten al individuo obtener una labor remunerada; la participación en deporte recreativo, siendo esta una actividad que se comparte con amigos y familia.

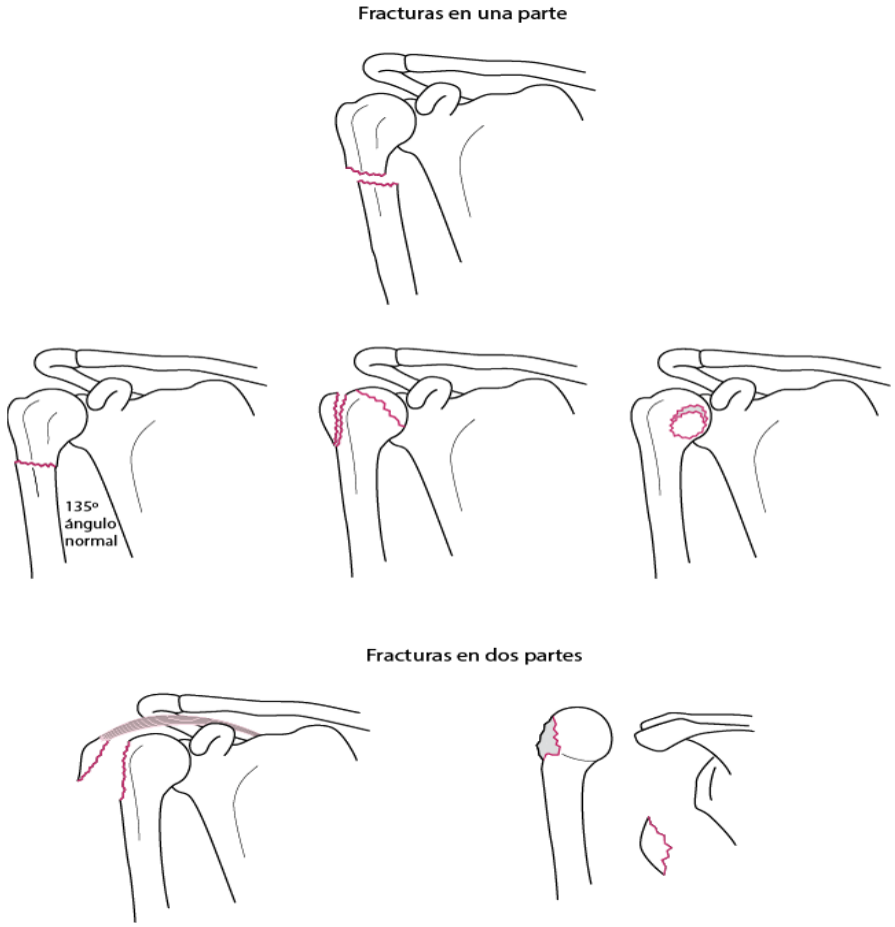
Aclaración**:* el presente concepto no pretende calificar económicamente las afectaciones laborales – ocupacionales y funcionales de la víctima, ya que es una función judicial, esta experticia se limitará exclusivamente a **ESTABLECER** las afectaciones físicas que alteran el desempeño físico funcional del señor ***Fernando

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Rivillas Gutiérrez, en las relaciones, laborales, familiares y sociales, constituyendo, así como una firme fuente en la labor de la medida del daño.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ANATOMÍA-PATOLOGÍA

FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DEL HÚMERO.



La mayoría de estas fracturas son el resultado de una caída sobre un brazo hiperextendido; con menor frecuencia, está involucrado un golpe directo.[1]

El húmero proximal forma parte de la articulación glenohumeral, diartrosis formada por la cabeza humeral y la cavidad glenoidea de la escápula, posee un alto grado

[1] https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/lesiones-y-envenenamientos/fracturas/fracturas-proximales-del-h%C3%BAmero#

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

de libertad para disponer la mano en todos los puntos posibles de una esfera cuyo radio es la longitud del brazo en extensión. Los relieves óseos del húmero proximal más importantes son la cabeza humeral, las tuberosidades mayor y menor, como inserciones musculares, y la corredera bicipital que se dispone entre ellos.

La mayor parte de los casos, se produce en pacientes, donde el mecanismo de producción principal es la caída relacionado con adultos jóvenes, que engloba al 50% de los pacientes varones, y se relaciona con traumatismos de alta energía resultando en fracturas conminutas y con gran daño de partes blandas

[2]

Las fuerzas musculares deformantes que actúan en la zona proximal del húmero son: el supraespinoso, que desplaza el troquiter en sentido superior y posterior; el subescapular responsable del desplazamiento medial del troquín; el pectoral mayor, que desplaza la diáfisis humeral de forma medial y el deltoides que desplaza el fragmento proximal en abducción. [3]

Tanto las fracturas del húmero proximal complejas que involucran tres y cuatro fragmentos, como las fracturas estables de uno o dos fragmentos o complejas no desplazadas, presentan riesgo elevado de presentar necrosis, siendo menor la probabilidad en las fracturas de menos fragmentos o no desplazadas.

[2] https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%20102.pdf
[3] https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2017/amc172n.pdf

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Se define como necrosis de la cabeza humeral, a la muerte in situ del hueso secundaria a una interrupción del flujo sanguíneo.[4]

5

LUXOFRACTURA DE BENNETT.

La luxo fractura de Bennett es una serie de fracturas de los metacarpianos, asociada a la fractura de trapecio fue descrita por primera vez por Brunelli en 1989; esta fractura que compromete la articulación carpo metacarpiana del primer dedo es extremadamente rara, con muy pocos reportes en la literatura. La fractura de trapecio se reporta en aproximadamente el 3 % al 5 % de las fracturas del carpo y puede presentarse en asociación a una fractura de Bennett ipsilateral en un 15 %. No deben ser consideradas como traumatismos triviales por las importantes secuelas a que podían dar lugar. La articulación trapecio metacarpiana ha sido de mucha importancia en la evolución humana pues permite el efecto de pinza u oposición del pulgar, característica evolutiva que permitió la aprehensión de objetos.

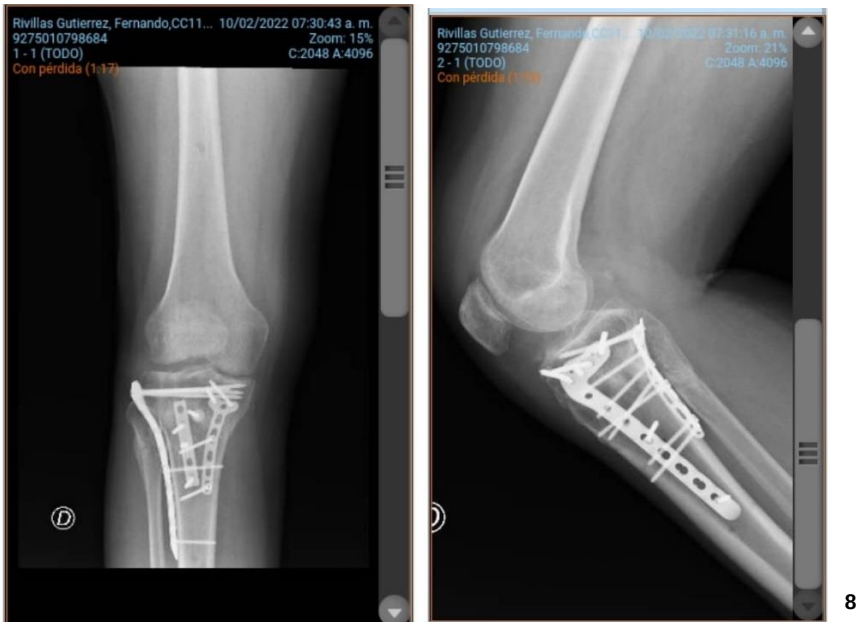
6

[4] https://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v29n2/v29n2a5.pdf
[5] Fotografía del señor Fernando Rivillas Gutiérrez
[6]https://www.google.com/search?sca_esv=568551326&sxsrf=AM9HkKn2H5ro8p4BEGeraoIRlUBgJGGHMg:1695752275160&q=luxofractura+de+bennett+pdf&tbm=isch&source=lnms&sa=X&ved=2ahUKEwiMn_O_8ciBAxWpSzABHdboCp8Q0pQJegQIDBAB&biw=1920&bih=923&dpr=1#imgrc=XuIjV-T7UyvLZM

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

La fractura, puede ser responsable de un severo déficit funcional del pulgar e incluso de una artrosis secundaria trapecio-metacarpiana. La articulación trapecio-metacarpiana.[7]

FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES SCHATKER II.



8

La fractura de meseta tibial es una fractura de hueso o rompimiento en la continuidad del hueso que ocurre en la parte próxima a la tibia o espinilla llamada meseta tibial; afectando la articulación de la rodilla, la estabilidad y el movimiento.

La meseta tibial es indispensable en el soporte del peso en el área localizada en la extremidad superior de la tibia y está compuesta de dos cóndilos cóncavos (cóndilo medial y cóndilo lateral) separados por una eminencia intercondílea y las zonas inclinadas al frente y detrás de ella.

Se puede dividir en 3 áreas: la meseta tibial medial (la parte de la meseta tibial que está más cerca del centro del cuerpo y que contiene el cóndilo medial), la meseta lateral (la parte de la meseta tibial que está más alejada del centro del cuerpo y que

[7] https://sccot.org/pdf/RevistaDigital/27-01-2013/09Luxofactura.pdf
[8] Radiografías de Fernando Rivillas Gutiérrez

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

contiene el cóndilo lateral) y la meseta tibial central (localizada entre las mesetas lateral y medial y que contiene la eminencia intercondílea).

Dependiendo del patrón de la lesión, estas pueden estar enfocadas a la tibia o puede haber lesión de tejido suave significativa al igual que lesiones de meniscos y ligamentos en la rodilla.

Aun así, una fractura de meseta tibial estándar implica ya sea una interrupción cortical, depresión o desplazamiento de las superficies articulares de la tibia proximal, pero sin implicar una lesión a la cápsula o a los ligamentos de la rodilla.

Las fracturas de meseta tibial normalmente presentan derrame de rodillas, hinchazón de los tejidos blandos de la rodilla e incapacidad para soportar peso. La rodilla puede estar deformada debido al desplazamiento y/o fragmentación de la tibia, lo que puede ocasionar la pérdida de su apariencia estructural normal.

[9]

Tipo II - Fracturas Desplazadas y Deprimidas.

Es necesaria una evaluación pre-operatoria adecuada para determinar el grado y la localización del hundimiento, pudiendo ser este anterior o central.

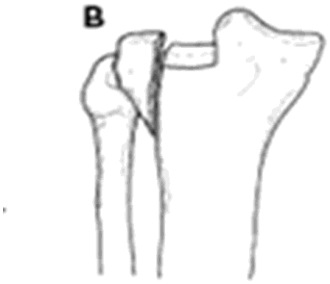
La reducción abierta o cerrada de la superficie articular también depende del estado del menisco. El menisco debe ser salvado a toda costa por varias razones, ayuda a distribuir y transmitir las cargas de la articulación, ayuda como techo de la superficie articular y previene el desplazamiento secundario de la superficie articular.

Se realiza un abordaje lateral mediante el cual se eleva la superficie articular con un desperiostizador o impactador, luego se coloca injerto óseo para mantener la reducción, este proceder puede ser facilitarse mediante el uso de distractores.

[9]https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Especial:DownloadAsPdf&page=Fractura_de_meseta_tibial&action=show-download-screen

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Cuando el cóndilo lateral está intacto o con ligera conminución pueden ser usados tornillos de esponjosa con o sin arandelas. Por otra parte, si la conminución es muy marcada y le hueso está osteoporótico entonces está indicada la utilización de placas AO.



Fracturas Desplazadas y Deprimidas: existe debilidad del hueso subcondral.[10]

COMPLICACIONES EN FRACTURAS DE PLATILLOS TIBIALES DE ALTA ENERGÍA

El compromiso de partes blandas y la conminución articular secundaria a la energía involucrada determinan una mayor tasa de complicaciones y morbilidad.

La reducción y osteosíntesis inmediata determina altas tasas de complicaciones; utilizar fijador externo transitorio las disminuiría.

Al afrontar el tratamiento de las fracturas de platillos tibiales de alta energía debemos considerar el uso de fijador externa transitorio para un adecuado control de la fractura y de las partes blandas para la cirugía definitiva.

Las fracturas de platillos tibiales secundarias a traumatismos de alta energía constituyen un subgrupo particularmente relevante. Este tipo de lesiones se encuentran asociadas a un importante compromiso articular determinado tanto por la conminución y la depresión de la superficie, como por la presencia de una inestabilidad muchas veces multidireccional, a lo cual se le agrega un significativo compromiso de partes blandas determinado por un importante edema, resultando de la activación de la cascada inflamatoria asociada al compromiso del drenaje venoso local e hipoxia cutánea, lo cual determina un aumento del daño de estas. La

[10] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600018

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

suma de estos factores determina un elevado riesgo de complicaciones y de morbilidades.

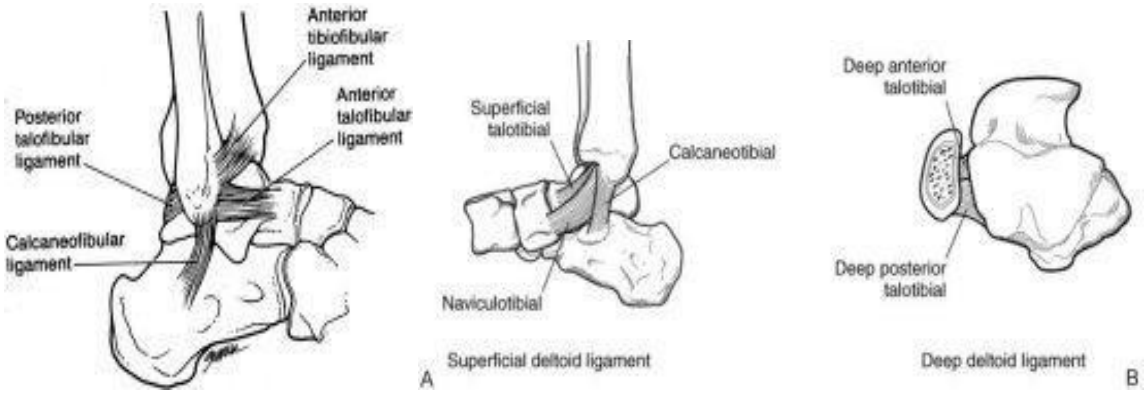
FRACTURA CONMINUTA CABEZA DEL PERONÉ.

Tobillo y pie son elementos de carga, ya que el soporte del peso en el miembro inferior hace que tengamos que pensar de forma especial en él. Sus lesiones son bastante frecuentes.

La articulación del tobillo está formada por el astrágalo, que articula con los maléolos tibial y peroneo, y la superficie articular distal de la tibia. El maléolo peroneo es posterior al tibial, y su extremo es más inferior. La porción supra maleolar de la tibia es conocida como pilón tibial.

La mortaja tibio-peroneo-astragalina es una articulación altamente congruente. Es un anillo osteoligamentoso que, actuando a modo de pinza, sujeta el pie haciendo que éste se adapte a las irregularidades del terreno. Las lesiones se dan cuando esta congruencia se deshace y se alteran las cargas. Al ser muy congruente, desplazamientos laterales del astrágalo de 2 mm disminuyen la superficie de contacto un 40-60%, lo que puede desembocar en una artrosis precoz.

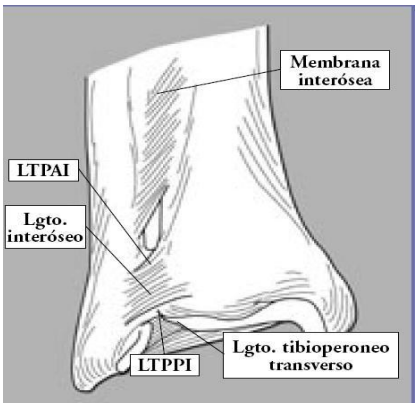
El anillo osteoligamentoso presenta unas equivalencias, formando esta mortaja: ligamento deltoideo, ligamento peroneo astragalino anterior, ligamento peroneo calcáneo, ligamento peroneo astragalino posterior.[11]



[11] https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-25-Traumatismos-de-tobillo-y-pie.pdf

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Sindesmosis tibioperonea, que es como un ‘’muelle’’ o amortiguador que acomoda la distinta posición del pie. [12]



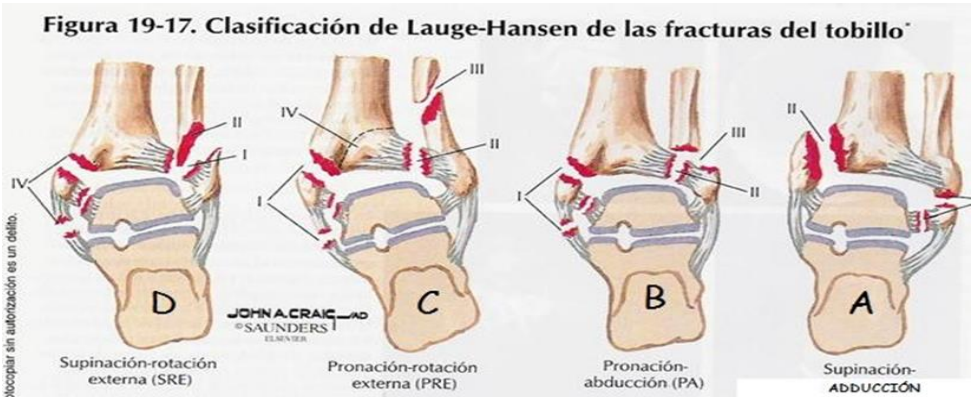
MECANISMO LESIONAL

Traumatismos por torsión, en varo o valgo. Son indirectos y van a dar lugar a los esguinces de tobillo y a las fracturas maleolares (tibia, peroné).

FRACTURAS MALEOLARES

Las fracturas de tobillo han sido clasificadas de muchas maneras, según el número de maléolos afectados, la estabilidad o el mecanismo de producción. Las fracturas por mecanismo directo son especiales.

Hay dos clasificaciones para este tipo de fracturas:



[12] https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-25-Traumatismos-de-tobillo-y-pie.pdf

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

- **LAUGE – HANSEN**: en relación con el mecanismo de producción esta clasificación nos dice la posición del pie (prono/supino) y la dirección de la fuerza de la fractura (aducción/rotación externa (Eversión); abducción).

- D) En la mayor parte de los casos (40-75%) se produce en ***SUPINACIÓN – ROTACIÓN EXTERNA***: (el pie se va hacia fuera) Se corresponde con el tipo B de Danis-Weber.

o Lateral: Fractura oblicua atrás y arriba, transindesmal o suprasindesmal (es decir, a la altura o encima de la sindesmosis).

o Medial:

- Fractura-avulsión del maléolo tibial
- Rotura ligamento deltoideo

o Sindesmosis: Anterior

El astrágalo golpea y la fuerza lesiona la sindesmosis (I), se extiende al peroné(II) y finaliza en el lado interno con una rotura del deltoideo o una fractura por avulsión del maléolo tibial (IV).

- C) ***PRONACIÓN- ROTACIÓN EXTERNA***: 7-19%. Se corresponde con el tipo C de Danis- Weber. Se produce lesión del deltoideo o del maléolo tibial (I), continúa a través de la sindesmosis (II), y termina produciendo una fractura de peroné proximal a la sindesmosis (III).

- B) ***PRONACIÓN- ABDUCCIÓN***: 5-21%. Se corresponden con el tipo B de Danis-Weber. La lesión se inicia a nivel medial (I), continúa a través de la sindesmosis (II) y finaliza con una fractura transversa del peroné a la altura de la interlínea articular (III).

- A) ***SUPINACIÓN-ADDUCCIÓN***: 10-20% Se corresponde con el tipo A de Danis-Weber. El pie en supinación se va hacia dentro: tracción del peroné, que sufre una fractura infrasindesmal (I), y el maléolo interno empuja, produciéndose una fractura vertical de éste (II). Éste es el mecanismo típico de lesión de los esguinces del complejo ligamentario lateral.

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES

FRACTURA CABEZA DEL PERONÉ

Las fracturas de la cabeza de fíbula (peroné) son raras, generalmente son acompañadas por fracturas de tibia proximal. Este tipo de fracturas son ocasionadas en su mayoría por traumas de alta energía, y en las que se puede acompañar de lesiones del ligamento colateral lateral (LCL). Suele deberse a traumatismos importantes como caídas de altura, accidentes de tráfico. Las fracturas de este hueso pueden asociarse a fractura de la meseta tibial o de la diáfisis tibial.

[13]

La cabeza del peroné cumple un papel importante en el cuerpo, ya que ayuda a proporcionar estabilidad a la zona de la rodilla porque se ubica en ella.

DOLOR NOCICEPTIVO

- Somático

El dolor somático es aquel cuyo origen es la información nociceptivo procedente de cualquier tejido que constituye la estructura del cuerpo. Estos tejidos son: huesos, músculos, articulaciones, ligamentos y tendones de la columna, tronco y extremidades. Técnicamente, también incluiría el dolor mediado por el sistema nociceptivo procedente del cráneo, las meninges que recubren el cerebro y la médula ósea y los dientes. De forma más explícita, el dolor somático incluye todos los dolores procedentes de estructuras no viscerales del cuerpo. El dolor procedente del cráneo se incluye como cefalea y el dolor de los dientes, como dolor dental. Por tanto, cuando hablamos de dolor somático nos referimos a todas aquellas

[13] https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-fractura-cabeza-fibula-reporte-un-S0120884519300239

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

estructuras musculo esqueléticas de la pared torácica y abdominal, la columna y las extremidades. El dolor de origen musculo esquelético es la causa más frecuente de consulta en las Unidades de Dolor.[14]

ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DE LA MARCHA Y SUS CONSECUENCIAS.

La marcha es la forma de desplazamiento en posición bípeda propia del ser humano en la que se suceden apoyos bipodales y monopodales y requiere un proceso de desarrollo y automatización.

La marcha humana es un proceso de locomoción que presenta eficiencia y funcionalidad única; así, cada individuo posee un patrón determinado en su ejecución al realizar menor esfuerzo y menor gasto de energía con adecuada estabilidad y propulsión. El patrón de marcha se adquiere en la infancia y, con la práctica, el sistema neurosensorial lo convierte en un proceso de adaptación que genera comandos repetitivos de controles motores, que le permiten al individuo caminar sin esfuerzo consciente.

MARCHA NORMAL

La locomoción humana normal se ha descrito como una serie de movimientos alternantes, rítmicos, de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento hacia delante del centro de gravedad.

El ciclo de la marcha comienza cuando el pie contacta con el suelo y termina con el siguiente contacto con el suelo del mismo pie. Los dos mayores componentes del ciclo de la marcha son: la fase de apoyo y la fase de balanceo. Una pierna está en fase de apoyo cuando está en contacto con el suelo y está en fase de balanceo cuando no contacta con el suelo.

Longitud del paso es la distancia lineal en el plano de progresión entre los puntos de contacto de un pie y el otro pie. La longitud del paso completo es la distancia lineal entre los sucesivos puntos de contacto del talón del mismo pie. El apoyo sencillo refiere al período cuando sólo una pierna está en contacto con el suelo, así mismo, el período de doble apoyo ocurre cuando ambos pies están en contacto con el suelo simultáneamente.

[14] https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/clasificacion-dolor

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Para referencia del pie significa que, por un corto período de tiempo, la primera parte de la fase de apoyo y la última parte de la fase de apoyo, el pie contralateral está también en contacto con el suelo. La ausencia de un período de doble apoyo distingue el correr del andar.

Una de las características del ser humano es la capacidad de caminar erguido de manera rítmica y aparentemente sin esfuerzo, comportándose como un evento continúo de transferencia de peso de una pierna a la otra, como desequilibrios sucesivos, con el objetivo de promover el cuerpo hacia adelante. La marcha humana es un proceso de locomoción que presenta eficiencia y funcionalidad única así, cada individuo, posee un patrón determinado en su ejecución al realizar menor esfuerzo y menor gasto de energía con adecuada estabilidad y propulsión.[15]

MARCHA PATOLÓGICA

La semiología más común de los procesos patológicos que afectan a la marcha de forma esquemática es la siguiente:

1. Dolor: Las reacciones fisiológicas al dolor van a alterar la marcha introduciendo, además, otros elementos como la limitación del movimiento y la debilidad muscular. El patrón característico de marcha antálgica es:
   - – Disminución de la velocidad.
   - – Disminución de la cadencia
   - – Disminución de la longitud de la zancada.
   - – Disminución del tiempo de apoyo.
   - – Abducción de los miembros superiores, con el fin de intentar:
     - a. Levitación del centro de gravedad.
     - b. Disminución de presiones sobre el miembro en apoyo

2. Limitación del movimiento: Los tejidos no permiten una movilidad suficiente para adoptar posturas normales y rangos de movimiento fisiológicos durante la marcha.
3. Debilidad muscular: debida a una atrofia muscular por desuso, a lesiones neurológicas.
4. Control neurológico deficitario: Se puede presentar en la patología del sistema nervioso central o periférico, manifestándose en diferentes alteraciones básicas:

[15] https://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094009.pdf

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

– Alteración de la propiocepción: es una causa importante de alteración de la marcha, ya que priva al paciente de la información sobre la posición articular, así como de la sensación de contacto con el suelo.

Limitación del movimiento. Los tejidos no permiten una movilidad suficiente para adoptar posturas normales y rangos de movimiento fisiológicos durante la marcha. La contractura o retracción suele ser la causa más habitual a consecuencia de una inmovilidad prolongada o como secuelas de una lesión. [16]

3. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDS), QUE PRESENTA EL EVALUADO.

El señor ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ,*** se encuentra con ***fractura de tuberosidad mayor de húmero derecho; luxo-fractura de Bennett izquierda; fractura de platillos tibiales Schatczker II derecho; fractura conminuta de la cabeza del peroné derecho,*** que le limita las actividades de la vida diaria (AVDs), durante el desempeño ocupacional-laboral.

En la valoración y entrevista con el paciente, refiere retraimiento a las actividades sexuales que la limitación física le causa desinterés a la actividad sexual, esto ha generado alteración de sus relaciones sexuales, causando cambio substancial en la vida íntima.

En su campo laboral, le quedó limitado el desplazamiento en posición bípeda por trayectos largos, por la alteración en las fases del patrón de marcha, esto le incrementa el dolor en miembro inferior derecho, en especial en la articulación de rodilla derecha, alcanzando dolor de (8-9/10) en la escala EVA, actividad laboral que desempeñaba como albañil y que dejó de realizar.

El desplazamiento que realizaba independiente en vehículos automotores (moto) a los diferentes sitios, donde laboraba y en sus actividades familiares, ahora los realiza con temor por la limitación física que presenta en la rodilla derecha a la flexo-extensión que le causa dolor e inestabilidad al apoyo en su miembro inferior derecho, y la disminución de la fuerza muscular en su mano derecha que se presentan al realizar movimientos propios para conducir un automotor.

[16]https://fondoscience.com/sites/default/files/articles/pdf/rpt.1701.fs031010-marcha-patologica.pdf

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

En sus actividades instrumentales de la vida diaria, como son las actividades lúdicas con sus familiares, los dejó de realizar, el solo hecho de presentar dolor permanente en rodilla derecha de (5-6/10 EVA) para compartir con su familia, permanecer en posición bípeda o realizar cambios de posición de sedente a bípedo que le incrementa el dolor, limitó básicamente los paseos e integraciones familiares, salir a caminar, montar en bicicleta, jugar basquetbol y voleibol con sus hijas y con amigos como acostumbraba, actividades que quedaron limitadas por el dolor y la limitación física que causa sus secuelas de la fractura de rodilla derecha.

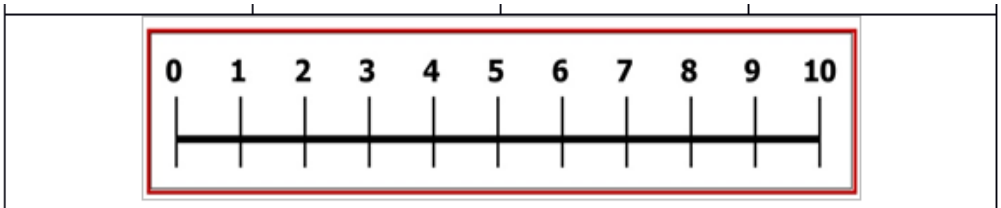
4. COMPONENTE TEÓRICO DE LA EXPERTICIA.

La Escala Visual Analógica (EVA) ideada por Scott Huskinson que permite medir la intensidad del dolor resulta básico para el manejo y tratamiento de éste, y es algo que se utiliza de manera habitual en la práctica clínica.

La **Escala Visual Analógica** (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

La valoración será:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



Puntuación: 0: no dolor; 1-2 dolor leve; 3-5 dolor moderado; 6-8 dolor intenso; 9-10 máximo dolor imaginable

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES

5. CONCLUSIÓN

El señor ***Fernando Rivillas Gutiérrez,*** presenta ***fractura de tuberosidad mayor de húmero derecho; luxo-fractura de Bennett izquierda; fractura de platillos tibiales Schatczker II derecho; fractura conminuta de la cabeza del peroné derecho,*** que disminuyó su capacidad laboral para realizar cambios de posición de bípedo, cuclillas o arrodillarse, alterando el patrón de marcha, y los movimientos de flexo-extensión de rodilla derecha, estos le causan dolor de (8-9/10) en la escala EVA, siendo un dolor nociceptivo–somático, incrementándose al momento de ejecutar el apoyo y la marcha como lo requiere la actividad laboral que desempeñaba. Igualmente, limitación a los agarres y la disminución de la fuerza muscular de la mano derecha que demanda para realizar las labores propias de un albañil, como es el uso de herramientas y el transporte de materiales de construcción, y la limitación de los movimientos de su hombro derecho quedando restringida la actividad laboral que desempeñaba y que dejó de realizar. Limitando así las actividades profesionales, laborales-ocupacionales. Siendo clasificada esta afectación ***ocupacional -laboral*** como **ALTA.**

La limitación por la ***fractura de tuberosidad mayor de húmero derecho; luxo-fractura de Bennett izquierda; fractura de platillos tibiales Schatczker II derecho; fractura conminuta de la cabeza del peroné derecho***, le causa dolor nociceptivo–somático, afectando completamente las actividades de su intimidad, que le genera dificultad para realizar las posiciones propias durante el acto sexual, ocasionando cambio substancial en su vida sexual, parte inherente del desarrollo del ser humano. Siendo clasificada esta afectación en su ***actividad de la vida diaria- AVDs desempeño sexual*** como **ALTA.**

La movilidad y el desplazamiento que efectúa el evaluado en forma independiente y autónoma en la moto, a los diferentes sitios donde laboraba y en sus actividades, ahora los ha reducido por la limitación y el dolor que le causa el movimiento de flexo-extensión de su rodilla derecha y el apoyo en su miembro inferior para conservar el equilibrio, y la disminución de la fuerza muscular para realizar agarres con su mano derecha, movimientos propios que requiere para maniobrar con seguridad el vehículo. Siendo clasificada esta afectación en su **actividad de la vida diaria- AVDs movilización y transporte** como **ALTA.**

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

Finalmente, en lo concerniente a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, actividades lúdicas, y las frecuentes salidas que realizaba de paseos e integraciones con sus familiares, quedaron limitadas por el dolor y la limitación física que causa sus secuelas de la fractura de la rodilla derecha. Siendo clasificada esta afectación en su **actividad de la vida diaria- AVDs recreación y deporte** como **ALTA.**

6. ANEXOS.

Adjunto hoja de vida, título profesional y componente teórico.

6. HOJA DE VIDA

Formación Académica

UNIVERSITARIOS: Universidad Autónoma de Manizales
Manizales (Caldas).
Fisioterapeuta. 1992

Universidad Libre Seccional Pereira
Especialista en Salud Ocupacional Gerencia y Control de Riesgos. 2012.

Unidad Central del Valle del Cauca.
Abogado 2023.
Tuluá

DIPLOMADO: INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA EN COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
ARMENIA MAYO - AGOSTO 2002

DIPLOMADO: EN EMPRENDIMIENTO
UNIDAD CENTRAL DE VALLE DEL CAUCA
TULUÁ-VALLE DEL CAUCA
JULIO-DICIEMBRE 2008

DIPLOMADO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL VALLE
TULUÁ MARZO- JUNIO 2011

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

ESPECIALIZACIÓN SALUD OCUPACIONAL GERENCIA Y CONTROL DE RIESGOS
UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA. MAYO 2011 - ABRIL 2021

CURSO EN SALUD OCUPACIONAL
SENA VIRTUAL ABRIL – MAYO 2011

ACTUALIZACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
ICONTEC
SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA MARZO – ABRIL 2014

ABOGADO
UNIDAD CENTRAL DEL VALLLE DEL CAUCA
MAYO -2023

DESEMPEÑO

ENTIDAD	UNIDAD DE SALUD “LOS SAUCES” FISIOTERAPEUTA Abril 1993 a la fecha Tuluá
ENTIDAD	CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN I.S.S. FISIOTERAPEUTA Marzo - Abril 1994
	CAB ISS DE TULUÁ FISIOTERAPEUTA
ENTIDAD	Junio - Julio 1994 - Enero 1995 Junio - Julio 1995 - Enero 1996 Junio - Julio 1996 Diciembre de 1997 Marzo de 1998
ENTIDAD	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA – TULUÁ FISIOTERAPEUTA 1996 a la fecha Tuluá
ENTIDAD	HOSPITAL SAN BERNABÉ FISIOTERAPEUTA 1996 -2012 Bugalagrande

Martha Lucia Botero G.
Fisioterapeuta Reg. 20091
Esp. Salud Ocupacional Lic. 0425

UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES

ENTIDAD	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE FISIOTERAPEUTA Junio 2006 - Diciembre 2010 Tuluá
ENTIDAD	UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES FISIOTERAPEUTA 1993-Actualmente

8. COMPETENCIA Y JURAMENTO DE IMPARCIALIDAD.

Informo a la autoridad judicial que acredito idoneidad en el objeto de la experticia, además no se presenta ningún conflicto de interés realizando la presente experticia de manera ética y profesional con fundamento en la Resolución 2346 de 2007 por lo cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales y la Escala Visual Analógica (EVA).

9. SUSTENTACIÓN DEL DICTAMEN Y NOTIFICACIÓN.

Declaro al despacho que dispongo con total disponibilidad y voluntad para sustentar el presente dictamen. Recibiré notificaciones en la Carrera 35 N° 24-56 Tuluá Valle del Cauca, celular 3174349701, y al Email: saucesmarthalu@gmail.com

Martha Lucía Botero G.
Fisioterapeuta R.S.S.V. 20091 -
Especialista Salud Ocupacional
Reg. 0425

Martha Lucia Botero Gómez
Fisioterapeuta.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

LA CORPORACION AUTONOMA UNIVERSITARIA DE MANIZALES

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
Reconócese este título para todos los efectos legales
Mz. 26-II-93
Res. 1168

Confiere a

Martha Lucia Botero Gómez

Identificado con C.C. 31.406.593 *de* Cartago (Valle) *el Título de*

Fisioterapeuta

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la ciudad de Manizales *el* 16 *de* Diciembre *de* 1992

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO DE CALDAS
Jefe de Personal
SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIO DE EDUCACION

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Martha Lucia Botero Gómez

C.C. No. 31.406.593 de Cartago

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Salud Ocupacional, Gerencia y Control de Riesgos

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

El Rector

El Secretario General

En la ciudad de Pereira

25 de Mayo del 20 12

Acta 148 Folio 148 Libro 2

C.T. 109171

Oficina de Admisiones y Registro

25 de Mayo del 20 12

Registro 09854 Folio 174 Libro de Registro 2

Jefe de Admisiones y Registro

Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria

por **ASPADEX** | Ene 28, 2020 | **Discapacidad Intelectual** | **12 Comentarios**

En el campo de la dependencia se habla en muchas ocasiones de las actividades de la vida diaria, por lo que queremos aclarar este concepto. Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son el conjunto de actividades que permiten a una persona **vivir de forma independiente y autónoma**.

Las **actividades de la vida diaria** son aquellas actividades del día a día que son necesarias para la persona, y que además tienen una finalidad o un propósito. Son

importantes no solo para poder desenvolverse de forma autónoma, sino también para mantener una buena salud física e intelectual, puesto que implican una ocupación y organización del tiempo, mantener las capacidades, tomar decisiones…
La definición de Predetti (1981) puede darnos una visión amplia de este término: "actividades de la vida diaria son tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que permiten a un individuo alcanzar independencia personal en su entorno".
Para desarrollar estas actividades es necesario un aprendizaje inicial, así los niños aprenden a bañarse, comer, usar el baño,… Una vez que se adquieren se van realizando de forma rutinaria. Algunos **niños con discapacidad** pueden necesitar de algunos apoyos adicionales para ir desarrollando estas habilidades, es muy importante que esto se realice a través del juego, para que no sea una tarea pesada o aburrida y para que consigan mejores resultados.
Cuando una persona tiene algún tipo de discapacidad, se encuentra con dificultades para realizar estas tareas, bien por limitaciones físicas (silla de ruedas, falta de algún miembro…) o por limitaciones cognitivas (demencia, enfermedades mentales…). Si esto pasa la persona necesitará o bien de distintos tipos de apoyos o bien de adaptaciones que le permitan recuperar al máximo su autonomía.
Las actividades de la vida diaria pueden ser básicas, instrumentales o avanzadas, ampliaremos a continuación esta definición.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Contenido de este artículo

- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
- ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA
- ESCALAS PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
  - ÍNDICE DE BARTHEL
  - ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Como su propio nombre indica, este grupo de actividades están orientadas al cuidado y mantenimiento del cuerpo. Se realizan a diario y casi de forma automática, y son además imprescindibles para poder sobrevivir. Podemos agruparlas a su vez en varias secciones:

- Alimentación: llevar la comida/bebida a la boca, masticar y tragar,
- Aseo e higiene: lavar, enjabonar y aclarar partes del cuerpo, control de esfínteres
- Vestido: vestirse y desvestirse, elección de prendas acorde al tiempo, situación…
- Movilidad: moverse para realizar actividades cotidianas
- Sueño y descanso: organizar las pausas necesarias en el trabajo o actividad.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Son más complejas que las anteriores, tanto a nivel cognitivo como motriz, en las que es necesario interacción con el medio. Son menos "básicas", por lo que no limitan tanto la autonomía, pudiendo delegarse en otros.

- Cuidar de otras personas o mascotas
- Preparar la comida

- Comunicarse por medios como la escritura, el teléfono, ordenador…
- Movilidad para conducir, usar medios de transporte, moverse polo por la comunidad
- Mantenimiento de la salud: manejar la medicación, controlar la alimentación, asistir al médico…
- Manejar el dinero: realizar compras, manejo de financzas
- Mantenimiento y cuidado del hogar: mantener y reparar objetos
- Pedir ayuda en situaciones de emergencia

ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA

Dentro de este grupo se encuentran actividades más complejas que las anteriores, pero que nos permiten participar en la comunidad como uno más.

- Participar en actividades educativas
- Tener un empleo
- Actividades para entretenerse, disfrutar
- Participar en la sociedad

ESCALAS PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Existen distintas escalas que nos permiten valorar cómo una persona se encuentra en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con las que podemos tener un indicador de la autonomía y apoyos que necesita esa persona.
Dos de las escalas más usadas son el índice de Barthel y el de Lawton y Brody. Explicamos brevemente cada una de ellas.

ÍNDICE DE BARTHEL

Esta escala valora un total de 10 parámetros (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, trasladarse, deambular y escalones), asignando una puntuación en función de la dependencia que la persona presenta en cada uno de ellos (desde totalmente independiente, ayuda parcial, dependiente…).
La puntuación máxima que puede obtenerse en la escala es de 100 puntos, siendo en este caso la persona Independiente.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Para que esta información sea fiable, debe ser recogida por una persona que tenga información sobre las actividades de la vida diaria sobre las que se pregunta.
En esta escala se valoran los siguientes aspectos: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. En cada uno de los ítems se marcará aquella opción que más se aproxima a la situación actual de la persona, asociándose este dato con una puntuación numérica.
La obtención de 0 puntos indicaría la máxima dependencia, mientras que los 8 puntos indicarían total independencia.
Las personas con discapacidad intelectual pueden necesitar apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero con los apoyos necesarios pueden llevar una vida normalizada. En nuestros talleres ocupacionales estas personas elaboran productos originales y únicos. Podéis visitar nuestra tienda online: **http://masqueunregalo.org/** . Los beneficios obtenidos nos permiten mejorar la calidad de los servicios que prestamos a estas personas, mejorando así su calidad de vida.

Blog

« Atrás

Tratamiento del niño con dolor

Fecha de publicación19/04/18 20:00

La valoración y tratamiento del dolor en los niños es una parte importante de la practica pediátrica, y el fallo en proporcionar un adecuado control del dolor nos lleva a una mala y poco ética practica medica.

Valoración

Puesto que el dolor es un síntoma cuya presencia puede requerir un tratamiento específico tanto para su control como para facilitar la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como para limitar su repercusión sobre la hemodinámica, debería contemplarse su valoración sistemática como parte de la evaluación del paciente pediátrico en Urgencias.

Las manifestaciones del dolor se expresan de forma distinta en función de la edad (neonato, lactante, niño, adolescente).No obstante, en todos los casos se combinan las manifestaciones subjetivas, verbalizadas o no, con alteraciones de la fisiología, que pueden traducirse en diferentes escalas.

Existen diversas escalas de medida del dolor, basadas en sistemas gráficos, analógicos o numéricos. La elección de la escala no es tan importante como la aplicación regular de alguna forma de evaluación sistemática del dolor. En cualquier caso, deben utilizarse aquellas escalas que se adapten mejor a la edad y a la situación del paciente. Las escalas a aplicar según la edad del paciente pueden ser objetivas o subjetivas. Dentro de las escalas objetivas, las escalas conductuales valoran las actitudes y el comportamiento de los niños ante el dolor. La escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) considera estos 5 ítems: cara, movimiento de piernas, actividad, llanto, consolabilidad.

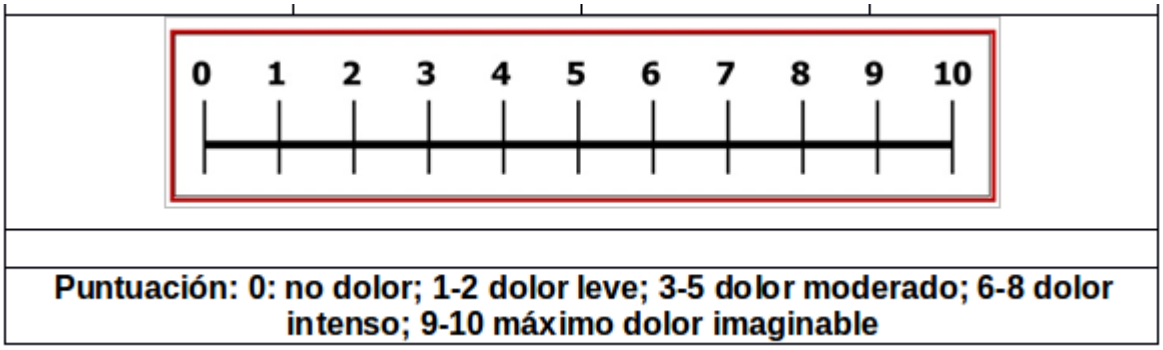


Tabla 1 *FLACC. Escala a utilizar en niños de 1 mes a 3 años de edad no colaboradores*

Escalas de dibujos faciales. Consiste en una representación del dolor en dibujos que representan caras, que se corresponden a distintas intensidades. El niño escoge con cuál de ellas se identifica. Existen distintas variaciones de este método. La escala facial de Wong/Baker consiste en 6 caras, con una puntuación del 0 al 10 en intensidad.

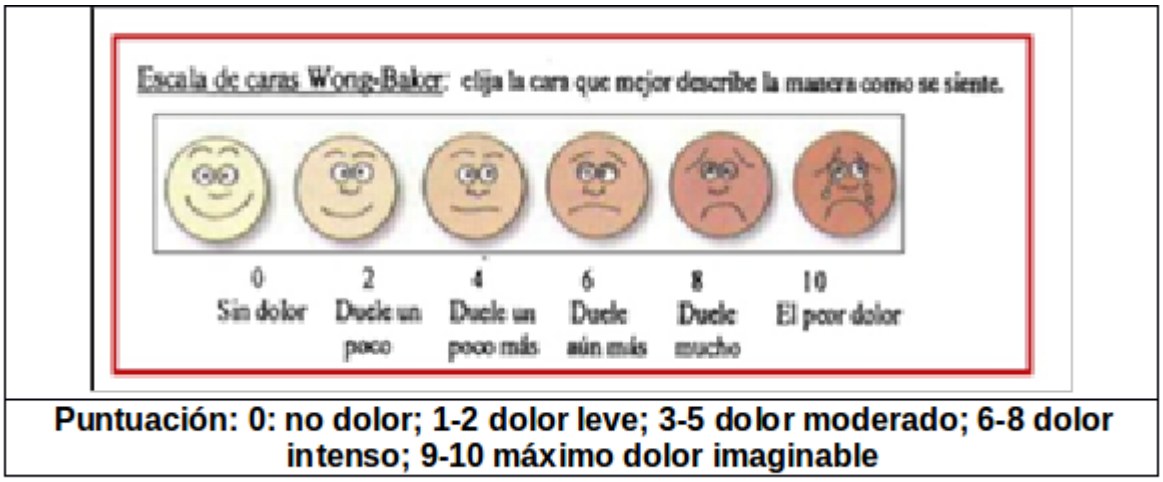


Tabla 2 *Escala de caras de Wong-Baker. Escala a utilizar en niños de 3 a 7 años colaboradores*

Escalas numéricas. Se indica al niño que cuantifique su dolor otorgando una puntuación de 0 a 10.Tiene mayores limitaciones de edad y desarrollo intelectual.

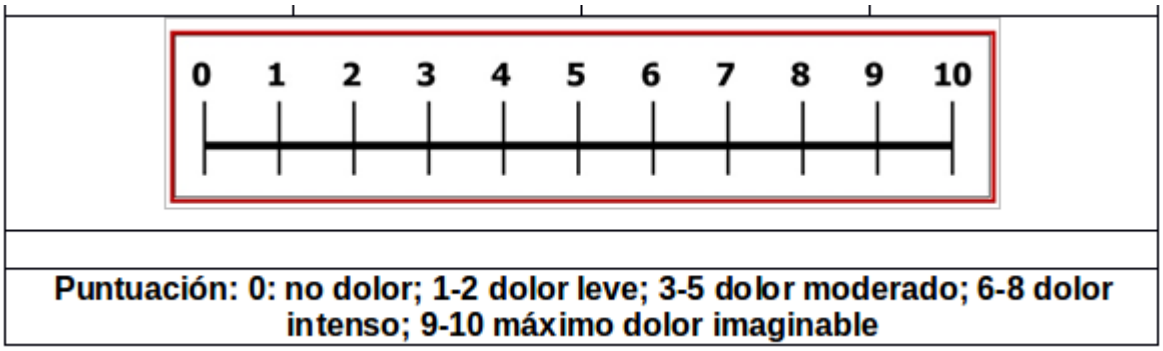


Tabla 3 *Escala numérica. Escala a utilizar en niños mayores de 8 años colaboradores*

Rev Soc Esp Dolor
2018; 25(4): 228-236

DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017

Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios

M. T. Vicente Herrero[1], S. Delgado Bueno[2], F. Bandrés Moyá[3], M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre[4] y L. Capdevila García[5]

[1]Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Valencia. [2]Medicina Forense. Instituto Médico-Legal Abascal. Madrid. [3]Profesor Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. [4]Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Albacete. [5]Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Valencia. España

Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV y Capdevila García L. Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):228-236.

ABSTRACT

Pain is defined as an unpleasant emotion, experience, or sensation, associated with potential or the general population, but it acquires special relevance among the working-class population, because of its socioeconomic implications.

The objective of this work is to perform a review of the different scales and questionnaires used for the assessment of pain and its limitations, for their later use in medical, professional, and research purposes.

An investigation of the different scales, questionnaires, disability and incapacity concept for the assessment of pain was carried out, comparing them and reviewing the consideration of pain as an object of qualification in different countries.

The results reaffirm the complexity of the assessment of pain, especially for its future use, quantification, and qualification when those did not previously existed.

Conclusion: All kinds of measurement scales and questionnaires are considered very useful, all beign valid, but none finally conclusive; The researchers must decide which method they will apply in each different case, based on their experience and the goal they try to achieve.

Key words: Pain, scales, questionnaires, disability.

RESUMEN

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. Es una patología prevalente en población general y que adquiere especial relevancia entre la población laboral por sus implicaciones socioeconómicas.

Es objetivo de este trabajo revisar los distintos baremos, escalas y cuestionarios utilizados para la valoración del dolor y sus limitaciones para su posterior uso, tanto con fines médicos como laborales o periciales.

Se realizó una búsqueda de las escalas, cuestionarios y baremos de discapacidad e incapacidad para la valoración del dolor realizando una comparativa entre ellos y revisando la consideración del dolor como objeto de calificación en distintos países.

La comparativa de escalas y cuestionarios reafirma la complejidad de la valoración del dolor, especialmente para su posterior calificación con finalidad pericial ante la inexistencia de la valoración del dolor en los baremos.

Como conclusión se consideran de utilidad las escalas y cuestionarios, todas ellas válidas y ninguna concluyente, siendo el investigador quien debe decidir cuál utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado.

Palabras clave: Dolor, escalas, cuestionarios, discapacidad.

INTRODUCCIÓN

El dolor, según la International Asociation for the Study of Pain (IASP), se define como una experiencia sensorial

Recibido: 11-11-17.
Aceptado: 27-01-18.

Correspondencia: M.ª Teófila Vicente Herrero
mtvh@ono.com/grupo.gimt@gmail.com

o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele (1).

Es una patología prevalente en población general y que adquiere especial relevancia entre la población laboral por sus implicaciones socioeconómicas. Tanto la prevalencia como la intensidad son mayores en las mujeres que en los hombres, aumentando paralelamente a la edad. La relación del dolor con el trabajo muestra valores en general superiores en los hombres que realizan trabajos no manuales y en las mujeres con trabajos manuales (2).

Se observan diferencias en la localización del dolor en función del trabajo desempeñado, con discreta tendencia a incrementarse en extremidades inferiores y superiores en los trabajos manuales, y en cuello y tórax-espalda en los no manuales. La localización difiere por grupo de edad, siendo más frecuentes los dolores en cabeza, cuello y tórax-espalda entre los más jóvenes, y los de pelvis, extremidades inferiores y superiores en los más mayores. Entre los trabajadores, el número medio de puntos de dolor referidos es superior en mujeres y en trabajadores no manuales, y va aumentando a medida que lo hace la edad (3).

El dolor interfiere en las actividades de la vida diaria (AVD) con diferencias por sexo, siendo mayor la afectación en mujeres, e incrementándose a medida que lo hace la edad, y en relación con la actividad realizada y en puestos concretos de trabajo, lo que puede influir en la planificación asistencial y preventiva, dentro de un concepto selectivo que contemple las diferencias encontradas (4).

La prescripción analgésica en cuadros de dolor debe por ello tener en cuenta la edad y el sexo del paciente, junto con el tipo de fármaco. Esta elección deberá estar en función de la etiología causal y de variables ajenas a los aspectos clínicos, como las sociodemográficas, las laborales o las psicosociales (5).

Dentro de la complejidad que comporta el dolor tanto desde el punto de vista clínico-asistencial como social y laboral, destaca el hecho de tener que valorar su impacto y repercusión para su posterior calificación, aspectos estos que se engloban dentro de un marco pericial en el que se tienen en consideración conjuntamente aspectos médicos, laborales y sociales y que lleva a un proceso en el que se relacionan las limitaciones que implica una enfermedad en el ámbito correspondiente y ajustado a normativa concreta. La valoración es por ello un proceso de base médica, mientras que la calificación es un procedimiento ajustado a normativa y tomando como referencia la valoración previamente realizada. Supone, por tanto, trabajar de forma conjunta con aspectos médicos y laborales, y todo esto dentro de la normativa existente en cada país en materia de compensación por daño.

Es objetivo de este trabajo realizar una revisión de los distintos cuestionarios, escalas y baremos utilizados para la valoración del dolor y sus limitaciones para cualquier uso posterior, tanto con fines médicos como laborales o periciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda de escalas, cuestionarios validados y a disposición del investigador para la valoración del dolor realizando una comparativa entre ellos y revisando la consideración del dolor como objeto de valoración y calificación en distintos países en función de sus baremos.

Los resultados se presentan en forma de tablas y se acompañan de comentarios y conclusiones derivadas de la interpretación de los mismos por parte de los autores.

RESULTADOS

Previo a la aplicación de cualquier baremo, se han de tener en cuenta una serie de consideraciones que parten de la base de que se ha de valorar para posteriormente calificar.

Condiciones necesarias en la valoración

- Que el proceso patológico esté previamente diagnosticado: el paciente debe ser diagnosticado previamente por terceros y después presentado para su evaluación.
- Que la limitación sea permanente: los daños deben estar adecuadamente configurados, al igual que los plazos de curación, convalecencia, rehabilitación, etc., que deben haberse cumplido antes de que el paciente sea evaluado.
- Que la valoración sea realizada cuando exista la máxima mejoría clínica de la enfermedad: es necesario que se hayan agotado todas las medidas de tratamiento antes de ser evaluado.
- En enfermedades que cursan en forma de brotes, la valoración se realizará en los periodos intercríticos, aunque la frecuencia y duración de los brotes son también factores a tener en cuenta.

Entidades y organismos especializados

Las limitaciones que generan las enfermedades vienen reguladas y son valoradas de forma distinta en función del objeto de la valoración, y su posterior calificación será realizada por diferentes entidades y organismos especializados. Así, se puede ver que:

- La valoración del daño corporal se realizará a efectos de compensación económica en el ámbito del seguro del menoscabo ocasionado por la enfermedad.

– La valoración de la discapacidad tiene como objetivo valorar la repercusión en la persona a efectos sociales, en calidad de vida y en la merma que sufre en su rol social (conceptuado este para sus condiciones personales).
– Y que la valoración de la incapacidad trata de la afectación que la enfermedad ocasiona sobre la capacidad de la persona en cuanto a su desempeño laboral, y por ello ajustado al trabajo realizado.

Instrumentos para la valoración del dolor. Revisión de baremos

Definir el dolor y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime es complejo, puesto que se trata de una experiencia individual y subjetiva, a lo que se une el hecho de que no existe método científico que lo haga "medible", y se acompaña la percepción de un heterogéneo grupo de matices y sensaciones que pueden incrementarla.

Esta dificultad para evaluarlo hace que se recurra a instrumentos que, con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles y que demuestren fiabilidad y validez; por ello, junto con la información que proporciona la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas: analógica, verbal, numérica, gráfica, etc. (la comparativa de las mismas se muestra en la Tabla I).

Previamente al uso de estas escalas es necesario que el paciente entienda el significado y contenidos del cuestionario o de la escala, y su utilidad como herramienta de evaluación en la evolución de su sintomatología y en su aplicación para la toma de decisiones terapéuticas. El paciente ha de estar en condiciones cognitivas adecuadas que garanticen su capacidad para colaborar. El lenguaje ha de estar en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar.

Junto con las escalas, son de uso habitual los cuestionarios. Entre ellos destacan por su uso habitual: el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) (6), Cuestionario de Dolor en Español (CDE) (7), Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD) (8), Cuestionario DN4 (DN4) (9,10), Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI) (11), Test Lattinen (12), Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) (13,14), Escalas de valoración del dolor neuropático (15): The LANSS Pain Scale, The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ), Pain DETECT (la comparativa de los mismos se muestra en la Tabla II).

TABLA I
ESCALAS MÁS UTILIZADAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

Tipo escala	*Características*	*Numeración Interpretación*
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
Escala visual analógica de intensidad	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable	0 = nada 10 = insoportable
Escala visual analógica de mejora	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total	0 = no mejora 10 = mejora

Fuente: http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf

TABLA II
CUESTIONARIOS/INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ)	Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española
Cuestionario de Dolor en Español (CDE)	Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa
Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)	Dirigido a población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Cuestionario autoadministrado de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas
Cuestionario DN4 (DN4)	Conta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español
Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)	Consta de 52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1ª (20 ítems), que evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos); 2º (14 ítems) en tres escalas, que evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, y 3ª (18 ítems), que evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias
Test de Lattinen:	Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente
Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)	Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español
The LANSS Pain Scale	Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. Está validado en español
The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)	Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático
Pain DETECT	Incorpora un cuestionario autorrellenable con nueve ítems que no requiere examen clínico. Está validado en español

Fuente: elaboración propia.

Discapacidad, incapacidad y dolor

La valoración específica del dolor como tal no se incluye en los baremos para la evaluación de la discapacidad o de la invalidez, excepción hecha de Colombia 2011 y Australia a través del EVA. Por ello, la bibliografía de forma unánime entiende que la valoración del dolor es puramente médica y está basada en criterios de intensidad y frecuencia que debe ser medida a través de escalas validadas y, a través de estas mediciones, incorporar los resultados obtenidos a la valoración de la invalidez y /o discapacidad de la misma manera que se hace para la valoración de la funcionalidad, rigidez y otras variables que, si bien no aparecen específicamente en ningún capítulo de ningún baremo, sí se muestran constantemente en todas las patologías incluidas en los mismos.

Se muestran en la Tabla III algunos de estos países referentes con sus correspondientes baremos: las tablas AMA (16), Baremo Canadá (17), Baremo Australia (18,19), Baremo Europeo (20), Baremos España (21-24), Baremo Portugal (25), Baremo Italia (26-28), Baremo Francia (29), Baremo Bélgica (30), Baremo Perú (31), Baremo Colombia (32), Baremo Argentina (33), Baremo OMS (34).

TABLA III
COMPARATIVO DE BAREMOS

Baremos	*Evaluación del dolor*
Tablas AMA	No incluido
Canadá	No incluido. En pág. 70 dolor crónico
Australia	Sí. incluido Pág. 201. Tabla 2.1. EVA o VAPS "Visual Analogue Pain Scale" (0-10)
Baremo Europeo	No incluido
España-Discapacidad	No incluido
España-Responsabilidad civil	No incluido
España-Incapacidad	No incluido
España-Tráfico	No incluido
Portugal	No incluido
Italia	No incluido
Francia	No incluido
Perú	No incluido
Colombia	Sí incluido en Cap. 1.
Argentina	No incluido
OMS. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y Minusvalías (CCDDM)	No incluido

Fuente: elaboración propia.

Utilidad y controversias en el uso de escalas y cuestionarios en la práctica clínica y pericial

La subjetividad del concepto de dolor y las variaciones interindividuales ha hecho que, para la evaluación de la intensidad del dolor, se recomiende el uso de escalas de dolor unidimensionales como la Escala de Escala Numérica (NRS), la Escala de Puntuación Verbal (VRS) o la Escala Analógica Visual (VAS). Por ello distintos autores han recurrido a estudios de revisión de la literatura que comparaban específicamente todas ellas como parte del trabajo de Colaboración Europea sobre la evaluación del dolor. En algunos casos los estudios se han centrado en algún cuestionario concreto, como es el caso del NRS, concluyendo que es aplicable para la evaluación unidimensional de la intensidad del dolor en la mayoría de los entornos, aspecto este que ayudaría al objetivo de lograr una medida estandarizada basada en el consenso (35).

La escala de evaluación verbal (VRS) y la escala de clasificación numérica (NRS) se usan regularmente para evaluar y monitorear el dolor en pacientes con dolor crónico. Aunque generalmente se prefirió el NRS, la respuesta comparativa es limitada. Por este motivo algunos trabajos se han centrado en comparar la capacidad de respuesta de VRS y NRS midiendo el dolor actual e investigando la influencia de diferentes referencias del dolor (el peor, el menor, el promedio y el dolor actual o su compuesto) en la respuesta de los NRS y, centrados en pacientes con dolor crónico, los resultados mostraron que el NRS es más sensibles para el dolor actual que el VRS, pero que el NRS es una mejor referencia para la medición en pacientes con dolor mejorado, y recomiendan utilizar cada cual en relación con la selección de medidas de intensidad del dolor en estudios que utilicen tipos similares de intervención (36).

La Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala Numérica de Escala (NRS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) y la Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R) están entre las medidas más comúnmente usadas de intensidad del dolor en contextos clínicos y de investigación. Aunque la evidencia apoya su validez como medidas de la intensidad del dolor, pocos estudios los han comparado con respecto a los criterios de validez crítica, o ha comparado directamente las 4 medidas en el mismo estudio. Sin embargo, algunos trabajos han realizado específicamente comparativas de validez entre ellos para detectar diferencias en la intensidad del estímulo doloroso y las diferencias entre hombres y mujeres en respuesta al dolor inducido experimentalmente, encontrando diferencias relativamente pequeñas entre esca-

las y por sexos. Los hallazgos apoyan la validez de cada escala, aunque el mayor apoyo es para el NRS por mostrar mayor sensibilidad y ser capaz de detectar las diferencias por sexo en la intensidad del dolor (37).

Aunque todas las escalas de puntuación del dolor son válidas, fiables y apropiadas para su uso en la práctica clínica, la Escala Analógica Visual tiene más dificultades prácticas que la Escala de Calificaciones Verbal o la Escala Numérica. Para fines generales, la escala de calificación numérica tiene una buena sensibilidad y genera datos que pueden ser estadísticamente analizados. Los pacientes que buscan una escala sensible al dolor probablemente elegirían la escala de calificación verbal, pero carece de sensibilidad y los datos que produce pueden ser malinterpretados. Es por ello que para el uso de escalas con fines médicos o de investigación se haya de tener en cuenta el potencial de error dentro de las herramientas, y el potencial que tienen para proporcionar la información requerida. Esto conlleva que la interpretación de los datos de una escala de puntuación del dolor no sea tan sencilla como podría parecer (38).

La bibliografía médica es unánime al considerar que se necesitan directrices comunes sobre la definición y la medición del dolor. Esto es especialmente trascendente en especialidades como la cirugía, donde se requiere de una medida unificada y confiable de dolor que pueda abordar su componente sensorial. Algunos trabajos preconizan el VAS como escala que puede proporcionar información confiable sobre la experiencia del dolor y, por lo tanto, mejorar su manejo general (39).

También en reumatología cobra gran importancia la valoración del dolor recurriendo a escalas clínicas. Sin embargo, ningún estudio publicado en los últimos 25 años ha explorado las preferencias de los pacientes para las 2 escalas clínicas más frecuentemente utilizadas: la escala verbal de clasificación (VRS) y la escala analógica visual (VAS). Estudios concretos han centrado su atención en evaluar las preferencias de los pacientes, las razones asociadas a sus preferencias, la fiabilidad test-retest y la validez de constructo de estas escalas, llegando a la conclusión de que las dos escalas son medidas válidas de la intensidad del dolor y que, por ello, la elección debe depender de la configuración, la meta del clínico y el nivel de educación del paciente. La preferencia de los pacientes es fundamental para mejorar la comunicación médico-paciente (40).

Estudios realizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) comparan la viabilidad, validez y desempeño de la Escala Analógica Visual (VAS-H) y vertical (VAS-V), la Escala de Descriptor Verbal (VDS), la curva oral 0-10 (NRS-O) y el NRS-V laminado visualmente ampliado 0-10 para la evaluación del dolor en pacientes críticos, concluyendo que en estos pacientes el NRS-V debe ser la herramienta de elección para la UCI, ya que es la escala de autorreporte más factible y discriminativa para medir la intensidad de dolor de estos pacientes críticos (41).

Las evaluaciones de la intensidad del dolor con VAS y VRS no son intercambiables debido a la superposición de los registros de dolor entre las dos escalas, la existencia de desacuerdos sistemáticos al compararlas y un bajo porcentaje de acuerdo intraescalar. Además, las posiciones de corte de VAS inferiores a las de VRS indican un significado diferente de la intensidad de dolor nominal dependiendo de la etiología que lo ocasiona. Estas escalas tienen propiedades no lineales y probablemente interpretación diferente, es por ello que algunos autores son favorables a la utilización de la VRS en las evaluaciones de intensidad del dolor, pero si se prefiere la VAS, los datos deben ser analizados como continuos utilizando métodos estadísticos adecuados para los datos ordinales, ya que existe un riesgo de sobre o subestimar el dolor percibido por el paciente al interpretar los datos condensados de EAV (42). VAS y VRS no deben utilizarse indistintamente en el ámbito clínico o para aumentar el poder estadístico en la investigación del dolor (43).

En valoraciones del dolor, la salud autoreferida (SSR) es una medida de resultado que se ha utilizado para predecir con exactitud la mortalidad, la morbilidad, la función y el bienestar psicológico. El dolor crónico no maligno se presenta con un patrón que incluye bajos niveles de poder y altos niveles de dolor, depresión y discapacidad. Las diferencias en la SSR pueden estar relacionadas con variaciones dentro de este patrón. Por ello algunos trabajos se han referido de forma específica a identificar determinantes de la SSR y probar su capacidad para predecirla en pacientes con dolor crónico no maligno y sugieren que intervenciones de dolor diseñadas para mejorar el estado de ánimo y proporcionar oportunidades de participación pueden tener un mayor impacto en la salud en general que aquellas que solo apuntan al dolor y a la discapacidad (44).

En esta misma línea se sitúan los estudios tendentes a probar un modelo analítico de trayectoria que conceptualizara la autoeficacia como mediador de la discapacidad y que podría ayudar a explicar las circunstancias en las que la discapacidad se desarrolla más en algunos pacientes con dolor crónico que en otros. La autoeficacia es una variable importante que contribuye a la discapacidad de los pacientes con dolor crónico, por lo tanto, evaluar y reforzar la creencia del paciente en sus propias habilidades puede ser un componente importante de la terapia, independientemente de su cuantificación y valoración (45).

Pero, ¿cuál es el papel de los factores psicológicos en el dolor crónico y en la discapacidad generada por el mismo? La bibliografía muestra diversos estudios observacionales para proporcionar evidencia sobre esta cuestión. La mayoría evalúan variables psicológicas como predictores del retorno al trabajo, y son los estudios prospectivos de cohortes, los que proporcionaron la mayor cantidad de datos sobre etiología. Pero sigue siendo escaso el número de estudios al respecto, o bien estos han proporcionado pruebas limitadas del peso de aspectos como la depresión

crónica, el nerviosismo previo y los eventos negativos de la vida como predictores de discapacidad laboral por dolor. Estos hallazgos no prueban que los factores psicológicos tengan un papel en el desarrollo del dolor crónico, ya que el deterioro psicológico puede preceder al inicio del dolor, si bien, sobre la base de los conocimientos actuales, también puede surgir como una complicación del dolor crónico (46).

En la valoración del dolor dentro del concepto de discapacidad se ha de considerar que la discapacidad es un fenómeno multifactorial y que los factores no clínicos, incluyendo la edad, la educación y la situación laboral, se correlacionan con la discapacidad. Por ello surge la cuestión de si los factores relacionados con el empleo predicen el dolor crónico y/o la discapacidad en aquellos casos de dolor crónico, y especialmente en patologías tan ligadas al ámbito laboral como el dolor lumbar, donde aspectos como la falta de adaptación laboral o de autonomía pueden incrementar la discapacidad del dolor crónico. Sin embargo, sigue sin existir evidencia clara de que la falta de satisfacción en el trabajo, la percepción de condiciones y demandas laborales difíciles, las exigencias físicas fuertes del trabajo, el empleo privado en lugar del público y la pertenencia a grupo socioeconómico inferior predigan la discapacidad del dolor crónico. No es concluyente el peso de la antigüedad laboral en este concepto (47).

Muchas cuestiones quedan por resolver en el concepto de dolor, discapacidad y su impacto, tanto más cuando esto se circunscribe al mundo del trabajo. Algunos autores se preguntan: ¿puede un historial de lesión anterior similar, incluyendo la reaparición de la lesión, o de los síntomas de un individuo, incluyendo el tiempo libre en ello, predecir el dolor crónico y/o la discapacidad del dolor crónico? Los estudios al respecto proporcionan evidencia moderada de que una historia de dolor similar anterior predice informes subsecuentes de dolor. Igualmente, existe evidencia limitada de que una historia de dolor similar predice resultados más pobres después de la lesión recurrente. Algunos estudios proporcionan evidencia moderada de que la mayor duración del dolor predice la aparición de informes posteriores de reincidencia, y existe evidencia limitada de que el mayor tiempo de ausencia del trabajo antes del tratamiento predice una actividad peor y unos resultados de participación más bajos después de una lesión recurrente (48).

CONCLUSIONES

Visto lo analizado en esta revisión se reafirma la idea de la complejidad de la valoración del dolor, tanto más si da paso a posterior calificación con finalidad pericial. Se consideran de utilidad las escalas y cuestionarios, todas ellas pueden ser válidas y ninguna lo es de forma concluyente, siendo el investigador quien debe decidir cuál utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado.

Se ha de tener en cuenta que, independientemente de la causa del dolor y del tipo e intensidad del mismo, influyen múltiples factores no directamente relacionados con la etiología causal y que pueden modular la duración, intensidad e impacto o discapacidad de la sensación dolorosa. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta para una valoración global más eficaz y partiendo siempre de una historia clínica que recoja todos los aspectos que circundan la sintomatología y a la persona afectada y sus condiciones específicas**.**

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6(3):249-52.
2. Vicente Herrero MT, López González ÁA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor en trabajadores: prevalencia e intensidad: repercusión de variables sociodemográficas y laborales. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2015;24(4):158-68.
3. Vicente Herrero MT, López González MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor crónico y localización en trabajadores: variables sociodemográficas y laborales implicadas. Revista El Dolor 2014;61:26-34. DOI: 10.13140/RG.2.1.2238.6088.
4. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(2):64-74. DOI: 10.20986/resed.2016.3425/2016.
5. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor y trabajo. Influencia de variables sociodemográficas en la respuesta terapéutica y la productividad laboral. Semergen 2016;42(6):370-9. DOI: 10.1016/j.semerg.2015.07.006.
6. Ronald Melzack. The McGill Pain questionnaire from description to measurement. Anesthesiology 2005;103(1):199-202.
7. Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Pain 1993;11S.
8. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp Dolor 2002;9:13-22.
9. López de Uralde Villanueva I, Gil Martínez A, Candelas Fernández P, de Andrés Ares J, Beltrán Alacreu H, La Touche R. Validación y fiabilidad de la versión española de la escala autoadministrada de Evaluación de Signos y Síntomas

Neuropáticos de Leeds (S-LANSS). Neurologia 2016. pii: S0213-4853(16)30224-9. DOI: 10.1016/j.nrl.2016.10.009.
10. Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity and reliability of the Spajish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or comatic component. Health Qual Life Outcomes 2007;5:66.
11. Ferrer VA. Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale. Pain 1993; 8:153-60.
12. González Escalada R, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2012;19(4):181-8.
13. Badía X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. Med Clin (Barc) 2003;120(2):52-9.
14. De Andrés Ares J, Cruces Prado L, Canos Verdecho M, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos, M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. Pain Pract 2015;15(7):643-53. DOI: 10.1111/papr.12219.
15. Haanpää N, Attal N, Backonja M, Baron R, M. Bennett M, Bouhassira D, et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain 2011;152:14-27. DOI: 10.1016/j.pain.2010.07.031.
16. Master the AMA Guides 5th: A Medical and legal transition to the Guidelines to the evaluation of permanent impairment. Linda Cocchiarella & Stephen J Lord (eds.), Fifth Edition. AMA press; 2001.
17. Autralian Government. Guidelines for assessment of permanent medical impairment. Department of Justice and Attorney-General. Office of Fair and Safe Work Queensland 2013. Disponible en: [https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/92751/Guidelines-to-Evaluation-of-Permanent-Impairment.pdf].
18. Guide to the assessment of the degree of permanent impairment - Edition 2.1 of the Guide. Disponible en: [https://www.comcare.gov.au/__data/assets/pdf_file/0015/100905/Guide_to_the_assessment_of_the_degree_of_permanent_impairment_the_Guide_Edition_2.1_of_the_Guide_PDF,_1.84_MB.pdf].
19. State Insurance Regulatory Authority. NSW Workers compensation guilines for the evaluation of permanente imairment. NSW Government, 4ª Ed. 2016. Disponible en: [http://www.sira.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/76642/nsw-workers-comp-guidelines-perm-impair-4th-edition.pdf].
20. Baremo guía europeo de evaluación del menoscabo a la integridad física y psíquica. Grupo ROTHLEY; 2003. Disponible en: http://www.uv.es/edumursa/EDP/Documentos/Baremo%20Europeo%20preambulo.pdf
21. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000, p. 3317-410.
22. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. España. Ministerio de la Presidencia. BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004, p. 36662-95.
23. VV. AA. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (2.ª edición). Terradillos García MJ (Dir.), Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, García Puerto M, Sanz González J, Cabello Heranz MJ (Coord.). Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad Ciencia; 2015.
24. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. España. Jefatura del Estado. BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015, p. 84473-979.
25. Decreto Ley 352/2007, de 23 de octubre de 2007. Tabla nacional de valoración de la incapacidad permanente en derecho civil. Portugal; 2001.
26. Bargagna, M Busnelli FD (eds). Guías para la valoración del daño biológico y de la invalidez permanente. Padua; 2001.
27. Decreto de 3 de julio de 2003. Tabla del menoscabo permanente de la integridad psicofísica del 0-9 %. Italia; 2003.
28. Comisión Ex D.M, 26 de mayo de 2004. Tabla del menoscabo permanente de la integridad psicofísica entre 10-100 puntos. Italia; 2004.
29. Mélennec L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces. Editorial Masson; 1997.
30. Baremo Oficial Belga de Invalidez (Barème officiel belge des Invalidités). Arrêtés royau 'des 20 mars 1975, 2 juillet 1975 et 6 janvier 1978. Disponible en: [http://www.expertisemedicale.be/upload/documents/documentation/bobi.pdf].
31. Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez (MECGI). Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. República de Perú. Disponible en: [http://www.sbs.gob.pe/sistema-privado-de-pensiones/manual-de-evaluacion-y-calificacion-del-grado-de-invalidez-mecgi].
32. Decreto 1507, de 12 agosto 2014. Manual único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Colombia. Disponible en: [http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58941].
33. Baremo AACS (Asociación Argentina de Compañías de Seguros). Clasificación y Valoración de Secuelas Psicofísicas. Argentina; 2012. Disponible en: [www.aacs.org.ar/doc/baremo/baremo.pdf].
34. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Eds); 2001. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf].
35. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage 2011;41(6):1073-93. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.
36. Chien CW, Bagraith KS, Khan A, Deen M, Strong J. Comparative responsiveness of verbal and numerical rating scales to measure pain intensity in patients with chronic pain. J Pain 2013;14(12):1653-62. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.08.006.
37. Ferreira Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain 2011;152(10):2399-404. DOI: 10.1016/j.pain.2011.07.005.
38. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005;14(7):798-804.

39. Coll AM, Ameen JR, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. J Adv Nurs 2004;46(2):124-33.
40. Clark P, Lavielle P, Martínez H. Learning from pain scales: patient perspective. J Rheumatol 2003;30(7):1584-8.
41. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, et al. The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. Pain 2010;151(3):711-21. DOI: 10.1016/j.pain.2010.08.039.
42. Lund I, Lundeberg T, Sandberg L, Budh CN, Kowalski J, Svensson E. Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales: a cross sectional description of pain etiology groups. BMC Med Res Methodol 2005;5:31.
43. Kliger M, Stahl S, Haddad M, Suzan E, Adler R, Eisenberg. Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? Pain Pract 2015;15(6):538-47. DOI: 10.1111/papr.12216.
44. Siedlecki SL. Predictors of self-rated health in patients with chronic nonmalignant pain. Pain Manag Nurs 2006;7(3):109-16.
45. Arnstein P. The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. Disabil Rehabil 2000;22(17):794-801.
46. Kuch K. Psychological factors and the development of chronic pain. Clin J Pain 2001;17(4 Suppl):S33-8.
47. Teasell RW, Bombardier C. Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. Clin J Pain 2001;17(4 Suppl):S39-45.
48. Hunter J. Medical history and chronic pain. Clin J Pain 2001;17(4 Suppl):S20-5.

CAPÍTULO 102 - FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL

Autores: Juan José Hidalgo Díaz, Irene Gormaz Talavera
Coordinador: Ismael Epifanio Menéndez Quintanilla
Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Recuerdo anatómico

El húmero proximal forma parte de la articulación glenohumeral, diartrosis formada por la cabeza humeral y la cavidad glenoidea de la escápula, posee un alto grado de libertad para disponer la mano en todos los puntos posibles de una esfera cuyo radio es la longitud del brazo en extensión. Esto es así gracias a la forma de tercio de esfera de la cabeza. Los relieves óseos del húmero proximal más importantes son la cabeza humeral, las tuberosidades mayor y menor, como inserciones musculares, y la corredera bicipital que se dispone entre ellos.

La nutrición de la cabeza humeral proviene principalmente de la anastomosis entre las arterias circunflejas: la posterior dará vasos nutricios y la anterior dará la arteria arciforme o arcuata, la más importante (Figura 1). La vascularización de la cabeza humeral puede verse comprometida con fracturas poco desplazadas dadas la disposición en pleno cuello quirúrgico y la poca movilidad de la encrucijada axilar (1).

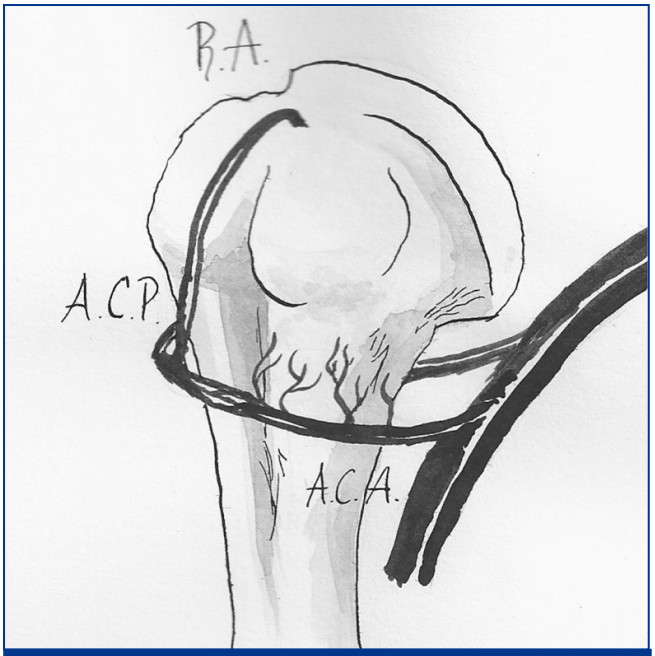


Figura 1. Vascularización de la cabeza humeral a cargo de la Arteria Circunfleja Anterior (ACA) y Posterior (ACP), que da la Rama Arcuata o Arciforme (RA).

1.2. Epidemiología

El 70 al 75% de las fracturas de húmero proximal se producen en pacientes mayores de 60 años, asociándose al alto riesgo de caídas, deterioro de la autonomía y disminución de la calidad ósea.

Es la tercera fractura osteoporótica en frecuencia, detrás de las fracturas de fémur proximal y de muñeca. Es más frecuente en mujeres, en una relación de 2:1 o incluso 3:1 según las series.

Así, la población más afecta es la población femenina anciana, con una incidencia de hasta 1150 de entre 100.000 mujeres mayores de 80 años (2).

1.3. Mecanismo de Producción

La mayor parte de los casos, se produce en pacientes mayores de 60 años, donde el mecanismo de producción principal es la caída desde su propia altura con la interposición del miembro en extensión, resultando en lesiones por impacto contra la glena o el acromion, o por tracción del manguito rotador.

El otro pico de incidencia está relacionado con adultos jóvenes, que engloba al 50% de los pacientes varones, y se relaciona con traumatismos de alta energía resultando en fracturas conminutas y con gran daño de partes blandas (2).

2.- DIAGNÓSTICO

2.1. Manifestaciones clínicas

La anamnesis inicial deberá incidir en el mecanismo lesional por el que el paciente acude a Urgencias. Normalmente, éste se presenta con una impotencia funcional incapacitante del hombro afecto, que mantendrá en posición antiálgica de adducción, rotación interna y codo en flexión. A la exploración se observarán los clásicos signos de tumefacción y, en un plazo aproximado de 24-48 horas, equímosis, que evoluciona por gravedad hacia antebrazo, tórax y mama, tomando el nombre de hematoma de Hennequin; a la palpación encontraremos crepitación y dolor.

Es fundamental en este tipo de lesiones la exploración neurovascular distal a la lesión. La palpación comparativa de pulsos distales se hace imprescindible, así como una exploración neurológica que incluye anamnesis en busca de parestesias, hipostesias; con particular interés en la parestesia del territorio del nervio axilar (región deltoidea o "zona de la insignia") y eventuales pérdidas de fuerza (difíciles de valorar por el dolor).

2.2. Pruebas complementarias

La radiografía simple es la prueba complementaria fundamental para el diagnóstico y la evaluación inicial de este tipo de lesiones. Las proyecciones principales para la evaluación de esta fractura son la proyección escapular anteroposterior verdadera (Figura 2), la proyección lateral de escápula en "Y" y la proyección lateral-axial de la articulación gleno-humeral (que en algunos casos, dada la imposibilidad del paciente de abducir el miembro, se debe sustituir por la proyección axilar de Velpeau).

Figura 2. Fractura húmero proximal.

La Tomografía Computarizada, con o sin reconstrucción tridimensional, puede ejercer de ayuda para establecer el nivel de conminución, la relación entre los fragmentos y posibles luxaciones glenohumerales que pasaran desapercibidas en la radiología simple. Es de gran ayuda en casos polifragmentarios para planificación preoperatoria.

La Resonancia Magnética Nuclear nos puede informar sobre la afectación o no del manguito rotador, en casos en los que se sospeche una fractura patológica o como método de diagnóstico de retrasos de consolidación o pseudoartrosis.

2.3. Clasificación

La clasificación más utilizada hoy día es la clasificación de Neer, que se basa en los cuatro fragmentos anatómicos descritos por Codman (cabeza, tuberosidades y metáfisis), describiendo la fractura por número de fragmentos y su desplazamiento lineal (más de 1 cm) o angular (más de 45º), así como la presencia de luxación.

En los últimos años ha aparecido una clasificación con alto nivel de correlación inter e intraobservador, la clasificación de LEGO-Codman, que permite clasificar la fractura en 12 tipos distintos según el trazo, añadiendo tres factores de mal pronóstico: la afectación de la bisagra medial, la afectación del cuello anatómico y una amplitud del trazo metafisario mayor a 8 mm[3] (Figura 3).

3.- TRATAMIENTO

3.1. Tratamiento conservador

Sigue siendo el más usado (2), y está particularmente indicado en fracturas con desplazamiento < 5mm de

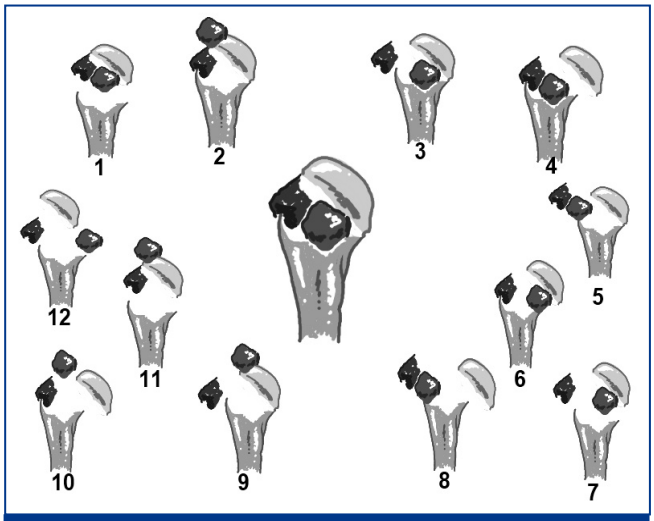


Figura 3. Clasificación de Lego Codman.

troquíter, cuello quirúrgico con un desplazamiento < 50% del diámetro de la diáfisis y < 45% angulación, pacientes con baja demanda funcional y/o comorbilidades que imposibiliten la cirugía.

Se inicia con una inmovilización mediante cabestrillo o vendaje Velpeau, con o sin almohadillado axilar, iniciándose precozmente la rehabilitación con movimientos pendulares progresivos desde los 7-10 días del traumatismo. La reducción cerrada mediante tracción, flexión y adducción está indicada en fracturas de cuello quirúrgico desplazadas, bajo el riesgo de no obtener una reducción aceptable. Si es satisfactoria, esto es, que permanecen estables tras la manipulación, permite un tratamiento conservador siempre que se realice un control precoz (menos de 2 semanas).

3.2. Tratamiento quirúrgico

Está orientado a obtener una rehabilitación precoz de la articulación, para lo que es fundamental tanto la estabilidad del constructo como la reducción anatómica de los fragmentos con especial interés en la metáfisis medial.

3.2.1. Reducción cerrada y osteosíntesis percutánea

Indicado en fracturas estables de cuello quirúrgico en 2 fragmentos con mínima conminución y calcar medial intacto, generalmente en pacientes con buena calidad ósea que sean colaboradores (4,5).

Se realiza mediante 2 agujas de punta roscada de 2,5mm de externo a interno y de abajo arriba pudiendo añadir 1 ó 2 agujas en el troquíter, teniendo siempre en cuenta el riesgo de lesión del nervio axilar.

3.2.2. Reducción abierta y fijación interna

- Bandas de tensión, suturas o tornillos. Indicado para fracturas desplazadas de troquíter (>5 mm) o en fracturas de troquín que bloqueen la rotación interna.
- Placas LCP atornilladas. Sobre todo en fracturas en 3-4 fragmentos en pacientes jóvenes con alta demanda funcional, donde dan su mejor resultado. Presenta más riesgo de necrosis avascular de cabeza humeral

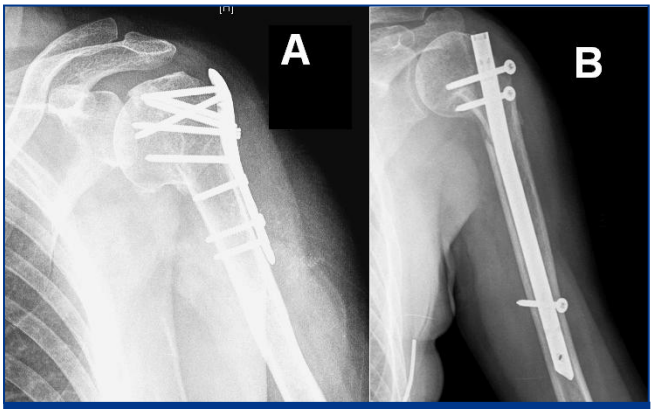


Figura 4. RAFI: Placa LCP (A) y clavo intramedular (B).

que otros sistemas (5,6), y mayor tasa de reintervención en el paciente anciano (7). (Figura 4).

3.2.3. Clavo intramedular bloqueado

Indicado principalmente en fracturas en 2 fragmentos de cuello quirúrgico, fracturas en 3 fragmentos con afectación del troquíter y fracturas patológicas.

Presenta el riesgo de lesión del manguito rotador y lesión nerviosa por el tornillo de bloqueo. Mejora el control del dolor contra la placa, sin diferencias funcionales (6). (Figura 4).

3.2.4. Artroplastias

De elección en pacientes con fracturas de cuello anatómico debido al mayor riesgo de necrosis avascular, en fracturas en 3-4 fragmentos con hueso muy osteoporótico y un varo inicial de > 20%, afectación de > 40% de la superficie articular y en fractura-luxaciones en 4 fragmentos muy conminutas.

Son preferibles las hemiartroplastias con vástago cementado con correcta sutura de las tuberosidades, optando por prótesis totales en los casos con afectación de la superficie glenoidea con manguito intacto. Controlan mejor el dolor y disminuyen las complicaciones a cambio de peor funcionalidad (5,7).

Se reserva las prótesis invertidas en casos de pacientes ancianos con baja demanda funcional y roturas de masivas de manguito irreparables, riesgo de reabsorción de tuberosidades o importante artrosis glenohumeral, teniendo en cuenta que siempre debe existir funcionalidad del músculo deltoides (8).

3.3. Elección terapéutica

El tratamiento de las fracturas de húmero proximal debe individualizarse, basándose en una serie de factores clave: tipo de fractura, calidad ósea, integridad del calcar medial, conminución tuberositaria, riesgo de necrosis avascular, congruencia articular y demanda funcional del paciente; sin olvidarnos de la experiencia del cirujano (Tabla 1).

3.4. Rehabilitación

La inmovilización prolongada conduce a rigidez articular. Por ello, cualquiera de los tratamientos escogidos deberá asociarse a una rehabilitación intensiva en tres fases diferenciadas: inicio precoz de la movilización pasiva en las primeras 6 semanas, una segunda fase de rehabilitación activa con resistencia progresiva y una fase final de fortalecimiento y amplitud de movilidad articular.

4.- COMPLICACIONES

- **Consolidación Viciosa:** Es la complicación más frecuente, especialmente la consolidación en varo o la malposición del troquíter (con afectación del espacio subacromial).
- **Necrosis Avascular:** Más frecuente en fracturas de 3-4 fragmentos y en cirugías con grandes exposiciones y disección de partes blandas, en el paciente anciano no siempre se va a traducir en una repercusión funcional.
- **Rigidez Articular:** Favorecida por la gravedad de la fractura, la inmovilización prolongada, la consolidación viciosa y una inadecuada rehabilitación.
- **Pseudoartrosis:** Sobre todo en fracturas desplazadas del cuello quirúrgico y de las tuberosidades, infecciones o en osteosíntesis inadecuadas.
- **Lesiones Vasculonerviosas:** Suele darse durante el traumatismo inicial. Es menos frecuente la lesión vascular, con cierta incidencia de afectación de la arteria axilar sobre todo en ancianos (con posibilidad de infradiagnosticarse por presencia de pulsos distales, precisándose una arteriografía para su diagnóstico).

La lesión nerviosa más frecuente afecta al nervio axilar, en la que sólo estaría indicada la exploración quirúrgica tras 2-3 meses de actitud expectante sin mejoría.

5.- FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL EN NIÑOS

5.1. Etiología

Son una de las fracturas más frecuentes en neonatos a causa de la distocia de hombro en el parto (por hiperextensión y rotación). En niños mayores, corresponden a menos del 5% de las fracturas, siendo más frecuentes en torno a los 15 años. Los mecanismos lesionales pueden ser el golpe directo o la interposición del miembro en la caída (siendo una u otra más frecuente según la bibliografía consultada), existiendo como tercer mecanismo la fractura crónica por estrés, por ejemplo en lanzadores o gimnastas.
La localización fisaria es más frecuente en niños menores de 5 años (SH tipo I) y en mayores de 12 años (sobre todo SH tipo II); dándose en el intervalo entre estas edades mayor incidencia de afectación metafisaria (9).

5.2. Clasificación

Según el grado de desplazamiento (Neer-Horwitz): I (<5mm), II (1/3 diámetro de la diáfisis), III (2/3 de la diáfisis) y IV (>2/3). La angulación suele ser en varo y anterior.

Tabla 1.			
FRACTURA HUMERO PROXIMAL	TIPO DE FRACTURA		TÉCNICA
2 fragmentos	Troquíter, troquín desplazadas		RAFI: Sutura, cerclaje, tornillo
	Cuello quirúrgico desplazadas	Estable PR	RC+inmovilización
		Inestable PR	RC+Agujas percutáneas
		Irreducible	RC+Clavo intramedular
	Cuello anatómico		Jóven: RAFI (placa LCP)
			Anciano: HA
3 fragmentos	Jóven, alta demanda funcional		RAFI: Placa LCP o clavo IM (afectación troquíter)
	Anciano, mala calidad ósea		HA
4 fragmentos	Jóven, alta demanda funcional		RAFI: placa LCP
	Anciano, mala calidad ósea		HA, prótesis invertida (rotura masiva manguito, deltoides íntegro)
	Fractura-luxacion, inntraarticular		RAFI: Placa LCP (joven, capacidad reconstrucción)
			Artroplastia (anciano, irreductible)
PR: postreducción, RC: reducción cerrada, RAFI: Reducción abierta con fijación interna,LCP: Locking compression plate, IM: intramedular, HA: hemiartroplastia			

5.3. Diagnóstico

La ecografía es de elección en neonatos, mientras que en mayores se realizaría mediante radiografía simple.

5.4. Tratamiento

Tienen un pronóstico excelente sobre todo en menores de 11 años independientemente del tratamiento, gracias a la gran capacidad de remodelación.

En neonatos se realizará reducción mediante tracción, abducción, flexión y rotación externa bajo comprobación ecográfica y posterior inmovilización con Velpeau durante 2-3 semanas.

En fracturas poco desplazadas y estables, el tratamiento conservador consistirá en inmovilización con cabestrillo y Velpeau manteniendo durante 2-3 semanas (fracturas fisarias) o 3-4 semanas (metafisarias).

Se recomienda tratamiento quirúrgico mediante reducción cerrada y osteosíntesis con agujas percutáneas en fracturas de adolescentes con: un contacto menor al 50%; una angulación > 45º, siendo más permisivos con la angulación en menores de 11 años, y más exquisitos cuando la angulación sea en valgo (>10º); en fracturas abiertas o asociadas a lesiones vasculares; y en fracturas intraarticulares desplazadas (10).

5.5. Complicaciones

La complicaciones más importantes es el cierre fisario precoz, con dismetría asociada, y la angulación en varo del húmero (rara, sobre todo en neonatos y menores de 5 años).

BIBLIOGRAFÍA

1. Amat P, Bernal G, Doñate F, Ferres-Torres R, Lancho JL, Muñoz Barragán L, Palomero G, Rodríguez S, Sarrat R, Smith-Ágreda J.M, Smith-Ágreda V, Vázquez R. Escolar-Anatomía humana funcional y aplicativa, tomo 2. 4º ed. Barcelona: Espaxs; 1991.
2. Epidemiology of proximal humerus fractures managed in a trauma center. Roux, A.; Decroocq, L.; El Batti, S.; Bonnevialle, N.; Moineau, G.; Trojani, C.; Boileau, P.; de Peretti, F. *Orthop Traumatol Surg Res. 2012; 98(6):* 715-19.
3. Fractures of the humerus head. Jaeger M, Izadpanah K, Maier D, Reising K, Strohm PC, Südkamp NP. Chirurg. 2012 Mar; 83(3): 285-94.
4. Flatow EL. Fracturas del húmero proximal. En: Bucholz, RW, Heckman, JD. Rockwood & Green's Fracturas en el adulto. 1º ed. Madrid; 2003. p. 997-1041.
5. Surgical Treatment With an Angular Stable Plate for Complex Displaced Proximal Humeral Fractures in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial Fjalestad et als. J Orthop Trauma. 2012; 26: 98–106.
6. Similar Outcomes for Nail versus Plate Fixation of Three-part Proximal Humeral Fractures. Konrad et als. Clin Orthop Relat Res. 2012; 470: 602–609.
7. Surgical Treatment of Neer Group VI Proximal Humeral Fractures Retrospective Comparison of PHILOS1 and Hemiarthroplasty Spross et als. Clin Orthop Relat Res. 2012; 470: 2035–2042.
8. Is Reverse Shoulder Arthroplasty Appropriate for the Treatmentof Fractures in the Older Patient? Lenarz et als. Clin Orthop Relat Res. 2011; 469: 3324–3331
9. Proximal hum rus fractures in the pediatric population: a systematic review. Pahlavan S, Baldwin KD, Pandya NK, Namdari S, Hosalkar H. J Child Orthop. 2011; 5 :187–194.
10. Intramedullary Nailing Versus Percutaneous Pin Fixation of Pediatric Proximal Humerus Fractures: A Comparison of Complications and Early Radiographic Results. Hutchinson PH, Bae DS, Waters PM. J Pediatr Orthop. 2011 Sep; 31(6): 617-22.

Acta Ortopédica Mexicana 2015; 29(2): Mar.-Abr: 88-96

Artículo original

Fracturas de húmero proximal: valoración clínica y resultado funcional en pacientes con osteonecrosis de la cabeza humeral

Gómez-Mont Landerreche JG,* Gil-Orbezo F,** Morales-Domínguez H,*** Flores-Carrillo A,**** Levy-Holden G,*** Capuano-Tripp P*****

Hospital Español de México

RESUMEN. ***Introducción:*** **Las fracturas de húmero proximal de tres o más fragmentos presentan riesgo elevado de necrosis, siendo éste el segundo sitio más frecuente sólo después del fémur, presentándose causas traumáticas y no traumáticas, siendo las traumáticas las más comunes, presentando una incidencia de 13 a 34% en fracturas de más de cuatro fragmentos. El propósito de este estudio es valorar el resultado funcional de pacientes con antecedente de fractura humeral proximal y osteonecrosis con manejo conservador.** ***Material y métodos:*** **Se presenta un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional con seguimiento de 6 a 12 meses de pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de fractura de húmero proximal con manejo conservador, en el período comprendido de Enero de 2004 a Noviembre de 2009, se seleccionaron 122 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, perdiendo el seguimiento de 12 de ellos, con edad promedio de 71.02 años con rango de 60 a 92 años, 41 hombres y 69 mujeres, realizándose escalas de DASH y CONSTANT.** ***Resultados:*** **Posterior a la realización de las escalas de valoración funcional se realiza la validación de dichos resultados obteniendo un coeficiente**

ABSTRACT. ***Introduction:*** **Fractures of the proximal humerus resulting in three or more fragments represent a high risk of necrosis. The former is the second most frequent site of necrosis, only after the femur, due to either traumatic or nontraumatic causes. The former are the most common, with an incidence rate of necrosis of 13-34% in fractures with more than four fragments. The purpose of this study is to assess the functional outcome of patients with a history of fracture of the proximal humerus and osteonecrosis treated conservatively.** ***Material and methods:*** **This is a descriptive, retrospective, observational study with a 6-12 month follow-up of patients older than 60 years of age with a diagnosis of fracture of the proximal humerus managed conservatively between January 2004 and November 2009. One hundred and twenty-two patients met the inclusion criteria and 12 were lost to follow-up. Mean age was 71.02 years with a range between 60 and 92 years; 41 males and 69 females. The DASH and CONSTANT scales were applied.** ***Results:*** **After applying the functional assessment scales and validating the results, the correlation coefficient**

Nivel de evidencia: IV Serie de casos

* Médico asociado al Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.
** Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.
*** Médico Residente de cuarto año del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.
**** Médico adscrito al Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.
***** Médico Terapeuta.

Dirección para correspondencia:
Juan Gabino Gómez-Mont Landerreche
Ejército Nacional Núm. 617,
Torre Antonino Fernández,
Consultorio 506, Colonia Granada,
Delegación Miguel Hidalgo, CP 11520, México, D.F.
E-mail: gabino01@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en http://**www.medigraphic.com/actaortopedica**

de correlación de 0.80 siendo estadísticamente significativo. *Conclusión:* El tratamiento conservador debe ser reservado sólo en pacientes que cumplan con las características necesarias. Dependiendo del tipo de fractura y las características del individuo, el tratamiento siempre está enfocado a la estabilización y a la movilización temprana y en la obtención de la recuperación funcional precoz. Encontrando en este estudio que las fracturas tratadas de forma conservadora, desarrollan algún estadio de osteonecrosis de la cabeza pero con adecuada función casi similar a la extremidad sana.

Palabras clave: fractura, húmero, valoración clínica, resultados, osteonecrosis, tratamiento.

obtained was 0.80, and it was statistically significant. *Conclusion:* Conservative treatment should be used only in patients who meet the necessary criteria. Depending on the type of fracture and the patient's characteristics, treatment should always be aimed at stabilization, early mobilization, and early functional recovery. This study found that fractures treated conservatively eventually develop some degree of osteonecrosis of the head, but they have proper function, similar to that of a healthy limb.

Key words: fracture, humerus, clinical assessment, results, osteonecrosis, treatment.

Introducción

Tanto las fracturas del húmero proximal complejas que involucran tres y cuatro fragmentos, como las fracturas estables de uno o dos fragmentos o complejas no desplazadas, presentan riesgo elevado de presentar necrosis, siendo menor la probabilidad en las fracturas de menos fragmentos o no desplazadas.

Se define como necrosis de la cabeza humeral, a la muerte *in situ* del hueso secundaria a una interrupción del flujo sanguíneo.[1] Las causas de esta patología pueden ser: 1) primaria espontánea o idiopática; 2) secundaria a causas médicas y farmacológicas y 3) traumática, siendo ésta la causa más común.[2]

La incidencia de necrosis avascular en fracturas de tres partes varía entre 3 y 14%, mientras que en las fracturas de cuatro partes es entre 13 y 34%.[3] El húmero proximal es el segundo sitio más frecuente de osteonecrosis sólo después del fémur, fue descrito en 1960 por Heimann y Freiberger y, posteriormente, en 1968 por Cruess.[4,5]

Sturzengger en un estudio realizado a pacientes manejados con reducción abierta y fijación quirúrgica con placa en T, observó 34% de datos compatibles con osteonecrosis humeral, esto debido a una extensa disección de tejidos blandos, lo cual llevó secundariamente a la necrosis.[6]

En 1978 se describió la primera clasificación radiográfica que se usa en la actualidad. La clasificación de Crues, modificada por Ficat-Arlet, divide la osteonecrosis en cinco grupos:[7]

I. Sin cambios radiográficos. Sólo se observan en RMN.
II. Esclerosis en la porción superior central de la cabeza humeral.
III. Colapso del hueso subcondral y adelgazamiento leve.
IV. Colapso significativo de la superficie articular del húmero.
V. Enfermedad articular degenerativa.

Hertel describe criterios radiográficos en los cuales se establece el estado o compromiso vascular de la cabeza humeral; en estos criterios la extensión metafisaria de la cabeza humeral de < 8 mm y la disrupción del eje medial > 2 mm fueron buenos predictores de isquemia. La combinación de estos pronósticos, asociada con una fractura del cuello anatómico, resultó en un valor positivo predictivo de 97% para isquemia de la cabeza humeral.[8]

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal y analítico en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de fracturas de húmero proximal y osteonecrosis humeral, con manejo conservador en el período comprendido entre Enero del 2004 y Noviembre del 2009, valorando el resultado funcional mediante escalas de DASH y Constant a los 6 y 12 meses de ambas extremidades torácicas.

Lugar: Hospital Español de la Ciudad de México, Servicio de Urgencias y Servicio de Ortopedia y Traumatología.

Criterios inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años.
- Fractura de húmero proximal sin tratamiento quirúrgico con una evolución de seis meses a un año.
- Presentar necrosis avascular de la cabeza humeral postraumática Crues 1 a 4.
- Pacientes atendidos desde el inicio en el Hospital Español de la Ciudad de México.

Criterios de exclusión:

- Comorbilidades incapacitantes importantes.
- Tratados con sustitución protésica de la cabeza humeral.
- Fracturas de tuberosidades aisladas.
- Polifracturados.

www.medigraphic.org.mx

- Paresias o plejías previas.
- < 60 años con funcionalidad completa.
- Pacientes incapaces de contestar las escalas funcionales.
- Pacientes atendidos inicialmente en otra institución.

Se realizó una base de datos de los pacientes con criterios de inclusión al estudio, incluyendo género, edad, mecanismo de lesión y energía en el trauma, clasificación AO y Neer de las fracturas, se realizaron mediciones radiométricas para clasificar y pronosticar las lesiones.

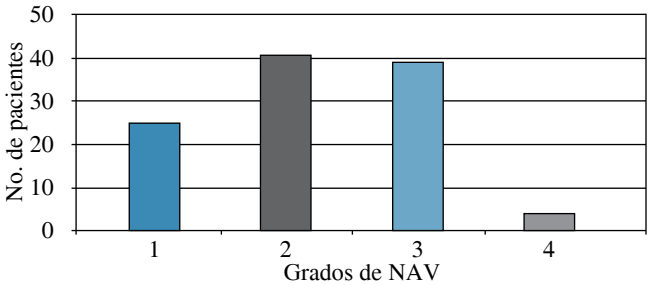


Figura 1. Grados de necrosis avascular (NAV) de la cabeza humeral.

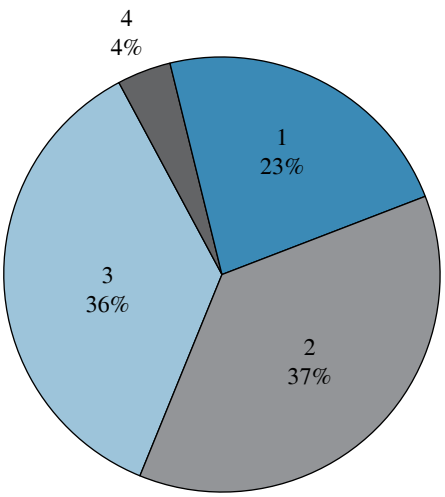


Figura 2. Proporción de NAV según el grado.

Se aplicaron cuestionarios de valoración funcional tipo DASH y Constant a los 6 y 12 meses posteriores al tratamiento conservador. Después se analizaron los estudios radiográficos de seguimiento para clasificar el grado de necrosis avascular de acuerdo con la clasificación Crues, sin realizar mediciones radiológicas, presentándose más frecuente el estadio 2 con 37% (41), el estadio 3 con 36%(39), el estadio 1 con 23% (25) y finalmente el 4 con 4% (5) *(Figuras 1 a 4)*.

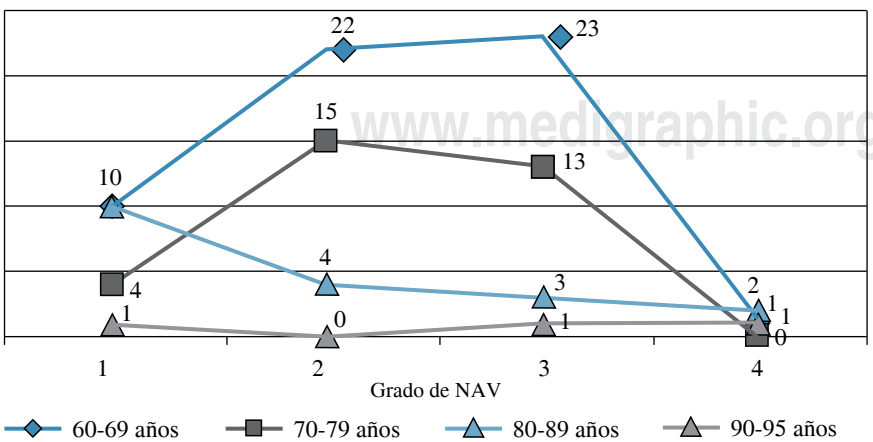
Se seleccionaron 122 pacientes, de los cuales a 12 no se les pudo dar seguimiento, quedando una población final de 110, la edad promedio fue de 71.02 años con rangos desde 60 a 92 años, 69 mujeres (63%) y 41 hombres (37%). 72% (80) de los pacientes era diestro mientras que 28% (30) era zurdo. En cuanto al lado afectado, el lado derecho era el 55% (60), mientras que 45% (50) el lado izquierdo.

De acuerdo con la clasificación de Neer 19% (21) era tipo 4, 36% (40) tipo 3 y 45% (49) tipo 2; mientras que con la clasificación AO 56% (62) fueron tipo A, 29% (32) tipo B y 15% (16) tipo C *(Figuras 5 y 6)*.

Resultados

Se observó que el mayor número de pacientes con necrosis avascular se encontró dentro del grupo de edad de 60-69 años, con necrosis avascular tipo 2 o 3. Se aplicaron las escalas DASH y Constant, considerándose los resultados de DASH como resultado bueno < 30, regular de 30-44 y malo > 45, mientras que en el Constant se tomó bueno > 56, regular 40-55 y malo < 39 *(Figuras 7 y 8)*. Se realizó una validación estadística entre las escalas del DASH y del Constant score con un coeficiente de correlación de 0.80, siendo estadísticamente significativo y mostrando una similar valoración de dichas escalas.

Como base, los pacientes presentaron una función en la escala de DASH de 0 a 30 antes de la lesión o en la extremidad no afectada. El cambio mínimo con valor estadístico significativo fue de 30 puntos, mientras que la diferencia mínima clínica para ser estadísticamente significativa es de 20 puntos.



www.medigraphic.org.mx

Figura 3.

Relación edad versus necrosis avascular humeral (NAV).

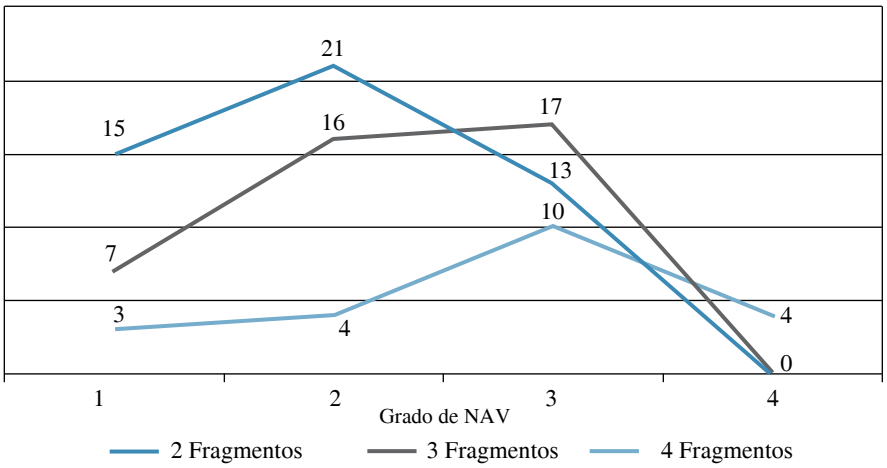


Figura 4.

Relación número de fragmentos con necrosis avascular humeral (NAV).

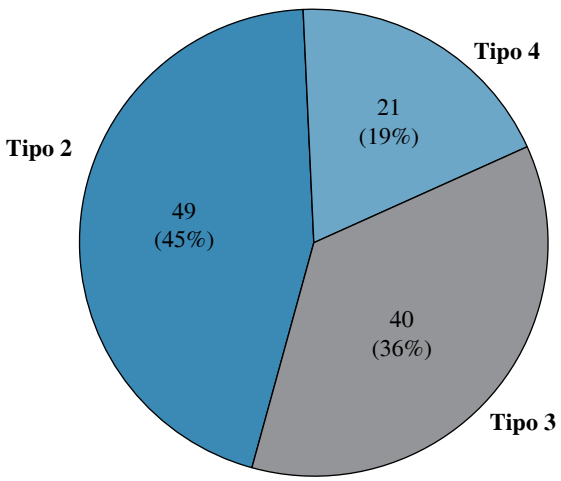


Figura 5. Número de pacientes y tipo de fracturas según la clasificación de Neer.

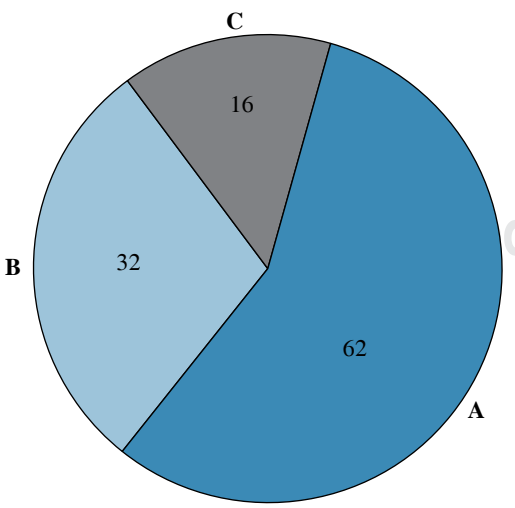


Figura 6. Número de pacientes y tipo de fracturas según la clasificación AO.

Las escalas funcionales a los 6 y 12 meses presentaban en DASH previo a la lesión o contralateral un promedio de 26.22, y posterior a la lesión fue de 32.66 con una variabilidad de 1.83. Mientras que en la escala de Constant el promedio fue de 69.09 en el lado sano y de 63.87 en el lado afectado con una variabilidad de 1.57.

Los cambios funcionales de las extremidades afectadas y las extremidades sanas se correlacionaron con la variabilidad en las escalas. De acuerdo con el rango de porcentaje de variabilidad se obtuvieron los resultados. En caso del DASH la variabilidad pre- y post- fue mayor de 0-10% con 49 pacientes, disminuyendo de forma progresiva. En el caso del Constant score no existió variabilidad mayor de 50%, coincidiendo con la escala previa en el porcentaje de mayor variabilidad 0-5% con 69 pacientes y observando la misma tendencia en la disminución de las cifras *(Figuras 9 y 10)*.

Discusión

Las fracturas de húmero proximal son patologías que requieren una evaluación integral del paciente y las características específicas de cada individuo. El objetivo final es restaurar la función articular y evitar complicaciones secundarias al traumatismo en sí o al tratamiento quirúrgico o inmovilización.

Al enfrentar este tipo de lesiones es de vital importancia realizar una adecuada clasificación y estadificación pronóstica para poder dictaminar la terapéutica a seguir. Como sabemos, las fracturas de húmero proximal se acompañan de lesiones complejas tendinosas y cápsulo-ligamentarias que requieren una minuciosa valoración y seguimiento. Es importante conocer las características radiográficas que expresan de forma indirecta los desplazamientos musculares, así como las mediciones radiométricas indicativas de tratamientos quirúrgicos o conservadores. La valoración más sutil y específica con sistemas de valoración radiométrica es importante para clasificar las fracturas y pronosticar los resultados a pequeño, mediano y largo plazo.

Por este motivo cada paciente debe ser observado y tratado de manera individual para poder ofrecer el tratamiento

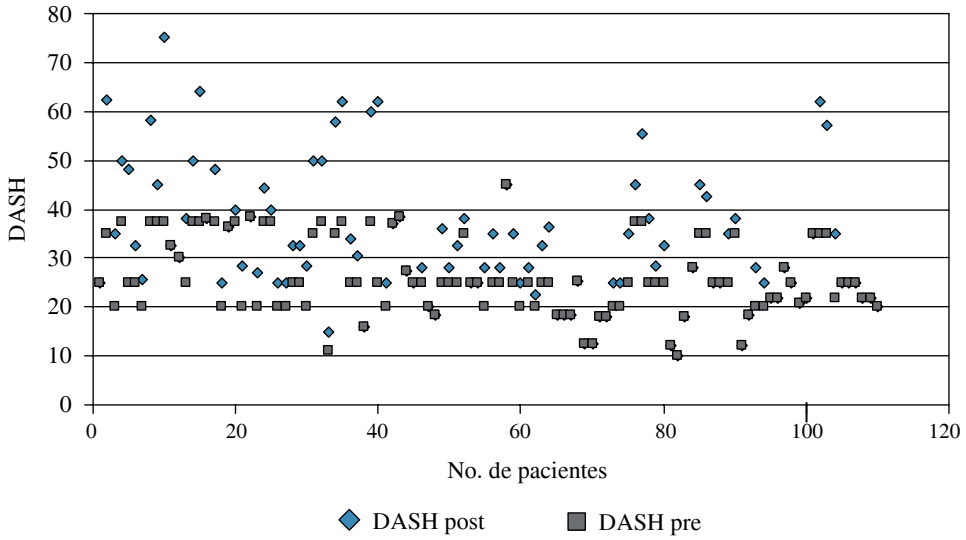


Figura 7.

Valores DASH pre- y postquirúrgicos.

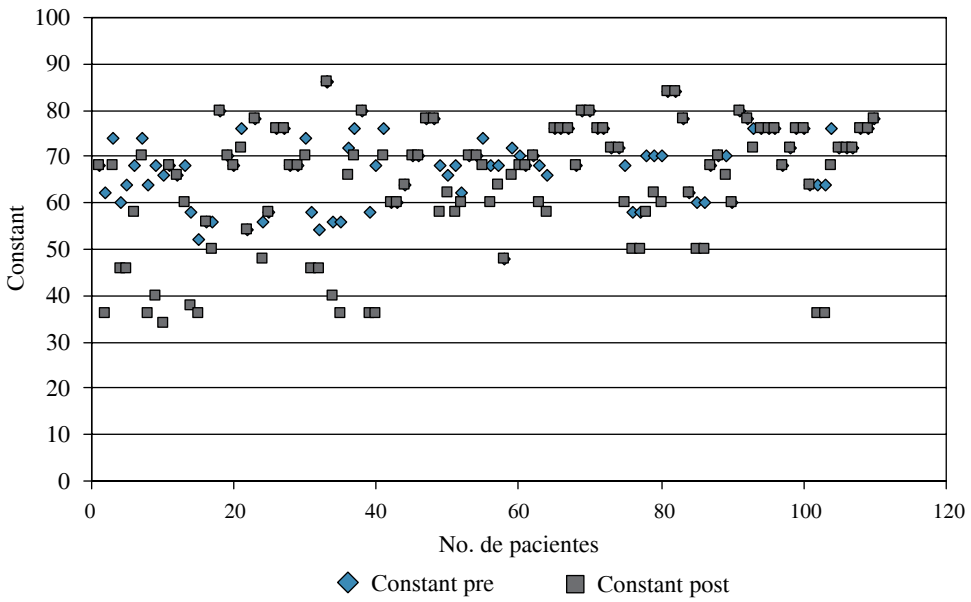


Figura 8.

Valores Constant score pre y postquirúrgicos.

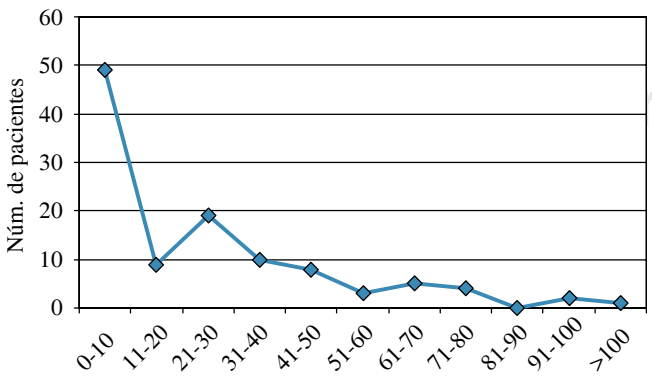


Figura 9. Variabilidad DASH.

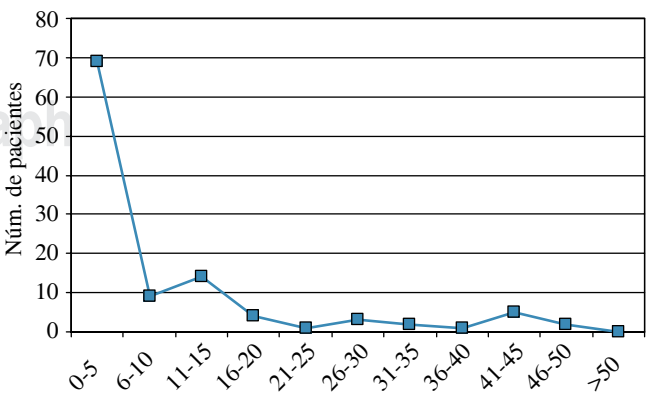


Figura 10. Variabilidad Constant.

más específico y el que mejor se adapte a sus necesidades funcionales y biomecánicas.

Las fracturas de húmero proximal son las terceras más frecuentes en pacientes ancianos y las segundas en la extremidad superior después de las fracturas de cadera y de las fracturas de metáfisis distal del radio.[9] Dependiendo del tipo de fractura y las características del individuo, el tratamiento siempre está enfocado a la estabilización y a la movilización temprana.

Gaebler et al[10] en un estudio prospectivo de 507 fracturas no desplazadas y Zyto et al[11] en un estudio retrospectivo de fracturas en pacientes mayores de 65 años encontraron que una adecuada reducción no quirúrgica y una apropiada inmovilización permitían una adecuada función de la articulación en un período de tiempo prolongado.[10] Koval et al[12] realizaron un metaanálisis en el cual concluían que los pacientes con disminución de la capacidad funcional de la extremidad, fracturas mínimamente desplazadas y fracturas impactadas tienen un buen pronóstico funcional y biomecánico con el tratamiento conservador.

Como se ha mencionado en este estudio, el tratamiento conservador debe ser reservado sólo a pacientes que cumplan con las características necesarias. En la mayoría de los pacientes jóvenes funcionales y fracturas complejas, el tratamiento indicado es quirúrgico. Se han descrito diversos métodos y técnicas quirúrgicas; Wanner et al[13] realizaron un estudio en el cual las fracturas de dos y tres fragmentos se estabilizaban con placas tercio y medio tubo obteniendo resultados de regulares a buenos. Otro estudio con relevancia significativa fue realizado por Koukakis[14] en el que obtuvo resultados preliminares con el uso de placas PHILOS en fracturas multifragmentadas del húmero proximal, concluyendo que el uso de estas placas debe ser seleccionado para pacientes con adecuada calidad ósea y fracturas complejas. Park y Resch,[15] en estudios comparativos, realizaron técnicas percutáneas y de fijación con susurras transóseas obteniendo resultados adecuados en pacientes con musculatura adecuada y resultados poco favorables en pacientes con déficit muscular o limitaciones funcionales.[16]

Sin embargo, el tratamiento quirúrgico conlleva complicaciones que el tratamiento conservador no tiene. Calvo et al[17] observaron que al realizar fijación de las fracturas desplazadas, existía una lesión vascular perióstica que limitaba la capacidad de remodelación ósea. Por otro lado, Hintermann[18] en el 2000 realizó su trabajo sobre fracturas en pacientes ancianos tratados con fijación interna rígida, en los cuales observó pérdida de la reducción, fatiga del implante y finalmente necrosis de la cabeza humeral. Este último estudio corrobora que los pacientes con circulación disminuida o limitación en la movilidad de la articulación del hombro tienen mayor riesgo de falla en los tratamientos quirúrgicos y que secundariamente llevarán a la necrosis con mayor pérdida de la función por las lesiones postquirúrgicas.

Los diferentes trabajos publicados por Meier, Siffri, Kettler[19,20,21] explican los altos índices de morbilidad asociada en pacientes ancianos tratados de forma quirúrgica. Estos estudios coinciden en que los pacientes con fracturas complejas impactadas o mínimamente desplazadas en pacientes ancianos tienen una alta probabilidad de presentar necrosis avascular de cabeza humeral aun con o sin tratamiento quirúrgico, motivo por el cual se sugiere conservar la anatomía normal sin lesionar las estructuras en una intervención quirúrgica.

En el estudio que se realizó en nuestra unidad, los pacientes presentaban algún estadio de necrosis avascular de la cabeza humeral de acuerdo con la clasificación de Crues.[22] Como se observó en los resultados, el grado de necrosis en pacientes mayores de 60 años tenía poca relevancia estadística con la capacidad funcional pre- y postfractura. Estos resultados son similares a aquellos encontrados en los estudios en la Clínica Mayo por Hattrup, quien observó que de todos los pacientes con osteonecrosis de la cabeza humeral, 42% requirió sustitución protésica con grados de edad variable.[23] Sin embargo, en pacientes totalmente funcionales menores de 65 años en América Latina y menores de 75 años en Europa y Estados Unidos que presentan osteonecrosis grado 3 a 5 de Crues, la sustitución protésica es el método terapéutico de elección. El estudio de Raiss sobre el tratamiento de la osteonecrosis con hemiartroplastías demostró que los pacientes con falla en el tratamiento conservador y aquéllos en los cuales se realiza limpieza artroscópica o injertos autólogos o heterólogos son los indicados para el tratamiento con sustitución protésica.[24]

La utilización de dos escalas de valoración funcional tiene como propósito unificar y validar las perspectivas de la patología desde el punto de vista del médico (Constant score) y del paciente (DASH score). Las escalas para evaluar la funcionalidad de la extremidad superior utilizadas en el estudio corresponden a aquéllas que muestran las actividades diarias y bajo estrés de las diferentes articulaciones.

La escala de Constant score fue creada en 1987 y es útil porque evalúa la articulación del hombro como articulación independiente, su validación se ha realizado en múltiples trabajos en lesiones deportivas, traumáticas y degenerativas.[25] Esta evaluación en pacientes completamente funcionales muestra resultados que se relacionan con la función normal del hombro, una escala menor de 50 puntos muestra un resultado pobre, mientras que un resultado medio a favorable debe de ser mayor a los 70 puntos.[26] Los resultados en pacientes que caen dentro de nuestra población, al tener disminución fisiológica degenerativa de las extremidades, varían y se modifican de acuerdo con el resto de la población, un resultado funcional bueno tiene una puntuación mayor a 55 mientras que un resultado desfavorable tiene menos de 40 puntos de acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro protocolo.[27]

La segunda escala utilizada, el DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*),[28] cumple con la misma función que la escala previa; sin embargo, ésta es una evaluación que se realiza a partir del punto de vista del paciente. La descripción de esta escala involucra las articulaciones de toda la extremidad y valora su función en tareas usuales de todos los pacientes. Ha demostrado ser la herramienta más útil para establecer una adecuada correlación bimecánica,

www.medigraphic.org.mx

patológica y funcional de la extremidad. Normalmente un DASH menor de 20 puntos es considerado bueno y uno mayor de 40 puntos es regular a malo como lo demostró Hudak en la valoración clínica de dicha escala.[29] En los pacientes con cierta limitación previa, se considera un buen resultado menor de 30 puntos y malo mayor de 45 puntos.

Los pacientes jóvenes funcionales requieren osteosíntesis como tratamiento de primera elección en las fracturas de húmero proximal, obteniendo reducciones absolutas con estabilidad total para una movilización temprana y restitución biomecánica y funcional. Como complicación severa con un alto índice de morbilidad, estas fracturas pueden desarrollar osteonecrosis de la cabeza humeral; en estos pacientes, el tratamiento de elección nuevamente es quirúrgico y consiste desde el desbridamiento artroscópico a injertos óseos y, finalmente, sustituciones protésicas como métodos finales definitivos. Sin embargo, en pacientes ancianos mayores de 60 años con limitaciones funcionales previas, el tratamiento quirúrgico conlleva mayores complicaciones y fallas que el tratamiento conservador. Secundariamente estos pacientes presentarán osteonecrosis, sin embargo, como se expuso en este trabajo y en diferentes estudios previos, a pesar de presentar esta complicación, la funcionalidad de estos pacientes es prácticamente igual a la función previa a la fractura y a la necrosis. De todas formas, el tratamiento quirúrgico con prótesis de hombro completas o parciales debe ser evaluado en pacientes con sintomatología persistente, siendo el punto cardinal el dolor y en aquellos pacientes con completa funcionalidad en los cuales el daño postraumático haya sido extenso y no permita una adecuada rehabilitación.

Conclusiones

La articulación del hombro es una estructura biomecánica compleja que involucra una estrecha relación entre las estructuras músculo-ligamentarias y óseas. Es por este motivo que su adecuada función depende de la integridad de este sistema. Las fracturas de húmero proximal son frecuentes y por lo tanto su tratamiento debe estar encaminado a la obtención de la recuperación funcional precoz.

Hemos observado el comportamiento de estas fracturas así como sus probables complicaciones, lo que ha permitido estudiar el pronóstico y la terapéutica idónea en cada caso. Los pacientes con actividad física limitada tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, por ello el tratamiento debe estar enfocado en reestablecer la función previa.

El propósito de este estudio fue evaluar a dichos pacientes y establecer un pronóstico para el tratamiento y las complicaciones de estas fracturas. En este estudio se encontró que las fracturas de húmero proximal tratadas de forma conservadora desarrollan algún estadio de osteonecrosis de la cabeza, lo cual haría pensar que el tratamiento para evitar esta complicación sería la fijación estable de las fracturas. Sin embargo, en el trabajo encontramos que a pesar de presentar esta complicación, la función de la extremidad de dichos pacientes era adecuada y sobre todo, era similar a la extremidad no afectada.

En nuestro estudio se observó que los pacientes con necrosis de la cabeza humeral postraumática mayores de 60 años son pacientes candidatos a tratamiento conservador, ya que manteniendo los grupos musculares sin una lesión quirúrgica, se conserva la función de la articulación. Se observaron diferentes factores sin relación estadística como son la habilidad del médico para colocar la inmovilización de la fractura, el apego del paciente al tratamiento y la fisioterapia precoz, sin importar las características de la fractura.

El dato con mayor relevancia para el estudio fue que todos los pacientes presentan algún grado o estadio de necrosis avascular; sin embargo, la única indicación quirúrgica para estos pacientes es el dolor de la articulación con limitación funcional severa. Esta complicación en pacientes más jóvenes debe prevenirse ya que la función de los individuos requiere una biomecánica completa de la articulación. Es por ello que el tratamiento primario en esos casos es la conservación de las estructuras óseas y en casos selectos la sustitución protésica como primera opción.

Es de vital importancia comentar que las escalas de DASH y Constant score utilizadas nunca tuvieron valores estadísticos para la valoración de pacientes completamente funcionales. La modificación de dichas escalas se dio para adaptarlas a las características no patológicas de la población estudiada.

Cabe recalcar que a pesar de que el puntaje final de las dos escalas utilizadas nunca llegó al score basal original, el promedio entre seis meses y un año en estos pacientes era bueno y, sobre todo, con síntomas mínimos, así como un resultado funcional satisfactorio de los sujetos evaluados. También es importante comentar que la diferencia residual en los resultados de las evaluaciones no es significativa clínicamente.

El éxito del tratamiento conservador en los pacientes descritos en el trabajo requiere una adecuada supervisión del médico tratante. La confianza establecida en la relación médico-paciente así como la disciplina de los pacientes es esencial para obtener un adecuado resultado funcional.

Las fracturas de húmero proximal, como la mayoría de las fracturas de la anatomía, tienen diversos sistemas de clasificación. Lo que observamos al momento de realizar la investigación fue que a pesar de que la clasificación AO toma más auge día con día, la clasificación de Neer sigue siendo de mayor facilidad en su uso y provee una adecuada valoración pronóstica y terapéutica.

Cabe destacar que en nuestra institución no existen trabajos previos o valoraciones previas en cuanto al manejo de estas fracturas en pacientes más jóvenes. Sin embargo, dentro del metaanálisis realizado para poder realizar nuestro protocolo, se observó que este estudio no es reproducible en poblaciones de pacientes más jóvenes o con mayor actividad física, ya que ellos requieren una funcionalidad completa posterior al trauma, lo que conlleva a la necesidad de realizar procedimientos de osteosíntesis o a la de sustitucio-

www.medigraphic.org.mx

nes protésicas. Esto conlleva a pensar en las fracturas como una entidad completa, las características específicas de la lesión ósea, así como las características fisiopatológicas del paciente y las lesiones asociadas. Todo esto se envuelve en lo que se denomina personalidad de la fractura, lo que nos lleva a establecer algoritmos específicos para cada fractura asociados con algoritmos específicos para cada paciente. Dentro de los diferentes parámetros a estudiar en estos pacientes se encuentran la edad, comorbilidades, valoración funcional previa a la lesión, estado neuromuscular, características radiográficas de la fractura, densidad ósea y finalmente la opinión y expectativa del paciente secundaria a la fractura y al tratamiento a realizarse.

Es importante conocer las diferentes opciones no quirúrgicas y quirúrgicas para el tratamiento de estas fracturas. De esta forma, al individualizar a los pacientes se les da el tratamiento que cada uno requiere y que cumpla sus criterios de funcionalidad y reestablecer sus actividades diarias.

Dentro de nuestro estudio se encontraron algunas limitantes que dificultan la elaboración de los resultados y la validación de los mismos. Los pacientes son mayores de edad que requieren de algunos cuidados específicos, por eso la vigilancia con éstos debió ser estrecha. Al presentar algunos problemas siquiátricos y dependencias farmacológicas, algunos pacientes consideraron de gran dificultad conservar la inmovilización rígida por un tiempo prolongado. Así mismo, el tabaquismo, alcoholismo e interacciones medicamentosas aumentaron el riesgo de necrosis en estos pacientes.

Como se observó en el estudio, el porcentaje de osteonecrosis avascular postraumática en nuestra población es elevado. Esto se debe en gran parte al hecho de que la mayoría de los pacientes tiene asociadas importantes comorbilidades que aceleran este proceso, así como problemas para aceptar el tratamiento.

Sin embargo, el principal objetivo de este estudio se cumple, se demostró la gran incidencia de necrosis avascular. A pesar de este alto porcentaje de complicaciones, estos pacientes conservaban una adecuada funcionalidad en la extremidad afectada y era similar a la extremidad no lesionada, lo que nos hace pensar que la mayoría de estos pacientes, sin importar el tratamiento realizado, tienen un alto riesgo de presentar necrosis, pero a pesar de esto no se debe lastimar más los tejidos para evitar la pérdida de la función.

Actualmente existen muchos avances en cuanto al tratamiento de fracturas complejas. El desarrollo de modelos que impiden lesionar los tejidos circundantes a la fractura ha tomado un auge importante. El tratamiento encaminado a estas fracturas va de la mano del desarrollo de nuevos sistemas de fijación quirúrgica con mínima invasión. Pero cabe la pena recalcar que estos sistemas no son para todos los pacientes ni para todas las fracturas. En algunas ocasiones al querer realizar procedimientos quirúrgicos invasivos o mínimamente invasivos, se produce un mayor daño que con tratamientos conservadores.

La necrosis avascular es una complicación común en pacientes con traumatismos del húmero. Las características fisiopatológicas de esta lesión hacen que sea de difícil manejo y de un pronóstico incierto. Como se observó en la literatura y en nuestro trabajo, la indicación precisa para realizar un procedimiento quirúrgico en pacientes con esta patología es el dolor intenso y secundariamente una limitación funcional importante.

Así como se apoya la teoría del tratamiento conservado en estos pacientes, hay que destacar que de la misma manera conlleva complicaciones importantes. En primer lugar, y como se ha comentado, existe la necrosis avascular, pero pueden existir otras como son la seudoartrosis, consolidación viciosa, rigidez de la articulación, osteoartrosis temprana. De la misma manera el tratamiento quirúrgico trae consigo complicaciones asociadas como son infecciones, lesiones neurovasculares y dejar secuelas importantes como lesiones tendinosas o musculares que provoquen insuficiencia de la cintura escapular. Como se ha mencionado antes, realizando una elección adecuada del tratamiento en el paciente adecuado y realizando una cuidadosa planificación, se pueden evitar o prever estas complicaciones.

Al realizar nuestro protocolo, conseguir la información y desarrollar un análisis estadístico, obtuvimos resultados importantes para nuestra hipótesis y objetivos. Corroboramos nuestra información y la validamos con estudios previos. Sin embargo, sabemos que aún falta mucho para entender por completo la fisiopatología de estas lesiones. Es importante poder trasvolar y validar este estudio con otros similares y el paso lógico a seguir sería compararlo con estudios con tratamientos diferentes en poblaciones similares.

Por el momento, creemos que el tratamiento de estas fracturas en esta población de pacientes puede seguir siendo conservador, ya que a pesar de que un alto porcentaje presentará osteonecrosis, la función es similar y conlleva un pronóstico de actividad diaria bueno para los pacientes.

Bibliografía

1. Marchant MH Jr, Stubbs A, Basamania CJ: Osteonecrosis of the humeral head. Wheeless' Textbook of Orthopaedics; 2005.
2. Mankin HJ: Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis). *N Engl J Med*. 1992; 326: 1473-9.
3. Hattrup SJ, Cofield RH: Osteonecrosis of the humeral head: natural history. Specialty Society Day, American Shoulder and Elbow Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons 1997 Annual Meeting. San Francisco, California: 1997.
4. Heimann WG, Freiberger RH: Avascular necrosis of the femoral and humeral heads after high-dosage corticosteroid therapy. *N Engl J Med*. 1960; 263: 672-5.
5. Cruess RL, Blennerhassett J, MacDonald FR, MacLean LD, Dossetor J: Aseptic necrosis following renal transplantation. *J Bone Joint Surg Am*. 1968; 50: 1577-90.
6. Sturzenegger M, Fornaro E, Jakob RP: Results of surgical treatment of multifragmented fractures of the humeral head. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1982; 100(4): 249-59.
7. Loebenberg MI, Plate AM, Zuckerman JD: Osteonecrosis of the humeral head. Instructional course lectures. *American Association of Orthopaedic Surgeons*. 1999; 48: 349-57.
8. Hertel R, Hempfing A, Stiehler M, Leunig M: Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg*. 2004; 13: 427-33.

www.medigraphic.org.mx

9. Baron JA, Barrett JA, Karagas MR: The epidemiology of peripheral fractures. *Bone*. 1996; 18(3 Suppl): 209S-13S.
10. Gaebler C, McQueen MM, Court-Brown CM: Minimally displaced proximal humeral fractures: epidemiology and outcome in 507 cases. *Acta Orthop Scand*. 2003; 74: 580-5.
11. Zyto K: Non-operative treatment of comminuted fractures of the proximal humerus in elderly patients. *Injury*. 1998; 29: 349-52.
12. Koval KJ, Gallagher MA, Marsicano JG, Cuomo F, McShinawy A, Zuckerman JD: Functional outcome after minimally displaced fractures of the proximal part of the humerus. *J Bone Joint Surg Am*. 1997; 79: 203-7.
13. Wanner GA, Wanner-Schmid E, Romero J, Hersche O, von Smekal A, Trentz O, et al: Internal fixation of displaced proximal humeral fractures with two one-third tubular plates. *J Trauma*. 2003; 54: 536-44.
14. Koukakis A, Apostolou CD, Taneja T, Korres DS, Amini A: Fixation of proximal humerus fractures using the PHILOS plate: early experience. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 442: 115-20.
15. Park MC, Murthi AM, Roth NS, Blaine TA, Levine WN, Bigliani LU: Two-part and three-part fractures of the proximal humerus treated with suture fixation. *J Orthop Trauma*. 2003; 17: 319-25.
16. Resch H, Povacz P, Fröhlich R, Wambacher M: Percutaneous fixation of three- and four-part fractures of the proximal humerus. *J Bone Joint Surg Br*. 1997; 79: 295-300.
17. Calvo E, de Miguel I, de la Cruz JJ, López-Martín N: Percutaneous fixation of displaced proximal humeral fractures: indications based on the correlation between clinical and radiographic results. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007; 16: 774-81.
18. Hintermann B, Trouillier HH, Schäfer D: Rigid internal fixation of fractures of the proximal humerus in older patients. *J Bone Joint Surg Br*. 2000; 82: 1107-12.
19. Meier RA, Messmer P, Regazzoni P, Rothfischer W, Gross T: Unexpected high complication rate following internal fixation of unstable proximal humerus fractures with an angled blade plate. *J Orthop Trauma*. 2006; 20: 253-60.
20. Siffri PC, Peindl RD, Coley ER, Norton J, Connor PM, Kellam JF: Biomechanical analysis of blade plate versus locking plate fixation for a proximal humerus fracture: comparison using cadaveric and synthetic humeri. *J Orthop Trauma*. 2006; 20: 547-54.
21. Kettler M, Biberthaler P, Braunstein V, Zeiler C, Kroetz M, Mutschler W: Treatment of proximal humeral fractures with the PHILOS angular stable plate. Presentation of 225 cases of dislocated fractures. *Unfallchirurg*. 2006; 109: 1032-40.
22. Cruess RL: Experience with steroid-induced avascular necrosis of the shoulder and etiologic considerations regarding osteonecrosis of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 1978; 130: 86-93.
23. Hattrup SJ, Cofield RH: Osteonecrosis of the humeral head: relationship of disease stage, extent, and cause to natural history. *J Shoulder Elbow Surg*. 1999; 8: 559-64.
24. Raiss P, Kasten P, Baumann F, Moser M, Rickert M, Loew M: Treatment of osteonecrosis of the humeral head with cementless surface replacement arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2009; 91: 340-9.
25. Constant CR, Murley AH: A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop Relat Res*. 1987; (214): 160-4.
26. Fabre T, Piton C, Leclouerec G, Gervais-Delion F, Durandeau A: Entrapment of the suprascapular nerve. *J Bone Joint Surg Br*. 1999; 81(3): 414-9.
27. Constant CR: An evaluation of the Constant-Murley shoulder assessment. *J Bone Joint Surg Br*. 1997; 79: 695-6.
28. The DASH outcome measure: disabilities of the arm, shoulder, and hand. Available in: http://www.dash.iwh.on.ca/.
29. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C: Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med*. 1996; 29(6): 602-8. Erratum in: *Am J Ind Med*. 1996; 30(3): 372.

www.medigraphic.org.mx

Cortesía de MSD ACERCA DE MSD CARRERAS-EMPLEOS EN MSD INVESTIGAR MUNDIAL

MANUAL MSD
Versión para profesionales

Fracturas proximales del húmero

(Fractura de hombro)

*Por **Danielle Campagne**, MD, University of California, San Francisco*

Revisado/Modificado dic. 2022

Las fracturas proximales del húmero son proximales al cuello quirúrgico (véase figura Referencias anatómicas clave en el húmero proximal). La mayoría están mínimamente desplazadas y anguladas. El diagnóstico es por radiografía simple o, a veces TC. La mayor parte de estas fracturas se pueden tratar con un cabestrillo, una venda, y la movilización temprana.

(Véase también Generalidades sobre las fracturas).

Las fracturas humerales proximales son especialmente comunes entre los ancianos. Algunos pacientes tienen daño del nervio axilar (reduciendo la sensibilidad sobre el deltoides medio) o daño de la arteria axilar. Pueden observarse retracciones tras unos pocos días de inmovilización, sobre todo en ancianos.

Etiología de las fracturas proximales del húmero

La mayoría de estas fracturas son el resultado de una caída sobre un brazo hiperextendido; con menor frecuencia, está involucrado un golpe directo.

Clasificación

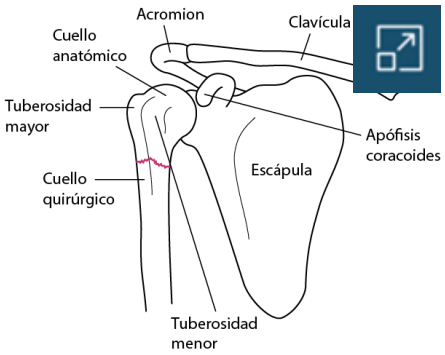
Las fracturas se clasifican por el número de partes que resultan; una parte se define como una estructura clave anatómica que se desplaza (> 1 cm) o angula (> 45°) en relación a su posición anatómica normal. Las 4 estructuras anatómicas clave del húmero proximal son la

- Cuello anatómico
- Cuello quirúrgico
- Tuberosidad mayor
- Tuberosidad menor

Por ejemplo, si no hay estructuras desplazadas o anguladas, la fractura tiene una parte. Si una estructura está angulada o desplazada, la fractura tiene 2 partes (véase figura Fracturas de una parte y 2 partes del húmero proximal). Casi el 80% de las fracturas de húmero proximal tienen solo una parte; por lo general son estables, unidas por la cápsula articular, manguito rotador, y/o periostio. Las fracturas con ≥ 3 partes son infrecuentes.

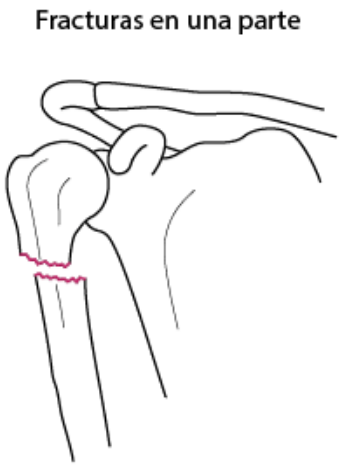
Referencias anatómicas clave en el húmero proximal

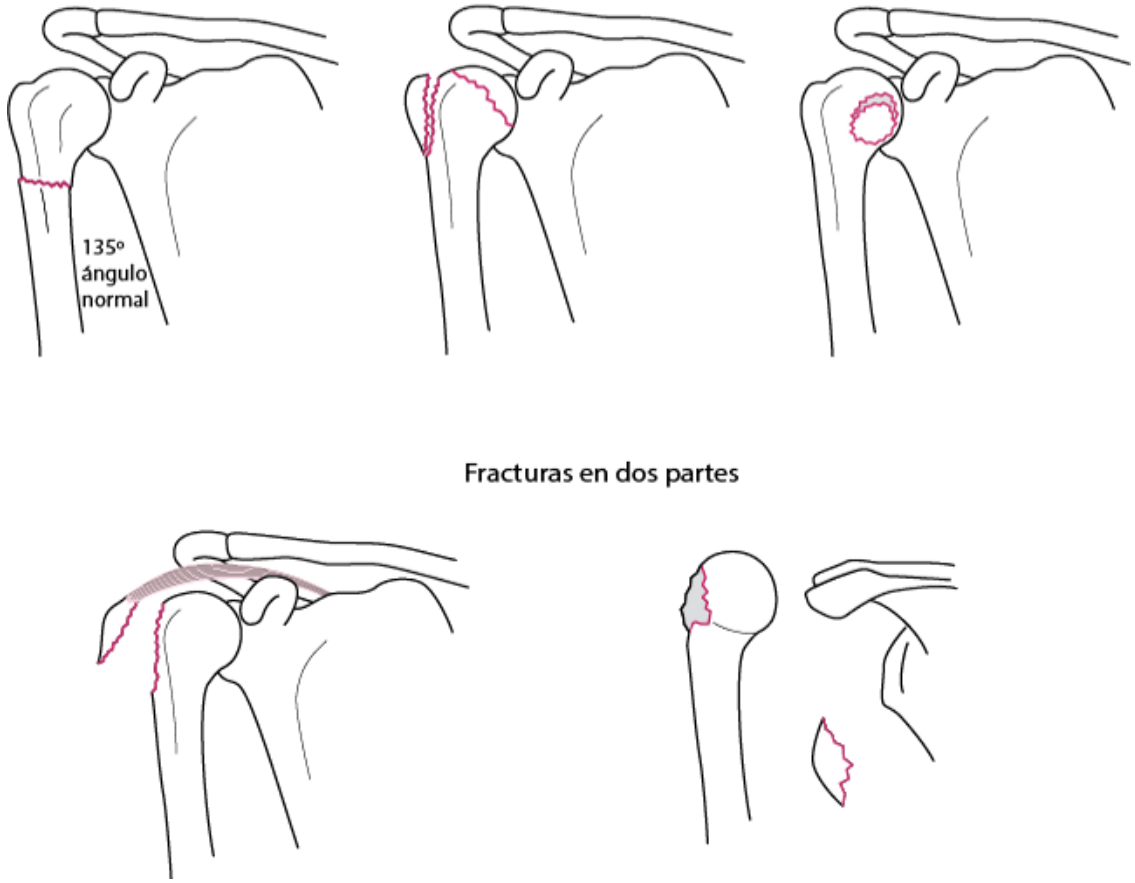
El cuello quirúrgico del húmero se fractura.



Fracturas de una parte y 2 partes del húmero proximal

Si no hay estructuras que estén desplazadas o anguladas, la fractura tiene una parte. Si una estructura está angulada o desplazada, la fractura tiene 2 partes.





Signos y síntomas de las fracturas proximales del húmero

El hombro y el brazo son dolorosos y se inflaman; los pacientes tienen dificultad para levantar el brazo.

Diagnóstico de las fracturas proximales del húmero

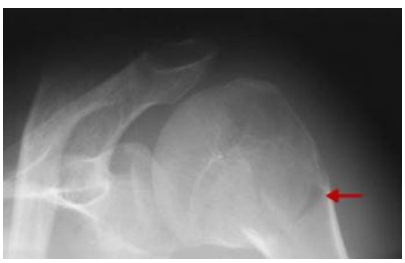
- Radiografías simples
- A veces TC

Las radiografías deben incluir, al menos,

- Una vista en rotación interna anteroposterior verdadera
- Vista en Y (oblicua) transescapular
- Una vista axilar para evaluar la articulación glenohumeral

La TC se realiza si las fracturas son complejas o se visualizan mal en las radiografías simples.

Fractura proximal del húmero

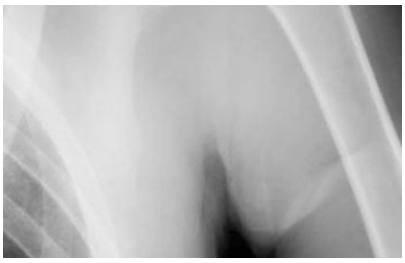


Tratamiento de las fracturas humerales proximales

- Por lo general, un cabestrillo y ejercicios tempranos de amplitud de movimiento
- A veces reducción abierta con fijación interna (RAFI) o reemplazo articular

protésico

Las **fracturas de una parte** rara vez requieren reducción; la mayoría (casi el 80%) se tratan con inmovilización en un cabestrillo, a veces con una venda (véase figura Inmovilización articular como tratamiento agudo: algunas técnicas comunes), y ejercicios tempranos de amplitud de movimiento, tales como ejercicios de Codman. Estos ejercicios son particularmente útiles para las personas mayores. Debido a que las contracturas son un riesgo, la movilización precoz es deseable, incluso si la alineación es anatómicamente imperfecta.



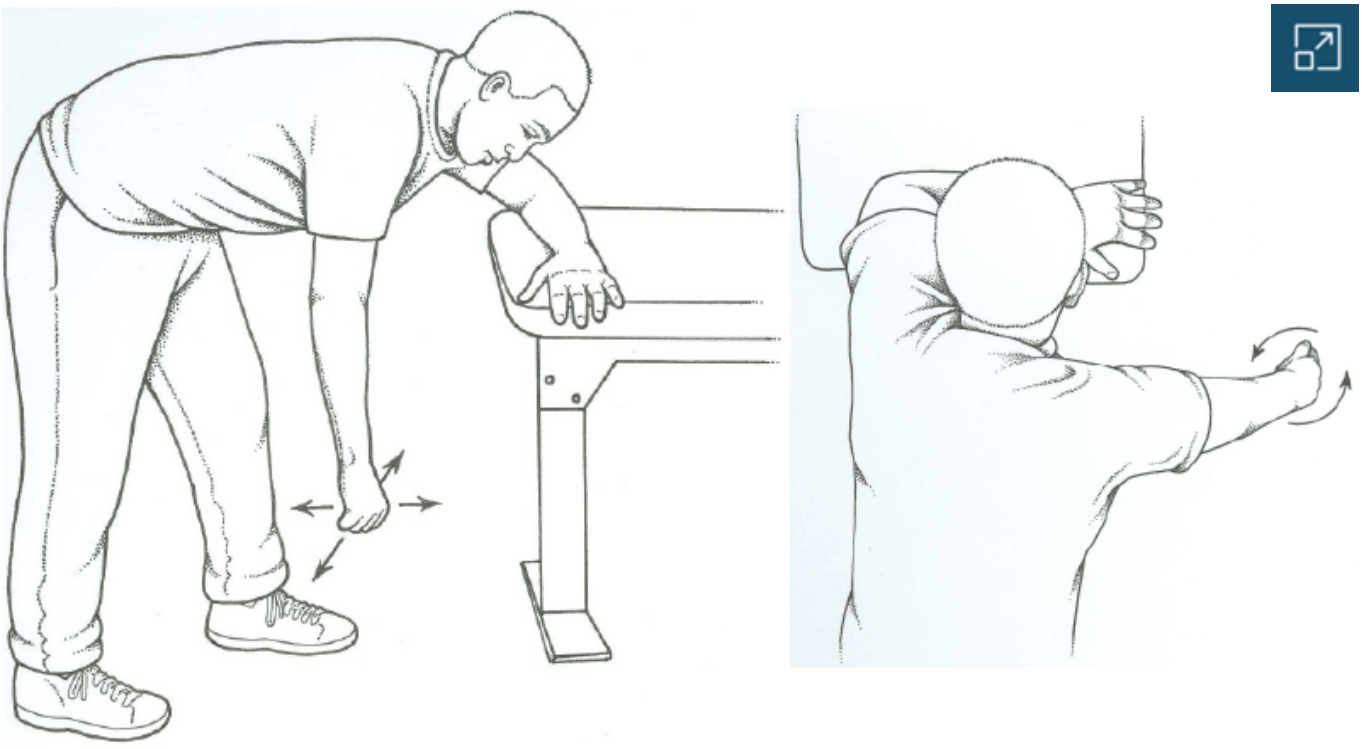
ZEPHYR/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Ejercicios de Codman

El paciente se dobla en la cintura con el brazo afectado colgando hacia abajo, perpendicular al suelo. El brazo y el hombro deben estar relajados, y las rodillas dobladas. Los pacientes deberían

- Lentamente girar el brazo de lado a lado, de atrás hacia adelante, y en círculos en sentido de las agujas del reloj y en sentido contrario
- Cambiar su peso de un pie a otro en la misma dirección que las oscilaciones del brazo
- De manera gradual, aumentar el arco a medida que se tolere

Estos ejercicios solo deben causar dolor mínimo. Los pacientes deben realizar cada ejercicio 2 veces por serie y varias series por día. Los pacientes deben aumentar gradualmente la duración de los ejercicios.



Las fracturas con ≥ 2 piezas se inmovilizan, y los pacientes son referidos a un cirujano ortopédico. Estas fracturas pueden requerir RAFI o reemplazo de una articulación protésita (reemplazo de hombro).

Conceptos clave

- Clasificar las fracturas humerales proximales en función del número de estructuras humerales clave (cuello

- Clasificar las fracturas humerales proximales en función del número de estructuras humerales clave (cuello anatómico, cuello quirúrgico, tuberosidad mayor, tuberosidad menor) que están desplazadas o anguladas.
- Casi el 80% requieren solo un cabestrillo.
- Los pacientes, especialmente los ancianos, deben comenzar los ejercicios de amplitud de movimiento tan pronto como sea posible.

MSD

Copyright © 2023 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA y sus empresas asociadas. Todos los derechos reservados.

Luxofractura de Bennett y trapecio: Reporte de caso

Dr. Guillermo Varón*, Dr. Diego Rincón, Jairo Camacho*****

* Ortopedista, cirujano de mano. Docente del grupo de cirugía de mano y microcirugía, Universidad Industrial de Santander. Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.
** Residente de tercer año de Ortopedia y Traumatología, Universidad Industrial de Santander. Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.
*** Estudiante de pregrado de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia:
Dr. Diego Fernando Rincón Cardozo
Cra. 18 n.º 158-72 Club House 1 Floridablanca, Santander, Colombia.
Tel. (577) 6913520, Cel. 3002676827 - 3006934813
jacc2288@hotmail.com

Fecha de recepción: 14 de junio de 2012
Fecha de aprobación: 18 de octubre de 2012

Resumen

La luxofractura de Bennett asociada a la fractura de trapecio fue descrita por primera vez por Brunelli en 1989; esta fractura que compromete la articulación carpometacarpiana del primer dedo es extremadamente rara, con muy pocos reportes en la literatura. La fractura de trapecio se reporta en aproximadamente el 3 % al 5 % de las fracturas del carpo y puede presentarse en asociación a una fractura de Bennett ipsilateral en un 15 %. La articulación trapeciometacarpiana ha sido de mucha importancia en la evolución humana pues permite el efecto de pinza u oposición del pulgar, característica evolutiva que permitió la aprehensión de objetos. Se presenta el caso de un hombre de 29 años con luxofractura de Bennett asociada a fractura del trapecio y se muestra la técnica quirúrgica utilizada para su manejo.
Palabras clave: Lesiones del pulgar, articulaciones carpometacarpianas, luxaciones, lesiones del trapecio, fracturas, informes de casos.
Nivel de evidencia: IV
[Rev Col Or Tra 2013; 27(1): 56-61]

Abstract

Brunelli first described Bennett's fracture dislocation in relation with trapezium fracture in 1989. This particular, infrequent injury, involve the carpal-metacarpal joint of the thumb, compiling a few reports in the literature. The trapezium fracture is reported in 3% to 5% among the carpal fractures, and can be associated with Bennett's fracture in 15% of the patients. The trapezium-metacarpal joint is considered a milestone in human evolution because it makes possible the opposition of the thumb contributing to grab objects by using the thumb and other fingers as fine tweezers like tool. In this case report, we reported the surgical technique for managing Bennett's fracture dislocation in relation with trapezium fracture.
Key words: Thumb injuries, carpometacarpal joints, dislocations, trapezium bone injuries, fractures, case reports.
Evidence level: IV
[Rev Col Or Tra 2013; 27(1): 56-61]

Introducción

La articulación trapeciometacarpiana ha sido de mucha importancia en la evolución humana pues permite el efecto de pinza u oposición del pulgar, característica evolutiva que se logró a expensas de la estabilidad de esta articulación, lo cual permitió la aprehensión de objetos, característica que es propia de los seres humanos. Entre otras características se puede decir que es una articulación bicóncava de tipo silla de montar y que posee 16 ligamentos que le brindan estabilidad (1).

La luxofractura de Bennett asociada a la fractura del trapecio fue descrita por primera vez por Brunelli en 1989. Esta fractura que compromete la articulación carpometacarpiana es una lesión muy rara, con pocos reportes en la literatura. La fractura del trapecio se reporta en aproximadamente el 3 % al 5 % de las fracturas del carpo y puede presentarse en asociación a una fractura de Bennett ipsilateral en un 15 % (2). El mecanismo de trauma se describe como una fuerza axial acompañada de una subluxación del fragmento dorsal del metacarpo que, potenciada por la acción del tendón del abductor pollicis longus, produce por acción deformante la lesión descrita; algunos autores expresan la existencia de un compromiso ligamentario múltiple.

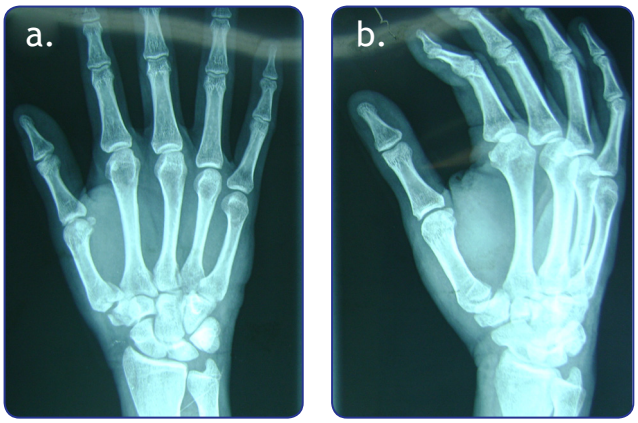
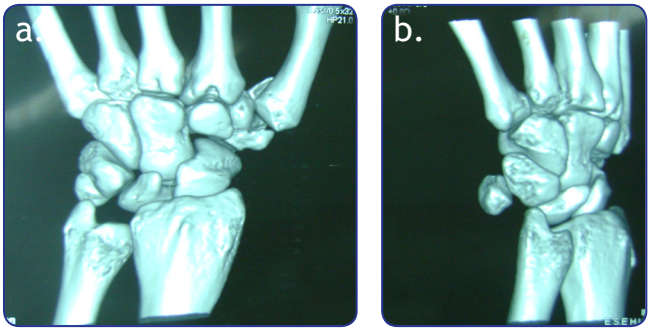


Figura 1 a, b. Luxofractura de Bennett y de trapecio.



Reporte de caso

Hombre de 29 años que consulta por un cuadro clínico de 4 días de evolución secundario a una caída desde su altura que produce un trauma contundente en su pulgar izquierdo con posterior dolor, edema y limitación del movimiento. El paciente no reporta antecedentes de importancia. Al examen físico, se encuentra un paciente en adecuado estado general; se aprecia equimosis en la base del pulgar izquierdo con edema, dolor a la palpación en la base de pulgar y en la región lateral del carpo y limitación del movimiento, sin déficit vasculonervioso distal.

A los rayos X se aprecia una fractura con trazo articular parcial y luxación del componente lateral del primer metacarpiano y fractura del borde lateral posterior del trapecio (figura1); en la tomografía se evidencia una fractura luxación trapeciometacarpiana y una fractura lateral del trapecio ipsilateral (figura 2).

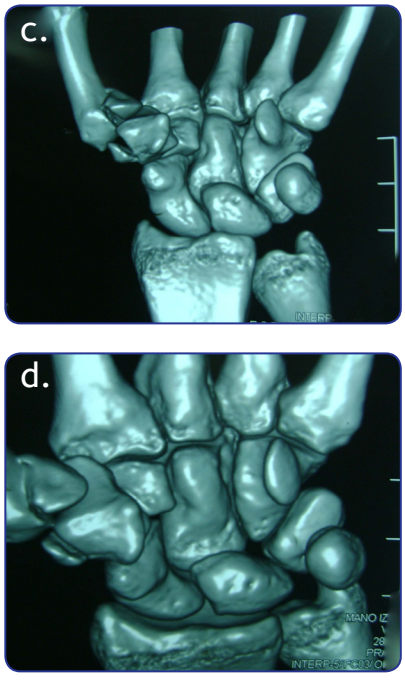


Figura 2 a, b, c, d. Tomografía axial computarizada que muestra una luxofractura trapeciometacarpiana y una fractura lateral del trapecio ipsilateral.

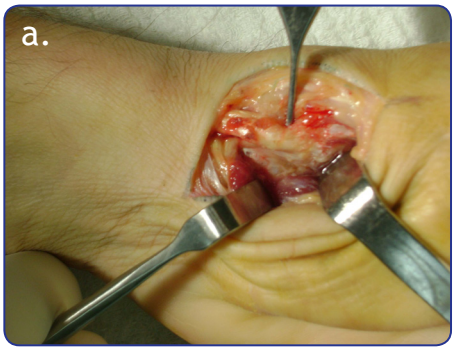
Técnica quirúrgica

Se coloca al paciente en decúbito supino, se le aplica un torniquete neumático y se realiza asepsia y antisepsia del miembro superior izquierdo. Mediante un abordaje de Wagner

(borde lateral del primer metacarpiano) (figura 3), se diseca el abductor pollicis longus y la musculatura de la eminencia tenar; se realiza la disección teniendo en cuenta el flexor radial del carpo (figura 4). Posteriormente, se realiza una tenotomía radial de los músculos de la región tenar exponiendo la cápsula articular de la articulación carpometacarpiana, lo cual permite visualizar la fractura articular del primer metacarpiano y del trapecio (figura 5). Luego, se realiza la reducción con una pinza de campo y se fija con pines K de 1,0 mm (figura 6). Bajo visión fluoroscópica se aprecia la adecuada reducción (figura 7). En la disección se evidenció que el trapecio presentaba una fractura por avulsión del ligamento dorsorradial, el cual no requirió fijación ya que al realizar la fijación del fragmento de la luxofractura de Bennett se reduce la superficie articular del trapecio. Se realizó capsulorrafia y luego se suturó por planos con prolene y vicryl. Se colocó un yeso braquipalmar con espica al pulgar.

Después de 2 meses, se observa una buena evolución clínica y radiológica, con excelentes resultados funcionales (figura 8).

Figura 3. Abordaje de Wagner.



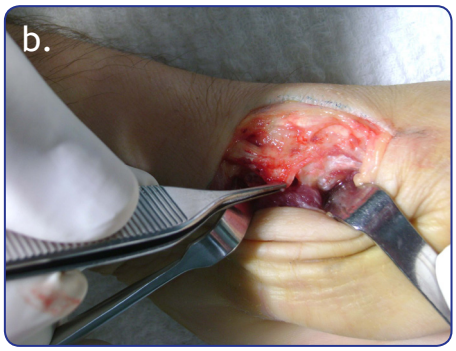
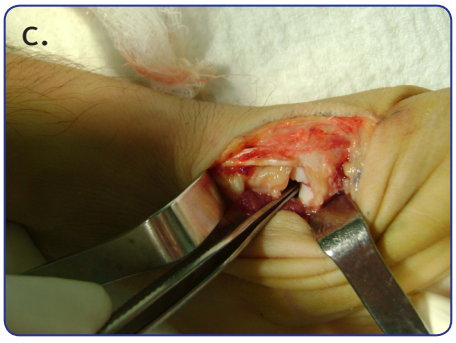


Figura 4 a, b. Disección del abductor pollicis longus y de la musculatura de la eminencia tenar.



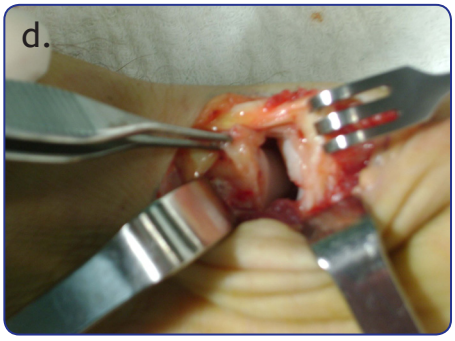


Figura 5 a, b, c, d. Exposición de la cápsula articular de la articulación carpometacarpiana, lo cual permite visualizar la fractura articular del primer metacarpiano y del trapecio.

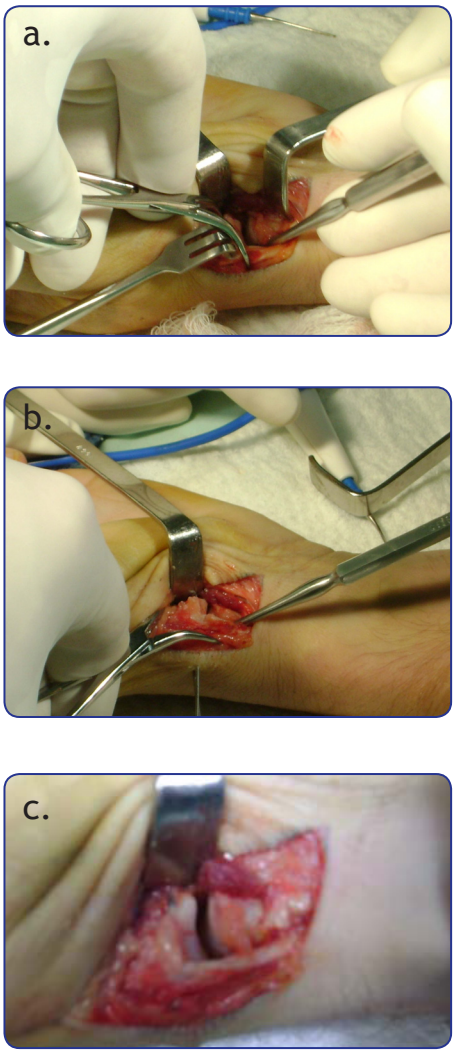


Figura 6. a) Reducción con una pinza de campo. b) Fijación con pines K de 1,0 mm. c) Reducción anatómica de la articulación.

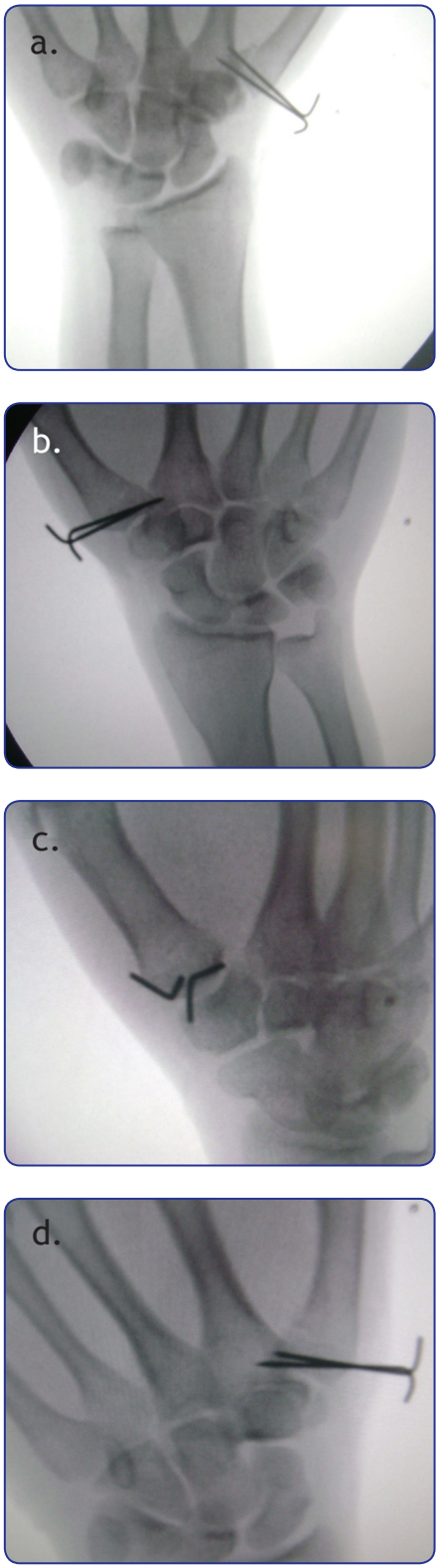


Figura 7 a, b, c, d. Imágenes bajo fluoroscopio que muestran una adecuada reducción.

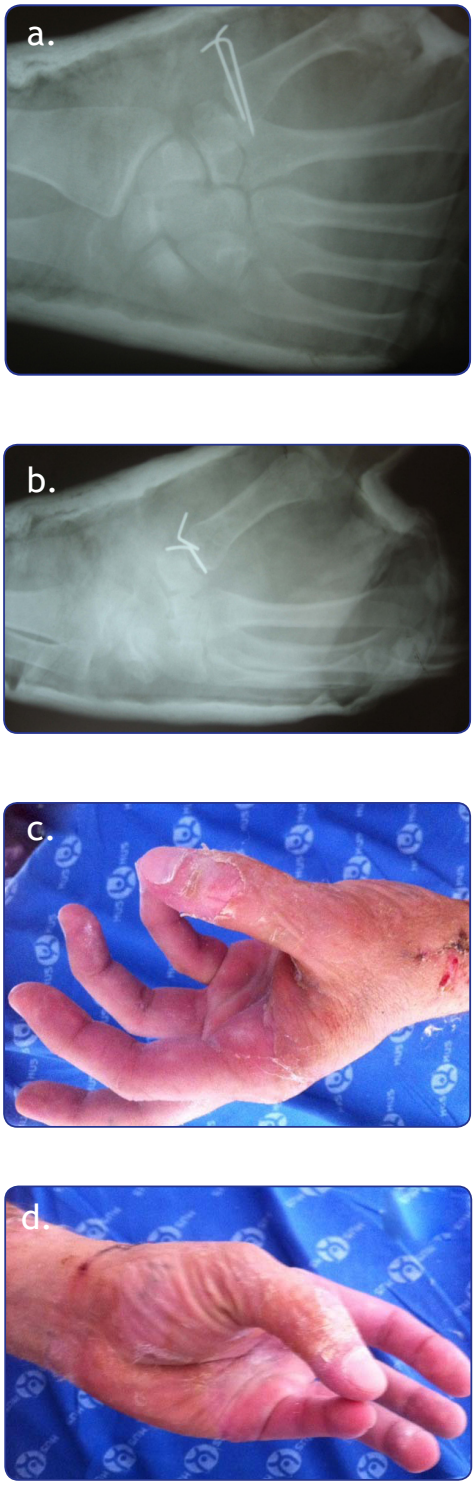


Figura 8 a, b, c, d. Control al segundo mes posoperatorio.

Discusión

La articulación trapeciometacarpiana es muy importante pues tuvo un papel crucial en la evolución; esta articulación permitió la posibilidad de pinza u oposición. De las fracturas del carpo alrededor del 3 % al 5 % comprometen el trapecio y de estas un aproximado del 15 % se asocian a fracturas ipsilaterales de Bennett, lo que la hacen una asociación no muy frecuente según la literatura. Es difícil explicar la fractura de ambos huesos; algunos autores refieren que la combinación se debe al efecto de una fuerza de transmisión axial que aumenta la compresión a nivel de la superficie articular palmar, produciendo una luxofractura de Bennett, y las fuerzas discrecionales que producen una avulsión del ligamento dorsorradial causando una avulsión del trapecio (3-5).

La anatomía de la articulación trapeciometacarpiana se estabiliza por cuatro ligamentos principales; se creía que el ligamento oblicuo anterior es el encargado de la estabilidad, pero Strauch encontró que el ligamento dorsal radial es el que restringe la posibilidad de luxación. Al producirse la luxación, se produce la ruptura del ligamento dorsorradial y posteriormente del ligamento oblicuo anterior por desgarro del periostio. La fractura del trapecio se produce por avulsión de su sitio de inserción, llevando a trazo vertical. Al reducir este tipo de fractura y reconfigurar la estructura se produce estabilidad de los fragmentos.

La reconstrucción ligamentaria se puede realizar según lo descrito por Brunelli, y los autores concuerdan en que se debe reconstruir si existe inestabilidad. En el reporte de caso de El Ibrahimi y cols. del 2009, los autores refieren que la reducción con clavos da buenos resultados funcionales. La mayoría de casos reportados no expresan fractura asociada de la base del primer metacarpiano.

La mayoría de autores concuerda en que se debe reducir adecuadamente la fractura del trapecio pues puede producir una morbilidad prolongada. Una mala reducción de una fractura de Bennett produce cambios artrósicos a futuro. La manipulación y reducción cerrada en agudo puede producir buenos resultados, pero debido a la inestabilidad articular se producen nuevos desplazamientos de estas articulaciones; además, la inmovilización que se realiza para la fractura del trapecio no es la ideal para la fractura de Bennett (6-9).

Los dos autores de los reportes de caso muestran buenos resultados; recomiendan la reducción anatómica de la parte articular que puede fijarse tanto con clavos como con tornillos. Si no se trata adecuadamente se puede producir una inestabilidad crónica de esta articulación.

En nuestro caso se realizó una fijación de la fractura con clavos por las dificultades logísticas de trabajar en nuestro sistema de seguridad social, y no se fijó el trapecio porque este fragmento correspondía en mínimo porcentaje a la superficie articular notándose que sin esta fijación la articulación era completamente estable.

Referencias bibliográficas

1. Leversedge FJ. Anatomy and pathomechanics of the thumb. Hand Clin 2008; 24: 219-29.
2. Imaeda T, An KN, Cooney WP, Linscheid R, Minn R. Anatomy of trapeziometacarpal ligaments. J Hand Surg 1993; 18A: 226-31.
3. Edmunds JO. Traumatic dislocations and instability of the trapeziometacarpal joint of the thumb. Hand Clin 2006; 22: 365-92.
4. Edmunds JO. Current concepts of the anatomy of the thumb trapeziometacarpal joint. J Hand Surg 2011; 36A: 170-82.
5. El Ibrahimi A, Amar F, Chbani B, Daoudi A, Elmrini A, Boutayeb F. Dislocation of the carpometacarpal joint of the thumb associated with trapezium and Bennett's fractures. Hand (NY) 2009; 4: 191-3.
6. Garcia-Elias M, Henriquez-lluch A, Rossignani P, Fernandez de Retana P, Orovio de Elizaga J. Bennett's fracture combined with fracture of the trapezium: a report of three cases. J Hand Surg Br 1993; 18: 523.
7. Narushima Y, Hara A. An unusual fracture-dislocation of the trapeziometacarpal joint of the thumb: a case report. Hand Surg 2010; 15: 57-60.
8. Afshar A, Mirzatoloei F. Carpometacarpal joint dislocation of the thumb associated with the fracture of the trapezium: a case report. Arch Iran Med 2006; 9(3): 282-3.
9. Ramoutar DN, Katevu C, Titchener AG, Patel A. Trapezium fracture - a common technique to fix a rare injury: a case report. Cases J 2009; 2: 8304.

Rev. Esp. de Cir. Ost., 11, 223-239 (1976)

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA. VALENCIA
Director : Prof. GOMAR

Fracturas de la base del primer metacarpiano: clasificación y tratamiento

F. ARGÜELLES SANGINÉS, T. MUT OLTRA, A. NAVARRO QUILIS y A. GARCÍA PENALVA

RESUMEN

Se revisan 30 casos de fracturas de la base del primer metacarpiano, estudiando especialmente el método de clasificación y el tratamiento. Se hace una particular referencia al ángulo del primer espacio intermetacarpiano y su importancia funcional en estos traumatismos.

SUMMARY

Thirty fractures of the base of the first metacarpal bone are reviewed. Emphasis is placed on classification and treatment. The angle formed between the first and the second metacarpal bone is measured and the relationship with the functional importance of the fracture is studied.

Introducción

En 1881, EDWARD HALLORAN BENNETT presenta por primera vez ante la Dublin Pathological Society una serie de fracturas de los metacarpianos, cinco de las cuales interesaban al primero de ellos. Describió estas últimas en los términos siguientes: «... el trazo, oblicuo abajo y por dentro, respeta totalmente la cara dorsal del metacarpiano, separando la parte más grande de la superficie articular con la parte del hueso manteniéndola». La conclusión que de las mismas sacó BENNETT es que no deben ser consideradas como traumatismos triviales por las importantes secuelas a que podían dar lugar.

En efecto, es un hecho perfectamente conocido la facilidad de reducción frente a la dificultad de contención en la mayor parte de estos traumatismos, independientemente del tipo anatómico a que corresponda la fractura, lo que puede ser responsable de un severo déficit funcional del pulgar e incluso de una artrosis secundaria trapecio-metacarpiana.

Las causas de esta inestabilidad después de la reducción son puramente anatómicas. La articulación trapecio-metacarpiana, de encaje recíproco o «en silla de montar», predispone a la inestabilidad. Así, en el plano de los movimientos de flexión-extensión de esta articulación la superficie que presenta el trapecio es convexa frente a la concavidad correspondiente de la base del metacarpiano, limitando dicho movimiento la cápsula articular y sobre todo el ligamento posterointerno o ligamento volar. De este modo, cuando ocurre la fractura, este ligamento, que permanece intacto,

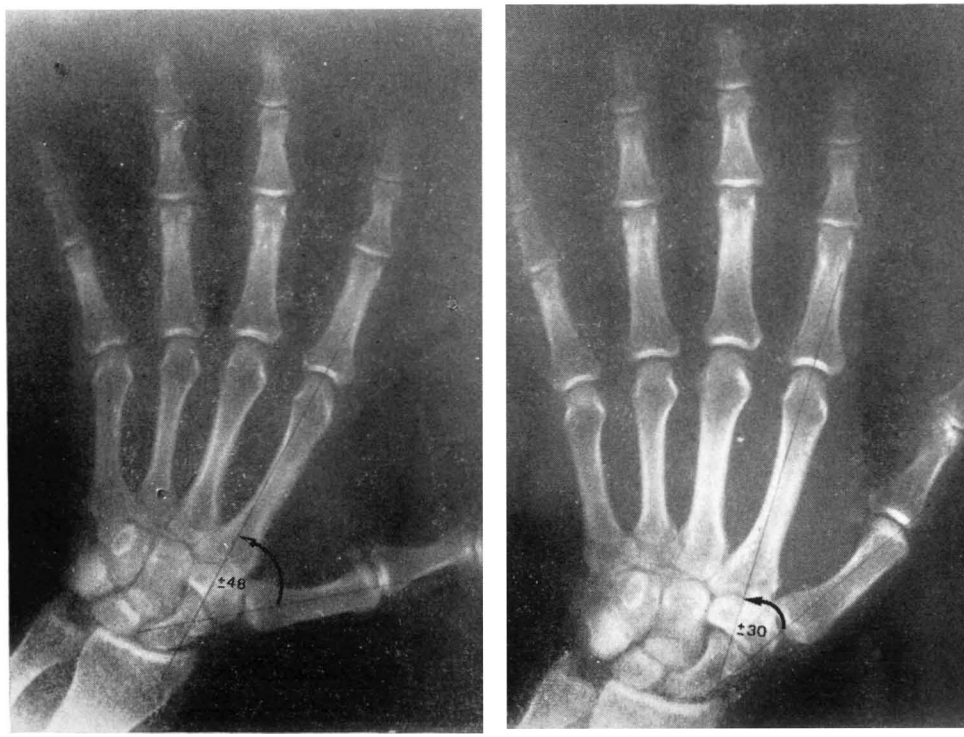
mantiene en su lugar un fragmento más o menos grande de la base del metacarpiano, donde se inserta, mientras que el resto del hueso tiende a deslizarse hacia abajo gracias a la morfología de esta articulación y ayudado por la tracción que ejerce el tendón del abductor largo del pulgar y también del extensor, con lo que se establece la luxación.

Es así como se produce el cierre del primer ángulo intermetacarpiano con lo que disminuye la separación entre el primero y el segundo metacarpiano con el déficit funcional de la mano subsiguiente. Nosotros hemos medido radiográficamente este ángulo en una serie de individuos normales con el pulgar en máxima abducción, encontrando un valor promedio de 48° con una desviación standard de 4'5° (fig. 1).

Hemos concedido gran importancia al mantenimiento de este ángulo, tanto en el momento del tratamiento como de la valoración de los resultados, observando como de un modo constante se produce el cierre del mismo después de producido el traumatismo (fig. 2).

Clasificación

Existe con frecuencia cierta confusión en cuanto a la clasificación de las fracturas de la base del primer metacarpiano. Nosotros, siguiendo un criterio anatómico,



A B

FIG 1. — Radiografía anteroposterior de la mano de un individuo normal mostrando el ángulo de separación entre el primero y el segundo metacarpiano. *A*) En abducción máxima apoyando las cabezas de los metacarpianos y la muñeca en el chasis radiográfico (± 48°). *B*) En adducción máxima (± 30°). Estos ángulos no se modifican con la separación o aproximación de los dedos.

proponemos la clasificación de McNeal y Lichtenstein (1933), (fig. 3):

I. Intraarticulares: a) Tipo Bennett. Se define como una fractura oblicua intraarticular de la base del primer metacarpiano; el trazo de fractura comienza a nivel de la superficie articular y sigue un trayecto oblicuo hacia dentro y distal, terminando en la cara palmar del hueso en un punto variable, según la oblicuidad del trazo (fig. 4).

El fragmento volar, posterointerno, puede variar de tamaño, desde un pequeño fragmento de cortical unido a su ligamento homónimo hasta un relativamente amplio fragmento triangular cuya base puede comprender más de la mitad de la superficie articular del metacarpiano.

El desplazamiento en este tipo de fractura es muy variable, incluso mínimo a veces (fig. 5), pero en cualquier caso hay que considerarla como inestable.

b) Tipo Rolando. — Similares a la anterior, estas fracturas presentan tres fragmentos, asociando al trazo principal de la fractura de Bennett un segundo trazo transverso u oblicuo, en Y o en T. Descritas por Silvio Rolando en 1910, cabe clasificar también dentro de este tipo las fracturas multifragmentarias conminutas intraarticulares de la base del primer metacarpiano (fig. 6).

II. Extraarticulares: Aquí no existe el problema de la luxación ni de la incongruencia trapecio-metacarpiana como en las intraarticulares, pero sí el desplazamiento del fragmento distal, sobre todo en las fracturas de trazo oblicuo, más inestables, que conduce a una deformidad en bayoneta muy importante y difícil de estabilizar, con retracción de partes blandas de la primera comisura y el cierre del ángulo intermetacarpiano, como en las intraarticulares.

a) Oblicuas de la base. — Son fracturas producidas por un mecanismo de flexión con el pulgar colocado en oposición o abducción. Fueron descritas por Win-

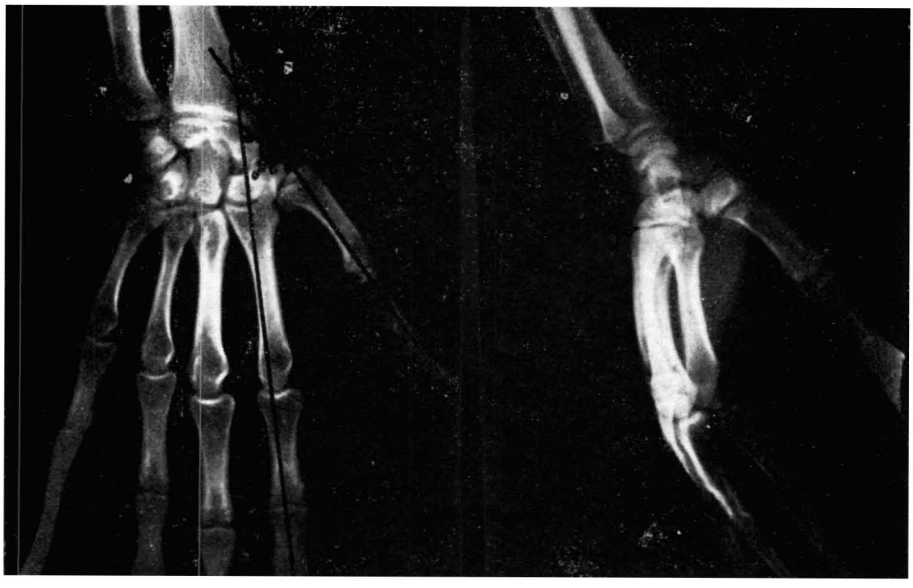


Fig. 2. — Fractura-luxación de Bennett típica. Obsérvese el cierre del primer ángulo intermetacarpiano que queda reducido a 35°.

TERSTEIN en 1927 con un trazo de fractura extraarticular y oblicuo de dentro a fuera y en dirección a la base (fig. 7).

b) Transversas de la base. — Descritas por ROBERTS en 1938, están igualmente producidas por un mecanismo de flexión pero con el pulgar colocado en posición media, en semiabducción. El trazo de fractura es aquí transversal de la base del primer metacarpiano o próximo a ella (fig. 8).

III. Complejas: Son producidas por un traumatismo violento, generalmente con un gran componente de torsión, donde el trazo de fractura además de ser intraarticular y con frecuencia conminuto, se prolonga distalmente en dirección a la diáfisis del primer metacarpiano (fig. 9).

COSTAGLIOLA y colaboradores (1969), clasifican las fracturas de la base del primer metacarpiano en estables e inestables; las primeras corresponderían a las fracturas transversas extraarticulares, siendo el resto de las variedades inestables.

Tratamiento

Los métodos de tratamiento de las fracturas de la base del pulgar son numerosos e incluso podríamos hablar de ingeniosos en algunas ocasiones, yendo desde el simple tratamiento funcional con movilización inmediata y sin reducción ni contención de ninguna clase propuesto por LESTER y BLUM (1941), hasta la reducción quirúrgica y osteosíntesis.

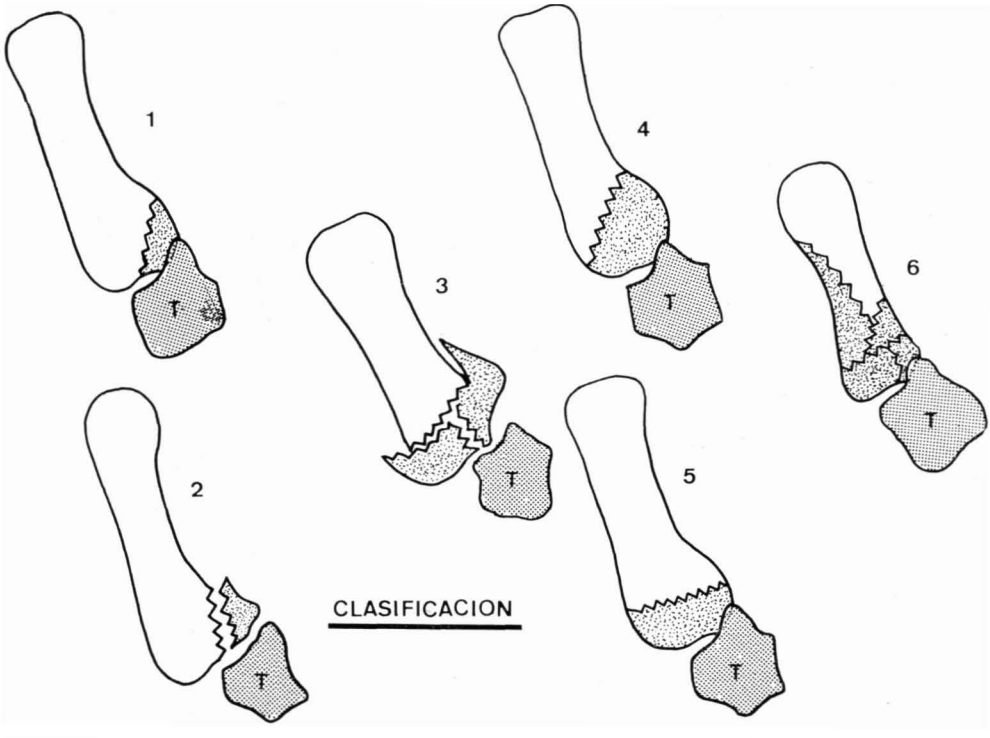


FIG. 3. — Representación esquemática de los tipos de fractura de la base del primer metacarpiano: 1, Fractura intraarticular oblicua tipo Bennett. 2, Fractura-luxación de Bennett típica. 3, Fractura intraarticular tipo Rolando. 4, Fractura extraarticular oblicua. 5, Fractura transversa de la base tipo Roberts. 6, Compleja.

Ante cualquier método de tratamiento que adoptemos hay que tener presente una serie de principios indispensables para la consecución de unos resultados satisfactorios:

1. Evitar el cierre del primer espacio intermetacarpiano, especialmente en las fracturas intraarticulares tipo Bennett y en las oblicuas de la base, con la subsiguiente pérdida de la capacidad de prensión de la mano (fig. 10).

2. Evitar la incongruencia articular, causa de una artrosis secundaria de la articulación trapecio-metacarpiana.

3. Evitar el acortamiento, que ocurre principalmente en las fracturas tipo Rolando y en las oblicuas de la base.

Dejando aparte el tratamiento funcional de estas fracturas, hoy totalmente desacreditado, vamos a repasar los diferentes métodos terapéuticos que sucesivamente se han ido desarrollando:

1. *Yeso en abducción:* Aunque es uno de los primeros procedimientos y tiene sus detractores ha sido revisado hace pocos años por POLLEN (1968), que trata hasta 31 pacientes con buenos resultados. En cualquier caso, es el método de elección en las fracturas estables.

FIG. 4. — Caso núm. 4. Fractura intraarticular de Bennett típica, con subluxación de la articulación trapecio-metacarpiana.

En las fracturas inestables, sobre todo en la fractura-luxación de Bennett, puede adoptarse también este procedimiento (nosotros hemos tratado así 8 casos), pero siendo rigurosos en su ejecución. La reducción se realiza mediante presión sobre la base del primer metacarpiano, empujándolo hacia dentro en dirección al fragmento posterointerno, notando un chasquido al reducirse la luxación (fig. 11). Sin embargo, la reducción es inestable, ya que al dejar de presionar se reproduce

FIG. 5. — Caso núm. 15. Fractura intraarticular tipo Bennett con mínimo desplazamiento.

FIG. 6. — Caso núm. 11. Fractura intraarticular tipo Rolando, mostrando el acortamiento y el cierre del ángulo intermetacarpiano.

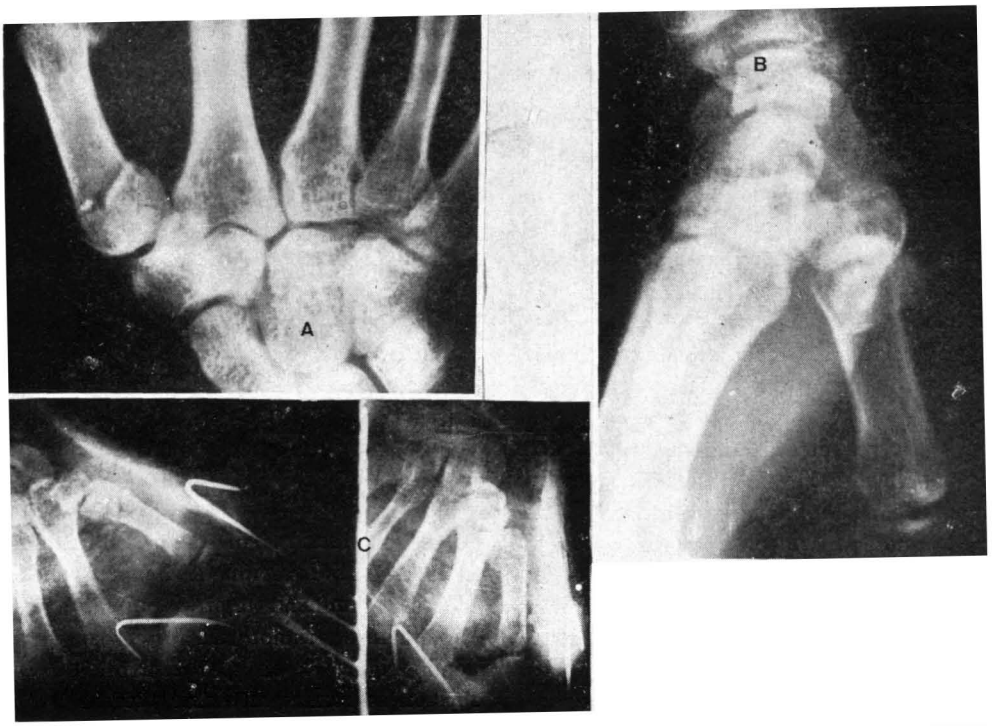


FIG. 7. — Caso núm. 3. *A*) Fractura oblicua de la base del primer metacarpiano, proyección anteroposterior. *B*) Proyección lateral mostrando el acortamiento que se produce. *C*) Tratamiento con el método de la tracción continua y reducción del acortamiento.

el desplazamiento. Para que esto no ocurra hay que realizar la contención enyesada en posición de moderada extensión y abducción máxima con lo que el efecto luxante del tendón del abductor *pollicis longus* disminuye. Hay que mantener una suave presión sobre la base del metacarpiano con un buen moldeado, hasta que el yeso fragüe (figs. 10, *B* y 12). A las cuatro- seis semanas se puede retirar la inmovilización, tiempo en el que ya ha ocurrido la consolidación.

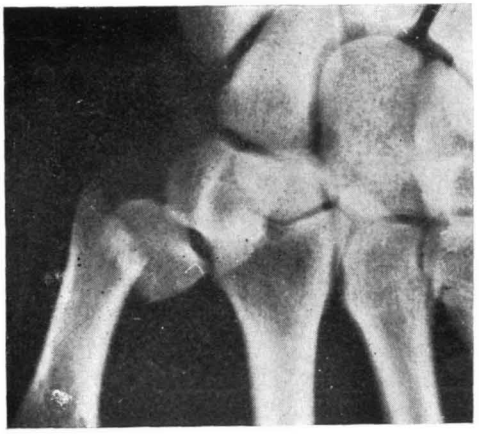


FIG 8. — Caso núm. 24. Fractura transversa de la base con deformidad en bayoneta.

2. *Tracción continua:* Sucesivos autores preconizan la colocación de un yeso muy moldeado y la incorporación de una tracción continua: EHALT (1929), ROBERTS (1938), BÖHLER (1956), BUNNEL (1956), WATSON-JONES (1957), CHARNLEY (1957). La tracción, fundamentalmente transesquelética, puede realizarse desde la cabeza del metacarpiano, desde la primera falange o

FIG. 9. — Caso núm. 7. *A*) Fractura compleja de la base del primer metacarpiano. *B*) Tratamiento siguiendo el procedimiento de Iselin.

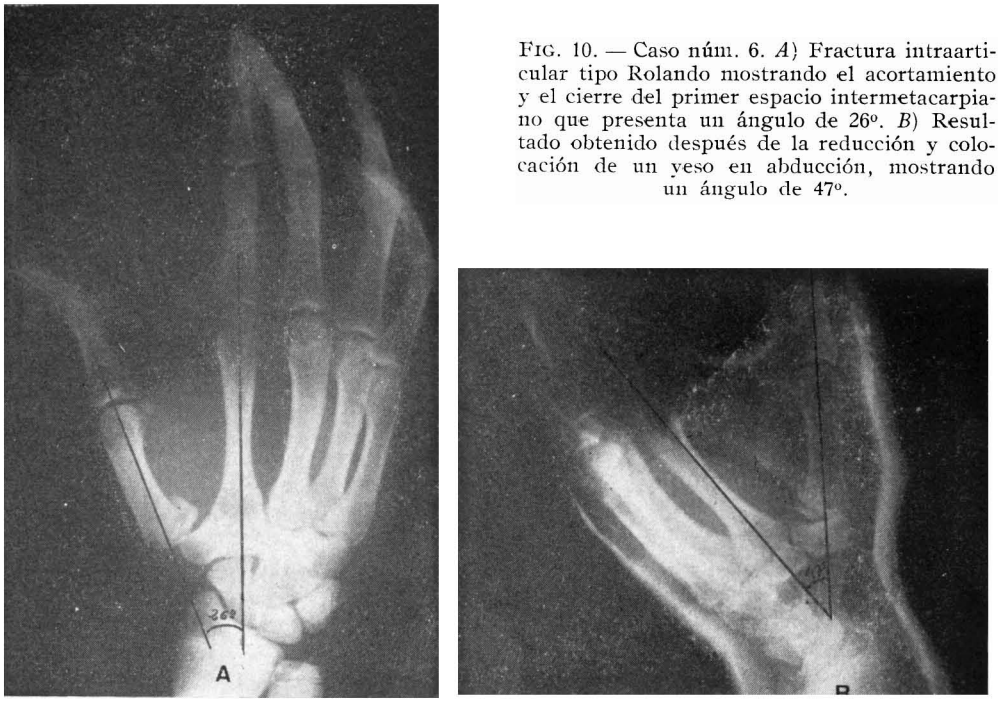


FIG. 10. — Caso núm. 6. *A*) Fractura intraarticular tipo Rolando mostrando el acortamiento y el cierre del primer espacio intermetacarpiano que presenta un ángulo de 26°. *B*) Resultado obtenido después de la reducción y colocación de un yeso en abducción, mostrando un ángulo de 47°.

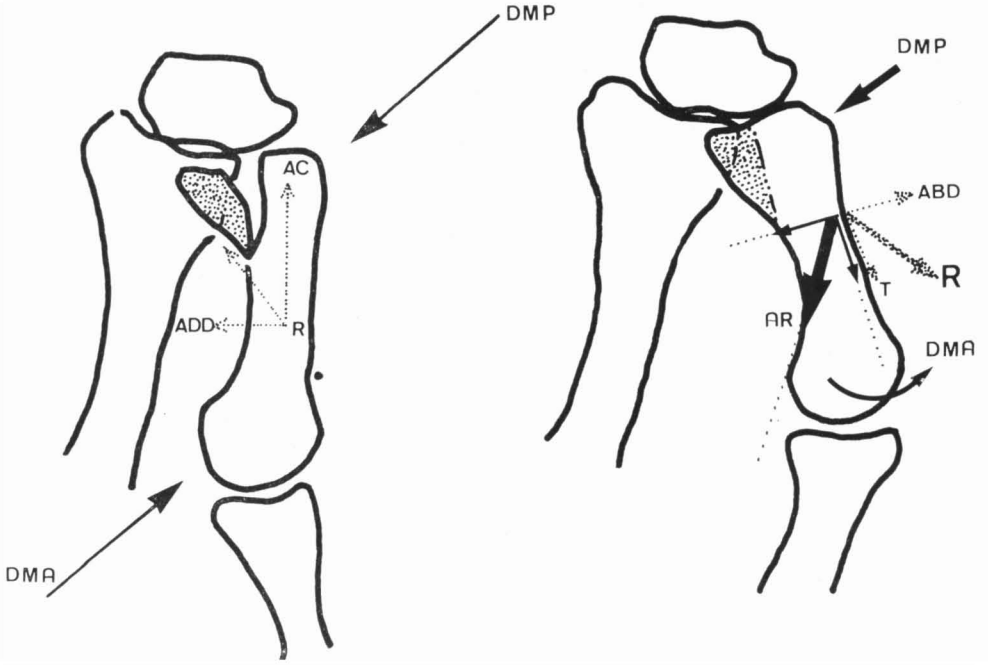


FIG. 11. — Esquema mostrando los vectores de desplazamiento y el modo de aplicación de las maniobras de reducción (*R*).

incluso desde el pulpejo, a nivel de la falange distal, con aguja de Brock (fig. 7, *C*).

Este método ha sido modificado por LARS THORÉN y SPANGBERG (1956, 1957 y 1963), con su *método de tracción continua oblicua*, ya esbozado por HULTEN en 1944. Es un método que se ha mostrado excelente en el tratamiento de la fractura-luxación de Bennett ya que aprovecha la fuerza resultante de las dos que actúan en la contención de la luxación, es decir, una axial al metacarpiano y la otra perpendicular al mismo. Este método consiste en introducir una aguja de Kirschner atravesando oblicuamente la base del primer metacarpiano en sentido proximal y cubital, saliendo por la piel a nivel del centro de la primera comisura interdigital. Se dobla el extremo proximal de la aguja y se introduce mediante una pequeña incisión hasta estar en contacto con la cortical del metacarpiano. Mediante yeso antebraquial y un arco metálico podrá realizarse la tracción continua elástica del extremo distal de la aguja de Kirschner.

3. *Fijación transesquelética:* Existen diversos métodos que basan su tratamiento en la manipulación y reducción ortopédica de estas fracturas, seguido por una contención y estabilización de las mismas por medio de la introducción por vía percutánea de una o varias agujas de Kirschner, siguiendo una determinada dirección (fig. 13):

a) Entre el primero y segundo metacarpianos, manteniendo de este modo el ángulo de separación intermetacarpiano. — Procedimiento de JOHNSON (1944): Reduce y estabiliza la fractura pasando una aguja a través de la base del primer metacarpiano, con el pulgar en abducción y oposición, hacia el metacarpiano del índice, solidarizando ambos. El tratamiento se completa con un yeso antebraquial en posición funcional de muñeca (fig. 14, *A*). — Procedimiento de ISELIN (1956): Se basa en el mismo principio que el anterior, pero utilizando una doble aguja de Kirschner, una primera, más distal, que introduce desde el segundo metacarpiano al primero, manteniendo el pulgar en abducción máxima, y una segunda aguja proximal a la anterior desde la base del primer metacarpiano al segundo (figs. 9, *B* y 14, *B*).

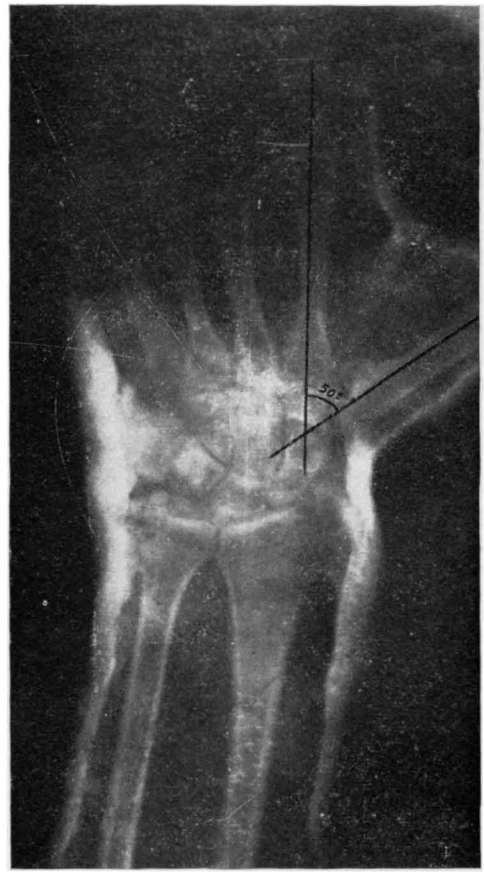


FIG. 12. — Caso núm. 26. Tratamiento con yeso en abducción correctamente colocado. Restablecimiento del ángulo del primer espacio intermetacarpiano de 50°.

Las agujas de Kirschner deben ser retiradas al mes de su colocación. QUINTANA (1975), de 63 fracturas intraarticulares tratadas por el procedimiento de

Iselin obtiene un 92 por 100 de buenos resultados.

b) Entre el primer metacarpiano y el trapecio, produciendo así una artrodesis temporal de esta articulación, con lo que evitan el desplazamiento.

— Procedimiento de WAGNER (1950 y 1951): Una vez conseguida la reducción de la fractura introduce una aguja de Kirschner por vía percutánea, paraaxial al primer metacarpiano, desde la base del mismo hasta el trapecio (fig. 15, *A* y *B*); la aguja es retirada al mes. Este autor trata así hasta 38 casos.

— Procedimiento de WIGGINS, BUNDENS y PARK (1954): Modifican el método anterior y tratan 28 fracturas de Bennett con buenos resultados. Provocan la fijación axial de la articulación trapecio-metacarpiana penetrando la aguja de Kirschner por vía percutánea a través de la cabeza del primer metacarpiano, estando la articulación metacarpo - falángica flexionada en 110°; la aguja es retirada al mes. Con

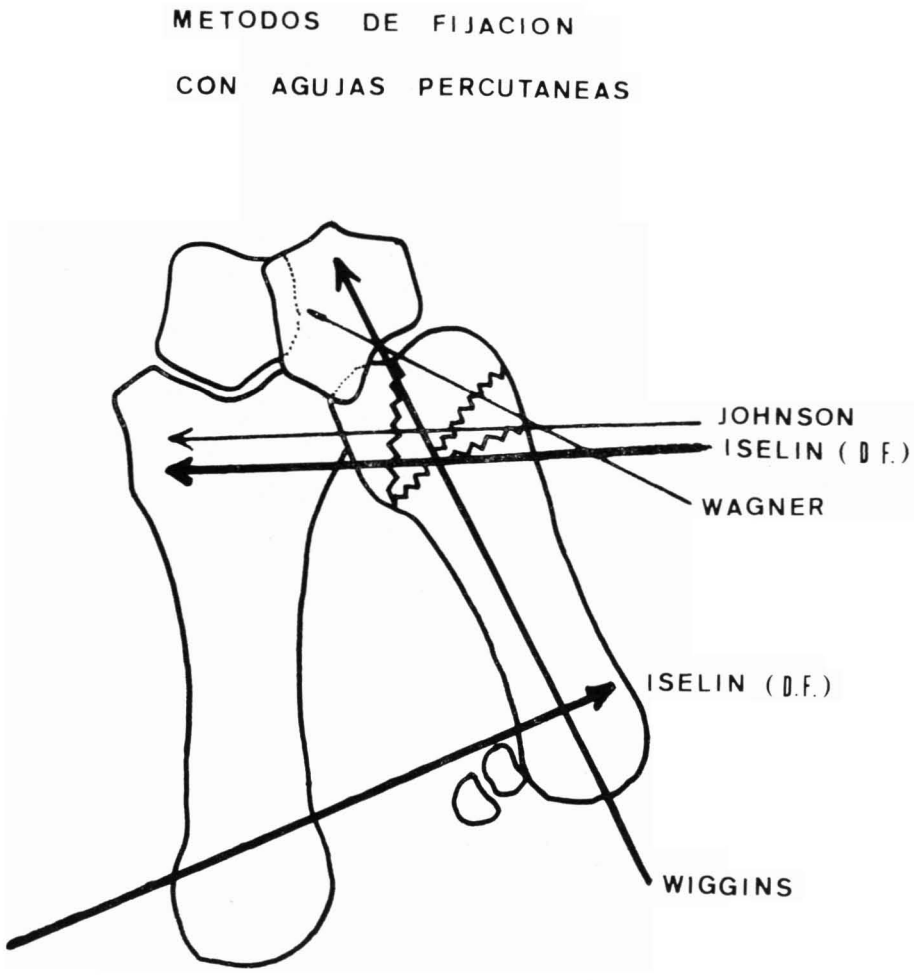


FIG. 13. — Representación esquemática de las diversas técnicas de contención de las fracturas de la base del primer metacarpiano por medio de fijación con agujas de Kirschner percutáneas.

este procedimiento se daña la articulación metacarpo-falángica del pulgar y, además, en las fracturas intraarticulares tipo Rolando no impide el acortamiento, si bien puede ser un buen método para las fracturas transversas de la base, más estables.

4. *Tratamiento quirúrgico:* El inicio de la cirugía de estas lesiones parece corresponder a LAMBOTTE (1913), que describe un método de reducción abierta y fijación interna con una aguja.

ELLIS (1945 y 1946), expone quirúrgicamente la articulación trapecio-metacarpiana, insertando dos agujas en el margen lateral de la superficie articular del trapecio, a modo de tope, que impiden de esta manera el desplazamiento de la base del metacarpiano; las agujas son mantenidas durante seis semanas.

GEDDA y MOBERG (1953), describen un abordaje directo de la fractura, que reducen y fijan con una o varias agujas solidarizando ambos fragmentos. En una revisión del mismo GEDDA (1954), de 29 pacientes tratados con este método comprueba una completa reducción anatómica en 20 casos, pero una función completa estaba presente en el 100 por 100 de los casos.

Sucesivamente otros autores han recomendado este tratamiento quirúrgico: VAUGHAN-JACKSON (1956), FURLONG (1957), ROBINS (1961), CLAKSON y PELLY (1962).

El procedimiento del cerclaje preconizado por GARY (1935), o el agrafe de DUJARIER presenta resultados poco aceptables en el tratamiento de las fracturas extraarticulares.

La osteosíntesis con tornillo tras la reducción abierta, ya realizada por BADGER (1956), en 17 pacientes, puede ser empleada en las fracturas tipo Bennett y en las oblicuas de la base. Recientemente se está practicando la osteosíntesis con tornillo de compresión, según los principios de la técnica AO, que igualmente preconi-

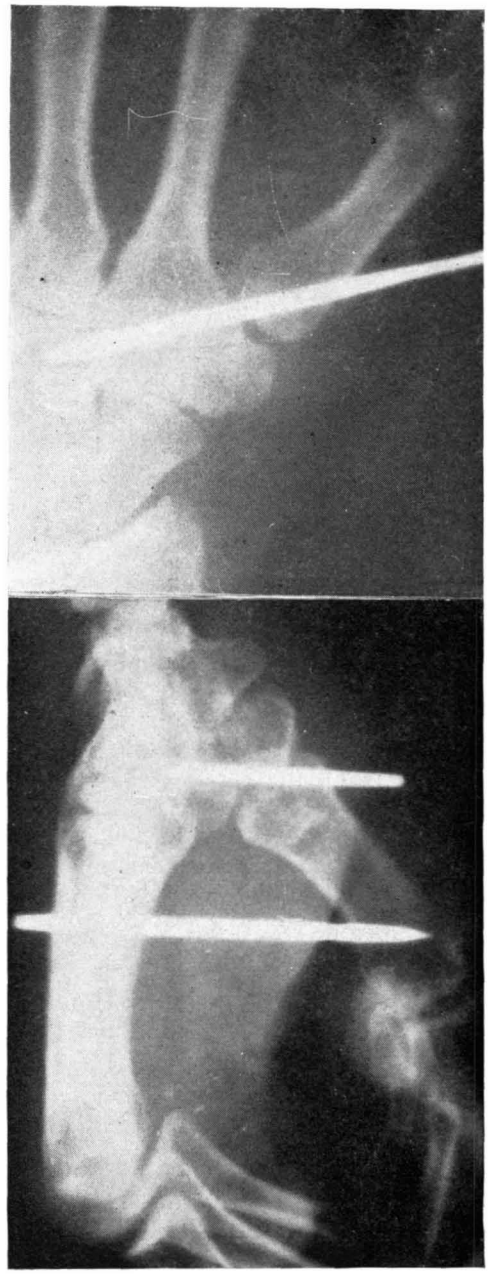


FIG. 14. — Fijaciones percutáneas con agujas de Kirschner entre el primero y el segundo metacarpianos. *A*) Caso núm. 16 : Procedimiento de Johnson. *B*) Caso núm. 22 : Procedimiento de la doble fijación, según la técnica de Iselin.

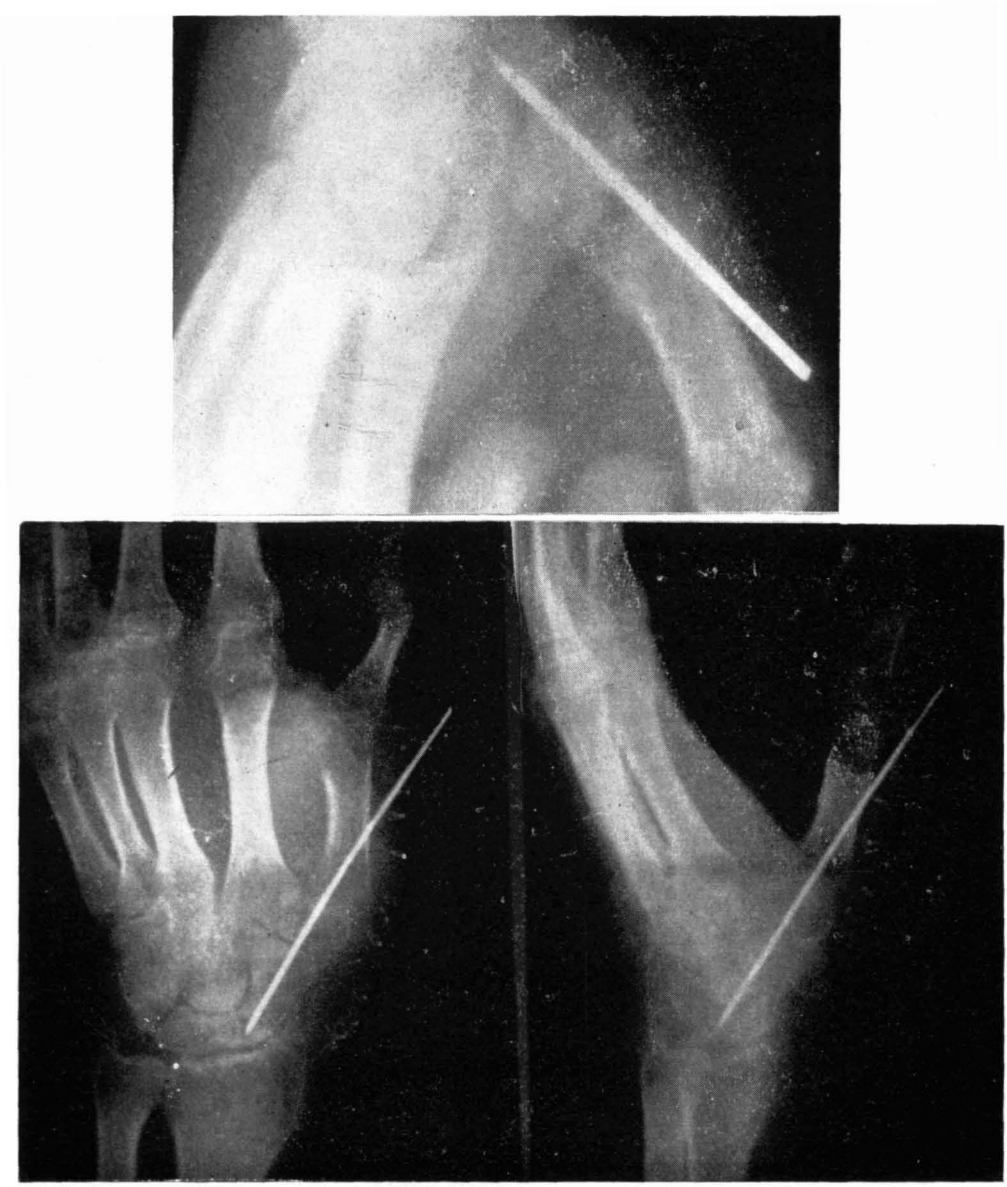
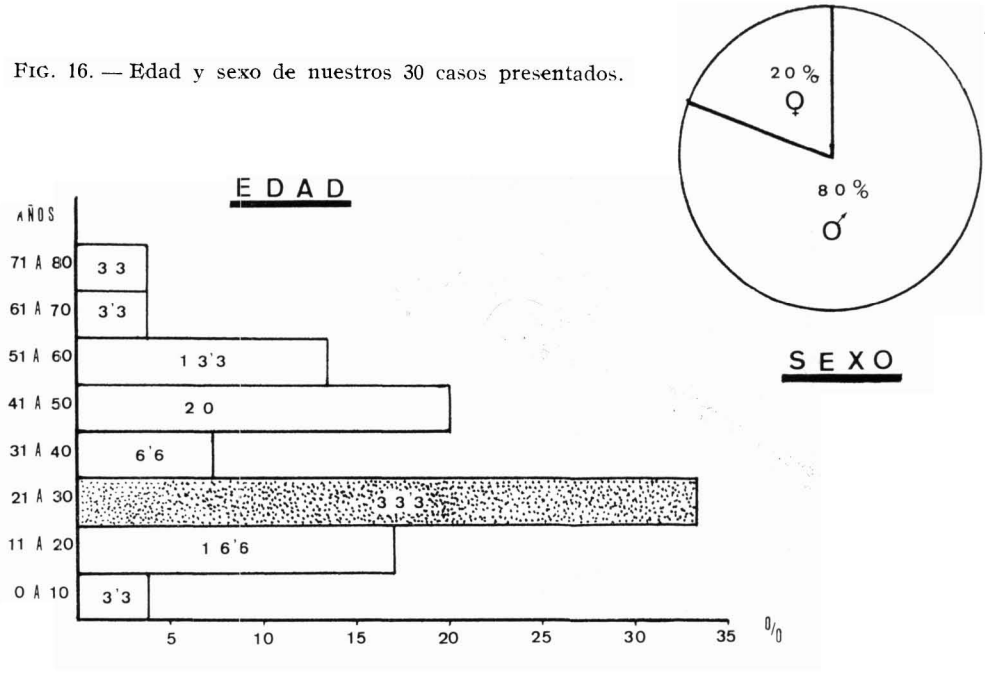


FIG. 15. — Procedimientos de fijación con agujas de Kirschner percutáneas entre el primer metacarpiano y el trapecio. *A*) Caso núm. 27 : Procedimiento de Wagner. *B*) Caso núm. 9 : Fractura-luxación de Bennett inveterada tratada con artrodesis trapecio-metacarpiana y fijación con aguja de Kirschner.

FIG. 16. — Edad y sexo de nuestros 30 casos presentados.



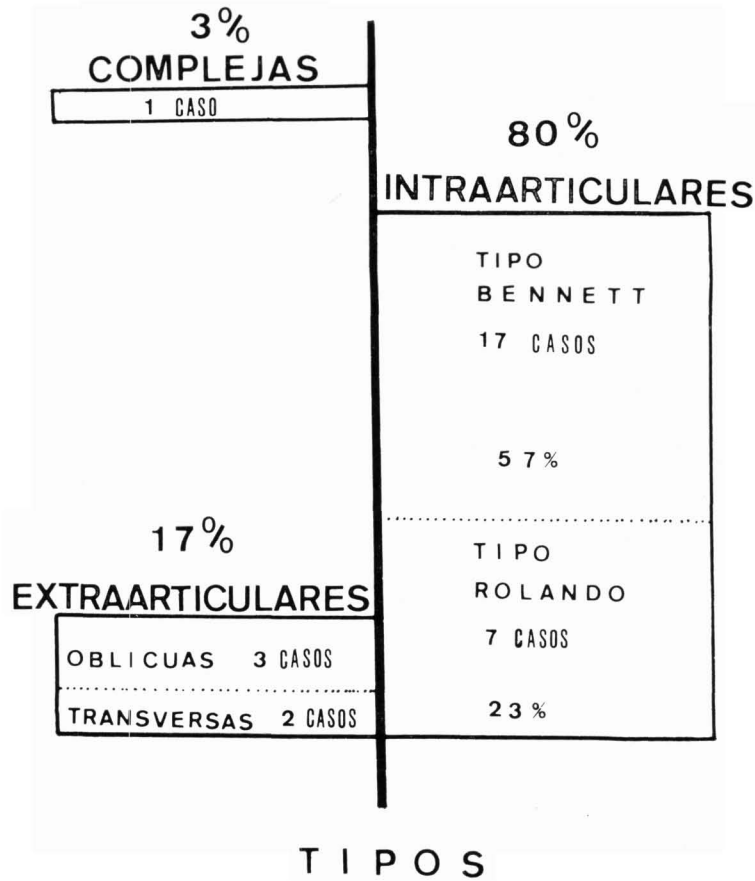


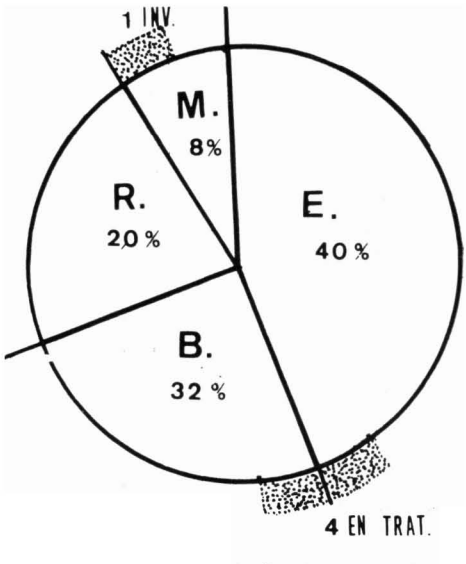
FIG. 17. — Resumen estadístico de nuestros casos, según el tipo de fractura.

TRATAMIENTO

FIG. 18. — Tratamiento empleado en los 30 casos aquí presentados.

RESULTADOS

zan el empleo de la plaquita en T en las fracturas de tipo Rolando y en las transversas de la base.

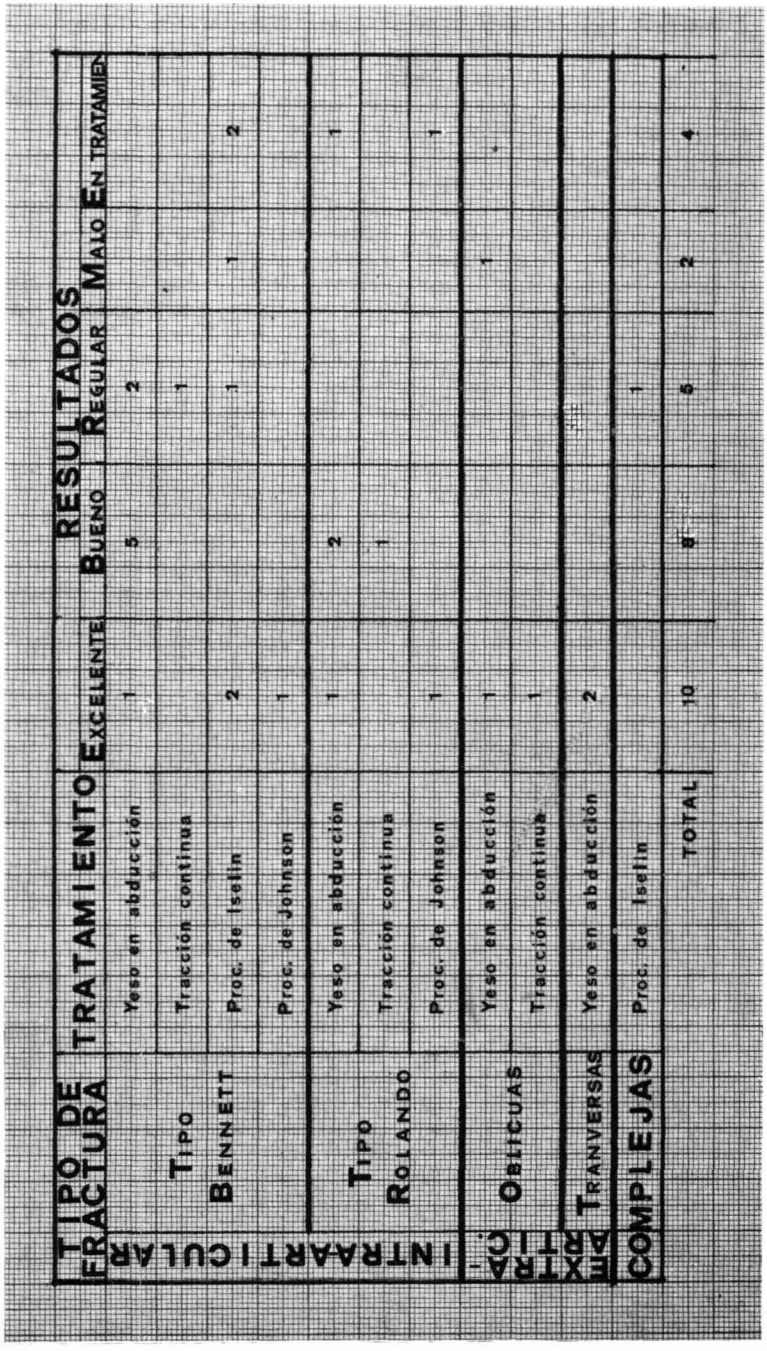


Casuística

Hemos revisado 30 fracturas de la base del primer metacarpiano, una de ellas inveterada, de las cuales el 80 por 100 afectaban a la articulación trapecio-metacarpiana. La distribución por edades y sexo (fig. 16) muestra una mayor incidencia en la tercera y quinta décadas de la vida y un claro predominio en varones.

Por el tipo de fractura, siguiendo la clasificación anatómica que hemos adoptado, estos traumatismos se distribuyen de la siguiente manera (fig. 17):

FIG. 19. — Resultados obtenidos en nuestros casos. Cuatro de ellos se encuentran aún en tratamiento y otro se trata de una fractura-luxación de Bennett inveterada.



TIPO DE FRACTURA		TRATAMIENTO	RESULTADOS			
			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
INTRAARTICULAR	TIPO BENNETT	Yeso en abducción	1	5	2	
		Tracción continua			1	
		Proc. de Iselin	2		1	1
		Proc. de Johnson	1			
	TIPO ROLANDO	Yeso en abducción	1	2		1
		Tracción continua		1		
		Proc. de Johnson	1			1
EXTRA-ARTICULAR	OBLICUAS	Yeso en abducción	1		1	
		Tracción continua	1			
	TRANSVERSAS	Yeso en abducción	2			
COMPLEJAS		Proc. de Iselin			1	1
		TOTAL	10	8	5	2

FIG. 20. — Resumen estadístico de nuestros casos

	Casos	Por 100
1. Intra-articulares		80
Tipo Bennett	17	57
Bilaterales	3	
Inveterado	1	
Tipo Rolando	7	23
2. Extra-articulares		17
Oblicuas de la base ...	3	10
Transversas de la base.	2	7
3. Complejas	1	3

El tratamiento empleado ha sido incruento en todos los casos, salvo en el caso inveterado en que se realizó una artrodesis de la articulación trapecio-metacarpiana. Las diversas técnicas utilizadas se distribuyen así:

	Casos	Por 100
1. Contención con yeso en abducción.	16	53
2. Tracción continua transesquelética...	3	10
3. Contención con agujas de Kirschner :		
— Procedimiento de Iselin	7	24
— Procedimiento de Johnson.	3	10
— Procedimiento de Wagner.	1	3

Los resultados los hemos valorado sobre 25 casos, ya que cuatro de ellos se encuentran aún en tratamiento y el otro se trata de un caso inveterado. Hemos tenido en cuenta para ello la imagen radiográfica, la movilidad del primer dedo, fundamentalmente la abducción-adducción, incluso con medición radiográfica del primer ángulo intermetacarpiano, y la oposición, así como la existencia o no de sintomatología dolorosa. De este modo hemos obtenido los siguientes resultados, sobre 25 casos (fig. 19):

	Casos	Por 100
Excelentes...	10	40
Buenos	8	32
Regulares	5	20
Malos	2	8

Hemos valorado como resultado excelente aquel que radiológica, sintomática y funcionalmente era normal. Como bueno el que no presentaba síntomas dolorosos, ligero déficit funcional e imagen radiográfica satisfactoria. Como regular, la limitación de los últimos grados de abducción del pulgar y de oposición para el cuarto y quinto dedos, discretos dolores al esfuerzo, limitación de la fuerza de prensión de la mano e imagen de incongruencia articular. Malos han sido aquellos resultados con signos funcionales y radiográficos de artrosis trapecio-metacarpiana y movilidad del pulgar muy limitada.

En la figura 20 se correlacionan el tipo de fractura, el tratamiento empleado y los resultados de todos nuestros casos.

BIBLIOGRAFIA

BADGER, F. C. (1956) : Internal fixation in the treatment of Bennett's fractures. *J. Bone Joint Surg.*, 38-B, 771.

BENNETT, E. H. (1882) : Fractures of the metacarpal bones. *Dublin J. Med. Sciences*, 73, 72.

BLUM, L. (1941) : The treatment of Bennett's fracture-dislocation of the first metacarpal bone. *J. Bone Joint Surg.*, 23, 578-580.

BUNNELL-BOYES (1967) : *Cirugía de la mano.* Ed. Intermédica. 1.ª ed. Buenos Aires, páginas 651-653.

COSTAGLIOLA, M. ; MANSAT, C. y M. ; MICHEAU, F., y ALLIEU, Y. (1969) : Le traitment des fractures de la base du premier métacarpien par le procédé de Lars Thorén. *Rev. Chir. Orthop.*, 55, 743-751.

CREYSSEL, J. ; MOURGUES, G. DE y SCHNEPP, J. (1959) : Traitement des fractures articulaires de la base du premier métacarpien. *Lyon Chir.*, 55, 312.

ELLIS, V. H. (1946) : A method of treating Bennett's fracture. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 39, 711.

GEDDA, K. O. y MOBERG, E. (1953) : Open reduction and osteosynthesis of the so-called Bennett's fracture in the carpo-metacarpal joint of the thumb. *Acta Orthop. Scand.*, 22, 249.

GEDDA, K. O. (1954) : Studies on Bennett's fracture. *Acta Chir. Scand.*, Supp. 193.

GRIFFITHS, J. C. (1964) : Fractures at the base of the first metacarpal bone. *J. Bone Joint Surg.*, 46-B, 712-719.

ISELIN, M. ; BLANQUERNON, S., y BENOIST, D. (1956) : Fractures de la base du premier métacarpien. *Mém. Acad. Chir.*, 82, 771.

JAMES, E. S. y GIBSON, A. (1940) : Fracture of the first metacarpal bone. *Canadian Med. Ass. J.*, 43, 153-155.

JOHNSON, E. C. (1944) : Fracture of the base of the thumb. A new method of fixation. *JAMA*, 126, 27.

LATASTE, J. y CÉDARD, C. (1959) : Les fractures de la base du premier métacarpien. *Press. Méd.*, 67, 610-613.

MC NEARLY, R. W. y LICHTENSTEIN, M. E. (1933) : Bennett's fracture and other fractures of the first metacarpal. *Surg. Gynec. Obstet.*, 56, 197-201.

PANNIKE, A. (1974) : *Osteosíntesis en la Cirugía de la mano*. Ed. Toray, S. A., 1.ª ed. Barcelona. Págs. 42-47.

POLLEN, A. G. (1968) : The conservative treatment of Bennett's fracture-subluxation of the thumb metacarpal. *J. Bone Joint Surg.*, 50-B, 91-101.

QUINTANA MONTERO, A. (1975) : Nuestra experiencia en la asistencia de las fracturas de la mano con métodos ortopédicos o quirúrgicos. Comunicación al 2.º Symposium Internacional de MAPFRE. Madrid.

RAZEMON, J. P. y LEMERLE, P. (1959) : Les fractures de la base du premier métacarpien. *J. Chir.*, 78, 427-438.

ROBERTS, N. (1938) : Fractures of the phalanges of the hand and metacarpals. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 31, 793.

ROLANDO, S. (1910) : Fracture de la base du premier métacarpien et principalement sur une variété non encore décrite. *Press. Méd.*, 18, 303-304.

SORIA, J. I. ; MARTÍ VALLS, J. ; ALONSO DE ROS, J. F. ; VERA, A., y COLLADO FÁBREGAS, F. (1974) : Tratamiento de las fracturas de la base del primer metacarpiano. *Barcelona Quir.*, 18, 303-306.

SPANGBERG, O. y THORÉN, L. (1963) : Bennett's fracture. A method of treatment with oblique traction. *J. Bone Joint Surg.*, 45-B, 732-736.

THORÉN, L. (1955) : A new method of extension treatment in Bennett's fracture. *Acta Chir. Scand.*, 110, 485.

THORÉN, L. (1957) : Basal fractures of the first metacarpal bone. A method of treatment by extensión. *Acta Orthop. Scand.*, 27, 40.

VAUGHAN-JACKSON, O. J. (1956) : Internal fixation in the treatment of Bennett's fractures. *J. Bone Joint Surg.*, 38-B, 771.

WAGNER, C. J. (1950) : Method of treatment of Bennett's fracture-dislocation. *Am. J. Surg.*, 80, 230-231.

WATSON-JONES, R. (1957) : *Fracturas y Traumatismos Articulares*. Salvat Ed., 2.ª ed. Barcelona. Págs. 636-637.

WIGGINS, H. E. ; BUNDENS, W. D., JUN, y PARK, B. J. (1954) : A method of treatmen of fracture-dislocations of the first metacarpal bone. *J. Bone Joint Surg.*, 36-A, 810-819.

Guía de práctica clínica

Fractura cerrada de la meseta tibial en el adulto

Miguel Ángel Ocegueda-Sosa,[a] Adriana Abigail Valenzuela-Flores,[b]
Víctor Daniel Aldaco-García,[c] Sergio Flores-Aguilar,[d]
Nicolás Manilla-Lezama,[e] Jorge Pérez-Hernández[f]

Clinical practice guideline on closed tibial plateau fractures in adulthood

The closed tibiae plateau fractures are common injuries in the emergency room. The optimal treatment is not well defined or established. For this reason, there are several surgical management options: open reduction and internal fixation, closed reduction and percutaneous synthesis, external fixation, and even conservative treatment for this kind of fracture. The mechanism of production of this fracture is through large varus or valgus deformation to which is added a factor of axial load. The trauma may be direct or indirect. The degree of displacement, fragmentation and involvement of soft tissues l ke ligaments, menisci, vascular and nerve structures are determined by the magnitude of the force exerted. Any intra-articular fracture treatment can lead to an erroneous instability, deformity and limitation of motion with subsequent arthritic changes, leading to joint incongruity, limiting activity and significantly altering the quality of life. Open reduction and internal fixation with anatomic restitution is the method used in this type of fracture. However, the results of numerous publications can be questioned due to the inclusion in the same study of fractures treated with very different methods.

Key words
t bial fractures
arthrosis

Las fracturas de la meseta tibial representan el 1 % de todas las fracturas y hasta el 8 % en los pacientes de edad avanzada, con una distribución hombre:mujer de 2:1. Son más frecuentes entre los 30 y los 50 años de edad y las complicaciones pueden presentarse en 37.5 % de los pacientes. Entre esas complicaciones, las infecciones superficiales y profundas siguen siendo un problema significativo en este tipo de lesiones, debido al mecanismo de alta energía en los tejidos blandos. (E-III)[1,2]

Estas fracturas se producen tanto por mecanismos directos como por indirectos; generalmente se presentan en accidentes de alta energía (viales, arrollamientos, etc.) y están relacionadas con otras lesiones de la misma pierna o con politraumatismos (E-III).[2] Los traumatismos de la rodilla ocasionan valgo o varo forzado y dan lugar a una fractura tipo separación. Los traumatismos axiales producen una fractura que genera un hundimiento. La combinación de ambos provoca una fractura tipo hundimiento-separación (E-III).[3,4] Algunas actividades deportivas, como el futbol americano y el rugby, se identifican como de riesgo por la aplicación de carga y las consecuentes deformidades que esta puede provocar. En muchas ocasiones el mecanismo no es muy claro. En la valoración inicial de pacientes con accidentes de alta energía y múltiples lesiones traumáticas, con pérdida del estado de alerta, es importante valorar las condiciones articulares y la integridad de los tejidos blandos; si existe exposición ósea en la que hay afección de los compartimientos musculares, es importante identificar los pulsos, así como la presencia de deformidad, la ocupación articular y, en los casos en que sea posible, valorar la integridad neurológica.[5]

Esta guía de práctica clínica (GPC) pone a disposición de médicos familiares, ortopedistas y traumatólogos, médicos de urgencias, residentes y personal de salud en formación del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento de la fractura cerrada de la meseta tibial en pacientes mayores de 18 años que sufren un traumatismo en la pierna. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, la seguridad y la calidad de la atención médica y contribuirá, de esa manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

La guía se elaboró con base en una metodología rigurosa, descrita anteriormente por el grupo del Instituto Mexicano del Seguro Social.[6] Las preguntas clínicas se formularon de forma concreta y se organizaron en torno a diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la meseta tibial. Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de GPC, a partir de

Resumen

Las fracturas de la meseta t bial cerradas son lesiones frecuentes en los servicios de urgencias, cuyo tratamiento óptimo no se encuentra bien definido, ya que existen para un mismo tipo de fractura diversas opciones de manejo quirúrgico, como reducción abierta y fijación interna, reducción cerrada con síntesis percutánea, fijación externa e incluso tratamiento conservador. El mecanismo de producción de estas fracturas es a través de grandes deformaciones en varo o valgo a las que se añade un componente de carga axial. El traumatismo puede ser directo o indirecto. El grado de desplazamiento, la fragmentación y la afectación de partes blandas (ligamentos, meniscos, estructuras vasculares y nerviosas) se encuentran determinados por la magnitud de la fuerza ejercida. Como en cualquier fractura intraarticular, un tratamiento erróneo puede dar lugar a inestabilidad, deformidad y limitación de la movilidad, con los consiguientes cambios artrósicos, lo cual provocará incongruencia articular, limitará la actividad y alternará de forma significativa la calidad de vida. La reducción abierta y la fijación interna con la que se busca la restitución anatómica es un método utilizado en este tipo de fracturas. Sin embargo, los resultados de numerosas publicaciones pueden ser cuestionados debido a la inclusión en un mismo estudio de fracturas tratadas con métodos muy diferentes.

Palabras clave
fracturas de la t bia
artrosis

las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento de fractura tibial que se llevaron a cabo en diversas bases de datos. Sin embargo, no se encontró ninguna GPC. Para esto, se utilizaron los criterios siguientes:

- Idiomas inglés y español.
- Metodología de medicina basada en la evidencia.
- Publicación reciente.
- Acceso libre.

Dado que no hubo GPC relacionadas con el tema central de la presente guía, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas con base en un análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. Esas evidencias y recomendaciones fueron graduadas a partir de la escala de Shekelle modificada.[7]

Diagnóstico

Diagnóstico clínico (algoritmo 1)

Al realizar la anamnesis, es importante conocer el mecanismo con la deformidad resultante al sufrir la lesión, para identificar deformidades en varo o valgo que podrían originar lesiones óseas desplazadas de los platillos tibiales (E-III).[3,4] Es recomendable que en la historia clínica se identifiquen, en los servicios de urgencias, factores de riesgo como edad, sexo masculino y actividades deportivas practicadas, y se haga énfasis en los accidentes de alta energía con lesiones asociadas a las extremidades inferiores, sobre todo en pacientes politraumatizados y policontundidos (R-C).[2] También es importante valorar el estado de los compartimientos musculares, las lesiones óseas expuestas y el estado neurocirculatorio.[5]

El traumatismo directo o indirecto en la rodilla puede ser el causante de aumento de volumen secundario a una hemorragia interna o extravasación de sangre, conocida como hemartrosis; se traduce en daño al interior de la articulación de la rodilla y sucede cuando hay lesiones agudas que pueden involucrar estructuras vasculares, ligamentarias y óseas (E-III).[8] Por tanto, es recomendable sospechar la presencia de hemartrosis como un signo que orienta a una lesión estructural interna de la rodilla (vasos sanguíneos, meniscos, ligamentos y hueso).[8] En personas jóvenes con un hueso de buena calidad son más frecuentes las fracturas tipo separación (traumatismo de alta energía), mientras que en pacientes osteoporóticos las fracturas más comunes son por hundimiento (traumatismo de baja energía). (E-III)[3,4]

Diagnóstico radiográfico

El estudio radiográfico es importante para corroborar el trazo de fractura, así como el grado de desplazamiento de los fragmentos. Se recomienda solicitar estudios radiográficos para corroborar el diagnóstico de fractura de la meseta tibial. A continuación se describen los estudios de imagen básicos:

- *Radiografía simple.* Se hace en proyecciones anteroposterior, lateral, oblicua externa e interna. Estas últimas son las más útiles para observar el grado de hundimiento y desplazamiento de la fractura (E-III).[3] El paciente debe ser enviado a estudio radiológico para complementación diagnóstica, una vez que se han estabilizado sus condiciones generales (R-C).[3,9,10] Es recomendable trasladar al paciente con la férula, la cual debe retirarse en el momento de la exposición a los rayos X.
- *Tomografía axial con reconstrucción tridimensional, TAC (coronal y sagital).* Sin duda, es la prueba más adecuada para conocer la afectación en el caso

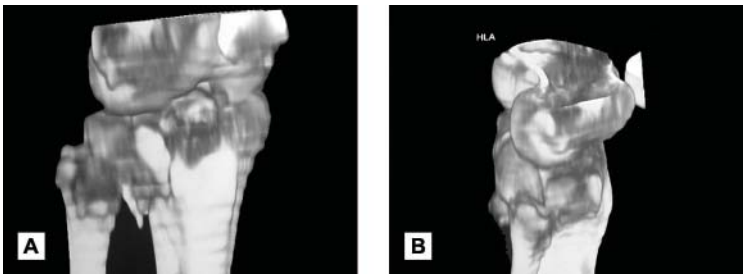


Figura 1 Tomografía axial con reconstrucción tridimensional. A) Corte sagital. b) Corte coronal

de multifragmentación de la meseta, el tamaño de los fragmentos y el grado de hundimiento. Además, permite indicar y planificar la cirugía (figura 1). Se recomienda el estudio tomográfico con reconstrucción tridimensional en aquellos pacientes con fractura de la meseta tibial con multifragmentación y grandes desplazamientos de los fragmentos fracturarios, con la finalidad de planificar de mejor forma el procedimiento terapéutico que se debe realizar.

- *Imagen por resonancia magnética (IRM).* Puede ser útil para detectar las lesiones ligamentosas o meniscales asociadas, debido a la dificultad que conlleva la exploración física por el dolor y la movilidad anormal existentes. Se recomienda utilizar la IRM como herramienta diagnóstica en quienes se sospeche lesión de tejidos blandos, sin haberse documentado lesión ósea, para establecer diagnósticos diferenciales. Se debe considerar el diagnóstico diferencial con ruptura del ligamento cruzado, lesión meniscal, luxación de la rodilla, ruptura del ligamento rotuliano y contusión de la rodilla. Se recomienda la IRM como un auxiliar para diferenciar lesiones de partes blandas en rodilla con antecedente traumático. (E-III)[5]
- *Arteriografía.* Se indica cuando hay alteración en los pulsos distales o ante la sospecha de lesión arterial, sobre todo en las fracturas de alta energía de la meseta interna. Cuando exista la sospecha de lesión vascular (arterial), se recomienda realizar una arteriografía, con mayor frecuencia en lesiones de alta energía con fractura no estable de las mesetas tibiales internas. (E-III)[11]

Se recomienda el empleo de un sistema de clasificación con la finalidad de establecer los métodos terapéuticos de acuerdo con el tipo de fractura y el pronóstico funcional en relación con el tipo de lesión. Hay dos métodos de clasificación que son más comúnmente empleados: la clasificación de Schatzker y la clasificación del grupo AO (Asociación para el Estudio de la Osteosíntesis).

El sistema más utilizado para clasificar las fracturas de la meseta tibial es la clasificación de Schatzker, la cual divide las fracturas en seis grupos (figura 2):

- *Tipo I:* es una fractura de la meseta lateral sin desplazamiento.
- *Tipo II:* implica una disrupción de la cortical lateral y la depresión de la plataforma de la meseta lateral.
- *Tipo III:* es una depresión (pura) de la meseta lateral.
- *Tipo IV:* implica solo la meseta medial.
- *Tipo V:* es una fractura bicondílea.
- *Tipo VI:* es una fractura bicondílea con disrupción de la metáfisis y de la diáfisis de la tibia.

La otra forma de clasificar se hace con el método del Grupo AO, que divide en seis grupos las lesiones que involucran la superficie articular.

- *Tipo B1:* fractura de la meseta tibial sin desplazamiento.
- *Tipo B2:* fractura con depresión de la superficie articular sin lesión de la cortical.
- *Tipo B3:* fractura combinada con disrupción de la cortical lateral y depresión de la superficie articular.
- *Tipo C1:* fractura articular simple con trazo metafisiario simple en "Y" invertida, con desplazamiento de la meseta tibial medial.
- *Tipo C2:* fractura articular simple con multifragmentación de la metáfisis.
- *Tipo C3:* fractura multifragmentada en la superficie articular (E-III).[5,12]

Con la finalidad de disminuir la variabilidad en el diagnóstico basado en la clasificación empleada, se ha identificado que la clasificación de Schatzker ofrece menor variabilidad en el tipo de fractura (R-C).[13]

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de la fractura de la meseta tibial (algoritmo 1) son la obtención de la congruencia articular, la consolidación ósea, y conseguir una articulación estable, alineada, móvil e indolora, además de la reducción al mínimo del riesgo de artrosis postraumática. Se recomienda seleccionar el tipo de tratamiento que obtenga la mejor congruencia articular, consolidación ósea, estabilidad articular, alineación, con restablecimiento de la movilidad y disminución de la secuela resultante, a fin de evitar las deformidades angulares en la rodilla. El desafío

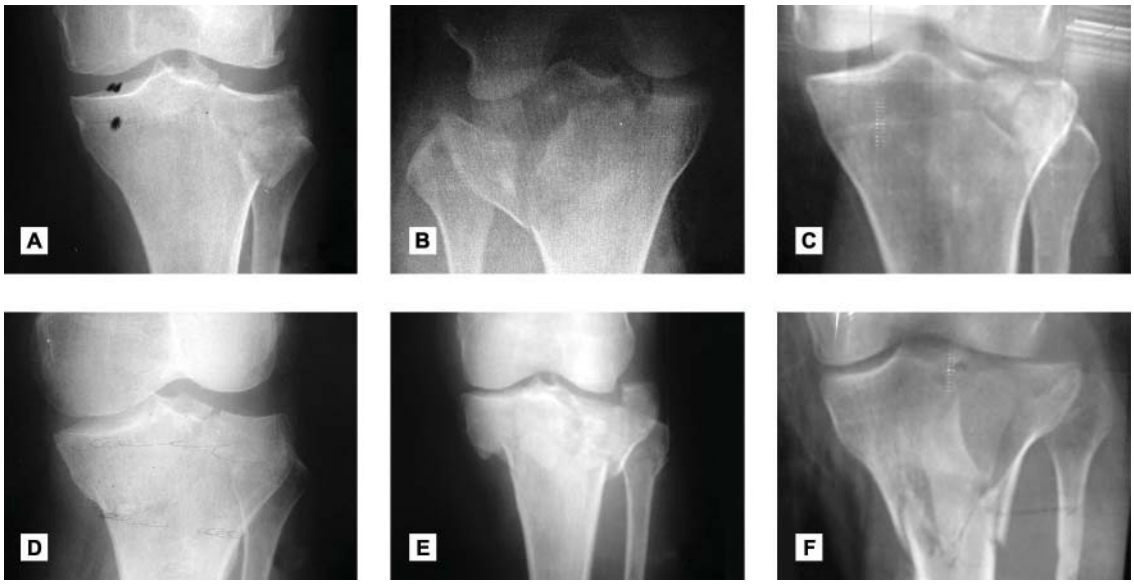


Figura 2 Tipos de fractura según la clasificación de Schatzker. A) Tipo I. B) Tipo II. C) Tipo III. D) Tipo IV. E) Tipo V. F) Tipo IV.

para el cirujano ortopedista consiste en determinar si el tratamiento de las fracturas de la meseta tibial puede conseguir mejores resultados mediante métodos conservadores o quirúrgicos.

Está establecido que la función óptima de la rodilla depende de la estabilidad con una superficie articular congruente y sana que permita una transmisión equilibrada de la carga en toda la superficie de la articulación. (E-III)[12,14]

Tratamiento conservador

Es recomendable que el médico ortopedista elija un tratamiento conservador en aquellas fracturas de la meseta tibial cerradas y estables, y que estas conserven la congruencia articular (R-C).[12,14-16] Los investigadores coinciden en que hay factores propios de la fractura que determinan el pronóstico de las lesiones. Se recomienda establecer el pronóstico funcional de las fracturas de la meseta tibial cerradas con base en los siguientes factores:

- Grado de hundimiento articular.
- Extensión de la separación o del ensanchamiento condilar.
- Grado de fragmentación y disociación diáfisis-metáfisis.
- Integridad de los tejidos blandos. (R-C)[12,14,17]

No hay consenso sobre la cantidad de hundimiento articular o de elevación de la meseta tibial que decida entre el tratamiento conservador y el quirúrgico. Algunos estudios han sugerido que el hundimiento de la fractura que oscila entre 4 y 10 mm puede ser tratado en forma conservadora. Otros autores han establecido que la restauración anatómica de las superficies articulares y la fijación interna estable son esenciales para los hundimientos articulares mayores de 3 mm. Se recomienda determinar, de acuerdo con los estudios radiográficos, el hundimiento de la superficie articular. En los pacientes cuyo hundimiento no sea mayor de 3 mm, se deberá emplear el tratamiento conservador (R-C).[5,12,14,17] Estudios a largo plazo con más de 20 años de seguimiento han indicado una relación sin consistencia entre un hundimiento óseo residual de la superficie articular y el desarrollo de artrosis. Sin embargo, si la deformidad articular o el hundimiento produce una inestabilidad de la rodilla, la posibilidad de un mal pronóstico aumenta significativamente. En hundimientos de la superficie articular mayores de 3 mm, se recomienda no emplear el tratamiento conservador, ya que se puede desarrollar artrosis postraumática, inestabilidad y deformidades residuales (R-C).[5,12,14,17]

Pauwels demostró que si el grado de sobrecarga en una articulación supera la capacidad del cartílago articular para autorrepararse, en ese momento aumenta la posibilidad de artrosis postraumática. Este progreso degenerativo se acelera si existe desviación axial o inestabilidad articular. Estos hechos llevaron a la conclusión de que es esencial recuperar la congruencia articular y por lo tanto aumentar al máximo la cantidad de superficie articular de contacto (E-III).[16,18] El tratamiento conservador de la fractura de la meseta tibial depende de varios factores, entre los que se incluye el tipo de fractura, el desplazamiento o la depresión de la superficie articular, el grado de lesión de las partes

blandas, la estabilidad de la rodilla, las lesiones vasculares y nerviosas asociadas, el grado de osteopenia, las lesiones del complejo ligamentoso homolateral, la presencia de traumatismos múltiples y las comorbilidades y la demanda funcional del paciente, así como la habilidad del cirujano ortopedista. (E-III)[5,12,14]

En caso de hemartrosis dolorosa, se debe considerar la necesidad de una artrocentesis para aliviar la sintomatología, previa asepsia y antisepsia, seguida de la colocación de una férula posterior en extensión, desde el tercio proximal del muslo hasta 2 cm por arriba de la articulación del tobillo. (R-C)[19,20]

Las indicaciones para el tratamiento conservador son las siguientes:

- Fracturas sin hundimiento y no desplazadas, o con desplazamiento mínimo (≤ 3 mm de incongruencia articular).
- Fracturas incompletas.
- Fracturas estables poco desplazadas del platillo externo.
- Fracturas inestables del platillo externo en pacientes de edad avanzada con baja demanda funcional.
- Enfermedades asociadas graves (cardiovasculares, metabólicas, neurológicas).
- Osteoporosis significativa.
- Lesión de la medula espinal.
- Fracturas infectadas. (E-III)[5,12,14]

El tratamiento conservador implica largos periodos de inmovilización (ocho semanas en promedio), repercusión funcional del movimiento articular, riesgo de desplazamiento de la fractura y riesgo potencial de desarrollar complicaciones, como la distrofia simpático-refleja. Por tanto, es conveniente no prolongar la inmovilización por más de ocho semanas y la vigilancia radiográfica para verificar la consolidación, con lo que se evitarán complicaciones de movilidad (E-III).[5,12]

El tratamiento mediante tracción solo permite movilidad precoz de la rodilla, pero es incapaz de restituir los fragmentos articulares hundidos, lo que puede dar lugar a deformidad importante en valgo o varo, por lo cual no es recomendable (R-C).[12] Si se decide realizar una inmovilización, esta deberá consistir en la aplicación de un aparato circular de yeso o de fibra sintética, perfectamente moldeado y que abarque desde el tercio proximal del muslo (debajo del pliegue inguinal) hasta el pie, con una flexión de 15 a 20 grados de la rodilla y alineación neutra, con el tobillo a 90 grados de flexión. El soporte de carga será determinado por el grado de consolidación radiográfica alcanzada, que se produce, según el caso, a las ocho semanas en promedio. Se deberá indicar el apoyo parcial o total de acuerdo con la consolidación observada en los controles radiográficos después del tiempo de inmovilización. (E-III)[5,12]

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se realiza, en la mayoría de los casos, mediante una síntesis estable que permite la movilización precoz de la rodilla. Son importantes el grado de hundimiento, que, de acuerdo con los reportes, oscila entre 3 y 10 mm, y el grado de desplazamiento de los fragmentos, así como angulaciones en varo o valgo mayores de 10 grados; sin embargo, lo que realmente determina la indicación quirúrgica es la estabilidad de la articulación.

La síntesis se realiza con tornillos canulados o con placa atornillada. Si el grado de fragmentación o de lesión de los tejidos blandos contraindica el uso de placas, el fijador externo tipo híbrido es una opción que se debe tener en cuenta. El empleo de fijadores externos será determinado por el tipo de fractura y las condiciones de los tejidos blandos y será posible incluso la combinación de sistemas (E-III).[5,12,14] Con la reconstrucción de la superficie articular y la fijación estable, se inicia la movilización precoz de la rodilla, lo cual mejora la lubricación articular, la nutrición cartilaginosa y disminuye la fibrosis. Para evitar la artrofibrosis, se recomienda la movilización oportuna de la articulación después del manejo quirúrgico, así como ejercicios de fortalecimiento muscular y periarticular. (E-III, R-C)[5,12]

Se aconseja la artroscopia en las fracturas tipo I y III de Schatzker, ya que al asistir la reducción de la superficie articular (mediante tornillos) evita tener que realizar un abordaje submeniscal transverso. La experiencia está generalizando su uso incluso en las fracturas tipo II. (R-C)[9,21]

Las recomendaciones del tratamiento son:

- *Fracturas tipo I:* se suele conseguir la fijación anatómica mediante dos tornillos canulados de grandes fragmentos de forma percutánea.
- *Fracturas tipos II y III:* se levanta el hundimiento realizando una ventana ósea en metáfisis tibial y elevando desde ella el fragmento lateral. En el defecto resultante se coloca un injerto óseo que se fija con tornillos canulados o bien con una placa de sostén si el fragmento externo es conminuto o en hueso con disminución de la densidad ósea.
- *Fracturas tipo IV:* se suele necesitar una placa de sostén medial. Cuando el fragmento es predominantemente posterior, puede requerirse una segunda incisión posteromedial.
- *Fracturas tipo V y VI:* tras la reconstrucción articular, se estabiliza la articulación mediante una placa lateral, a la que habitualmente se añade una pequeña placa posteromedial que previene la desviación en varo del fragmento medial, así como sistemas híbridos que combinen osteosíntesis y fijadores externos.

Con base en la clasificación de Schatzker, se debe establecer el método de estabilización de la siguiente forma:

- *Tipo I:* se recomienda la reducción cerrada bajo control fluoroscópico mediante tornillos canulados de 7 mm con arandela y, en los casos en que así lo amerite, la colocación de una placa con técnica percutánea.
- *Tipo II:* se recomienda la reducción abierta o asistida por artroscopia para visión directa de la restitución de la superficie articular, con opción a la aplicación de injerto óseo, y estabilización mediante tornillos de 6.5 mm con arandela o placas de soporte lateral para tibia proximal.
- *Tipo III:* se recomienda la reducción abierta o asistida por artroscopia con ventana a nivel de la metáfisis proximal de la tibia para elevación del hundimiento y la estabilización mediante tornillos percutáneos de 7 mm con arandela en los casos asistidos por artroscopia, y en aquellos en los que se haga exposición de la metáfisis el empleo de tornillos de 6.5 mm con arandela. Se deberá valorar la colocación de injerto óseo.
- *Tipo IV:* se recomienda la estabilización rígida de la fractura, ya que se trata de la lesión más inestable y es importante su fijación por medio de tornillos percutáneos de 6.5 mm con arandela o placa de soporte para tibia proximal medial.
- *Tipo V:* se recomienda el empleo de sistemas de fijación que recuperen la estabilidad ósea mediante la locación de placas de bajo y alto perfil, así como la aplicación de sistemas mixtos (osteosíntesis mínima con tornillos percutáneos y fijadores externos).
- *Tipo VI:* por el grado de conminución se recomienda el empleo de sistemas percutáneos (placas), combinados con fijadores externos y tornillos percutáneos de 6.5 mm con arandelas. (E-III)[5,12,14]

Las complicaciones asociadas con una fractura de la meseta tibial pueden incluir infección, rigidez articular, pérdida de la reducción, pseudoartrosis y artrosis postraumática. Por tanto, es importante identificar esas complicaciones. (E-Ib, R-A)[22]

Tratamiento farmacológico

Para el manejo posoperatorio del dolor en la fractura de la meseta tibial, se recomienda utilizar paracetamol vía oral de 500 mg, diclofenaco intramuscular de 75 mg o ketorolaco intramuscular de 30 mg. Para el dolor posoperatorio moderado de la fractura de la meseta tibial, se recomienda la administración de analgésicos tipo opioides (buprenorfina y nalbufina) en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

Como medida de prevención de infecciones en el sitio quirúrgico, se utiliza la profilaxis antibiótica preoperatoria. Cuando es utilizada en forma inapropiada, puede perder su eficacia y favorecer la aparición de infecciones en el área quirúrgica. En la cirugía del sistema musculoesquelético, el microorganismo aislado más frecuente es el estafilococo dorado coagulasa positivo (53.5 %).

En la cirugía ortopédica, es adecuada la utilización de cefalosporinas de primera y segunda generación o como medicamento alternativo, la dicloxacilina.

Existen tres principios básicos a seguir en la profilaxis antibiótica preoperatoria:

- No es necesaria la administración de dosis múltiples. En la mayoría de los casos una única dosis de antibiótico es suficiente.
- El momento de la administración asegura su efectividad, lo cual garantiza la mayor concentración del antibiótico durante el acto quirúrgico.
- Muchos procedimientos quirúrgicos no requieren de profilaxis antibiótica.
- Si existe alergia se puede utilizar un macrólido.

Se recomienda la profilaxis antibiótica en los pacientes que son candidatos a manejo quirúrgico con fractura cerrada de la meseta tibial mediante la administración de los siguientes antibióticos: cefazolina 1 o 2 g para la preinducción y continuar con 1 g cada ocho horas por 24 horas; cefalotina 1 o 2 g para la preinducción y continuar con 1 g cada seis horas por 24 horas. Cuando el paciente sea alérgico a los betalactámicos, se recomienda clindamicina de 600 mg preinducción, para continuar con 600 mg cada ocho horas por 24 horas. (E-Ia, R-A)[23]

Agradecimientos

A las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social, por las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en medicina basada en la evidencia y temas afines (coordinados por ese Instituto); a los expertos clínicos, por su contribuciones a este trabajo; y a Héctor Dorantes Delgado, Abraham Ruiz López y Carlos Hernández Bautista, por su apoyo para el desarrollo de estas actividades.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

[a]Hospital Regional de Zona 2, Distrito Federal
[b]División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Distrito Federal
[c]Hospital General de Zona 12, Mérida, Yucatán
[d]Hospital General de Zona 20, Puebla, Puebla
[e]Hospital de Traumatología y Ortopedia, Puebla, Puebla
[f]Hospital de Traumatología y Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez", Estado de México
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

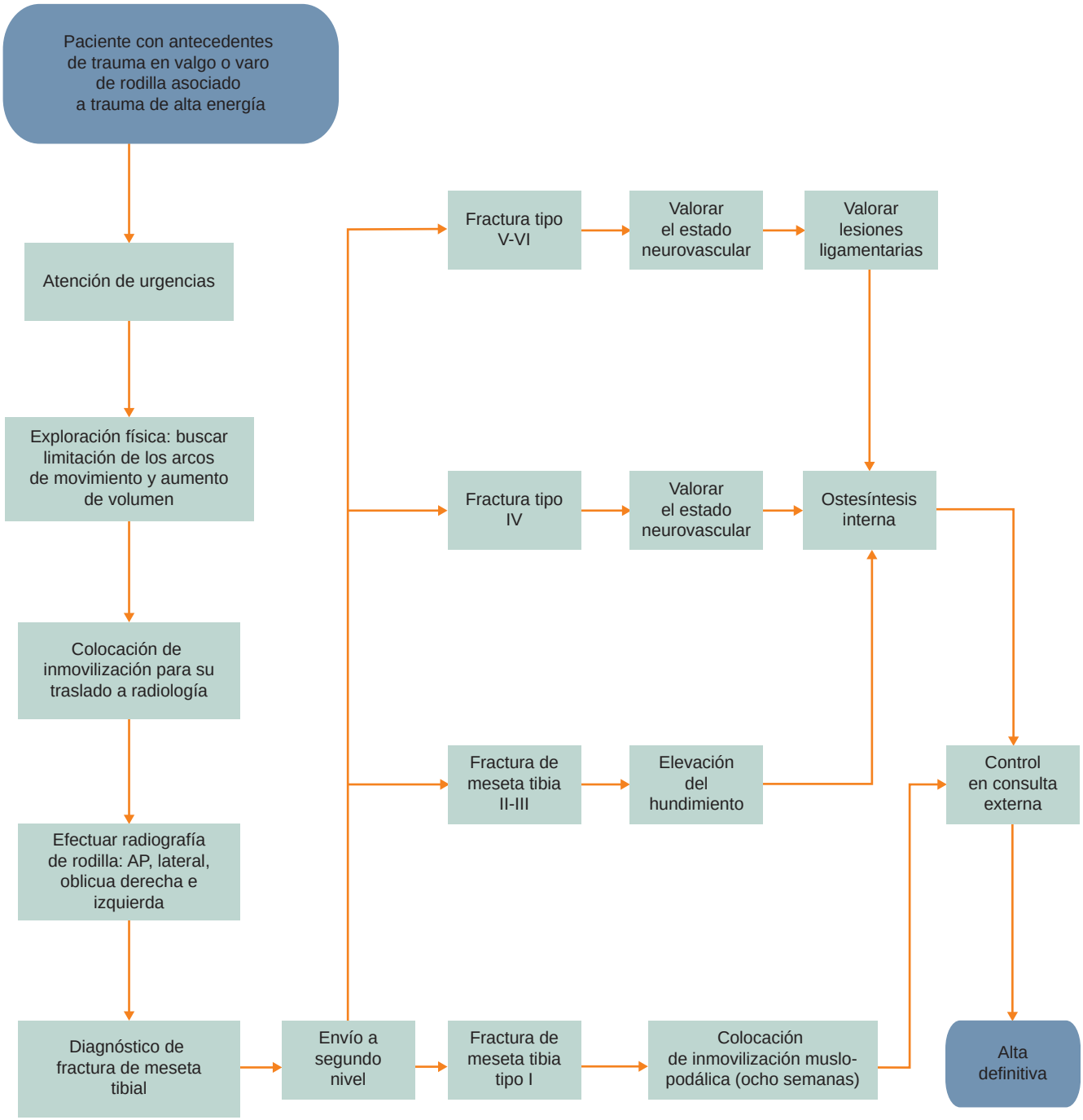
Comunicación con: Adriana Abigail Valenzuela-Flores
Teléfono: (55) 5553 3589
Correo electrónico: abigail.valenzuela@imss.gob.mx

Referencias

1. Cuéllar-Avaroma A, King-Martínez A, Hernández-Salgado A, Torres-González R. Complicaciones en las fracturas complejas de la meseta tibial y factores asociados. Cir Ciruj. 2006;74(5):351-7.
2. Purnell ML, Larson AI, Schnetzler KA, Harris NL, Pevny T. Diagnosis and surgical treatment of Schatzker type IV variant biplanar medial tibial plateau fractures in alpine skiers. Techniques in Knee Surgery. 2007;6(1):17-28.
3. Babis GC, Evangelopoulos DS, Kontovazenitis P, N kolopoulos K, Soucacos P. High energy t bial plateau fractures treated with hybrid external fixation. J Orthopaedic Surg Res. 2011;6:35:1-7. Texto libre en http://www.josr-online.com/content/pdf/1749-799X-6-35.pdf
4. Manidakis N, Dosani A, Dimitriou R, Stengel D, Matthews S, Giannoudis P. Tibial plateau fractures: functional outcome and incidence of osteoarthritis in 125 cases. Int Orthops. 2010; 34(4):565-70. Texto l bre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903147/
5. Fenton P, Porter K. Tibial plateau fractures: a review. Trauma. 2011;13(3):181-7.
6. Torres-Arreola LP, Peralta-Pedrero ML, Viniegra-Osorio A, Valenzuela-Flores A, Sandoval-Castellanos FJ, Echevarría-Zuno S. Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(6):661-72. Texto l bre en http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=860:proyecto-para-el-desarrollo-de-guias-de-practica-clinica-en-el-instituto-mexicano-del-seguro-social&catid=238:herramientas-clinicas&Itemid=607
7. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. BMJ. 1999;318(7183):593-659. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7183.593
8. Witonski D. Acute traumatic hemarthrosis of the adult's knee – a diagnostic options in arthroscopic era. Literature review. Chir Narządów Ruchu Ortop Pol. 2008;73(5):339-43.
9. Garnica-Morón ME, Caballero-Zanbrana C, Garnica-Morón E, Bello-González A, Vives-Aceves H, Rosas-Cadena JL. Amputación como tratamiento de complicaciones de la luxación traumática de rodilla. Acta Ortop Mex. 2008;22(3):198-203. Texto l bre en http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2008/or083k.pdf
10. Kataria H, Sharma N, Kanojia RK. Small wire external fixation for high-energy tibial plateau fractures. J Orthop Surg (Hong Kong). 2007;15(2):137-43 Texto libre en http://www.josonline.org/pdf/v15i2p137.pdf
11. Pieroni S, Foster BR, Anderson SW, Kertesz JL, Rhea JT, Soto JA. Use of 64-Row multidetector CT angiography in blunt and penetrating trauma of the upper and lower extremities. Radiographics. 2009; 29(3):863-76. Texto l bre en http://radiographics.rsna.org/content/29/3/863.long
12. Thomas Ch, Athanasiov A, Wullschleger M, Schuetz M. Current concepts in tibial plateau fractures. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2009;76 (5):363-73.
13. Charalambous CP, Tryfonidis M, Alvi F, Moran M, Fang C, Samaraji R, et al. Inter- and intra-observer variation of the Schatzker and AO/OTA classifications of t bial plateau fractures and a proposal of a new classification system. Ann R Coll Surg Engl. 2007;89(4):400-4. Texto l bre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963574/
14. Zhang Y, Fan D, Ma B, Sun S. Treatment of complicated tibial plateau fractures with dual plating via a 2-incision technique. Orthopedics. 2012;35(3):e359-364. doi: 10.3928/01477447-20120222-27.
15. Chan YS. Arthroscopy-assisted surgery for tibial plateau fractures. Chang Gung Med J. 2011;34(3): 239-47.
16. Dirschl D, Marsh JL, Buckwalter JA, Ge berman R, Olson SA, Brown TA, et al. Articular fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2004;12(6):416-23.
17. Pelser PC. Controversies in the management of tibial plateau fractures. SA Orthopaedic J. 2010;9(3):75-82. Texto l bre en http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S1681-150X2010000300015&script=sci_arttext
18. Hudelmaier M, Glaser C, Hausschild A, Burgkart R, Eckstein F. Effects of joint unloading and reloading on human cartilage morphology and function, muscle cross-sectional areas, and bone density – a quantitative case report. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2006;6(3):284-90.
19. Lubowitz JH, Elson WS, Guttmann D. Part II: arthroscopic treatment of tibial plateau fractures: Intercondylar eminence avulsion fractures. Arthroscopy. 2005;21(1):86-92.
20. Masala S, Fiori R, Bartolucci D, Mammucari M. Angelopoulos G, Massari F, et al. Diagnostic and therapeutic joint injections. Semin Intervent Radiol 2010; 27(2):160-71. doi: 10.1055/s-0030-1253514. Texto

libre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036520/
21. Kayali, C, Oztürk H, Altay T, Reisoglu A, Agus H. Arthroscopically assisted percutaneous osteosynthesis of lateral tibial plateau fractures. Can J Chir. 2008;51(5):378-82. Texto libre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556545/
22. Musahl V, Tarkin I, Kobbe P, Tzioupis C, Siska PC, Pape HC. New trends and techniques in open reduction and internal fixation of fractures of the tibial plateau. J Bone Joint Surg Br. 2009;91B(4):426-33. Texto libre en http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/91-B/4/426.long
23. Gillespie WJ, Walenkamp G. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2010, Issue 3. Art. No.: CD000244. doi: 10.1002/14651858.CD000244.pub2.

Algoritmo I Diagnóstico y tratamiento de la fractura cerrada de la meseta tibial en el adulto



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Clasificación de Schatzker en las fracturas de la meseta tibial

Schatzker classification of tibial plateau fractures

Dr. Alejandro Álvarez López[I]; Dra.Yenima García Lorenzo[II]; Dr. Mario Gutiérrez Blanco[III]; Dr. Daniel R. Montanchez Salamanca[IV]

I Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. yenima@finlay.cmw.sld.cu
III Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.
III Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.
IV Residente de II Año en Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: las Fracturas de la meseta tibial constituyen una enfermedad traumática, se observa con más frecuencia en los servicios de urgencia. **Objetivo:** profundizar en la clasificación propuesta por Schatzker. **Desarrollo:** se realizó una revisión bibliográfica de la clasificación propuesta por Schatzker, la cual se basa en el aspecto radiográfico de la fractura y brinda de forma detallada la conducta a seguir ante cada modalidad, conjuntamente con las lesiones de partes blandas asociadas.
DeCS: FRACTURAS POR COMPRESIÓN; TRAUMATISMOS DE LA RODILLA; LITERATURA DE REVISIÓN COMO ASUNTO

ABSTRACT

Background: tibial plateau fractures constitute a traumatic disease frequently observed in the emergency services. **Objective:** to deepen in the classification

proposed by Schatzker. **Development:** a bibliographical review with the objective of deepening in the classification proposed by Schatzker, which is based on the radiographic aspect of the fracture and provide in specify way the management to follow in the face of each modality, jointly with the lesions of associate soft parts.
DeCS: FRACTURES COMPRESSION; KNEE INJURIES; REVIEW LITERATURE AS TOPIC

INTRODUCCIÓN

La fractura de la meseta tibial (FMT) es una enfermedad traumática, se observa con relativa frecuencia en los servicios de urgencia de traumatología en la actualidad. Según Hohl [1] esta fractura representa el 1% de todas las fracturas en el paciente joven y alrededor de un 8% en el paciente anciano. En el paciente joven debido a la fortaleza de su estructura ósea, son frecuentes las fracturas por desplazamiento asociadas a un alto índice de lesión de las partes blandas, especialmente los ligamentos. Sin embargo, en el paciente anciano debido a la disminución de la resistencia del hueso subcondral a las cargas axiales, son más frecuentes las fracturas con depresión de la superficie articular y en raras ocasiones se asocia a lesión ligamentosa. [2, 3]

En la antigüedad, esta enfermedad se manejaba por una gran cantidad de cirujanos ortopédicos de forma conservadora mediante tracción esquelética y enyesados. Sin embargo, la conducta respecto al manejo ha cambiado considerablemente a partir de los años 80, donde hasta la actualidad la gran mayoría de los autores prefiere el tratamiento quirúrgico debido a sus resultados superiores basados en una mayor movilidad articular, alineación en el eje mecánico de la extremidad y corrección de la superficie articular. Estos métodos quirúrgicos han sido desarrollados en la actualidad de manera tal que algunos tipos de fracturas pueden ser fijadas por métodos semi-invasivos apoyándose en el uso de la Artroscopia y el arco en C, mejorando de forma significativa la calidad de vida de estos enfermos. [4-6]

La realización de la siguiente investigación tiene como objetivo profundizar en aspectos importantes, tales como: mecanismo de producción, clasificación, cuadro clínico, imaginología y manejo de acuerdo al tipo de fractura.

Debido a la importancia de este tema, la necesidad de una continua actualización y su incidencia cada vez mayor, es el propósito en la realización de esta revisión bibliográfica.

DESARROLLO

Mecanismo de producción

Las FMT son causadas por mecanismos combinados de compresión axial y valgo o varo, a su vez a consecuencia de caídas de altura, accidentes del tránsito y actividades relacionadas con la práctica de deporte. [7, 8]

Las fracturas del platillo tibial lateral son las más frecuentes según las estadísticas de Holh, et al [9] desde un 55% a un 70%, continúan en frecuencia las del platillo medial con un rango que varia del 10% al 23% y la afección los dos platillos de un 10% a un 30%.[10, 11]

La afección tan frecuente del platillo tibial lateral tiene como explicación tres razones anatómicas muy importantes. [12]

1. La articulación de la rodilla fisiológicamente esta en valgo, lo que es aún más marcado en la mujer.
2. El condilo femoral lateral tiene forma rectangular, lo cual sirve como un fulcro al golpear por un mecanismo de compresión axial y valgo sobre el platillo tibial lateral.
3. El trabeculado óseo del platillo tibial lateral es más débil que el medial.

Clasificación

Las fracturas de la porción más proximal de la tibia se dividen en dos grandes grupos las articulares y las no articulares, estas primeras afectan de forma significativa la alineación, estabilidad y el movimiento articular, mientras que las segundas afectan la alineación, estabilidad y fuerza de la extremidad. [13, 14]

Hasta la actualidad se han planteado un sin número de clasificaciones para las FMT, sin embargo, una de las más empleadas es la propuesta por Hohl y Luck [9] en el año 1956, la cual posteriormente fue modificada por el propio autor. Existen otras clasificaciones como las propuestas por Moore y la del grupo AO. Sin embargo, la clasificación preferida por los autores del trabajo es la propuesta por Schatzker [15] en el año 1979, debido a su simplicidad y ayuda para el manejo de esta fractura. Este autor divide las FMT es dos grandes grupos: las causadas por trauma de baja energía que son las que afectan generalmente el platillo tibial lateral y las de alta energía que son las que afectan el platillo tibial medial, las bicondilares y con disociación metafiso-diafisiaria.[16, 17]

Fracturas de baja energía

1. Fracturas Desplazadas del Platillo Tibial Lateral: se observan en pacientes jóvenes, no existe hundimiento de la superficie articular debido a la fortaleza del hueso esponjoso, cuando esta fractura es desplazada el menisco lateral es desgarrado y puede desplazarse dentro del foco de fractura.(Gráfico 1) [18]

   Gráfico 1. Clasificación de Schatzker

2. Fracturas Desplazadas y Deprimidas: ocurre en pacientes generalmente por encima de la cuarta década de la vida donde existe debilidad del hueso subcondral.(Gráfico 2) [19]

   Gráfico 2. Clasificación de Schatzker

3. Fracturas Deprimidas o con Hundimiento de la Superficie Articular: ocurre como resultado de un trauma de baja energía en pacientes ancianos con presencia de osteoporosis, la incidencia de lesión ligamentosa es muy baja.(Gráfico 3) [20]

   Gráfico 3. Clasificación de Schatzker

FRACTURAS DE ALTA ENERGÍA

1. Fracturas del cóndilo medial: usualmente afecta todo el cóndilo, es causada por un mecanismo de varo forzado y compresión axial. Esta fractura tiene una alta

incidencia de daño de ligamentos (cruzado anterior y laterales), distensión del nervio peroneo, daño de la arteria poplítea y del menisco interno.(Gráfico 4) [21, 22]

Gráfico 4. Clasificación de Schatzker

2. Fracturas Bicondilares: en estas fracturas existen deslazamiento de los dos condilos tibiales, el patrón característico es la fractura del cóndilo medial con fractura deprimida o deslazada del cóndilo lateral, al ser una fractura causada por un mecanismo de alta energía, se debe realizar un examen neurovascular minucioso.(Gráfico 5) [23, 24]

Gráfico 5. Clasificación de Schatzker

3. Fracturas con Disociación Metafiso-Diafisiaria: son fracturas conminutas con la apariencia radiográfica de una explosión. Presentan una alta incidencia de Síndrome Compartimental y daño neurovascular. La aplicación de tracción produce distracción metafiso-diafisiara en vez de lograr la reducción de la superficie articular.(Gráfico 6)

Gráfico 6. Clasificación de Schatzker

Se debe tener presente que las fracturas del platillo tibial lateral con peroné intacto no colapsan secundariamente debido al soporte del peroné, no así cuando se asocian a fracturas del mismo. Por otro lado las fracturas bicondilares no colapsan ni se angulan secundariamente cuando se asocian a fractura de la porción proximal del peroné, sin

embargo, si no existe fractura del peroné ocurre la angulación en varo de la extremidad secundariamente. [25, 26]

Tratamiento según la clasificación de Schatzker

Tipo 1- Fracturas Desplazadas del Platillo Tibial Lateral.

Estas fracturas se acompañan de una alta incidencia de lesión del menisco del mismo lado, especialmente en las fracturas desplazadas. Debido a esta alta incidencia de lesión meniscal, estos enfermos deben ser estudiados antes y durante el acto quirúrgico mediante Resonancia Magnética Nuclear y/o Artroscopia, ya que si el menisco esta interpuesto en el foco de fractura esta indicada la reducción abierta del la misma. Por otra parte si el menisco esta intacto y no esta interpuesto en el foco de fractura, esta indicada la reducción cerrada mediante fijación percutánea con tornillos canulados o no canulados asistiendo la reducción mediante Artroscopia o arco en C. [27-29]

En las fracturas tipo 1 generalmente no se necesita de placas AO ni injertos óseos, ya que la parte inferior del cóndilo lateral no esta conminuta, pero en el caso que lo este su uso si esta justificado.[30]

Como elemento muy importante se hace necesario recordar que a la hora de colocar los tornillos, el platillo tibial lateral es más alto que el medial, por lo que su inserción debe ser algo más baja de la superficie articular lateral para de esta manera evitar la protrusión de los tornillos en la superficie articular medial.[30]

Tipo 2- Fracturas Desplazadas y Deprimidas.

En este caso también es necesaria una evaluación pre-operatoria adecuada para determinar el grado y la localización del hundimiento, pudiendo ser este anterior o central. [31]

La reducción abierta o cerrada de la superficie articular también depende del estado del menisco. El menisco debe ser salvado a toda costa por varias razones, ayuda a distribuir y transmitir las cargas de la articulación, ayuda como techo de la superficie articular y previene el desplazamiento secundario de la superficie articular. [32]

Se realiza un abordaje lateral mediante el cual se eleva la superficie articular con un desperiostizador o impactador, luego se coloca injerto óseo para mantener la reducción, este proceder puede ser facilitarse mediante el uso de distractores. [33, 34]

Cuando el cóndilo lateral está intacto o con ligera conminución pueden ser usados tornillos de esponjosa con o sin arandelas. Por otra parte, si la conminución es muy marcada y le hueso está osteoporótico entonces esta indicada la utilización de placas AO. [7]

Tipo 3- Fracturas Deprimidas de la Superficie Articular.

Debemos recordar que generalmente esta fractura ocurre en paciente ancianos con hueso osteoporótico después de un mecanismo de compresión axial y valgo. En caso de que el área de la conminución sea pequeña y la articulación se mantiene estable, el tratamiento es conservador. Por otra parte si esta fractura ocurre en un paciente con estilo de vida activo entonces el tratamiento quirúrgico esta indicado. El tratamiento quirúrgico consiste el levantar la superficie articular, colocar injerto óseo y realizar reducción cruenta y osteosíntesis, asistido mediante Artroscopia y arco en C. [35, 36]

Tipo IV. Fracturas del cóndilo medial.

Debido a que son fracturas causadas por trauma de alta energía se asocian generalmente a otra lesiones como luxación de rodilla y daño neurovascular. Estas fracturas por lo regular incluyen la eminencia o espina tibial. [37, 38]

El tratamiento conservador en este tipo de fractura solo se indica en las fracturas no desplazadas, ya que aún las que tienen un desplazamiento mínimo consolidan viciosamente en varo. [5]

Debido las grandes fuerzas biomecánicas que se transmiten a través del platillo medial, la fijación con tornillos no es suficiente por si sola y se hace necesaria la utilización de placas más aún si la porción inferior de la metáfisis presenta conminución o pérdida de la sustancia ósea. En caso de existir avulsión de la eminencia tibial, la misma debe ser fijada con tornillos. En caso de presentar desplazamiento posterior se hace necesaria una segunda incisión para facilitar la reducción. [39]

Tipos V y VI. Estas fracturas tienen en común varios aspectos, el primero es que en las mismas se afectan los dos platillos tibiales y además se acompañan de una gran cantidad de lesiones asociadas tanto locales como generales como la presencia de fracturas abiertas y la participación en la fractura de la eminencia tibial. Las fracturas tipo V son descritas por Schatzker [15] como fracturas en Y invertidas, la fractura comienza en el área intercondilar y se dirige hacia la metáfisis proximal de la tibia, separando el cóndilo medial del lateral. Por lo general, la configuración consiste en una fractura desplazada del cóndilo medial asociada a una fractura con depresión de la superficie articular o desplazada del platillo tibial lateral. [40-42]

Las fracturas tipo VI se diferencian de la anterior por su extensión hacia la diáfisis causando la disociación característica de metáfisis- diáfisis.

Debido a que son fracturas extremadamente conminutivas su verdadera extensión solo puede ser determinada por radiografías en tracción, Tomografía Axial Computarizada o Resonancia Magnética Nuclear. [43]

El tratamiento conservador en este tipo de fractura es rara vez indicado, debido a la alta incidencia de rigidez articular y pérdida de la reducción, su utilización esta basada en que el paciente no soporte una intervención quirúrgica. [7]

Aunque el tratamiento ideal para estas fracturas es el quirúrgico el mismo no está exento de complicaciones. En la antigüedad se colocaban dos placas AO una cada lado, lo cual necesitaba de una gran disección de los tejidos blandos especialmente del lado medial, esto trae aparejado una alta incidencia de lesiones de partes blandas entre las cuales las más encontradas están la infección y la deshicenia de la herida. [44-46]

Por la incidencia de estas complicaciones, en la actualidad se desarrollan algunas alternativas para evitarlas como el uso de fijadores externos del lado medial aplicando el principio de la ligamentotaxis y la utilización de pequeñas incisiones que permitan la reducción y fijación del platillo medial, en otras ocasiones se aplican pequeñas placas las cuales puedes ser colocadas subperiosticas.[47-49]

En todos los pacientes la fijación del platillo tibial medial es de extrema importancia ya que la deformidad residual más encontrada en estos pacientes es el varo. [5]

Debido a la alta incidencia de complicaciones de las partes blandas, hoy en día una gran cantidad de autores prefieren el uso de la fijación externa con abordajes mínimos sobre la zona fracturada. Este método permite la estabilización, reducción y una rápida incorporación del paciente a la rehabilitación. [44]

Después de la reconstrucción de la superficie articular en las fracturas tipo VI, se hace necesaria la estabilización de la diafisis mediante alguno de los siguientes métodos de fijación: 1- placa unilateral, 2- placas bilaterales, 3- placa y fijador externo contralateral, 4- fijación externa circular (Fijador de Ilizarov). [48]

CONCLUSIONES

Las FMT constituyen un verdadero reto para el cirujano ortopédico en la actualidad, para el mejor manejo, entendimiento y comprensión es de vital importancia el conocimiento de la clasificación descrita por Schatzker, la cual aunque es una clasificación basada en el aspecto radiológico brinda diferentes patrones de fractura muy útil a la hora de decidir una conducta quirúrgica definitiva de estos enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holh M. Fractures of the proximal tibia and fibula. En: Rockwood C, Green D, editors. Fractures in Adults. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1991.p.1725-61.
2. Whittle AP, Wood GW. Fracturas de las extremidades inferiores. En: Canale ST, editor. Cirugía Ortopédica. 10ma ed. St Louis: Mosby; 2001.p.2782- 98.
3. Kubiak EN, Camuso MR, Barei DP, Nork SE. Operative treatment of ipsilateral noncontiguous unicondylar tibial plateau and shaft fractures: combining plates and nails. J Orthop Trauma. 2008; 22(8):560-5.
4. Catagni MA, Ottaviani G, Maggioni M. Treatment strategies for complex fractures of the tibial plateau with external circular fixation and limited internal fixation. J Trauma. 2007; 63(5):1043-53.
5. Egol KA, Koval KJ. Fractures of the Proximal tibia. En: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, editors. Rockwoodd & Green's Fractures in Adults. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.p.2000- 30.
6. Musahl V, Tarkin I, Kobbe P, Tzioupis C, Siska PA, Pape HC. New trends and techniques in open reduction and internal fixation of fractures of the tibial plateau. J Bone Joint Surg Br. 2009; 91(4):426-33.
7. Thomas Ch, Athanasiov A, Wullschleger M, Schuetz M. Current concepts in tibial plateau fractures. Acta Chir Orthop Traumatol. 2009; 76(5):363-73.
8. Virkus WW, Helfet DL. Fracturas de la Meseta Tibial. En: Insall JN, Scout WN, editors. Rodilla. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2001.p.1265-89.
9. Holh M, Luck JV. Fractures of the Tibial Condyle. J Bone Joint Surg Am. 1956; 38:1001-18.
10. Maripuri SN, Rao P, Manoj-Thomas A, Mohanty K. The classification systems for tibial plateau fractures: how reliable are they?. Injury. 2008; 39(10):1216-21.
11. Ziran BH, Hooks B, Pesantez R. Complex fractures of the tibial plateau. J Knee Surg. 2007; 20(1):67-77.
12. Dirschl DR, Del Gaizo D. Staged management of tibial plateau fractures. Am J Orthop. 2007; 36(4 Suppl):12-7.
13. Blin D, Cyteval C, Kamba C, Blondel M, Lopez FM. Imaging of traumatic injuries of the knee. J Radiol. 2007; 88:775-88.
14. Rademakers MV, Kerkhoffs GM, Sierevelt IN, Raaymakers EL, Marti RK. Operative treatment of 109 tibial plateau fractures: five- to 27-year follow-up results. J Orthop Trauma. 2007; 21(1):5-10.
15. Schatzker J, McBroom R, Bruce D. Tibial Plateau Fractures: the Toronto experience 1968-1975. Clin Orthop. 1979; 138:94-104.

16. Higgins TF, Kemper D, Klatt J. Incidence and morphology of the posteromedial fragment in bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2009; 23(1):45-51.
17. Charalambous CP, Tryfonidis M, Alvi F, Moran M, Fang C. Inter- and intra-observer variation of the Schatzker and AO/OTA classifications of tibial plateau fractures and a proposal of a new classification system. Ann R Coll Surg Engl. 2007; 89(4):400-4.
18. Chang SM, Zheng HP, Li HF, Jia YW, Huang YG. Treatment of isolated posterior coronal fracture of the lateral tibial plateau through posterolateral approach for direct exposure and buttress plate fixation. Arch Orthop Trauma Surg. 2009 ;129(7):955-62.
19. Chakraverty JK, Weaver MJ, Smith RM, Vrahas MS. Surgical management of tibial tubercle fractures in association with tibial plateau fractures fixed by direct wiring to a locking plate. J Orthop Trauma. 2009; 23(3):221-5.
20. Lee JA, Papadakis SA, Moon C, Zalavras CG. Tibial plateau fractures treated with the less invasive stabilisation system. Int Orthop. 2007; 31(3):415-8.
21. Stahel PF, Smith WR, Morgan SJ. Posteromedial fracture fragments of the tibial plateau: an unsolved problem?. J Orthop Trauma. 2008; 22(7):504-9.
22. Wahlquist M, Iaguilli N, Ebraheim N, Levine J. Medial tibial plateau fractures: a new classification system. J Trauma. 2007; 63(6):1418-21.
23. Barei DP, Nork SE, Mills WJ, Coles CP, Henley MB. Functional outcomes of severe bicondylar tibial plateau fractures treated with dual incisions and medial and lateral plates. J Bone Joint Surg Am. 2006; 88(8):1713-21.
24. Eggli S, Hartel MJ, Kohl S, Haupt U, Exadaktylos AK. Unstable bicondylar tibial plateau fractures: a clinical investigation. J Orthop Trauma. 2008; 22(10):673-9.
25. Markhardt BK, Gross JM, Monu JU. Schatzker classification of tibial plateau fractures: use of CT and MR imaging improves assessment. Radiographics. 2009; 29(2):585-97.
26. Subasi M, Kapukaya A, Arslan H, Ozkul E, Cebesoy O. Outcome of open comminuted tibial plateau fractures treated using an external fixator. J Orthop Sci. 2007; 12(4):347-53.
27. Abdel-Hamid MZ, Chang CH, Chan YS, Lo YP, Huang JW. Arthroscopic evaluation of soft tissue injuries in tibial plateau fractures: retrospective analysis of 98 cases. Arthroscopy. 2006; 22(6):669-75.

28. Duan XJ, Yang L, Guo L, Chen GX, Dai G. Arthroscopically assisted treatment for Schatzker type I-V tibial plateau fractures. Chin J Traumatol. 2008; 11(5):288-92.
29. Chan YS, Chiu CH, Lo YP, Chen AC, Hsu KY. Arthroscopy-assisted surgery for tibial plateau fractures: 2- to 10-year follow-up results. Arthroscopy. 2008; 24(7):760-8.
30. Anglen J, Kyle RF, Marsh JL, Virkus WW, Watters WC. Locking plates for extremity fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2009; 17(7):465-72.
31. Wu CC, Tai CL. Plating treatment for tibial plateau fractures: a biomechanical comparison of buttress and tension band positions. Arch Orthop Trauma Surg. 2007; 127(1):19-24.
32. Kayali C, Oztürk H, Altay T, Reisoglu A, Agus H. Arthroscopically assisted percutaneous osteosynthesis of lateral tibial plateau fractures. Can J Surg. 2008; 51(5):378-82.
33. Gardner MJ, Yacoubian S, Geller D, Pode M, Mintz D. Prediction of soft-tissue injuries in Schatzker II tibial plateau fractures based on measurements of plain radiographs. J Trauma. 2006; 60(2):319-23.
34. Lasanianos N, Mouzopoulos G, Garnavos C. The use of freeze-dried cancelous allograft in the management of impacted tibial plateau fractures. Injury. 2008; 39(10):1106-12.
35. Hu YL, Ye FG, Ji AY, Qiao GX, Liu HF. Three-dimensional computed tomography imaging increases the reliability of classification systems for tibial plateau fractures. Injury. 2009; 40(12):1282-5.
36. Rossi R, Bonasia DE, Blonna D, Assom M, Castoldi F. Prospective follow-up of a simple arthroscopic-assisted technique for lateral tibial plateau fractures: results at 5 years. Knee. 2008; 15(5):378-83.
37. Katsenis D, Dendrinos G, Kouris A, Savas N, Schoinochoritis N. Combination of fine wire fixation and limited internal fixation for high-energy tibial plateau fractures: functional results at minimum 5-year follow-up. J Orthop Trauma. 2009; 23(7):493-501.
38. Espinoza-Ervin CZ, Starr AJ, Reinert CM, Nakatani TQ, Jones AL. Use of a midline anterior incision for isolated medial tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2009; 23(2):148-53.
39. Kataria H, Sharma N, Kanojia RK. Small wire external fixation for high-energy tibial plateau fractures. J Orthop Surg (Hong Kong). 2007; 15(2):137-43.

40. Krupp RJ, Malkani AL, Roberts CS, Seligson D, Crawford CH. Treatment of bicondylar tibia plateau fractures using locked plating versus external fixation. Orthopedics. 2009; 32(8):57-63.
41. Krappinger D, Struve P, Smekal V, Huber B. Severely comminuted bicondylar tibial plateau fractures in geriatric patients: a report of 2 cases treated with open reduction and postoperative external fixation. J Orthop Trauma. 2008; 22(9):652-7.
42. Uhl RL, Gainor J, Horning J. Treatment of bicondylar tibial plateau fractures with lateral locking plates. Orthopedics. 2008;31(5):473-7
43. Yu Z, Zheng L, Zhang Y, Li J, Ma B. Functional and radiological evaluations of high-energy tibial plateau fractures treated with double-buttress plate fixation. Eur J Med Res. 2009; 14(5):200-5.
44. Stark E, Stucken C, Trainer G, Tornetta P. 3rd. Compartment syndrome in Schatzker type VI plateau fractures and medial condylar fracture-dislocations treated with temporary external fixation. J Orthop Trauma. 2009; 23(7):502-6.
45. Mashru RP, Jahangir AA, Parrella MS, Harding SP. Percutaneous fixation of the medial condyle in bicondylar tibial plateau fractures: novel use of the 3.5-mm medial distal tibia plate. Am J Orthop. 2008; 37(1):14-7
46. Shah SN, Karunakar MA. Early wound complications after operative treatment of high energy tibial plateau fractures through two incisions. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2007; 65(2):115-9.
47. Higgins TF, Klatt J, Bachus KN. Biomechanical analysis of bicondylar tibial plateau fixation: how does lateral locking plate fixation compare to dual plate fixation?. J Orthop Trauma. 2007; 21(5):301-6.
48. Hall JA, Beuerlein MJ, McKee MD. Open reduction and internal fixation compared with circular fixator application for bicondylar tibial plateau fractures. Surgical technique. J Bone Joint Surg Am. 2009; 91 (Suppl 2):74-88.
49. Mahadeva D, Costa ML, Gaffey A. Open reduction and internal fixation versus hybrid fixation for bicondylar/severe tibial plateau fractures: a systematic review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2008; 128(10):1169-75.

Recibido: 19 de enero de 2010
Aprobado: 3 de marzo de 2010

Dr. Alejandro Álvarez López. Email: yenima@finlay.cmw.sld.cu

ARTÍCULO ORIGINAL

DOI: 10.1016/j.rchot.2016.10.003

Open Access

Este artículo ha recibido

30295

Visitas

(Actualización diaria de datos)

Complicaciones en fracturas de platillos tibiales de alta energía

Complications in high energy tibial plateau fractures

Xabier Carredano G[a], Juanjosé Valderrama R.[a,], Felipe Marín S.[b], Ignacio Valderrama S.[c], Gonzalo Espinoza L.[a]

[a] Equipo de Rodilla, Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Santiago, Chile

[b] Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Santiago, Chile

[c] Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Under a Creative Commons license

Información del artículo Resumen Texto completo Bibliografía Descargar PDF Estadísticas

RESUMEN

El enfrentamiento y el manejo de las fracturas de platillos tibiales de alta energía representan un desafío para todo cirujano. El compromiso de partes blandas y la conminución articular secundaria a la energía involucrada determinan una mayor tasa de complicaciones y morbilidad.

Objetivos

Evaluar la tasa de complicaciones en fracturas de platillos tibiales de alta energía.

Materiales y método

Estudio clínico imagenológico retrospectivo de fracturas de platillo tibial Schatzker V y VI con mecanismo de alta energía, tratadas con fijador externo y osteosíntesis diferida, entre 2007-2013. Análisis estadístico usando STATA 12.0.

Resultados

Cincuenta y dos fracturas se presentaron durante el periodo de estudio, 39 de ellas fueron seleccionadas considerando los criterios de inclusión. Promedio edad 42,4 años, seguimiento 41,8 meses. Complicaciones: neuropraxia 5%, infección Schatzker V (20%) 16,2%, VI (80%) 12,1% (p = 0,759). Sin asociación entre infección y edad (p = 0,6056), mecanismo involucrado (p = 0,131), tiempo de prefijador externo (p = 0,0556), ni tiempo en el uso de fijador externo (p = 0,53).

Discusión

Las fracturas de platillos tibiales secundarias a traumatismos de alta energía se asocian a un importante compromiso de partes blandas. La reducción y osteosíntesis inmediata determina altas tasas de complicaciones; utilizar fijador externo transitorio las disminuiría. El abordaje anterior en línea media ha mostrado elevadas complicaciones, mientras que el uso de doble abordaje regularía esta situación.

Conclusión

Al afrontar el tratamiento de las fracturas de platillos tibiales de alta energía debemos considerar el uso de fijador externo transitorio para un adecuado control de la fractura y de las partes blandas para la cirugía definitiva.

Palabras clave:

Fracturas Alta energía Platillos tibiales Complicaciones

ABSTRACT

The approach and management of high energy tibial plateau fractures is a challenge for every surgeon. Soft tissue injuries and joint comminution due to the energy involved are associated with a higher rate of complications and morbidity.

Objectives

To evaluate the rate of complications in high energy tibial plateau fractures.

Materials and method

A retrospective imaging-clinical study of Schatzker type V and IV high-energy tibial plateau fractures, treated with an external fixation and delayed osteosynthesis, was conducted between 2007 and 2013. Statistical analysis was performed using STATA 12.0.

Results

A total of 52 fractures were treated during the study period, of which 39 met the criteria for selection. The mean age of the patients was 42.4 years, with a follow-up time of 41.8 months.

The complications include, neuropraxia, 5%, Schatzker V infection (20%), 16.2%, and Vl (80%), 12.1% ($P = .759$). There was no relationship between infection and age ($P = .6056$), mechanism involved ($P = .131$), time between accidents and the installation of an external fixator ($P = .0556$), or the time used for external fixation ($P = .53$).

Discussion

High-energy tibial plateau fractures are associated with significant soft tissue injuries. Immediate reduction and osteosynthesis are determining factors for high rates of complications, while using transient external fixation should decrease them. A midline anterior approach has shown increased complications, while a double approach could improve this situation.

Conclusion

The approach to high energy tibial plateau fractures must consider the use of a temporary external fixation for an adequate control of the fracture and the soft tissue for a definitive surgical treatment.

Keywords:

Fractures High-energy Tibial plateau Complications

TEXTO COMPLETO

Introducción

Dentro de las fracturas asociadas a la rodilla las fracturas de platillos tibiales representan un grupo heterogéneo de lesiones, cuyo enfrentamiento terapéutico y manejo constituye un constante enfrentamiento.

En la mayoría de los casos el tratamiento definitivo de estas lesiones es quirúrgico, debido al compromiso articular y/o periarticular asociado, la magnitud del desplazamiento de los fragmentos óseos, el compromiso de las partes blandas y la inestabilidad secundaria[1].

La incidencia reportada en la literatura de las fracturas de meseta es cercana al 1% del total de fracturas[2].

Por su parte, las fracturas de platillos tibiales secundarias a traumatismos de alta energía constituyen un subgrupo particularmente relevante. Este tipo de lesiones se encuentran asociadas a un importante compromiso articular determinado tanto por la conminución y la depresión de la superficie, como por la presencia de una inestabilidad muchas veces multidireccional, a lo cual se le agrega un significativo compromiso de partes blandas determinado por un importante edema, resultado de la activación de la cascada inflamatoria asociada al compromiso del drenaje venoso local e hipoxia cutánea, lo cual determina un aumento del daño de estas. La suma de estos factores determina un elevado riesgo de complicaciones y de morbilidades[1,3–5].

Ha sido ampliamente descrito que la resolución quirúrgica precoz mediante reducción abierta determina una mayor tasa de complicaciones, llegando incluso hasta un 88%[1,4–10].

El adecuado manejo de las partes blandas periarticulares tras una fractura de platillos tibiales de alta energía es fundamental en la obtención de un buen resultado[1].

El uso de fijador externo transarticular en forma temporal mantiene la longitud y el eje de la extremidad comprometida, estabiliza la articulación y, en consecuencia, favorece la disminución del edema de partes blandas, lo cual es posible de seguir clínicamente[1,6–9]. De acuerdo con diversos reportes no existe una asociación entre su uso previo a la cirugía definitiva y un aumento en la tasa de infecciones[1,6,11].

Los objetivos de este trabajo fueron:

1. Evaluar las complicaciones en pacientes con fracturas de platillos tibiales de alta energía tratados con fijador externo inicial y reducción abierta y osteosíntesis con doble placa diferida (doble abordaje).

2. Describir el mecanismo de lesión, la clasificación y los tiempos en pacientes con fractura de platillos tibiales de alta energía.

3. Determinar el rango articular residual al final del seguimiento.

Material y método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una serie quirúrgica de pacientes con fracturas de platillos tibiales secundarias a mecanismos de alta energía, en un hospital sujeto a compensación laboral.

La identificación e inclusión de los pacientes se realizó a partir de la base de datos del servicio de pabellón del hospital. Se revisaron todas las fichas clínicas de los pacientes operados entre mayo de 2007 y julio de 2013 con el diagnóstico de fractura de platillos tibiales. La fecha de inicio de la búsqueda correspondió al inicio del registro clínico electrónico en nuestra institución. La fecha final fue determinada de forma arbitraria para tener al menos 2 años de seguimiento postoperatorio.

Se aplicaron los siguientes criterios de selección en el momento de la revisión de las fichas clínicas en Medisyn® (registro clínico electrónico de la institución).

• Criterios de inclusión:

- Fractura de platillos tibiales Schatzker V o VI.

- Estudio imagenológico preoperatorio con radiografías anteroposterior y lateral de rodilla y tomografía computarizada (TC).

- Osteosíntesis definitiva diferida con placas y tornillos.

- Tratamiento inicial y definitivo en el mismo centro hospitalario, por el mismo equipo de rodilla.

• Criterios de exclusión:

- Mecanismo de baja energía.

- Sin compensación laboral.

- Manejo inicial sin fijadores externos.

- Ausencia de estudio radiológico postoperatorio.

- Aún en tratamiento inicial en el momento de la revisión de la ficha clínica.

- Seguimiento clínico menor a 2 años.

- Pérdida de seguimiento clínico tras cirugías y/o previo al alta laboral.

Los atributos medidos fueron: sexo, edad, previsión, mecanismo de lesión, exposición, clasificación de acuerdo a Schatzker[12] y Luo[13], variables temporales (tiempo entre el accidente y la

estabilización transitoria con fijador externo, entre el fijador externo y la osteosíntesis definitiva, período de descarga, tiempo entre el accidente y el alta laboral y el tiempo de seguimiento) y variables relacionadas con los resultados clínicos (complicaciones secundarias al accidente y al tratamiento, rango de movilidad articular al final del seguimiento). Las infecciones profundas fueron definidas como aquellas que requirieron de al menos un aseo quirúrgico y/o aislamiento de un agente patógeno en los cultivos.

Las clasificaciones de Schatzker y de Luo fueron realizadas por el mismo revisor (JV) usando Rx y TC preoperatorias.

Para el análisis estadístico se utilizó STATA® 12.0, realizando un análisis descriptivo, prueba de Chi cuadrado, prueba de «t» de Student y prueba de Wilcoxon-Mann Whitney.

El estudio fue aprobado por el comité científico hospitalario.

Resultados

Se identificaron 52 pacientes con diagnóstico de fractura de platillos tibiales Schatzker V y VI en el periodo descrito. De ellos solo 39 cumplieron los criterios de selección, descartando 13 casos por las siguiente razones:

- Un caso no correspondió a un accidente de trabajo/trayecto (no sujeto a compensación laboral).

- Cuatro casos no fueron manejados inicialmente con fijador externo.

- Seis casos no presentaron un mecanismo de alta energía.

- Dos pacientes continuaban en tratamiento en el momento de la revisión de fichas.

En todos los casos el fijador externo fue biplanar, transarticular, con 2 pins laterales en el fémur y 2 pins anteriores en la tibia.

El tiempo de seguimiento promedio fue de 41,8 meses (24 a 70 meses; DE: 12,9).

La edad promedio de la serie fue 42,4 años (22-63; DE: 9,9). El 12,8% de los casos correspondió a fracturas expuestas (5 pacientes).

Respecto a la clasificación de Schatzker el 15,6% (6 pacientes) fueron tipo V y el 84,6% restante tipo VI (33 pacientes). Respecto a la de Luo, el 21% de los casos presentó compromiso de 2 columnas y el 79% restante de 3 columnas (tabla 1).

Tabla 1.

Distribución. Clasificación Luo

Lateral	Medial	Posterior	Porcentaje
x	x		2,6
x		x	15,8
	x	x	2,6
x	x	x	79

Los mecanismos de alta energía involucrados se detallan en la figura 1.

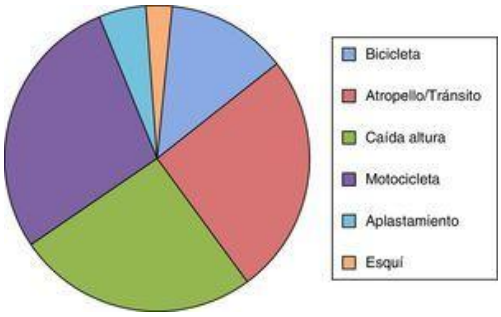


Figura 1.

Mecanismo lesional.

(0,08MB).

La presentación de las variables temporales fue la siguiente:

- Tiempo entre accidente y fijación externa: 1,0 día en promedio (0-5 días; DE: 1,4).

- Tiempo de uso de fijador externo: 12,4 días en promedio (4-46 días; DE: 8,8).

- Tiempo de descarga total tras la cirugía definitiva: 3,1 meses en promedio (1,5-6 meses; DE: 0,88).

- Tiempo entre el accidente y el alta laboral: 11,3 meses en promedio (3-29 meses; DE: 6,5).

El 5% de los casos (2 pacientes) presentó complicaciones relacionadas con el accidente: neuropraxia del nervio ciático poplíteo externo; ambos resueltos espontáneamente sin secuelas. No hubo complicaciones vasculares asociadas en esta serie.

Las complicaciones secundarias al tratamiento afectaron al 33,3% de la serie (13 pacientes) (tabla 2).

Tabla 2.

Complicaciones postratamiento

Complicaciones	Tasas
Infección profunda	12,8% (5 pacientes)
Artrosis postraumática (artroplastia)	2,6% (un paciente)
Artrodesis	2,6% (un paciente)
Osteomielitis	7,7% (3 pacientes)
Evento tromboembólico	2,6% (un paciente)
Deseje	15,4% (6 pacientes)
Seudoartrosis	7,7% (3 pacientes)

El 12,1% de las Schatzker VI tuvo infecciones profundas (4 pacientes) vs un 16,7% en las tipo V (un paciente) (p = 0,759). Respecto a la clasificación de Luo e infecciones profundas tampoco hubo diferencias significativas (p = 0,951).

De los 5 pacientes con fracturas expuestas, un caso evolucionó con osteomielitis crónica, los otros 4 no presentaron infecciones.

Ni la edad de los pacientes (p = 0,6056), ni el mecanismo involucrado (p = 0,131), ni el tiempo entre lesión y fijación externa (p = 0,0556), ni el tiempo entre fijador externo y la osteosíntesis definitiva (p = 0,7108) y tampoco respecto a las lesiones asociadas (p = 0,53) lograron predecir la infección profunda.

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre infección profunda y tiempo de descarga (p = 0,0166).

En relación con los 6 desejes residuales, 4 pacientes evolucionaron con valgo y 2 con varo. Dos casos requirieron una osteotomía correctora de ejes (un valgo y un varo). Todos estos casos correspondieron a fracturas Schatzker VI, con compromiso de los 3 pilares de la clasificación de Luo.

Se reportaron 2 casos con inestabilidad lateral tras el tratamiento, y uno requirió de una osteotomía para tensar la cápsula posterolateral; ambos quedaron con un bostezo en 30° de varo tolerable clínicamente.

Respecto al rango de movilidad en el momento del seguimiento, hubo un caso de artrodesis, obteniendo una mediana de 120° (0-140°; DE: 24,2); sin incluir a este paciente la mediana se mantuvo y variaron los rangos y la desviación estándar: 80-140 y 14,8, respectivamente.

Una vez objetivada la consolidación de la fractura el 35,9% de los pacientes fue sometido a una nueva cirugía para la retirada de la osteosíntesis sintomática.

Discusión

Las fracturas de platillos tibiales, producto de traumatismos de alta energía, se asocian a un importante compromiso de partes blandas periarticulares[7].

El reconocimiento y la adecuada interpretación de las lesiones de partes blandas en el contexto de este tipo de fracturas es un factor determinante en la obtención de buenos resultados quirúrgicos[6].

Los 39 pacientes estudiados correspondieron a casos bastante homogéneos determinados por los criterios de selección (mecanismo de alta energía, uso de fijador externo biplanar inicial, reducción y osteosíntesis diferida), todos ellos en un grupo etario similar (segmento laboral), todos compensados económicamente y cautivos en un sistema de salud cerrado, lo cual permitió un seguimiento sobre 2 años.

Es importante destacar que la mayoría de los casos correspondieron a fracturas de alta complejidad tipo Schatzker VI y Luo con 3 pilares (fig. 2), reportándose solo un 5% de complicaciones secundarias al accidente.

Figura 2.

Reconstrucción tridimensional de TC de rodilla que muestra el compromiso de las 3 columnas del platillo tibial.

(0,14MB).

Por su parte, dentro de las complicaciones postoperatorias, las infecciones profundas y los desejes fueron las más frecuentes.

Respecto a la tasa de infecciones profundas esta correspondió al 12,8%, no encontrando asociación con las clasificaciones de Schatzker ni de Luo; tampoco con los tiempos en las distintas etapas. Destacamos además el hecho de que solo una de las fracturas expuestas evolucionó con osteomielitis crónica.

Los pacientes tuvieron que esperar casi 2 semanas en promedio con fijador externo, momento en el cual los pacientes estuvieron en condiciones clínicas para ser operados (Tcherne 0-I) (fig. 3).

Figura 3.

Evolución de partes blandas con fijador externo tras accidente en motocicleta.

(0,16MB).

No fue posible encontrar un modelo predictivo para esta complicación con los distintos atributos medidos. En relación con el tiempo de descarga, posiblemente la presencia de infección profunda determinó una mayor aprensión por parte de los cirujanos para autorizar la carga.

Por su parte, los desejes se presentaron solo en pacientes con fracturas tipo Schatzker VI y Luo 3 pilares, lesiones con disociación metafisio-diafisiarias. La tasa correspondió al 15,4%, en donde solo 2 casos requirieron de osteotomía correctora de eje dada su sintomatología.

La mediana del rango articular en el momento del seguimiento fue de 120°, lo que indica que muchos pacientes lograron rangos funcionales adecuados para realizar sus actividades. Solo un caso requirió de una artrodesis articular, paciente que tuvo una fractura de platillos tibiales expuesta tipo Schatzker VI y Luo 3 pilares, que además evolucionó con una seudoartrosis, infección profunda y osteomielitis.

En el transcurso de las últimas décadas las estrategias de tratamiento en fracturas de platillos tibiales de alta energía se han modificado. Es posible encontrar diversos métodos de tratamiento descritos en la literatura, entre los que se incluye reducción y osteosíntesis abierta con placas y tornillos, fijación percutánea a través de abordajes limitados o reducción indirecta y estabilización con fijadores externos circulares (Illizarov).

La reducción y osteosíntesis abierta por medio de abordajes amplios permite la visualización directa y la reducción anatómica de las fracturas, sutura meniscal y reinserción ligamentaria si esta fuese necesaria. Estos principios no se consiguen por medio de osteosíntesis percutáneas ni con fijadores externos circulares, especialmente en casos de fracturas con importante conminución[7]. La reducción abierta y estabilización interna en la etapa aguda de la evolución de

las fracturas de platillos tibiales de alta energía implica un elevado riesgo de complicaciones de las partes blandas.

De forma independiente, Young, Moore y Mallik reportaron el 88%, 73% y 80% de infecciones profundas, respectivamente, asociando estas altas tasas de complicaciones al uso de doble placa en el momento de la reducción abierta; no obstante, no hicieron referencia respecto al manejo realizado de las partes blandas (tipo de abordaje) y etapificación del tratamiento (tiempo entre el accidente y la cirugía definitiva). Es posible que las tasas de complicaciones reportadas correspondan tanto a la inadecuada evaluación de estas estructuras como a una cirugía precoz[6].

Por su parte, el manejo de estas fracturas a través de un abordaje anterior en línea media único ha presentado tasas inaceptables de complicaciones de herida operatoria y partes blandas (13% a 88%), en particular cuando se ha asociado al uso de doble placa[7].

Con relación al doble abordaje (lateral y posteromedial), existen porcentajes de infecciones profundas reportadas en lesiones de alta energía, los cuales van desde un 8,4% a un 14,2%[10]. Stamer et al. reportan un 13% de infecciones profundas utilizando un fijador externo híbrido, asociado o no a osteosíntesis mínima en el manejo de 23 fracturas tipo Schatzker VI.

En este contexto, el uso de un fijador externo transarticular durante el período agudo constituye una adecuada solución transitoria estabilizando la articulación y restaurando el eje de la extremidad, mientras mejoran las condiciones de las partes blandas para la cirugía definitiva[6]. Además, respecto a la asociación entre infecciones profundas y uso de fijador externo producto de la sobreposición de los pines, Egol et al.[6] indican que no existe correlación.

Respecto a los desejes residuales cabe mencionar que la estabilización lateral aislada en fracturas bicondíleas de platillos tibiales con placas convencionales es insuficiente para conservar el alineamiento axial, asociándose a una mayor tasa de deformidades en varo[7]. Una situación similar puede presentarse utilizando placas bloqueadas de ángulo fijo desde lateral. En general, esta complicación es el resultado de una inadecuada evaluación y comprensión del compromiso de la columna posteromedial, lo cual disminuye con el uso de doble placa, lateral y posteromedial eventualmente[7].

En función de la evidencia planteada y de la experiencia local, proponemos el siguiente protocolo de manejo para las fracturas de platillos tibiales de alta energía:

1. Considerar el mecanismo de lesión, discriminando entre alta y baja energía involucrada, ítem más importante para orientar el tratamiento a realizar.

2. Tras aplicar los algoritmos de soporte vital es importante realizar una acuciosa evaluación de la extremidad afectada que permita determinar exposición ósea, los signos de isquemia, las lesiones

neurológicas, la incongruencia articular y el estado inicial de las partes blandas.

3. El estudio imagenológico inicial debe incluir radiografías en 2 proyecciones: anteroposterior y lateral. En aquellos casos con alta sospecha clínica de compromiso vascular recomendamos realizar una angio TC precoz.

4. Confirmado el diagnóstico se debe reducir, alinear y estabilizar la extremidad con un fijador externo transarticular (biplanar, transarticular, con 2 pins laterales en el fémur y 2 pins anteriores en la tibia).

5. Debe completarse el estudio con nuevas radiografías y TC para planificar la cirugía definitiva, que debe realizarse una vez que las partes blandas lo permitan (idealmente Tcherne 0 o I).

6. La reducción y osteosíntesis habitualmente requiere de 2 abordajes, muchas veces lateral y posteromedial para lograr resultados satisfactorios con menos complicaciones.

Frente a fracturas expuestas es recomendable realizar aseos quirúrgicos seriados para disminuir el riesgo de osteomielitis.

Conclusión

Enfrentarnos a fracturas de platillos tibiales de alta energía requiere de una correcta evaluación y manejo de las lesiones de partes blandas, especialmente determinado por el mecanismo involucrado.

La estabilización transitoria inicial con fijador externo, seguido de una reducción abierta y osteosíntesis con doble placa diferida a través de doble abordaje, permite mantener tasas de complicaciones aceptables respecto a la evidencia descrita en la literatura.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

La realización de este estudio no cuenta con conflicto de intereses por ningún autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a Mutual de Seguridad C.Ch.C.

BIBLIOGRAFÍA

[1] J. Borrelli Jr..
Management of soft tissue injuries associated with tibial plateau fractures.
J Knee Surg, 27 (2014), pp. 5-9
http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363546 | Medline

[2] R.L. van Dreumel, B.P. van Wunnik, L. Janssen, P.C. Simons, H.M. Janzing.
Mid- to long-term functional outcome after open reduction and internal fixation of tibial plateau fractures.
Injury, 46 (2015), pp. 1608-1612
http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2015.05.035 | Medline

[3] P.J. Papagelopoulos, A.A. Partsinevelos, G.S. Themistocleous, A.F. Mavrogenis, D.S. Korres, P.N. Soucacos.
Complications after tibia plateau fracture surgery.
Injury, 37 (2006), pp. 475-484
http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2005.06.035 | Medline

[4] M.R. Ruffolo, F.K. Gettys, H.E. Montijo, R.B. Seymour, M.A. Karunakar.
Complications of high-energy bicondylar tibial plateau fractures treated with dual plating through 2 incisions.
J Orthop Trauma, 29 (2015), pp. 85-90
http://dx.doi.org/10.1097/BOT.0000000000000203 | Medline

[5] S.N. Shah, M.A. Karunakar.
Early wound complications after operative treatment of high energy tibial plateau fractures through two incisions.
Bull NYU Hosp Jt Dis, 65 (2007), pp. 115-119
Medline

[6] K.A. Egol, N.C. Tejwani, E.L. Capla, P.L. Wolinsky, K.J. Koval.
Staged management of high-energy proximal tibia fractures (OTA types 41): The results of a prospective, standardized protocol.
J Orthop Trauma, 19 (2005), pp. 448-455
Medline

[7] D.P. Barei, S.E. Nork, W.J. Mills, M.B. Henley, S.K. Benirschke.

Complications associated with internal fixation of high-energy bicondylar tibial plateau fractures utilizing a two-incision technique.
J Orthop Trauma, 18 (2004), pp. 649-657
Medline

[8] A.M. Urruela, R. Davidovitch, R. Karia, S. Khurana, K.A. Egol.
Results following operative treatment of tibial plateau fractures.
J Knee Surg, 26 (2013), pp. 161-165
http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1324807 | Medline

[9] M.J. Gardner, A.H. Schmidt.
Tibial plateau fractures.
J Knee Surg, 27 (2014), pp. 3
http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363854 | Medline

[10] B.J. Morris, R.Z. Unger, K.R. Archer, S.L. Mathis, A.M. Perdue, W.T. Obremskey.
Risk factors of infection after ORIF of bicondylar tibial plateau fractures.
J Orthop Trauma, 27 (2013), pp. e196-e200
http://dx.doi.org/10.1097/BOT.0b013e318284704e | Medline

[11] J. Mahan, D. Seligson, S.L. Henry, P. Hynes, J. Dobbins.
Factors in pin tract infections.
Orthopedics, 14 (1991), pp. 305-308
Medline

[12] J. Schatzker, R. McBroom, D. Bruce.
The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968--1975.
Clin Orthop Relat Res, V (1979), pp. 94-104

[13] C.F. Luo, H. Sun, B. Zhang, B.F. Zeng.
Three-column fixation for complex tibial plateau fractures.
J Orthop Trauma, 24 (2010), pp. 683-692
http://dx.doi.org/10.1097/BOT.0b013e3181d436f3 | Medline

Copyright © 2016. Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología

Suscríbase a la *newsletter*

Introduzca su email

Contenido especial sobre COVID-19

Declaración de conflictos de intereses en investigaciones publicadas en 2 revistas

científicas chilenas, entre los años 2002 y 2015

Luxación posterior de cadera en deportes de invierno: reporte de 2 casos y revisión de la literatura

Ver más

Herramientas

Imprimir

Enviar a un amigo

Exportar referencia

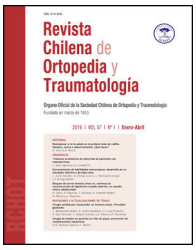
Mendeley

Estadísticas

Rev Chil Ortop Traumatol. 2016;57(3):70–75

Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología

www.elsevier.es/rchot



ARTÍCULO ORIGINAL

Complicaciones en fracturas de platillos tibiales de alta energía

Xabier Carredano G[a], Juanjosé Valderrama R.[a,*], Felipe Marín S.[b], Ignacio Valderrama S.[c] y Gonzalo Espinoza L.[a]

[a] *Equipo de Rodilla, Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Santiago, Chile*
[b] *Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Santiago, Chile*
[c] *Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile*

Recibido el 17 de julio de 2016; aceptado el 27 de octubre de 2016
Disponible en Internet el 23 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE
Fracturas;
Alta energía;
Platillos tibiales;
Complicaciones

Resumen El enfrentamiento y el manejo de las fracturas de platillos tibiales de alta energía representan un desafío para todo cirujano. El compromiso de partes blandas y la conminución articular secundaria a la energía involucrada determinan una mayor tasa de complicaciones y morbilidad.

Objetivos: Evaluar la tasa de complicaciones en fracturas de platillos tibiales de alta energía.

Materiales y método: Estudio clínico imagenológico retrospectivo de fracturas de platillo tibial Schatzker V y VI con mecanismo de alta energía, tratadas con fijador externo y osteosíntesis diferida, entre 2007-2013. Análisis estadístico usando STATA 12.0.

Resultados: Cincuenta y dos fracturas se presentaron durante el periodo de estudio, 39 de ellas fueron seleccionadas considerando los criterios de inclusión. Promedio edad 42,4 años, seguimiento 41,8 meses. Complicaciones: neuropraxia 5%, infección Schatzker V (20%) 16,2%, VI (80%) 12,1% (p = 0,759). Sin asociación entre infección y edad (p = 0,6056), mecanismo involucrado (p = 0,131), tiempo de prefijador externo (p = 0,0556), ni tiempo en el uso de fijador externo (p = 0,53).

Discusión: Las fracturas de platillos tibiales secundarias a traumatismos de alta energía se asocian a un importante compromiso de partes blandas. La reducción y osteosíntesis inmediata determina altas tasas de complicaciones; utilizar fijador externo transitorio las disminuiría. El abordaje anterior en línea media ha mostrado elevadas complicaciones, mientras que el uso de doble abordaje regularía esta situación.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juanjovalderrama@gmail.com (J. Valderrama R.).

http://dx.doi.org/10.1016/j.rchot.2016.10.003
0716-4548/© 2016 Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusión: Al afrontar el tratamiento de las fracturas de platillos tibiales de alta energía debemos considerar el uso de fijador externo transitorio para un adecuado control de la fractura y de las partes blandas para la cirugía definitiva.
© 2016 Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Fractures;
High-energy;
Tibial plateau;
Complications

Complications in high energy tibial plateau fractures

Abstract The approach and management of high energy tibial plateau fractures is a challenge for every surgeon. Soft tissue injuries and joint comminution due to the energy involved are associated with a higher rate of complications and morbidity.
Objectives: To evaluate the rate of complications in high energy tibial plateau fractures.
Materials and method: A retrospective imaging-clinical study of Schatzker type V and IV high-energy tibial plateau fractures, treated with an external fixation and delayed osteosynthesis, was conducted between 2007 and 2013. Statistical analysis was performed using STATA 12.0.
Results: A total of 52 fractures were treated during the study period, of which 39 met the criteria for selection. The mean age of the patients was 42.4 years, with a follow-up time of 41.8 months.

The complications include, neuropraxia, 5%, Schatzker V infection (20%), 16.2%, and Vl (80%), 12.1% ($P = .759$). There was no relationship between infection and age ($P = .6056$), mechanism involved ($P = .131$), time between accidents and the installation of an external fixator ($P = .0556$), or the time used for external fixation ($P = .53$).
Discussion: High-energy tibial plateau fractures are associated with significant soft tissue injuries. Immediate reduction and osteosynthesis are determining factors for high rates of complications, while using transient external fixation should decrease them. A midline anterior approach has shown increased complications, while a double approach could improve this situation.
Conclusion: The approach to high energy tibial plateau fractures must consider the use of a temporary external fixation for an adequate control of the fracture and the soft tissue for a definitive surgical treatment.
© 2016 Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Dentro de las fracturas asociadas a la rodilla las fracturas de platillos tibiales representan un grupo heterogéneo de lesiones, cuyo enfrentamiento terapéutico y manejo constituye un constante enfrentamiento.

En la mayoría de los casos el tratamiento definitivo de estas lesiones es quirúrgico, debido al compromiso articular y/o periarticular asociado, la magnitud del desplazamiento de los fragmentos óseos, el compromiso de las partes blandas y la inestabilidad secundaria[1].

La incidencia reportada en la literatura de las fracturas de meseta es cercana al 1% del total de fracturas[2].

Por su parte, las fracturas de platillos tibiales secundarias a traumatismos de alta energía constituyen un subgrupo particularmente relevante. Este tipo de lesiones se encuentran asociadas a un importante compromiso articular determinado tanto por la conminución y la depresión de la superficie, como por la presencia de una inestabilidad muchas veces multidireccional, a lo cual se le agrega un significativo compromiso de partes blandas determinado por un importante edema, resultado de la activación de la cascada inflamatoria asociada al compromiso del drenaje venoso local e hipoxia cutánea, lo cual determina un aumento del daño de estas. La suma de estos factores determina un elevado riesgo de complicaciones y de morbilidades[1,3–5].

Ha sido ampliamente descrito que la resolución quirúrgica precoz mediante reducción abierta determina una mayor tasa de complicaciones, llegando incluso hasta un 88%[1,4–10].

El adecuado manejo de las partes blandas periarticulares tras una fractura de platillos tibiales de alta energía es fundamental en la obtención de un buen resultado[1].

El uso de fijador externo transarticular en forma temporal mantiene la longitud y el eje de la extremidad comprometida, estabiliza la articulación y, en consecuencia, favorece la disminución del edema de partes blandas, lo cual es posible de seguir clínicamente[1,6–9]. De acuerdo con diversos reportes no existe una asociación entre su uso previo a la cirugía definitiva y un aumento en la tasa de infecciones[1,6,11].

Los objetivos de este trabajo fueron:

1. Evaluar las complicaciones en pacientes con fracturas de platillos tibiales de alta energía tratados con fijador externo inicial y reducción abierta y osteosíntesis con doble placa diferida (doble abordaje).
2. Describir el mecanismo de lesión, la clasificación y los tiempos en pacientes con fractura de platillos tibiales de alta energía.
3. Determinar el rango articular residual al final del seguimiento.

Material y método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una serie quirúrgica de pacientes con fracturas de platillos tibiales secundarias a mecanismos de alta energía, en un hospital sujeto a compensación laboral.

La identificación e inclusión de los pacientes se realizó a partir de la base de datos del servicio de pabellón del hospital. Se revisaron todas las fichas clínicas de los pacientes operados entre mayo de 2007 y julio de 2013 con el diagnóstico de fractura de platillos tibiales. La fecha de inicio de la búsqueda correspondió al inicio del registro clínico electrónico en nuestra institución. La fecha final fue determinada de forma arbitraria para tener al menos 2 años de seguimiento postoperatorio.

Se aplicaron los siguientes criterios de selección en el momento de la revisión de las fichas clínicas en Medisyn® (registro clínico electrónico de la institución).

• Criterios de inclusión:

- Fractura de platillos tibiales Schatzker V o VI.
- Estudio imagenológico preoperatorio con radiografías anteroposterior y lateral de rodilla y tomografía computarizada (TC).
- Osteosíntesis definitiva diferida con placas y tornillos.
- Tratamiento inicial y definitivo en el mismo centro hospitalario, por el mismo equipo de rodilla.

• Criterios de exclusión:

- Mecanismo de baja energía.
- Sin compensación laboral.
- Manejo inicial sin fijadores externos.
- Ausencia de estudio radiológico postoperatorio.
- Aún en tratamiento inicial en el momento de la revisión de la ficha clínica.
- Seguimiento clínico menor a 2 años.
- Pérdida de seguimiento clínico tras cirugías y/o previo al alta laboral.

Los atributos medidos fueron: sexo, edad, previsión, mecanismo de lesión, exposición, clasificación de acuerdo a Schatzker[12] y Luo[13], variables temporales (tiempo entre el accidente y la estabilización transitoria con fijador externo, entre el fijador externo y la osteosíntesis definitiva, período de descarga, tiempo entre el accidente y el alta laboral y el tiempo de seguimiento) y variables relacionadas con los resultados clínicos (complicaciones secundarias al accidente y al tratamiento, rango de movilidad articular al final del seguimiento). Las infecciones profundas fueron definidas como aquellas que requirieron de al menos un aseo quirúrgico y/o aislamiento de un agente patógeno en los cultivos.

Tabla 1 Distribución. Clasificación Luo

Lateral	Medial	Posterior	Porcentaje
x	x		2,6
x		x	15,8
	x	x	2,6
x	x	x	79

Las clasificaciones de Schatzker y de Luo fueron realizadas por el mismo revisor (JV) usando Rx y TC preoperatorias.

Para el análisis estadístico se utilizó STATA® 12.0, realizando un análisis descriptivo, prueba de Chi cuadrado, prueba de «t» de Student y prueba de Wilcoxon-Mann Whitney.

El estudio fue aprobado por el comité científico hospitalario.

Resultados

Se identificaron 52 pacientes con diagnóstico de fractura de platillos tibiales Schatzker V y VI en el periodo descrito. De ellos solo 39 cumplieron los criterios de selección, descartando 13 casos por las siguiente razones:

- Un caso no correspondió a un accidente de trabajo/trayecto (no sujeto a compensación laboral).
- Cuatro casos no fueron manejados inicialmente con fijador externo.
- Seis casos no presentaron un mecanismo de alta energía.
- Dos pacientes continuaban en tratamiento en el momento de la revisión de fichas.

En todos los casos el fijador externo fue biplanar, transarticular, con 2 pins laterales en el fémur y 2 pins anteriores en la tibia.

El tiempo de seguimiento promedio fue de 41,8 meses (24 a 70 meses; DE: 12,9).

La edad promedio de la serie fue 42,4 años (22-63; DE: 9,9). El 12,8% de los casos correspondió a fracturas expuestas (5 pacientes).

Respecto a la clasificación de Schatzker el 15,6% (6 pacientes) fueron tipo V y el 84,6% restante tipo VI (33 pacientes). Respecto a la de Luo, el 21% de los casos presentó compromiso de 2 columnas y el 79% restante de 3 columnas (tabla 1).

Los mecanismos de alta energía involucrados se detallan en la figura 1.

La presentación de las variables temporales fue la siguiente:

- Tiempo entre accidente y fijación externa: 1,0 día en promedio (0-5 días; DE: 1,4).
- Tiempo de uso de fijador externo: 12,4 días en promedio (4-46 días; DE: 8,8).
- Tiempo de descarga total tras la cirugía definitiva: 3,1 meses en promedio (1,5-6 meses; DE: 0,88).
- Tiempo entre el accidente y el alta laboral: 11,3 meses en promedio (3-29 meses; DE: 6,5).

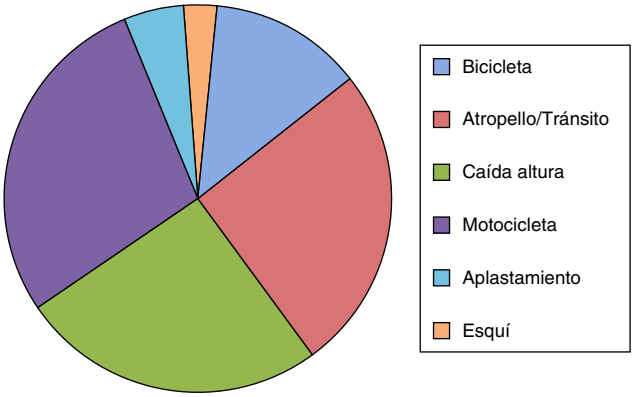


Figura 1 Mecanismo lesional.

Tabla 2 Complicaciones postratamiento

Complicaciones	Tasas
Infección profunda	12,8% (5 pacientes)
Artrosis postraumática (artroplastia)	2,6% (un paciente)
Artrodesis	2,6% (un paciente)
Osteomielitis	7,7% (3 pacientes)
Evento tromboembólico	2,6% (un paciente)
Deseje	15,4% (6 pacientes)
Seudoartrosis	7,7% (3 pacientes)

El 5% de los casos (2 pacientes) presentó complicaciones relacionadas con el accidente: neuropraxia del nervio ciático poplíteo externo; ambos resueltos espontáneamente sin secuelas. No hubo complicaciones vasculares asociadas en esta serie.

Las complicaciones secundarias al tratamiento afectaron al 33,3% de la serie (13 pacientes) (tabla 2).

El 12,1% de las Schatzker VI tuvo infecciones profundas (4 pacientes) vs un 16,7% en las tipo v (un paciente) (p = 0,759). Respecto a la clasificación de Luo e infecciones profundas tampoco hubo diferencias significativas (p = 0,951).

De los 5 pacientes con fracturas expuestas, un caso evolucionó con osteomielitis crónica, los otros 4 no presentaron infecciones.

Ni la edad de los pacientes (p = 0,6056), ni el mecanismo involucrado (p = 0,131), ni el tiempo entre lesión y fijación externa (p = 0,0556), ni el tiempo entre fijador externo y la osteosíntesis definitiva (p = 0,7108) y tampoco respecto a las lesiones asociadas (p = 0,53) lograron predecir la infección profunda.

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre infección profunda y tiempo de descarga (p = 0,0166).

En relación con los 6 desejes residuales, 4 pacientes evolucionaron con valgo y 2 con varo. Dos casos requirieron una osteotomía correctora de ejes (un valgo y un varo). Todos estos casos correspondieron a fracturas Schatzker VI, con compromiso de los 3 pilares de la clasificación de Luo.

Se reportaron 2 casos con inestabilidad lateral tras el tratamiento, y uno requirió de una osteotomía para tensar la cápsula posterolateral; ambos quedaron con un bostezo en 30° de varo tolerable clínicamente.

Respecto al rango de movilidad en el momento del seguimiento, hubo un caso de artrodesis, obteniendo una mediana de 120° (0-140°; DE: 24,2); sin incluir a este paciente la mediana se mantuvo y variaron los rangos y la desviación estándar: 80-140 y 14,8, respectivamente.

Una vez objetivada la consolidación de la fractura el 35,9% de los pacientes fue sometido a una nueva cirugía para la retirada de la osteosíntesis sintomática.

Discusión

Las fracturas de platillos tibiales, producto de traumatismos de alta energía, se asocian a un importante compromiso de partes blandas periarticulares[7].

El reconocimiento y la adecuada interpretación de las lesiones de partes blandas en el contexto de este tipo de fracturas es un factor determinante en la obtención de buenos resultados quirúrgicos[6].

Los 39 pacientes estudiados correspondieron a casos bastante homogéneos determinados por los criterios de selección (mecanismo de alta energía, uso de fijador externo biplanar inicial, reducción y osteosíntesis diferida), todos ellos en un grupo etario similar (segmento laboral), todos compensados económicamente y cautivos en un sistema de salud cerrado, lo cual permitió un seguimiento sobre 2 años.

Es importante destacar que la mayoría de los casos correspondieron a fracturas de alta complejidad tipo Schatzker VI y Luo con 3 pilares (fig. 2), reportándose solo un 5% de complicaciones secundarias al accidente.

Por su parte, dentro de las complicaciones postoperatorias, las infecciones profundas y los desejes fueron las más frecuentes.

Respecto a la tasa de infecciones profundas esta correspondió al 12,8%, no encontrando asociación con las clasificaciones de Schatzker ni de Luo; tampoco con los tiempos en las distintas etapas. Destacamos además el hecho de que solo una de las fracturas expuestas evolucionó con osteomielitis crónica.

Los pacientes tuvieron que esperar casi 2 semanas en promedio con fijador externo, momento en el cual los pacientes estuvieron en condiciones clínicas para ser operados (Tcherne 0-I) (fig. 3).

No fue posible encontrar un modelo predictivo para esta complicación con los distintos atributos medidos. En relación con el tiempo de descarga, posiblemente la presencia de infección profunda determinó una mayor aprensión por parte de los cirujanos para autorizar la carga.

Por su parte, los desejes se presentaron solo en pacientes con fracturas tipo Schatzker VI y Luo 3 pilares, lesiones con disociación metafisio-diafisiarias. La tasa correspondió al 15,4%, en donde solo 2 casos requirieron de osteotomía correctora de eje dada su sintomatología.

La mediana del rango articular en el momento del seguimiento fue de 120°, lo que indica que muchos pacientes lograron rangos funcionales adecuados para realizar sus actividades. Solo un caso requirió de una artrodesis articular, paciente que tuvo una fractura de platillos tibiales expuesta tipo Schatzker VI y Luo 3 pilares, que además evolucionó con una seudoartrosis, infección profunda y osteomielitis.

En el transcurso de las últimas décadas las estrategias de tratamiento en fracturas de platillos tibiales de alta energía se han modificado. Es posible encontrar diversos métodos de tratamiento descritos en la literatura, entre los que se

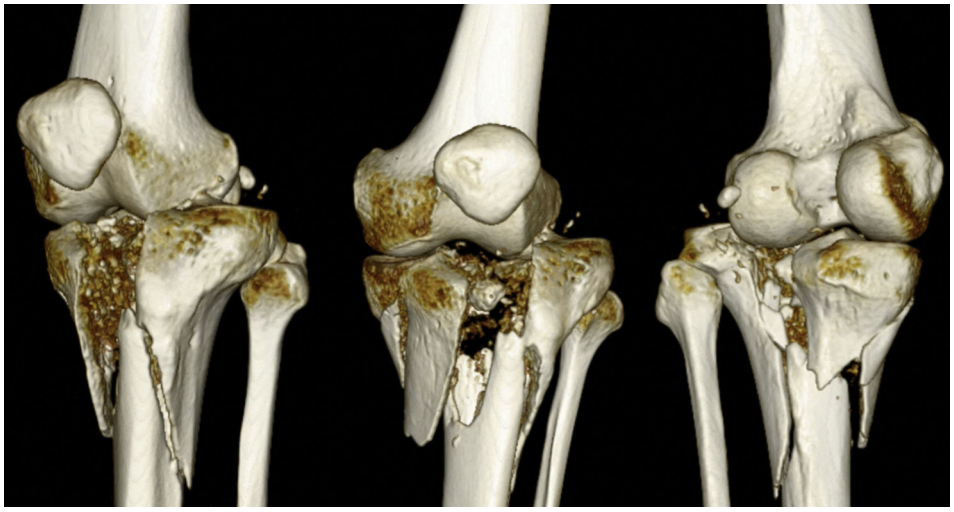


Figura 2 Reconstrucción tridimensional de TC de rodilla que muestra el compromiso de las 3 columnas del platillo tibial.

Figura 3 Evolución de partes blandas con fijador externo tras accidente en motocicleta.

incluye reducción y osteosíntesis abierta con placas y tornillos, fijación percutánea a través de abordajes limitados o reducción indirecta y estabilización con fijadores externos circulares (Illizarov).

La reducción y osteosíntesis abierta por medio de abordajes amplios permite la visualización directa y la reducción anatómica de las fracturas, sutura meniscal y reinserción ligamentaria si esta fuese necesaria. Estos principios no se consiguen por medio de osteosíntesis percutáneas ni con fijadores externos circulares, especialmente en casos de fracturas con importante conminución[7]. La reducción abierta y estabilización interna en la etapa aguda de la evolución de las fracturas de platillos tibiales de alta energía implica un elevado riesgo de complicaciones de las partes blandas.

De forma independiente, Young, Moore y Mallik reportaron el 88%, 73% y 80% de infecciones profundas, respectivamente, asociando estas altas tasas de complicaciones al uso de doble placa en el momento de la reducción abierta; no obstante, no hicieron referencia respecto al manejo realizado de las partes blandas (tipo de abordaje) y etapificación del tratamiento (tiempo entre el accidente y la cirugía definitiva). Es posible que las tasas de complicaciones reportadas correspondan tanto a la inadecuada evaluación de estas estructuras como a una cirugía precoz[6].

Por su parte, el manejo de estas fracturas a través de un abordaje anterior en línea media único ha presentado tasas inaceptables de complicaciones de herida operatoria y partes blandas (13% a 88%), en particular cuando se ha asociado al uso de doble placa[7].

Con relación al doble abordaje (lateral y posteromedial), existen porcentajes de infecciones profundas reportadas en lesiones de alta energía, los cuales van desde un 8,4% a un 14,2%[10]. Stamer et al. reportan un 13% de infecciones profundas utilizando un fijador externo híbrido, asociado o no a osteosíntesis mínima en el manejo de 23 fracturas tipo Schatzker VI.

En este contexto, el uso de un fijador externo transarticular durante el período agudo constituye una adecuada solución transitoria estabilizando la articulación y restaurando el eje de la extremidad, mientras mejoran las condiciones de las partes blandas para la cirugía definitiva[6]. Además, respecto a la asociación entre infecciones profundas y uso de fijador externo producto de la sobreposición de los pines, Egol et al.[6] indican que no existe correlación.

Respecto a los desejes residuales cabe mencionar que la estabilización lateral aislada en fracturas bicondíleas de platillos tibiales con placas convencionales es insuficiente para conservar el alineamiento axial, asociándose a una mayor tasa de deformidades en varo[7]. Una situación similar puede presentarse utilizando placas bloqueadas de ángulo fijo desde lateral. En general, esta complicación es el resultado de una inadecuada evaluación y comprensión del compromiso de la columna posteromedial, lo cual disminuye con el uso de doble placa, lateral y posteromedial eventualmente[7].

En función de la evidencia planteada y de la experiencia local, proponemos el siguiente protocolo de manejo para las fracturas de platillos tibiales de alta energía:

1. Considerar el mecanismo de lesión, discriminando entre alta y baja energía involucrada, ítem más importante para orientar el tratamiento a realizar.
2. Tras aplicar los algoritmos de soporte vital es importante realizar una acuciosa evaluación de la extremidad afectada que permita determinar exposición ósea, los signos de isquemia, las lesiones neurológicas, la incongruencia articular y el estado inicial de las partes blandas.
3. El estudio imagenológico inicial debe incluir radiografías en 2 proyecciones: anteroposterior y lateral. En aquellos casos con alta sospecha clínica de compromiso vascular recomendamos realizar una angio TC precoz.
4. Confirmado el diagnóstico se debe reducir, alinear y estabilizar la extremidad con un fijador externo transarticular (biplanar, transarticular, con 2 pins laterales en el fémur y 2 pins anteriores en la tibia).
5. Debe completarse el estudio con nuevas radiografías y TC para planificar la cirugía definitiva, que debe realizarse una vez que las partes blandas lo permitan (idealmente Tcherne 0 o I).
6. La reducción y osteosíntesis habitualmente requiere de 2 abordajes, muchas veces lateral y posteromedial para lograr resultados satisfactorios con menos complicaciones.

Frente a fracturas expuestas es recomendable realizar aseos quirúrgicos seriados para disminuir el riesgo de osteomielitis.

Conclusión

Enfrentarnos a fracturas de platillos tibiales de alta energía requiere de una correcta evaluación y manejo de las lesiones de partes blandas, especialmente determinado por el mecanismo involucrado.

La estabilización transitoria inicial con fijador externo, seguido de una reducción abierta y osteosíntesis con doble placa diferida a través de doble abordaje, permite mantener tasas de complicaciones aceptables respecto a la evidencia descrita en la literatura.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

La realización de este estudio no cuenta con conflicto de intereses por ningún autor.

Agradecimientos

Agradecimientos a Mutual de Seguridad C.Ch.C.

Bibliografía

1. Borrelli J Jr. Management of soft tissue injuries associated with tibial plateau fractures. J Knee Surg. 2014;27:5–9.
2. van Dreumel RL, van Wunnik BP, Janssen L, Simons PC, Janzing HM. Mid- to long-term functional outcome after open reduction and internal fixation of tibial plateau fractures. Injury. 2015;46:1608–12.
3. Papagelopoulos PJ, Partsinevelos AA, Themistocleous GS, Mavrogenis AF, Korres DS, Soucacos PN. Complications after tibia plateau fracture surgery. Injury. 2006;37:475–84.
4. Ruffolo MR, Gettys FK, Montijo HE, Seymour RB, Karunakar MA. Complications of high-energy bicondylar tibial plateau fractures treated with dual plating through 2 incisions. J Orthop Trauma. 2015;29:85–90.
5. Shah SN, Karunakar MA. Early wound complications after operative treatment of high energy tibial plateau fractures through two incisions. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2007;65:115–9.
6. Egol KA, Tejwani NC, Capla EL, Wolinsky PL, Koval KJ. Staged management of high-energy proximal tibia fractures (OTA types 41): The results of a prospective, standardized protocol. J Orthop Trauma. 2005;19:448–55.
7. Barei DP, Nork SE, Mills WJ, Henley MB, Benirschke SK. Complications associated with internal fixation of high-energy bicondylar tibial plateau fractures utilizing a two-incision technique. J Orthop Trauma. 2004;18:649–57.
8. Urruela AM, Davidovitch R, Karia R, Khurana S, Egol KA. Results following operative treatment of tibial plateau fractures. J Knee Surg. 2013;26:161–5.
9. Gardner MJ, Schmidt AH. Tibial plateau fractures. J Knee Surg. 2014;27:3.
10. Morris BJ, Unger RZ, Archer KR, Mathis SL, Perdue AM, Obremskey WT. Risk factors of infection after ORIF of bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2013;27:e196–200.
11. Mahan J, Seligson D, Henry SL, Hynes P, Dobbins J. Factors in pin tract infections. Orthopedics. 1991;14:305–8.
12. Schatzker J, McBroom R, Bruce D. The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968–1975. Clin Orthop Relat Res. 1979;V:94–104.
13. Luo CF, Sun H, Zhang B, Zeng BF. Three-column fixation for complex tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2010;24:683–92.

Apartados

Resumen

Palabras clave

Abstract

Keywords

Introducción

CASO CLÍNICO

DOI: 10.1016/j.rccot.2019.03.004

Acceso a texto completo

Este artículo ha recibido

17213 Visitas

Fractura de cabeza de fíbula: reporte de un caso

isolated fibular head fracture. Case report

Ana Cristina Rodríguez Pineda[a], Francisco Alexander Cevallos Castro[b], Marco Xavier Montero Uchuari[c,d]

[a] Posgradista de segundo año, Ortopedia y Traumatología, Universidad Central del Ecuador (UCE), Quito, Ecuador

[b] Posgradista de cuarto año, Ortopedia y Traumatología, Universidad San Francisco de Quito (USFQ), Quito, Ecuador

[c] Medico traumatólogo, Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, Loja, Ecuador

[d] Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología (SEOT), Núcleo de Loja, Loja, Ecuador

Información del artículo

Resumen Texto completo Bibliografía Descargar PDF

Estadísticas

RESUMEN

Las fracturas-avulsión de cabeza de fíbula son raras, generalmente son acompañadas por fracturas de tibia proximal, son muy pocos los casos reportados dentro de la bibliografía. Este tipo de fracturas son ocasionadas en su mayoría por traumas de alta energía, y en las que se puede acompañar de lesiones del ligamento colateral lateral (LCL) concomitantes. El caso que presentamos se trata de paciente femenina de 65 años de edad sin antecedentes patológicos, que sufre caída desde su propia altura provocando trauma directo en zona lateral de la rodilla derecha en flexión. El control radiológico confirmó fractura-avulsión de la cabeza de fíbula. Se encontró además lesión del LCL. La paciente fue tratada quirúrgicamente, se realizó reducción abierta más osteosíntesis con tornillo.

Nivel de Evidencia: IV

Suscríbase a la *newsletter*

Introduzca su email

Palabras clave:

Fíbula Fracturas Lesión ligamentaria

ABSTRACT

Isolated fibular head avulsion fractures are unusual. They usually occur along with proximal tibial fractures. These types of fractures are a result of a high-energy trauma, and related to lateral collateral ligament (LCL) injuries. The case is presented of a 65 year-old woman with no clinical history of interest, who fell from her own height, causing direct trauma on lateral zone of a flexed right knee. The radiological studies showed a fibular head avulsion fracture. LCL injury was also found. The patient was treated with an open reduction and internal fixation surgery.

Evidence Level: IV

Keywords:

Fibula Fractures Ligament Injuries

TEXTO COMPLETO

Introducción

Las fracturas de fíbula que comúnmente se acompañan por fractura de tibia proximal, son frecuentes por traumas de alta energía, especialmente en pacientes que practican deportes como futbol, paracaidismo, esquí y también en ballet, sin embargo una fractura aislada de cabeza de fíbula que es poco usual puede presentarse por traumas directos o cuando la rodilla se encuentra en varo forzado. El tratamiento dependiendo de la estabilidad de la rodilla puede ser conservador o quirúrgico[1–4].

Presentación del caso

Contenido especial sobre COVID-19

Contingencia post-COVID

Manejo de pacientes de Ortopedia y Traumatología en el contexto de la contingencia por covid-19: revisión de conceptos actuales revisión de la literatura

En los tiempos del Cólera, el Coronavirus (Covid-19) y otros demonios

Estudio comparativo entre clavo endomedular y tratamiento conservador en fracturas de húmero proximal de 2 y 3 fragmentos

Ver más

Herramientas

Imprimir

Enviar a un amigo

Exportar referencia

CrossMark

Mendeley

Estadísticas

Artículos recomendados

Luxo-fractura humeral conminuta con preservacion de la...

Se trata de una paciente de sexo femenino de 65 años, obesa, que sufre una caída desde su propia altura, produciendo trauma directo a nivel lateral de la rodilla derecha en flexión. Es llevada al servicio de emergencia por presentar dolor de la rodilla derecha que se incrementa al ponerse de pie y al realizar movimientos activos de rodilla. Al examen físico; IMC 30, álgica, se evidencia equimosis en zona lateral de la rodilla derecha, se realiza pruebas de estabilidad encontrándose bostezo lateral positivo. Neurovascular (sensibilidad), tono fuerza muscular de la cara externa y dorsiflexión del pie conservado. El estudio de imagen reveló fractura-avulsión de la cabeza de fíbula derecha. Debido a la lesión del ligamento colateral se decidió tratamiento quirúrgico, reducción abierta más osteosíntesis con tornillo y refuerzo de ligamento colateral lateral (LCL) con sutura transósea. Consiguiendo estabilidad adecuada de la rodilla (figs. 1 y 2).

Figura 1.

A) Radiografía anteroposterior de la rodilla derecha. B) Radiografía lateral de la rodilla derecha. Inicial.

(0,1MB).

Figura 2.

Radiografías de control posquirúrgico: A) Radiografía anteroposterior de la rodilla derecha. B) Radiografía lateral de la rodilla derecha.

Rev Col Or Tra. 2021;35:210-4

Placa superior vs. placa antero-inferior en fracturas del...
Rev Col Or Tra. 2021;35:3-11

Desenlaces clínicos y radiológicos de las fracturas de...
Rev Col Or Tra. 2021;35:62-6

Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología se adhiere a los principios y procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org.

(0,08MB).

Discusión

Se han reportado pocos casos de este tipo de fracturas, en su mayoría sin compromiso de ligamento colateral y, por tanto, sin signos de inestabilidad de rodilla, y que se decidió tratamiento conservador. El mecanismo de trauma es diferente a otros casos reportados en la literatura, en los que menciona que el más frecuente es el trauma directo y en posición de varo forzado, lo que no sucedió con la paciente y que posiblemente la condición de obesidad también tuvo repercusión en el mecanismo de trauma. Dentro de los exámenes complementarios, un estudio sobre la utilización de tomografía como examen de elección para observar la anatomía de peroné revela que se muestra con mayor detalle la forma triangular que es más prominente cerca de la cabeza del peroné y, por tanto, hubiera mostrado con mayor detalle la lesión[5–7].

Estudios revelan que en Rx incluso pueden pasar desapercibidas como también en casos de luxaciones tibiofibulares proximal. La Rx que se realizó más el examen físico fue suficiente para un diagnóstico y tratamiento específico adecuado[8].

Los casos reportados han sido resueltos conservadoramente con inmovilización por 6 semanas con buenos resultados, en nuestro caso por la lesión ligamentaria que acompaña la fractura-avulsión de cabeza de peroné se decide tratamiento con osteosíntesis más sutura transósea para reforzar el LCL y restablecer la estabilidad de la rodilla[9,10].

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

[1] A. Chytas, A. Spyridakis, J. Gigis, T. Beslikas, N. Panos, J. Christoforidis.
A rare case of traumatic bilateral fibular head fractures.
Case Rep Med, 2010 (2010),
http://dx.doi.org/10.1155/2010/920568

[2] T. Ioannidis, A. Karamitros, N. Gadaifis, D. Korres.
A unique case of a four-level fracture of the fibula.
Eur J Orthop Surg Traumatol, 14 (2004), pp. 47-49

[3] G.S. Huang, J.S. Yu, M. Munshi, W.P. Chan, C.H. Lee, C.Y. Chen, *et al.*
Avulsion fracture of the head of the fibula (the "arcuate" sign): MR imaging findings predictive of injuries to the posterolateral ligaments and posterior cruciate ligament.
AJR Am J Roentgenol, 180 (2003), pp. 381-387
http://dx.doi.org/10.2214/ajr.180.2.1800381 | Medline

[4] M.L. Rawes, RobertsJ, J.J. Dias.
Bilateral fibula head fractures complicating an epileptic seizure.
Injury, 26 (1995), pp. 562
http://dx.doi.org/10.1016/0020-1383(95)00086-o | Medline

[5] M.A. Stevens, G.Y. El-Khoury, M.H. Kathol, E.A. Brandser, S. Chow.
Imaging features of avulsion injuries.
Radiographics, 19 (1999), pp. 655-672
http://dx.doi.org/10.1148/radiographics.19.3.g99ma05655 | Medline

[6] R. Ahmad, R. Case.
Dislocation of the fibular head in an unusual sport injury: A case report.
J Med Case Rep, 2 (2008), pp. 158
http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-2-158 | Medline

[7] Y. Ide, S. Matsunaga, J. Harris, Ó.D. Connell, H. Seikaly, J. Wolfaardt.
Anatomical examitation of the fibula: Digital imaging study for osseointegrated implant installation.
J Otolaryngol Head Neck Surg, 44 (2015), pp. 1
http://dx.doi.org/10.1186/s40463-015-0055-9 | Medline

[8] M. Hohl, R. Larsen, D. Jones.
Fractures and dislocations oh the knee.
Fractures in Adults, 3er edition, pp. 1478-1479

[9] A. Phadnis, P. Johnston, M. Glasgow.
Avultion of the fibular head post-total knee replacement.
KneeSurg Sports Traumatol Arthrosc, 15 (2007), pp. 1340-1342

[10] J. Horan, G. Quib.
Proximal tibiofibular dislocation.
Emerg Med J, 23 (2006), pp. e33

Copyright © 2019. Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

CONCEPTO TÉCNICO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

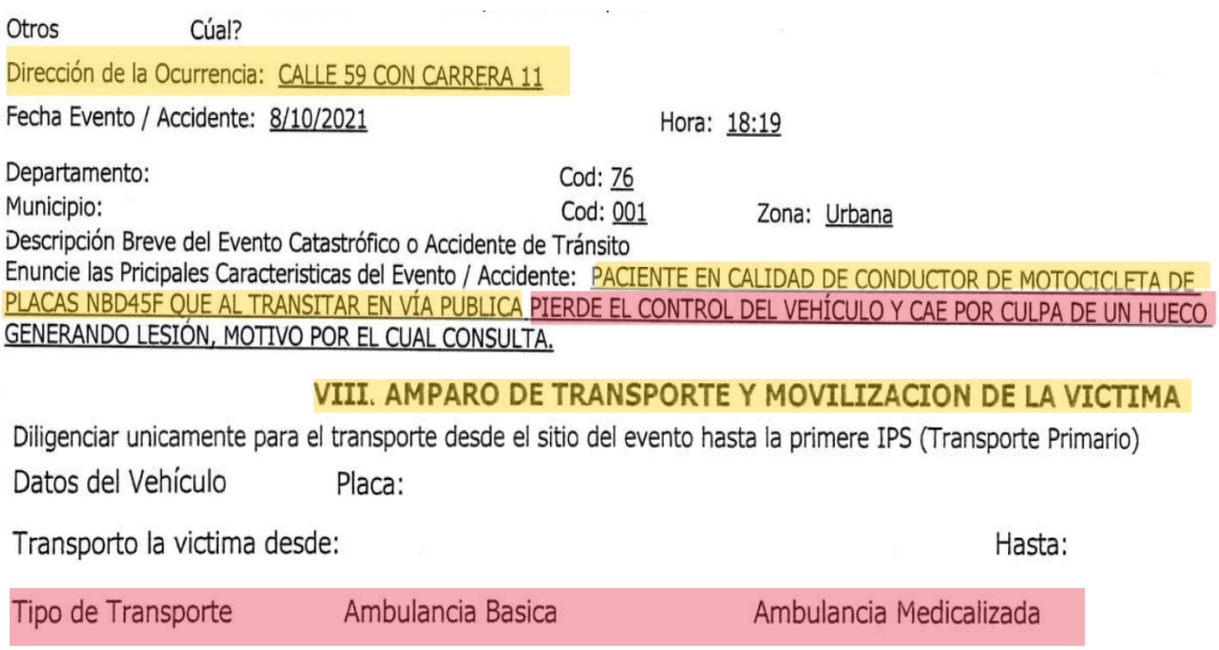
A solicitud del abogado Mario Alfonso Castañeda Muñoz, del 12 de septiembre del 2023, se requiere dar un concepto técnico en cuanto a la ocurrencia de un accidente de tránsito el día 8 de octubre del 2021, en el cual, resultó afectado el motociclista Fernando Gutiérrez Rivillas, con el fin de que sea sustentado ante autoridad judicial, teniéndose los siguientes soportes que me fueron presentados:

- Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del 8 de octubre del 2021, donde se describe accidente ocurrido en la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Cali – Valle.

- Fotografías del sector del accidente y los daños generados en la motocicleta NBD 45F.

- Historia Clínica de Octubre 8 del 2021, donde se relata el ingreso a la Clínica Valle Salud de Cali, del señor Fernando Rivillas Gutiérrez por presentar accidente de tránsito, también se me allega licencia de conducción del señor Fernando Rivillas, Licencia de tránsito de la motocicleta NBD 45F modelo 2021 y SOAT, al ser la motocicleta último modelo no aplica revisión técnico mecánica.

1. <u>Apreciación del accidente</u>: Se trata de un accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021 a las 6:19 Pm, a la altura de la calle 59 con carrera 11 de la ciudad de Santiago de Cali, cuando el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, a bordo de su motocicleta de placa NBD 45F, experimenta una caída como consecuencia de un hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía. *"Esta información se encuentra consignada en el Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito".*



Otros Cúal?

Dirección de la Ocurrencia: CALLE 59 CON CARRERA 11

Fecha Evento / Accidente: 8/10/2021 Hora: 18:19

Departamento: Cod: 76

Municipio: Cod: 001 Zona: Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las Pricipales Caracteristicas del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS NBD45F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PUBLICA PIERDE EL CONTROL DEL VEHÍCULO Y CAE POR CULPA DE UN HUECO GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa:

Transporto la victima desde: Hasta:

Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

1.1 El señor Fernando Rivillas Gutiérrez, allega también fotografías del sector del accidente donde se aprecia la nomenclatura urbana (calle 59 con carrera 11) junto con un hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía.

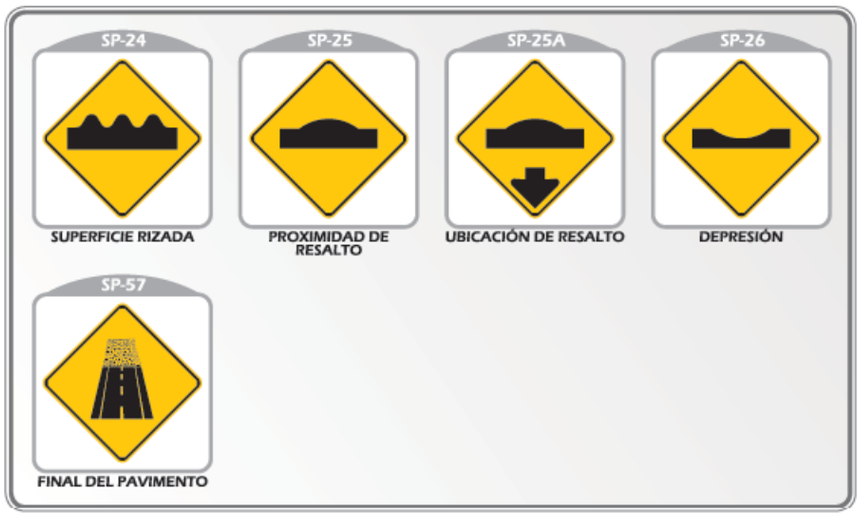
Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

1.2 En el material fotográfico allegado por el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez, se observa un hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía, irregularidades productoras de accidentalidad.

1.3 Cuando se presentan alteraciones viales como las que se ponen en evidencia en las respectivas fotografías y que fueron también descritas y aludidas en el Formato de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del 8 de octubre del 2021, los administradores de la vía deben proceder a rotularlas o señalizarlas conforme al Manual de señalización vial, proferido en el año 2015 y adoptado por el Ministerio de Transporte, disposición normativa que consagra la obligatoriedad en la señalización cuando se presenta una DEPRESIÓN VIAL, haciendo uso de la señal rotulada técnicamente como "**SP-26 DEPRESIÓN**", y que hace parte de las señalización contemplada en el **numeral 2.3.5**. "***Señales Preventivas relacionadas con la Superficie de Rodadura***.", la cual procedo a ilustrar para mayor entendimiento conforme al Manual de señalización, de la siguiente manera:

2.3.5 Señales Preventivas relacionadas con la Superficie de Rodadura.

- SUPERFICIE RIZADA SP-24
- PROXIMIDAD A RESALTO SP-25
- UBICACIÓN DE RESALTO SP-25A
- DEPRESIÓNSP-26
- FINAL DEL PAVIMENTO SP-57



1.4 También quiero enfatizar que la señalización "**SP-26 DEPRESIÓN**", no debe ser considerada como una solución permanente al problema, todo lo contrario, esta señalización debe ubicarse inmediatamente se produce o genera la depresión, mientras que el administrador o propietario de la vía efectúa el "reparcheo" o reparación del tejido vial.

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

SP-26 DEPRESIÓN

Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

1.5 El motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez cuenta con: licencia de conducción, Licencia de tránsito de la motocicleta NBD 45F modelo 2021 y SOAT, al ser la motocicleta último modelo no aplica revisión técnico mecánica, o sea que estaba cumpliendo con la normatividad de tránsito.

2. <u>Conclusión</u>:

1) El siniestro vial presentado por el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, es consecuencia directa de un hundimiento y pronunciado hueco que presentaba la vía, irregularidades que provocan un efecto de descontrol y la posterior caída de un motociclista por más pericia que tenga. **2)** La señalización "**SP-26 DEPRESIÓN**", contemplada en el Manual de señalización vial, proferido en el año 2015 y adoptado por el Ministerio de Transporte numeral 2.3.5. "*Señales Preventivas relacionadas con la Superficie de Rodadura*.", no debe ser considerada como una solución permanente al problema, todo lo contrario, esta señalización debe ubicarse inmediatamente se produce o genera la depresión, mientras que el administrador o propietario de la vía efectúa el "reparcheo" o reparación del tejido vial. Adicionalmente se tiene que con esta señal de "depresión", se debe instalar la señal reglamentaria de velocidad máxima SR-30, para que los conductores disminuyan su velocidad a medida que se van acercando a la depresión. **3)** el motociclista Fernando Rivillas Gutiérrez presenta licencia de conducción; Licencia de tránsito de la motocicleta NBD 45F modelo 2021 y SOAT, al ser la motocicleta último modelo no aplica revisión técnico mecánica, lo que significa que circulaba con toda la documentación en regla o sea acatando la normativa de tránsito.

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

2. METODOLOGÍA EMPLEADA PARA CONCEPTO TÉCNICO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Con el fin de rendir un concepto técnico de accidente de tránsito, se acudió directamente a las fuentes legales que regulan el tránsito y transporte en Colombia, específicamente a la Ley 769 de 2002 "Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones" y de manera especial al Manual de señalización vial, proferido en el año 2015 y adoptado por el Ministerio de Transporte "Dispositivos uniformes para la regulación del tránsito en calles, carreteras y ciclorrutas de Colombia"

3. ANEXOS.

Adjunto hoja de vida, en la cual se consiga la experiencia como agente de tránsito y de seguridad vial de 8 años y 11 meses, además de estudios relacionados en materia de tránsito, transporte, procedimientos judiciales en materia de transito e investigación frente a hechos viales.

-Diplomado en procedimientos judiciales en el SPOA.

-Técnico laboral por competencias en Agente de Tránsito.

-Actualización en régimen de tránsito

-Aprobación en formación de 160 horas de capacitación en tránsito y transporte

-Actualización en normas de tránsito.

-Actualización a autoridades de transito que emplean alcohosensores.

-Técnico laboral en seguridad vial.

-Procedimientos Judiciales en nuestro sistema penal acusatorio

-Seminario de transporte en gestión de la seguridad vial.

-Normativa y actualización a agentes de tránsito.

-Curso de policía judicial en funciones de tránsito.

-Seminario de investigación y procedimientos del agente de transito frente a hechos viales

-Capacitación de ética al servidor público.

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
"Su seguridad en la vía es mi prioridad"

4. ÉTICA E IMPARCIALIDAD DEL INFORME.

Manifiesto que este informe se efectuó de manera objetiva y ética, y que además, no me encuentro inmerso en causal de impedimento o conflicto de interés con las partes involucradas, dando las respuestas solicitadas aplicando la normatividad técnica y vigente al momento de los hechos.

5. SUSTENTACIÓN DEL DICTAMEN Y NOTIFICACIÓN.

Informo a la autoridad judicial que puedo ser requerido para sustentar el presente informe en la carrera 15 # 26B – 23 de la ciudad de Tuluá – Valle, y al Email: alvarocifuentes33@hotmail.com y al celular 3136664766

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña.
Técnico en accidentes de tránsito y seguridad vial
C.C 94.374.641

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación: RG ☐ No. Radicado:
No. Radicado Anterior(Respuesta a glosa, marcar x en RG: No. Factura / Cuenta de Cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Codigo Habilitacion: 760010961401 NIT: 900631361 6

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: RIVILLAS 2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO 2do. Nombre:
Tipo de Documento: CC No. Documento: 1113624151
Fecha Nacimiento: 15/12/1986 Sexo: M
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: Cod: 76 Teléfono: 3175874361-3152001268 3152001268
Municipio: Cod: 001
Condicion del Accidentado: Conductor X Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
Accidente de Tránsito: X

Naturales:	Sismo	Maremoto	Erupciones Volcánicas	Huracan
	Inundaciones	Avalancha	Deslizamiento de Tierra	Incendio Natural
	Rayo	Vendaval	Tornado	
Terroristas:	Explosión	Masacre	Mina Antipersonal	Combate
	Incendio	Ataques a Municipios		

Otros Cúal?
Dirección de la Ocurrencia: CALLE 59 CON CARRERA 11
Fecha Evento / Accidente: 8/10/2021 Hora: 18:19
Departamento: Cod: 76
Municipio: Cod: 001 Zona: Urbana
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito
Enuncie las Pricipales Caracteristicas del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS NBD45F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PUBLICA PIERDE EL CONTROL DEL VEHÍCULO Y CAE POR CULPA DE UN HUECO GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:
Asegurado X No Asegurado Vehículo Fantasma Poliza Falsa Vehículo en Fuga
Marca: HERO Placa: NBD45F
Tipo de Servicio: Particular X Público Oficial Vehiculo de Emergencia
Vehículo de servicio diplomatico o consular Vehículo de Transporte Masivo Vehículo Escolar
Codigo de la Aseguradora: AT1317
No. de la Poliza: 81637580 Cobro Excedente Póliza: NO
Vigencia Desde: 21/09/2021 Hasta: 21/09/2022 Intervención de la autoridad: NO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razon Solcial: RIVILLAS 2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO 2do. Nombre:
Tipo de Documento: CC No. Documento: 1113624151
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: Cod: 76 Telefono: 3175874361-315200126
Municipio: Cod: 001

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: RIVILLAS
2do. Apellido: GUTIERREZ
1er. Nombre: FERNANDO
2do. Nombre:

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
No. Documento: 1113624151
Dirección Residencia: AVENIDA 9 ESTE # 24 - 05
Departamento: VALLE Cod: 76
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) Cod: 001 Telefono: 3175874361-315200126

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia Remision: Orden deservicio:
Fecha de Remision: Hora:
Prestador que remite
Codigo de Inscripción:
Profesional que remite Cargo:
Fecha de Aceptacion: Hora:
Prestador que Recibe:
Codigo de Inscripcion:
Profesional que Recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa:

Transporto la victima desde: Hasta:

Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada

Lugar donde recoge la victima: Zona: Urbana

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso: 8/10/2021 Hora: 19:18 Fecha de Egreso: Hora:

Codigo Diagnostico principal de Ingresos:	S799	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO
Otro Diagnóstico de Ingresos:	S837	TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA
Otro Diagnóstico de Ingresos:	S899	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO
Codigo Diagnóstico principal de Egreso:		
Otro Diagnóstico de Egreso:		
Otro Diagnóstico de Egreso:		

Profesional Tratante

1er Apellido: ESTRADA
2do Apellido: ERAZO
1er Nombre: HERNAN
2do Nombre: JAVIER
Tipo de Documento: CC
No. Documento: 1087673782
No. Registro Médico: 1087673782

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor Total Facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Médico Quirurgicos	$ 14,125,037.00	$ 0.00
Gastos de Transporte y Movilización de la Víctima	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondo de Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

PAOLA ALVARADO

Nombre

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
Libertad y Orden
No. 1113624151
NOMBRE
FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO
15-12-1986
BANGRE-RH
B+
FECHA DE EXPEDICION
21-02-2014
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES,
ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL CANDELARIA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	21-02-2024	PARTICULAR

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LCU1004751359

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10021139335

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
NBD45F	HERO	IGNITOR SS	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD K/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JA06EHL9900750	N	9G5JAS022MVLH0247

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9G5JA$022MVLH0247	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

RIVILLAS GUTIERREZ FERNANDO — C.C. 1113624151

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	11

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
882020000057270	I	18/08/2020	0

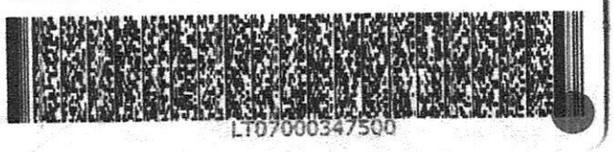
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
15/09/2020	15/09/2020	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE FLORIDA



LT07000347500

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.113.624.151
NUMERO
RIVILLAS GUTIERREZ
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1986
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
20-DIC-2004 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-3107900-66135331-M-1113624151-20050322 0544105077R 02 19926193O

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA				HASTA LAS 23:59 HORAS DEL			
AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
2021	9	20		2021	9	21		2022	9	20

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
81637580 - 601456814	NBD45F	MOTOCICLETA	PARTICULAR	124	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HERO	SIN CARROCERIA
LÍNEA VEHÍCULO	**IGNITOR SS**	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
JA06EHL9B00750	9G5JAS022MVLH0247	9G5JAS022MVLH0247	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
FERNANDO RIVILLAS GUTIERREZ	3152001268	CC	1113624151	CALI

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	82	80000441	81637580	76001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
12	$ 329.400	$ 164.700	$ 1.800

TOTAL A PAGAR

$ 495.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

CLUB TU BENEFICIO MUNDIAL

¡Ahora que estás a salvo! Ingresa al **Club Tu Beneficio Mundial** y disfruta descuentos y promociones de nuestra libreta en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional. **registro.tubeneficiomundial.com** Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática. Ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE** crea tu contraseña y ¡a disfrutar por montón en **www.tubeneficiomundial.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denúncielo ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Dando cumplimiento a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en [illegible] para las finalidades y bajo los procedimientos que allí se señalan. Usted podrá ejercer su derecho de conocer, actualizar, y rectificar sus datos a través de nuestros canales disponibles en [illegible]

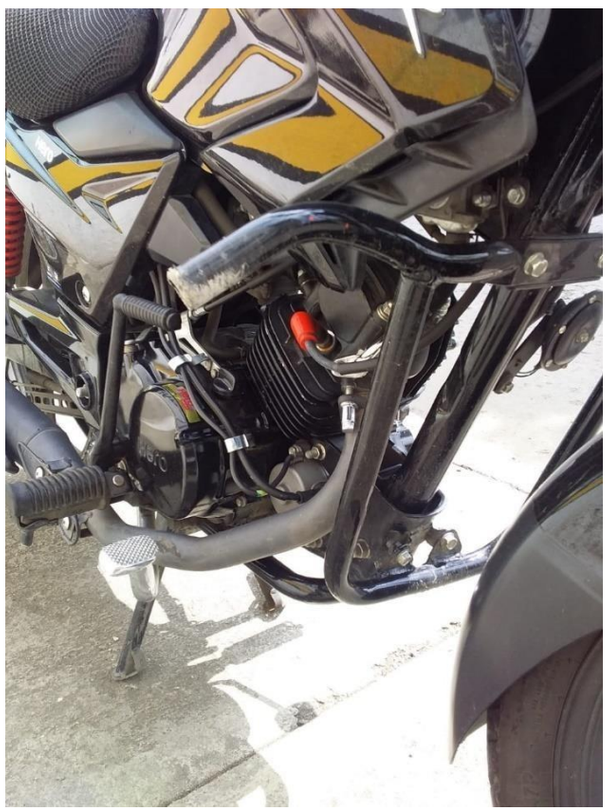
Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2021.09.20 11:36:40 -05:00

HERO | HMCL COLOMBIA S.A.S
NIT 900723988-9

FECHA DE PRUEBA:	—	10092020
MARCA:	—	HERO
LINEA:	—	IGNITOR SS
CLASE:	—	MOTOCICLETA
MODELO:	—	2021
CILINDRADA:	—	124.7
TIPO DE MOTOR:	—	4 TIEMPOS
VIN:	—	9G5JAS022MVLH0247
NUMERO DE MOTOR:	—	JA06EHL9B00750
NUMERO DE CHASIS:	—	9G5JAS022MVLH0247

<u>FOTOGRAFÍAS DEL SECTOR DEL ACCIDENTE</u> CALLE 59 CON CARRERA 11 DE CALI – VALLE.

<u>FOTOGRAFÍAS DEL SECTOR DEL ACCIDENTE</u> CALLE 59 CON CARRERA 11 DE CALI – VALLE.



MANUAL DE SEÑALIZACIÓN VIAL

Dispositivos uniformes para la regulación del tránsito en calles, carreteras y ciclorrutas de Colombia

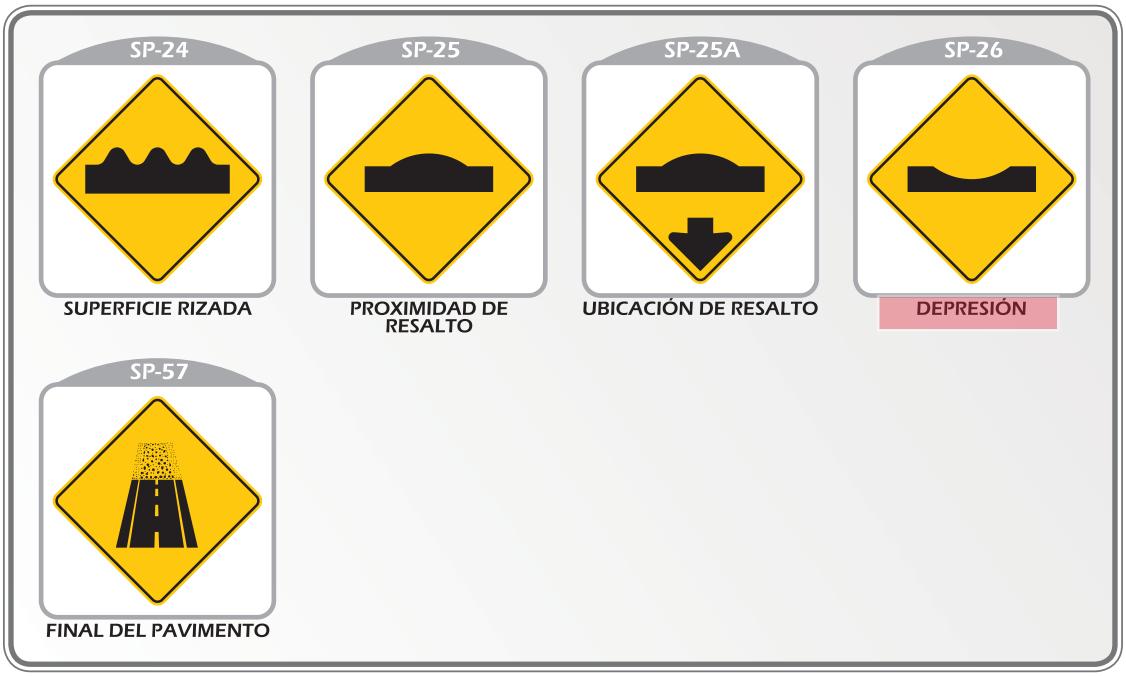
2015

MINTRANSPORTE

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

2.3.5 Señales Preventivas relacionadas con la Superficie de Rodadura.

- SUPERFICIE RIZADA SP-24
- PROXIMIDAD A RESALTO SP-25
- UBICACIÓN DE RESALTO SP-25A
- DEPRESIÓNSP-26
- FINAL DEL PAVIMENTO SP-57

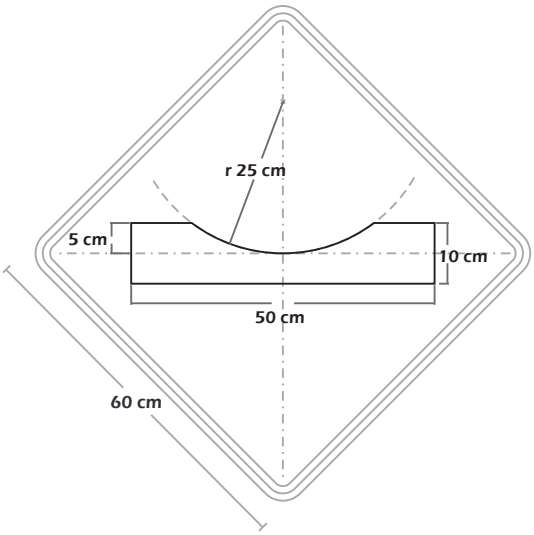


SP-26 DEPRESIÓN

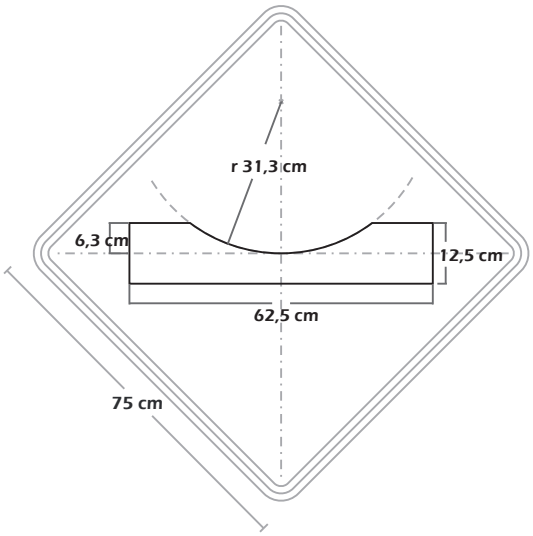
Esta señal se emplea para advertir al conductor la proximidad a un hundimiento brusco en la superficie de la vía, que puede causar daños o desplazamientos peligrosos o incontrolables del vehículo. Estos hundimientos pueden ser por diseño, como es el caso de un vado cuya señalización debe ser permanente, o por situaciones de asentamiento diferencial del terreno, en cuyo caso se debe programar la reparación en un tiempo razonable.

Debe complementarse con la señal reglamentaria Velocidad Máxima SR-30, para disminuir gradualmente la velocidad de operación en la medida que el conductor se va acercando a la depresión.

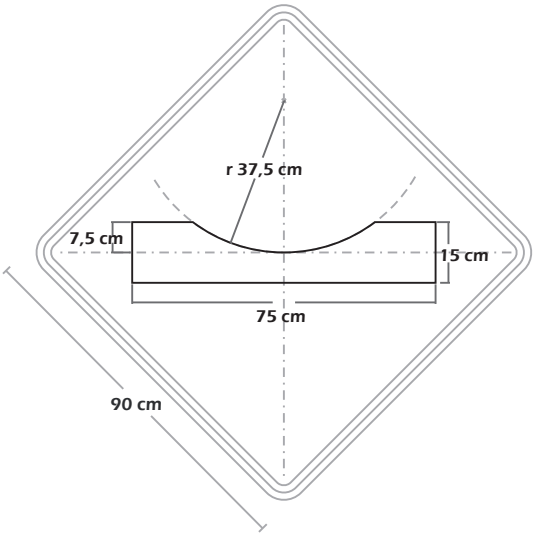
VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
MENOR O IGUAL A 50 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
DE 60 KM/H O 70 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
DE 80 KM/H O 90 KM/H



VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA
SUPERIOR A 90 KM/H

Su uso no corresponde a esta velocidad

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CIFUENTES	NOREÑA	ALVARO HERNAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No. 94374.641	F ( ) M (✓)	COL. (✓) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (✓) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 94374641 D.M 13

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 20 MES 09 AÑO 1972	CARRERA 15 26B23
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE
DEPTO VALLE	MUNICIPIO TULUA
MUNICIPIO TARZAL	TELÉFONO 3163385882 EMAIL

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1992

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÈMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC		X		Técnico Laboral Por Competencia en Agente de Tránsito	12	2010	
ES			X				

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 - EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SITT Tuluá		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle	Tuluá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2320061 - 2320640	DÍA 03 MES 08 AÑO 2009	DÍA 31 MES 01 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Agente de Transito		Tuluá

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	5

5 - FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 - OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDIA DE TULUA
Fecha: 10/06/2021 - 11:36 - Folios: - Anexos:
Origen: Gestion Talento Humano
Destino: Alvaro Hernan Cifuentes Noreña
Asunto: Certificado laboral Alvaro Hernan Cifuentes Nore
Radicado del documento: S-17071

Tuluá
de la gente para la gente

SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

240-11.3

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA DE GESTIÓN Y TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que, el señor **ALVARO HERNÁN CIFUENTES NOREÑA**, identificado con cédula de ciudadanía número 94.374.641 de Cali, laboró al servicio del Municipio de Tuluá con NIT 891.900.272-1 desde el 09 de marzo de 2011 hasta el 29 de febrero de 2020, mediante Decreto número 280-018.0276 del 09 de marzo de 2011, en Provisionalidad Vacancia Definitiva, en el cargo **TÉCNICO - AGENTE DE TRÁNSITO CÓDIGO 340 GRADO 01**; la última asignación mensual fue de $ 2.518.312 (dos millones quinientos dieciocho mil trescientos doce pesos), desempeñando las siguientes funciones, según el Decreto número 280-018-0620 del 04 de agosto de 2016 "Por medio del cual se crean seis empleos Técnico – Agentes Tránsito Código 340 Grado 01 en la planta global de cargos del Municipio de Tuluá":

Propósito Principal:
Regular circulación vehicular y peatonal, así mismo vigilar, controlar e intervenir en el cumplimiento de las normas de tránsito y de transporte y las disposiciones ambientales aplicables a vehículos automotores.

Funciones Esenciales:
1. Educar, informar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas de tránsito y transporte y demás normas acordes, con el fin de garantizar el bienestar de la comunidad.
2. Lleva a cabo el levantamiento técnico de los accidentes de tránsito de acuerdo a los lineamientos establecidos, e informarlos en los términos que contempla la ley para que se establezcan los correctivos a que haya lugar.
3. Conducir a los patios oficiales del municipio, los vehículos inmovilizados por el incumplimiento de las normas de transporte y código nacional de tránsito, por orden de comparendo o cualquier otra disposición legal que así lo demande, con el fin de dar cumplimiento a las órdenes emitidas por la autoridad competente.
4. Elaborar informes de accidentes de tránsito, de acuerdo con los parámetros establecidos con el fin de dar agilidad a los procesos.
5. Realizar labores de oficina propias del donde se ubique el cargo, de acuerdo con los procedimientos establecidos.

Carrera 25 No. 25-04 PBX:(2) 2339300 Ext: 3023-3028 Código Postal: 7630
www.tulua.gov.co – email: recursoshumanos@tulua.gov.co - facebook.com/alcaldiadetulua
twitter.com/alcaldiadetulua

Tuluá
de la gente para la gente

SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

6. Preparar y presentar los informes sobre el desarrollo de las actividades asignadas en los grupos de trabajo, con el fin de hacer seguimiento y control a los compromisos institucionales.
7. Aplicar las normas técnicas de calidad implementadas por la entidad en los procesos, procedimientos, y actividades asignadas con el fin de garantizar la eficiente prestación del servicio.
8. Participar en la programación, organización, ejecución y control de las actividades propias del cargo, así como también recomendar acciones que deban desarrollarse para el logro de los objetivos de la dependencia.
9. Documentar los procesos de la dependencia acorde con los lineamientos definidos por las normas técnicas internas y externas adoptadas en la administración municipal.
10. Digitar la información en los aplicativos que tenga la entidad referente a su cargo.
11. Cumplir a cabalidad con los lineamientos y estrategias encaminadas para la implementación, fortalecimiento y la mejora continua del sistema de gestión integrado SIGI en la entidad.
12. Llevar a cabo los procesos y procedimientos de la Dependencia, procurando la racionalización de trámites y el buen uso de los equipos.
13. Documentar los procesos de la dependencia acorde con los lineamientos del Sistema de Gestión Integrado definidos por las normas internas y externas adoptadas en la Administración Municipal.

El horario laboral de la Alcaldía Municipal de Tuluá es de lunes a viernes 07:30 am a 12:00 m y de 01:30 pm a 06:00 pm, excepto los días viernes que la salida en la jornada de la tarde es a las 05:00 pm.

Total, tiempo de servicio laborado a la fecha de expedición de la presente constancia:

08 años 11 meses 03 días

Esta certificación se expide en Tuluá (V), a los diez (10) días del mes de junio de 2021 a solicitud del interesado.

Se cobran y anulan estampillas Pro-Hospitales por valor de $3.600, estampillas Pro-Salud Departamental por valor de $3.600, Pro-Uceva por valor de $1.800 y Pro-Univalle por valor de $100.

NIDIA MONDRAGÓN GARZÓN

Transcriptor: Adriana M. Lozano.

Carrera 25 No. 25-04 PBX:(2) 2339300 Ext: 3023-3028 Código Postal: 7630
www.tulua.gov.co – email: recursoshumanos@tulua.gov.co - facebook.com/alcaldiadetulua
twitter.com/alcaldiadetulua

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA
ALVARO HERNAN CIFUENTES HORREÑA
ALCALDÍA MUNICIPAL DE TULUA
VALOR TOTAL DEL ACTO O DOCUMENTO: $100
icontec ISO 9001

LA ACADEMIA CEO
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Tuluá
Carrera 26 No. 38 - 34
Tel: 226 2815 - 233 9628
ceolaacademia@hotmail.com

Palmira
Cra. 28 No. 31 - 57
Tel: 274 4637

Cali
Cra. 36 No. 5 B - 230
Lado Occidental Estadio
Tel: 558 9370

El suscrito Director Académico del Centro de Educación Ocupacional "CEO", en uso de sus facultades, expide el siguiente Certificado, acogido a la resolución de aprobación No. 310-056.633 del 21 de Agosto de 2009, demandada de la secretaria de Educación Municipal y actuando en nombre del Ministerio de Educación Nacional.

CERTIFICA

Que el señor **ALVARO HERNAN CIFUENTES MOREÑA** identificado con cedula de ciudadania No 94.374.641 de Cali (Valle), se encuentra matriculado en nuestra institución Académica para el Trabajo y el Desarrollo Humano y Educación formal, y actualmente esta realizando el tercer modulo del programa académico **DIPLOMADO EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES EN EL SPOA.**

AREAS OBSERVADAS:

*Fundamentos de Derecho
*Derecho penal
*Criminalistica de campo
*Planimetria

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Tuluá (Valle) a los diecinueve (19) días del mes de Enero de 2011.

Cordialmente,

ALEJANDRO RODRIGUEZ P.
Director Académico
Cel 31/4 41/6130

Aquí estamos innovando

POLITÉCNICO SAN MATEO

Acta de Certificación

Acta No. 0313

Politécnico San Mateo

Guadalajara de Buga - Valle

El Director General

CERTIFICA

Que en el libro de Actas Nro. 04, Folio No. 222, se encuentra registrada el Acta Nro. 0313 en la cual se establece que en ceremonia de certificación, el día 17 de Diciembre de 2010, el POLITÉCNICO SAN MATEO, aprobada mediante resolución No. 0136 del 5 de Febrero de 2007, expedida por la Secretaría de Educación Municipal de Guadalajara de Buga, otorgó el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AGENTE DE TRÁNSITO

A:

ALVARO HERNÁN CIFUENTES NOREÑA

C.C. No. 94'374.641 de Cali - Valle

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en la Ley 115 de Diciembre 14 de 1993 y el Decreto 2888 de Julio 31 de 2007, donde se certifican 1.000 horas.

El Acta lleva las firmas de: **Dra. María del Socorro Tascón Domínguez y la Ing. María del Mar Rojas Tascón.**

Dada en Guadalajara de Buga, a los 17 días del mes de Diciembre de 2010.

Director(a) General

Director(a) Académico

República de Colombia

y en su nombre el:

Centro de Educación Vial (C.E.V.)
Servicio Integrado de Tránsito y Transporte (SITT)
Tuluá - Valle del Cauca

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación
Municipal según resolución Nº 310-056 477 del 28 de Junio de 2007

Certifican que:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

Identificado con c.c. 94.374.641 de Cali

Cursó y Aprobó

Los logros de 160 horas de
La Formación y Capacitación correspondiente de Tránsito y Transporte.

Dado en Tuluá a los 03 días del mes de Agosto de 2009 .

sitt Tuluá
Consorcio Servicio Integrado de Tránsito y Transporte

MUNICIPIO DE TULUÁ

Jhon Fredy Alvarez Uribe
Instructor

Alonso Lozano Lecompte
Director

CI_Bmq
Centro Integral de Atención al Conductor

Centro Integral de Atención al Conductor BMQ

(RESOLUCION NO. 0536 DEL 5 DE OCBURBRE /2009 Y DECRETO
No. 4904 del 16 diciembre/2009
Secretaria de Educación Departamental del Magdalena

Certifica A:

ALVARO HERNAN CIFUENTES

Cédula de Ciudadanía No. 94,374,641

Por haber culminado satisfactoriamente la Capacitación en,

ACTUALIZACION EN NORMAS DE TRANSITO

Realizado el 18 y 19 de febrero del 2014. Con una intensidad de veinticuatro (24) horas en Tulua- Valle.

BELISARIO MOSQUERA QUINTO
Representante Legal

MUNICIPIO DE TULUÁ

Hechos para el Bienestar
—ALCALDÍA DE TULUÁ—

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE MOVILIDAD Y SEGURIDAD VIAL DE TULUÁ

Certifica que el Señor(a):

ALVARO HERNAN CIFUENTES NOREÑA

CC. 94374641

Asistió a la ACTUALIZACIÓN EN RÉGIMEN DE TRANSITO, orientado por el Dr. Oscar David Gómez Pineda, con una intensidad de seis (6) horas.

Dado en Tuluá el día 09 de Marzo de 2012

CORPORACIÓN
FONDO DE PREVENCION VIAL
PREVENIR ES VIVIR

JAMES GÓMEZ GONZÁLEZ
Director Regional Sur occidente
Corporación Fondo de Prevención Vial

ALBA LUCÍA GÓMEZ G.
Directora dpto. Administrativo de movilidad Tuluá

Centro de Diagnóstico Automotor de Tuluá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

HACEN CONSTAR QUE:

ALVARO HERNAN CIFUENTES NOREÑA

94.374.641

Participó en el curso de "Actualización y Capacitación para Autoridades de Tránsito que emplean alcohosensores para la medición de etanol en aire espirado". Realizado los días 20 y 21 de octubre de 2011 en Tuluá, Colombia con una intensidad de 16 horas.

AIDA ELENA CONSTANTIN PEÑA
Subdirectora de Investigación Científica

CLAUDIA MERCEDES MONROY AVELLA
Coordinadora Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses

POLITÉCNICO SAN MATEO

Acta de Certificación

Acta No. 0698

Politécnico San Mateo

Guadalajara de Buga - Valle

El Director General

C E R T I F I C A

Que en el libro de Actas Nro. 04, Folio No. 526 se encuentra registrada el Acta Nro. 0698 en la cual se establece que en ceremonia de certificación, el día 10 de Agosto de 2013, el POLITÉCNICO SAN MATEO, aprobada mediante resolución No. 0696 del 17 de Octubre de 2012, expedida por la Secretaría de Educación Municipal de Guadalajara de Buga, otorgó el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN TRÁNSITO, TRANSPORTE Y SEGURIDAD VIAL

Registro DAM 0783

A:

ALVARO HERNAN CIFUENTES NOREÑA

C.C. No. 94.374.641 De Cali- Valle del Cauca

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en la Ley 115 de Diciembre 14 de 1993 y el Decreto 4904 de Diciembre 16 de 2009, donde se certifican 1.800 horas.

El Acta lleva las firmas de: ***Dra. María del Socorro Tascón Domínguez y la Ing. María del Mar Rojas Tascón.***

Dada en Guadalajara de Buga, a los 11 días del mes de Octubre de 2013.

Director(a) General

Director (a) Académico

LA ACADEMIA CEO
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre El

Centro de Estudio Ocupacional

Aprobado según resolución 097 de Julio 9 de 2004 Secretaria de Educación Departamental

Certifica que:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

C.C. 94.374.641 de Cali

Asistió al

Programa de Formación Académica Diplomado en Procedimientos Judiciales en el Nuevo Sistema Penal Acusatorio

Dictado en ochenta (80) horas Teoricoprácticas

En fe de lo expuesto, se firma el presente documento y se rubrica con sellos de la Institución
Expedido en Tuluá, Valle a los (5) días del mes de abril de 2011

Director

C.T.I.

FISCALIA

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL CON LA FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN

Secretaria

330

LA ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA APROUCEVA

Certifica que:

ALVARO HERNAN CIFUENTES NOREÑA

C.C. 94374641

ASISTIÓ AL SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN EN NORMAS DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE GESTIÓN EN LA SEGURIDAD VIAL

EUSEBIO DUCUARA CELIS
Presidente APROUCEVA

Tuluá, Noviembre de 2018

331

Universidad AUTÓNOMA de Occidente

Res. No. 16740, 2017-2021. Vigilada MinEducación.

Dirección de Extensión

Centro de Educación Continua, Consultoría y Asesoría

Certifica que:

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña

CC:94374641

Asistió al Seminario

Normatividad y actualización de agentes de tránsito

Septiembre 09 de 2019, con una intensidad de 08 horas

Tuluá – Valle del Cauca

Andrés Sierra Garzón
Director de Extensión

Ximena Prieto Hernández
Centro de Educación Continua, Consultoría y Asesoría

332

CORPORACIÓN ASESORÍAS INTEGRALES
ALCALDÍA MUNICIPAL DE TULUÁ

Hechos para el Bienestar
ALCALDÍA DE TULUÁ

CERTIFICA QUE

Álvaro Hernán Cifuentes Noreña

Asistió a la capacitación sobre ÉTICA DEL SERVIDOR PÚBLICO dictada en el Municipio de Tuluá,
en Junio de 2013

JOSÉ GERMÁN GÓMEZ GARCÍA
Alcalde Municipal

MARCELA SANTAMARÍA SÁNCHEZ
Jefe Oficina Control Disciplinario Interno

GUILLERMO LOZANO PALACIO
Director Ejecutivo

333

INTER-FORENSES

Hace constar que

ÁLVARO HERNÁN CIFUENTES NOREÑA

C.C. 94.374.641

Asistió al Curso de Policía Judicial en Funciones de Tránsito

Para Constancia se expide en Tuluá-Valle, Agosto 4 de 2012

Intensidad horaria 50 horas

Cód.: [illegible]

Alejandra María Piedrahita G.
Gerente Inter-Forenses

Diego Andrés Pineda M.
Director Técnico Jurídico

INTER-FORENSES

Hace constar que

ÁLVARO HERNÁN CIFUENTES NOREÑA

C.C. 94.374.641

Asistió al Seminario: "Investigación y Procedimientos del Agente de Tránsito frente a Hechos Viales"

Para Constancia se expide en Tuluá-Valle, Agosto 11 de 2012

Intensidad horaria 10 horas

Cód.:

Alejandra María Piedrahita G.
Gerente Inter-Forenses

Diego Andrés Pineda M.
Director Técnico Jurídico

Acta de Grado

INSTITUTO
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Inscripción S. E. 1A 006070
DANE 376001

En Santiago de Cali, a los 25 días del mes de Junio de 1993 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de

BACHILLER en la Modalidad **ACADEMICA**

Según Resolución No. 1124 del 27 de Diciembre de 1991 hasta grado once.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

C. C. No. 94 374 641 de Cali

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 02 de fecha 25 de Junio de 1993 que consta de 51 alumnos que comienza con el nombre de:

Aida María Anselmiú Mosquera

y se cierra con el nombre de:

Gloria Milcen Zuluaga Mora

Firmado y Sellado por JAIR PATIÑO MONTEHERMOSO (Rector) y MARIA ODILIA BARON RUIZ (Secretaria)

Dada en Santiago de Cali a los 25 días del mes de Junio del año de 1993.

Firmado y Sellado

Rector
C.C. No. 14.865.215 de Restrepo V.

Secretaria
C.C. No. 28.295.915 Piedecuesta Santander

DIPLOMA No. 199138

La República de Colombia

y en su nombre

EL INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

CALI - VALLE DEL CAUCA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL
SEGUN RESOLUCION No. 1124 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 1991

Confiere a

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

C. C. No. 94 374 641 de Cali

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

Expedido en Santiago de Cali a 25 de Junio de 1993
Anotado al Folio 050-032
Libro de Registro No. 101

Secretario de Educación

199138

Dado en Santiago de Cali a 11 de Mayo de 1993

centro de diplomas ltda. cali

La República de Colombia

En su nombre el

POLITÉCNICO
SAN MATEO

Aprobado por Resolución No. 0186 del 5 de Febrero de 2009
Secretaría de Educación Municipal

CERTIFICA QUE:

Alvaro Hernán Cifuentes Becerra

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.374.041 de Cali, Valle

Cursó y Aprobó satisfactoriamente el Programa
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
EN AGENTE DE TRÁNSITO

Por haber cumplido con los requisitos Académicos exigidos
por la Institución

Guadalajara de Buga, Diciembre 17 de 2010
Anotado al Folio 222 - Libro de Registro 004

338

La República de Colombia

Y en su nombre el Politécnico San Mateo

POLITÉCNICO SAN MATEO

Aprobado por Resolución No. 0696 del 17 de Octubre de 2012 - Secretaría de Educación Municipal

CERTIFICA QUE:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.374.641 de Cali

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA TÉCNICO LABORAL
POR COMPETENCIAS EN TRÁNSITO, TRANSPORTE Y SEGURIDAD VIAL
Resolución 0783 del 29 de Noviembre de 2012

Por haber cumplido con los requisitos Académicos exigidos por la Institución

Guadalajara de Buga, Viernes 11 de Octubre de 2013

Anotado al Folio 526 - Libro de Registro 004

Directora General

Directora Académica

La República de Colombia

Y en su nombre el Politécnico San Mateo

POLITÉCNICO SAN MATEO

Aprobado por Resolución No. 0696 del 17 de Octubre de 2012
Secretaría de Educación Municipal de Guadalajara de Buga

CERTIFICA QUE:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.374.641 de Cali

ASISTIÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL SEMINARIO TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN NORMAS DE TRÁNSITO.

Por haber cumplido con los requisitos Académicos exigidos por la Institución

Guadalajara de Buga, Lunes 15 de Diciembre de 2014

CERTIFICADO International Certification & Training S.A.
IC&T
ISO 9001:2008
REGISTRO: IC&T-176-06/13
ONAC

Directora General

Directora Académica

CERTIFICADO International Certification & Training S.A.
IC&T
NTC 5555:2007
REGISTRO: IC&T-176-07/13
ONAC

La República de Colombia

Y en su nombre el PSM POLITÉCNICO SAN MATEO

Aprobado por Resolución No. 0696 del 17 de Octubre de 2012 – Secretaría de Educación Municipal

CERTIFICA QUE:

Alvaro Hernán Cifuentes Noreña

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.374.641 de Cali

CURSÓ Y APROBÓ EL SEMINARIO EN ACTUALIZACIÓN EN NORMAS DE TRÁNSITO, CRIMINALÍSTICA, PLANIMETRÍA Y CHARLA SOBRE RESPONSABILIDADES, OBLIGACIONES Y COMPROMISOS COMO FUNCIONARIOS PÚBLICOS.
CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS

Por haber cumplido con los requisitos Académicos exigidos por la Institución

POLITÉCNICO SAN MATEO PSM BUGA

Guadalajara de Buga, Octubre 9 de 2013

Directora General

Directora Administrativa y Académica

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **94.374.641**

CIFUENTES NOREÑA

APELLIDOS

ALVARO HERNAN

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1972**

ZARZAL
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-DIC-1990 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-3100100-01038941-M-0094374641-20180927 **00626**85363A 2 9905745924

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

DICTAMEN PERICIAL DE NEUROPSICOLOGÍA – ESTUDIO PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA O NO DE UNA AFECTACIÓN DE CARÁCTER: 1) MORAL RELACIONADA CON EL MENOSCABO DE LA ESFERA SENTIMENTAL O AFECTIVA; 2) EXTERIORIZACIÓN EN LAS RELACIONES Y PROYECTOS DE VIDA; 3) INTROMISIÓN A UN RASGO DE LA PERSONALIDAD CONOCIDO COMO BIEN CONSTITUCIONAL y 4) SUBSISTENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO QUE REPERCUTA EN EL ÁMBITO PSICOFÍSICO.

1. ANTECEDENTES Y OBJETO DEL DICTAMEN

A solicitud del abogado Mario Alfonso Castañeda Muñoz, se requiere que sea dictaminado la existencia o no de una afectación de carácter: 1) moral relacionada con el menoscabo de la esfera sentimental o afectiva; 2) la exteriorización en las relaciones y proyectos de vida, 3) afectación a un rasgo de la personalidad conocido como bien constitucional y 4) subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico, derivadas del **antecedente traumático** de la: *"Fractura de húmero, fractura de platillos tibiales y demás lesiones sufridas por el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, como consecuencia de accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021en la ciudad de Cali – Valle, al sufrir una caída de su motocicleta como consecuencia del mal estado de la vía"*.

Nota aclaratoria: el presente dictamen no pretende calificar económicamente las afectaciones psicoemocionales y psicosociales de los evaluados pues es función judicial, ya que esta experticia se circunscribirá exclusivamente a **CLASIFICAR LA INTENSIDAD** *(Alta, moderada, leve, inexistente)* de las afectaciones percibidas en la esfera íntima que han tenido la fuerza para materializarse en las relaciones familiares, laborales, sociales y afectivas, constituyéndose en una sólida fuente en la labor de cuantificación del daño.

1.2 RELACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR QUE SERÁ OBJETO DE ANÁLISIS:

Para abordar la existencia o no de una afectación de carácter: *1) moral relacionada con el menoscabo de la esfera sentimental o afectiva; 2) la exteriorización en las relaciones y proyectos de vida, 3) intromisión o afectación a un rasgo de la personalidad conocido como bien constitucional y 4) subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico,* este dictamen se circunscribirá única y exclusivamente a las siguientes personas: ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ*** *(Víctima directa del daño),*

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

MARICEL COBO MOSQUERA *(Esposa de la víctima directa del daño),* ***JULIANA RIVILLAS COBO y SARA VALENTINA RIVILLAS COBO*** *(Hijas de la víctima directa del daño),* ***LIBARDO RIVILLAS MONTES y LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL*** *(Padres de la víctima directa del daño),* ***YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ*** *(Hermana de la víctima directa del daño),* ***NATALIA MOJICA RIVILLAS*** *(Sobrina de la víctima directa del daño).*

1.3 ABORDAJE AL GRUPO FAMILIAR OBJETO DE ANÁLISIS:

En secciones individuales, se le pide a cada uno de los examinados que se refieran a los ***a)*** sentimientos que se desencadenaron como consecuencia del evento traumático *"Fractura de húmero, fractura de platillos tibiales y demás lesiones sufridas por el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, como consecuencia de accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021en la ciudad de Cali – Valle, al sufrir una caída de su motocicleta como consecuencia del mal estado de la vía".* ***b)*** se refieran a sus estilos de vida y proyectos con anterioridad y posteridad al evento traumático; y ***c)*** qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes, obteniéndose los siguientes resultados:

FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ *(Víctima directa del daño):* ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Refiere con dificultad y desencajado su estado de ánimo, la tristeza y su expresión de dolor es constante. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: Debido a los sucesos hace una narrativa de su ocupación de ese momento que consistía en trabajos de albañilería que tuvo que suspender como consecuencia de las lesiones sufridas, alterando sus planes de vida a futuro, se alejó de varios de sus proyectos y considero abandonar actividades que le son generadoras de recuerdo que no puede desvirtuar. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: La relación de pareja y con su familia se han vuelto inestables, en el pasado se disfrutaba mucho más, manifiesta presentar sentimientos claros, pero algunos conflictos por su actual estado de salud consistentes en las limitaciones generadas por el accidente de tránsito. ***d) subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico:*** *Todo su entorno se ve afectado, no se logran establecer vínculos que puedan instaurar un desarrollo de independencia, el hogar mismo le genera recuerdo, los espacios, hay sueños que vienen y van, pensamientos frecuentes hacia el suceso.*

MARICEL COBO MOSQUERA *(Esposa de la víctima directa del daño)**:*** ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Su postura ante la situación es referida con dolor, expresar sus sentimientos, evidencia conflictos emocionales en su discurso. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: Manifiesta que los cambios fueron sustanciales, ya que su esposo era la fuente principal de ingresos en el hogar. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: La relación familiar es complicada y sobre todo la relación no es activa como antes, surgieron consecuencias posteriores que no le permiten tener la misma dinámica, la vida familiar era feliz y ahora es complicada. *d) Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico.* Constantes pensamientos que la agobian respecto al dolor físico que experimenta su esposo y las limitaciones con las que ha quedado.

JULIANA RIVILLAS COBO *(Hija de la víctima directa del daño):* ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Se muestra afligida, por momentos callada, mal humorada, su mirada es perdida e incómoda. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: El deseo siempre fue tener una familia unida para compartir situaciones en las que los integrantes se puedan desenvolver con mucha más facilidad, en ese sentido había muchas proyecciones, pero ahora con las limitaciones y el dolor físico que experimenta su papá las cosas se han vuelto más complicadas. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: A raíz de esta situación de dolor que embarga la familia, ha sido evidente el distanciamiento, la motivación en el hogar ha sido reducida. *d) Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico.* Presenta dificultad para tranquilizarse después de cada evento en el que recuerda lo sucedido a su papá y recrimina la forma negativa en la que les cambio la vida.

SARA VALENTINA RIVILLAS COBO *(Hija de la víctima directa del daño):* ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Se muestra afectada en cuanto a sus emociones con dificultad logra reconocer la realidad, se lamenta. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: Las proyecciones y el ritmo de vida que se querían para mí y mi familia cambiaron, a su corta edad lamenta las limitaciones físicas que se generaron a su padre como consecuencia del accidente de tránsito. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades

han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: Se evidencian características de tristeza, que le impiden relacionarse adecuadamente en los contextos sociales y familiares, muchas cosas giran en torno a la recuperación de mi papá. *d) Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico.* Frustración constante que le genera ansiedad y mal humor por lo acontecido a su padre, muchas veces volver a recuperar la tranquilidad o serenidad se vuelve una tarea compleja.

LIBARDO RIVILLAS MONTES *(Padre de la víctima directa del daño)**:*** ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Tristeza que interfiere en su entorno, frustración ya que su hijo constantemente se muestra demasiado. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: Estaba muy a la expectativa del crecimiento y desarrollo de mi familia, muchos planes, pero la situación desdibujo ese futuro en colectivo, como consecuencia de ello los proyectos que se tenían a nivel familiar están en nuevas construcciones para mi hijo. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: lo ha afectado sobremanera ya que su influencia en el hogar era importante, la relación no es igual. *d) Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico.* Aceleración constante al momento de rememorar lo ocurrido a su hijo, el paso del tiempo no le ayuda a olvidar lo ocurrido ya que al verlo afectado nuevamente viene a su mente la situación.

LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL *(Madre de la víctima directa del daño)**:*** ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Emocionalmente se percibe decaída, con sentimientos de tristeza. ***b)*** cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: la condición de su hijo ha provocado desinterés en algunos aspectos de su vida, todo se agudiza, las motivaciones para pensar en el futuro son por momentos reducidas, se vive el día a día. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: Las conductas han afectado la relación entre ellos puesto que no se habla o se piensa en otra cosa sino en el evento ocurrido. *d) Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico.* El pensamiento de lo ocurrido le produce alteraciones en su estado de ánimo que le resta bienestar a sus jornadas diarias.

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

YAZMÍN ELIANA RIVILLAS GUTIÉRREZ *(Hermana de la víctima directa del daño)****: a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Manifiesta tristeza por lo ocurrido a su hermano y al momento de describir la situación se agudiza más pues el vínculo era muy fuerte. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: los cambios son emocionales puesto que de su familia mi hermano es el más alegre y se percibe sumamente decaído, es una persona totalmente diferente. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: Dicho acontecimiento impregna negativamente la interacción, pues se marcan momentos de incomodidad por el dolor que mi hermano padece.

NATALIA MOJICA RIVILLAS *(Sobrina de la víctima directa del daño)****: a)*** Sentimientos generados por el evento traumático: Se muestra adolorida y muy triste. ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos: pensar en lo ocurrido a mi tío es algo que me descompensa y me altera durante todo el día. ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes: la relación en este momento es tensa y nos afecta a todos, es una pena saber que el estado de salud de mi tío hubiera cambiado tanto desde ese accidente, como también su forma de ser que antes era extrovertido y alegre, ahora solo se habla de lamentación y dificultades.

2. METODOLOGÍA EMPLEADA Y TEORÍA DE CLASIFICACIÓN DE AFECTACIONES NEUROPSICOLÓGICAS.

Se ha realizado un **análisis discursivo** a partir de un marco teórico soportado al final del presente apartado; se establecieron técnicas de análisis de contenido basado en un método **semi-estandarizado** para la evaluación de la credibilidad de las declaraciones; desde el ámbito neuropsicológico se emplea el instrumento de evaluación **Minimental** que permite la detección de presencia o presunción de lesiones cerebrales, para realizar un diagnóstico Neuropsicológico de mayor precisión Sierra, Jiménez y Bunce (2.001) sugieren recurrir siempre al uso de pruebas neuropsicológicas de mayor especialización que en este caso no fue necesario. La **CLASIFICACIÓN DE LA <u>INTENSIDAD</u>** *(Alta, moderada, leve, inexistente)* de las afectaciones percibidas en la esfera íntima que han tenido la fuerza para materializarse en las relaciones familiares, laborales, sociales y afectivas.

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

- Sierra, J.; Jiménez, E. y Bunce, D. (2.001) Técnicas de evaluación en psicología jurídica y forense. Documento elaborado para el Máster Internacional en Psicología Forense. Universidad de Granada.

- Steller, M.; Koehnken, G. (sf) Análisis de declaraciones basado en criterios. En Raskin, D. (1.994) Métodos psicológicos en la Investigación y pruebas criminales. Bilbao: DDB.

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

3. RELACIÓN ENTRE LOS INTERROGANTES PLANTEADOS CON LOS ASPECTOS EVALUADOS.

3.1 CONCEPTO DE AFECTACIÓN A LA ESFERA SENTIMENTAL O AFECTIVA.

Esta alteración o perturbación es denominada con un concepto particular conocido como: “daño moral” y fue evaluada en esta experticia mediante el interrogante ***a)*** Sentimientos generados por el evento traumático, siendo descrita pormenorizadamente en cada uno de los evaluados.

3.2 CONCEPTO DE AFECTACIÓN O DAÑO EN LAS RELACIONES Y PROYECTOS DE VIDA.

Esta alteración o perturbación es denominada con un concepto particular conocido como: “daño a la vida de relación” cuando se presenta una 1) afectación a los proyectos de vida; 2) se sometía a la víctima y sus familiares a modificar sus estilos o formas de vida a los cuales ya se encontraban acostumbrados, o 3) se privaba objetivamente a la víctima directa del daño o sus allegados en cuanto a la posibilidad de realizar actividades cotidianas como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, etc. Aspecto que fue evaluado en esta experticia mediante el interrogante ***b)*** Cómo cambio sus estilos de vida y proyectos con posterioridad al evento traumático, siendo descrita pormenorizadamente en cada uno de los evaluados.

3.3 AFECTACIÓN A BIENES JURÍDICOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN.

Esta alteración o perturbación es denominada con un concepto particular conocido como: "Daño a bienes jurídicos de especial protección constitucional" en cuanto a puntos como la libertad, dignidad, intimidad familiar, imagen, honra, buen nombre, integridad física, los cuales pudieron haber sido o no afectados mediante el evento traumático. Dicho puto fue evaluado mediante el interrogante ***c)*** Qué diferencias comportamentales o incomodidades han podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes, siendo descrito pormenorizadamente en cada uno de los evaluados.

3.4 *ESTRÉS POSTRAUMÁTICO QUE REPERCUTA EN EL ÁMBITO PSICOFÍSICO – DAÑO A LA SALUD.*

Esta alteración o perturbación es denominada con un concepto particular conocido como: "Daño a la salud", en este punto se pretende establecer si el evento detonante generó o no en los evaluados *"trastorno de estrés postraumático"*, teniendo en cuenta que se puede sufrir de TEPT luego de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El trastorno de estrés postraumático hace que se sienta estresado y con temor luego de pasado el peligro. Afecta su vida y la de la gente que le rodea. Dicho punto fue descrito mediante el literal ***d)*** *Subsistencia de estrés postraumático que repercuta en el ámbito psicofísico*, exclusivamente en los evaluados que presentaron tal condición.

4. CONCLUSIÓN

De la sección individual con los integrantes del grupo familiar objeto de análisis, a quienes se les solicitó que se refirieran a los: ***a)*** sentimientos que se desencadenaron como consecuencia del evento traumático de la: *"Fractura de húmero, fractura de platillos tibiales y demás lesiones sufridas por el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, como consecuencia de accidente de tránsito ocurrido el día 8 de octubre del 2021en la ciudad de Cali – Valle, al sufrir una caída de su motocicleta como consecuencia del mal estado de la vía"*. ***b)*** se refieran a los estilos de vida y proyectos con anterioridad y posteridad al evento traumático; y ***c)*** qué diferencias comportamentales o incomodidades han

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

podido evidenciar al interior de la familia y su manera de interrelacionarse con posterioridad al evento y si aún continúan o no vigentes.

Analizados con objetividad se tiene que el punto ***a)*** *(sentimientos que se desencadenaron como consecuencia del evento traumático)* generó a nivel familiar: frustración, desesperación, estado depresivo que se prolonga hasta la actualidad y negación a la realidad pues se rehúsan aceptar que su ser querido ha quedado padeciendo graves limitaciones físicas; generando sentimientos de vacío emocional que acongojan a sus seres amados. Siendo calificado con una **INTENSIDAD ALTA**.

Seguidamente, dentro del análisis tenemos que en el punto ***b)*** *(Alteración a los estilos de vida y proyectos con anterioridad y posteridad al evento traumático)* generó a nivel familiar: que sus integrantes dejaran de programar o compartir eventos familiares pues el señor Fernando Rivillas Gutiérrez, era una persona alegre que armonizaba las relaciones familiares; como también se creó a nivel grupal una sensación de inseguridad frente a los retos o desafíos de la vida pues dentro de los proyecciones de planes futuros como compartir vacaciones, obtención de mejores oportunidades laborales debido a la influencia positiva de apoyo que representaba su ser querido, dicha afectación son calificadas con una **INTENSIDAD ALTA**, precisando que esta afectación tiende a intensificarse a medida que pasan los años, pues los proyectos de vida se van deformando o alterando con el paso del tiempo y el distanciamiento de la víctima cada vez se va hacer más notoria en dichos proyecto de vida.

Finalmente, dentro del análisis del punto ***c)*** *(Intromisión a un rasgo de la personalidad conocido como "bien constitucional de especial protección")*, se tiene que la intimidad familiar ha resultado gravemente afectada, ya que se evidencia que las relaciones de trato afectuoso, respeto, solidaridad frente a los estados de necesidad o dificultad se han debilitado ostensiblemente, pues ya cada individuo propende por su propio bienestar al diluirse un referente familiar que era emblemático y representativo para toda la familia como figura de autoridad, cariño y solidaridad, motivo por el cual se califica esta afectación con una **INTENSIDAD ALTA**.

Respecto a la evolución de estrés postraumático como ***DAÑO A LA SALUD****, aquel únicamente pudo ser evidenciado en:* ***FERNANDO RIVILLAS GUTIÉRREZ****,* ***MARICEL COBO MOSQUERA****,* ***JULIANA RIVILLAS COBO****,* ***SARA VALENTINA RIVILLAS COBO****,* ***LIBARDO RIVILLAS MONTES*** ***y***

***LUDIVIA GUTIÉRREZ SABOGAL**, quienes presentan sintomatología que permite develar condiciones que afectan sus realidades de vida tanto física como en lo mental y que son generadores de episodios frecuentes en los diferentes entornos tanto personal, social y del mundo que los rodea con una **INTENSIDAD ALTA**.*

5. ANEXOS.

Adjunto hoja de vida, título profesional (Psicología y Maestría en Neuropsicología), experiencia profesional y soporte de la metodología empleada.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA UNIR

Master en neuropsicología y educación - 2019

UNIVERSIDAD JUAN DE CASTELLANOS

Especialista en ética y pedagogía - 2016

SENA - CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES - Valle

Especialización tecnológica en gestión de proyectos-2011

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

Psicólogo Social Comunitario-2004

CERTIFICACIÓN LABORAL

- Vincular a las personas seleccionadas, de acuerdo con las normas legales vigentes-2010

- Evaluador de competencias laborales en el área técnica de su dominio-2011

- Orientar procesos formativos presenciales con base en los planes de formación concertados. 2013.

DIPLOMADO

Universidad autónoma de occidente

Gerencia del talento humano

2015

CONGRESO

- **Instituto de Neurociencias Aplicadas INEA**

V Congreso Colombiano y Primero Iberoamericano de Neuropsicopedagogía-2007

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA **:** PsicológicaMente.

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

TELEFONO	**:**	316 531 49 81
JEFE INMEDIATO	**:**	Edith Lorena Solarte Moran
LUGAR	**:**	Tuluá – Valle
AÑO	**:**	enero 2007 - Actualmente
CARGO	**:**	Gestor socioemocional.

Gestor de actividades sociales, encargado de identificar necesidades y mediar frente a las dificultades que se presenten en la organización, a partir de la formulación de programas, proyectos, estrategias y actividades que se encuentran en las políticas y planes de la empresa, buscando el desarrollo y la calidad de vida de los clientes internos y externos.

EMPRESA	**:**	SENA CLEM Tuluá.
JEFE INMEDIATO	**:**	Jhon Fernando Villada Serna.
TELEFONO	**:**	321 633 71 08
LUGAR	**:**	Tuluá – Valle
AÑO	**:**	enero 2010 – diciembre 2019
CARGO	**:**	Instructor

Acompañamiento en el proyecto formativo fortalecimiento en el desarrollo humano integral Más Ser, planeación y ejecución de actividades masivas con los aprendices de los diferentes programas de formación que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, orientación a instructores en el desarrollo y mantenimiento de competencias individuales y de equipos de trabajo, de acuerdo con el modelo adoptado por la entidad.

EMPRESA	**:**	UCEVA
JEFE INMEDIATO	**:**	Luis Mauricio Lizcano Acevedo.
TELEFONO	**:**	2242202 ext 108
LUGAR	**:**	Tuluá – Valle
AÑO	**:**	febrero 2017 - Actualmente
CARGO	**:**	Docente hora catedra

Desarrollo de tutorías a estudiantes de la modalidad a distancia de tecnologías en obras civiles, electricidad, administración de servicios de salud, administración comercial y financiera en las áreas de humanidades, electiva interdisciplinar, Ética, psicología organizacional y aproximación al problema de investigación, jurado de proyectos de investigación en áreas sociales y pedagógicas.

EMPRESA	**:**	COMFAMILIAR - TULUÀ
JEFE INMEDIATO	**:**	Claudia Inés Sánchez
TELEFONO	**:**	312 703 32 45

Efraín Arboleda Saavedra
Neuropsicólogo

LUGAR	**:**	Tuluá – Valle
AÑO	**:**	febrero 2006 al 2009.
CARGO	**:**	Psicólogo

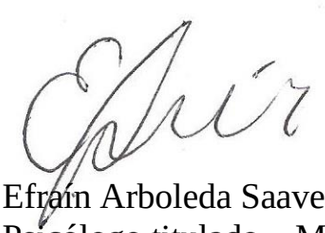
Acompañamiento a las madres comunitarias del ICBF por medio de programas de promoción y prevención con los niños de cero a cinco años y madres gestantes al igual que capacitación a los funcionarios, apoyo terapéutico y educativo en instituciones y empresas del centro y norte del valle del cauca, orientación a personas en condición de discapacidad sensorial - cognitiva, física o multimodal.

6. JURAMENTO DE IMPARCIALIDAD.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que he realizado el presente dictamen de manera totalmente objetiva y ética, de igual forma no me encuentro inmerso en causales de impedimento legal contempladas en el CGP y del CPACA.

7. SUSTENTACIÓN DEL DICTAMEN Y NOTIFICACIÓN.

Manifiesto al despacho que cuento con total disponibilidad y voluntad para sustentar el presente dictamen. Recibiré notificaciones en la Calle 26D#13-61 de Tuluá - Valle, celular 3164055042 y al Email: psicoarboleda@gmail.com



Efraín Arboleda Saavedra.
Psicólogo titulado – Master en Neuropsicología.
C.C 94.151.777
TP 0416

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 396 del 5 de Agosto de 1997

UNAD

Teniendo en cuenta que

Efraín Arboleda Saavedra

C.C. No. 94.151.777 de Tuluá

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo Social Comunitario

Registro Icfes M.E.N. 21024302000110011240O

Dado en Bogotá, D.C., el día 11 del mes de Diciembre de 2004

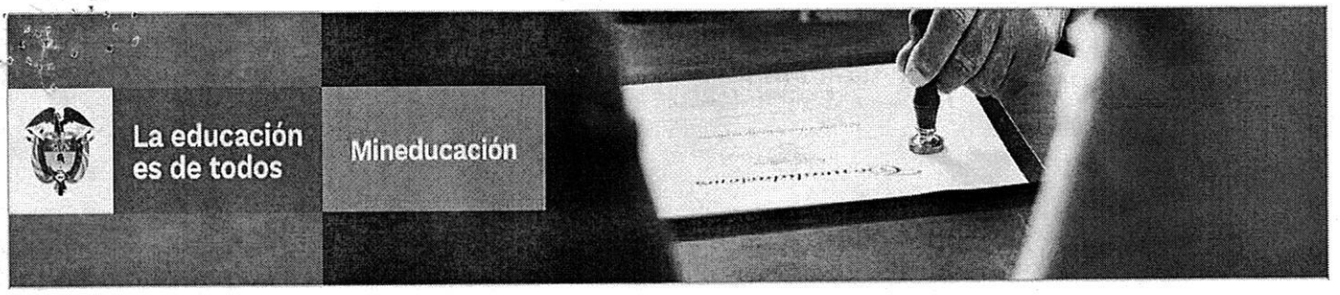
Rector

Decano Facultad

Acta de Grado N° 3772 Fecha 11-12-2004 Registro de Diploma N° 24674, Libro 1, Folio 202

Secretario General

Scanned by CamScanner



LA SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACION SUPERIOR

HACE CONSTAR:

Que EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 94151777 de TULUÁ presentó ante este Ministerio la solicitud de convalidación del título de POSGRADO de MÁSTER UNIVERSITARIO EN NEUROPSICOLOGIA Y EDUCACIÓN de UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA en ESPAÑA.

Que la solicitud de convalidación fue radicada con el número 2019-EE-182151 el día martes, 19 de noviembre de 2019.

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. el jueves, 6 de febrero de 2020

El presente documento electrónico tiene validez conforme a lo dispuesto en la Ley 527 de 1999, el Decreto Reglamentario 1747 de 2000 y las demás normas que los complementen, modifiquen o reemplacen.

Subdirección de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

Preparó: Grupo Convalidaciones

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA unir

CERTIFICADO ACADÉMICO PERSONAL

Eli Ilarraza Alonso, Jefa de la Secretaría Académica de la Universidad Internacional de La Rioja,

CERTIFICA: Que don Efraín Arboleda Saavedra, nacido en Tuluá, Colombia, con pasaporte AU853613, y con acceso a esta Universidad a través de la vía de Titulado Universitario, según resulta de los antecedentes y documentos que obran en la Secretaría de este Centro, tiene superados los siguientes estudios en la titulación oficial de Máster Universitario en Neuropsicología y Educación, titulación verificada y autorizada de conformidad con lo establecido en el R.D. 1393/2007, de 29 de octubre (BOE, 30 octubre).

ASIGNATURAS	Curso y Convocatoria		Calificación		ECTS	Tipo Asignatura	Cvc*
4971010001 - Funcionalidad Visual y Auditiva para la Lectura, el Lenguaje, los Idiomas y el Aprendizaje	2018-2019	Ord	8,5	Notable	6.0	Obligatoria	1
4971010002 - Niveles Táctiles, Motricidad, Lateralidad y Escritura	2018-2019	Ord	7,3	Notable	6.0	Obligatoria	1
4971010003 - Procesos de Memoria, Habilidades y TIC	2018-2019	Ord	9,0	Sobresaliente	6.0	Obligatoria	1
4971010006 - Procesos Neurolingüísticos, Dificultades y Programas de Intervención	2018-2019	Ord	7,6	Notable	6.0	Obligatoria	1
4971010209 - Metodología de la Investigación (Rama Profesional)	2018-2019	Ord	7,6	Notable	6.0	Optativa	1
4971010210 - Prácticas (Rama Profesional)	2018-2019	Ord	9,1	Sobresaliente	6.0	Optativa	1
4971020007 - Inteligencias Múltiples, Creatividad, Talento y Altas Capacidades	2018-2019	Ord	7,1	Notable	6.0	Obligatoria	1
4971020008 - Dislexia, Discalculia e Hiperactividad	2018-2019	Ord	7,4	Notable	6.0	Obligatoria	1
4971999911 - Trabajo Fin de Máster (Rama Profesional)	2018-2019	Ext	7,0	Notable	12.0	Trabajo fin de Máster	1

Cvc*: Convocatorias Agotadas.
Reconocido*: Asignaturas eximidas de cursar por Reconocimiento.
1 ECTS: Equivale a 25 horas lectivas.

Media de expediente *(Según R.D. 1125/2003)*: **7,76**

RESUMEN DE CRÉDITOS	Requeridos	Superados
Obligatorias	36	36
Optativas	12	12
Trabajo fin de Máster	12	12
TOTAL	60	60

Todas las enseñanzas de este estudio han sido impartidas en modalidad online. El estudiante defendió y superó el Trabajo Fin de Máster oficial con el título "Inteligencia Emocional y Estrategias de Aprendizaje en los aprendices del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA", el 19 de septiembre de 2019.

Con fecha 19 de septiembre de 2019, el estudiante ha superado todas las enseñanzas conducentes a la obtención del Título de Máster Universitario en Neuropsicología y Educación .

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA unir

Con fecha 01 de octubre de 2019 el estudiante ha abonado los derechos de expedición del título correspondiente.

Y, para que conste a los efectos oportunos y a petición de la persona interesada firma esta certificación en Logroño de octubre de 2019.

EL RECTOR

Fdo: José María Vázquez García-Peñuela

LA JEFA DE SECRETARÍA ACADÉMICA

Fdo: Eli Ilarraza Alonso

Visto Bueno en el
MINISTERIO DE CIENCIA,
INNOVACIÓN Y UNIVERSIDADES
para legalizar la firma de D./Dña.:

ELI ILARRAZA ALONSO
JEFA DE SECRETARÍA ACADÉMICA
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA
por ser, al parecer, la suya.
Logroño, 18 oct. 2019

O.M. 16 Abril 1990
- Art.° 3° - B.O.E. 19
Por la Alta Inspección de La Rioja,

FDO: MARÍA CARMEN RUIDÍAZ GARCÍA
Directora del Área

Scanned by CamScanner

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

1. País: Country/Pays:	**España**
El presente documento público This public document/Le présent acte public	
2. ha sido firmado por has been signed by a été signé par	RUIDIAZ GARCIA, Mª CARMEN
3. quien actúa en calidad de acting in the capacity of agissant en qualité de	DIRECTORA
4. y está revestido del sello / timbre bears the seal / stamp of est revêtu du sceau / timbre de	DELEGACION DEL GOBIERNO EN LA RIOJA- AREA ALTA INSPECCION DE EDUCACION
Certificado Certified/Attesté	
5. en at/à	LOGROÑO
6. el día the/le	22/10/2019
7. por by/par	BERGES DIAZ DE CERIO , ESPERANZA JEFE SECCION ATENCION AL CIUDADANO Y REGISTRO
8. bajo el número Nº/sous nº	GTJ26/2019/017369
9. Sello / timbre: Seal / stamp: Sceau / timbre:	MINISTERIO DE JUSTICIA GERENCIA TERRITORIAL LA RIOJA
10. Firma: Signature: Signature:	Firma válida BERGES DIAZ DE CERIO , ESPERANZA

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso,la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.

Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.

Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: "https://sede.mjusticia.gob.es/eregister"

Código de verificación de la Apostilla (*): AD:8PGg-brzH-XYSf-4SFc

Este documento está firmado electrónicamente de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42 y 43 de Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.

This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.

To verify the issuance of this Apostille, see "https://sede.mjusticia.gob.es/eregister"

Verification code of the Apostille (*): AD:8PGg-brzH-XYSf-4SFc

This document has been electronically signed in accordance with the provisions of Articles 42 and 43 of Law 40/2015 of October 1st, of Legal Regime of the Public Sector.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu.

Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.

Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante : "https://sede.mjusticia.gob.es/eregister"

Code de vérification de l'Apostille (*): AD:8PGg-brzH-XYSf-4SFc

Ce document a été signé électroniquement d'accord avec le disposé dans les articles 42 et 43 de Loi 40/2015 du 1 octobre, de Régime Juridique du Secteur Public.

(*) Juego de caracteres del código de verificación / Verification Code Characters Set / Ensemble de caractères du code de vérification:

ABCDEFGHJKLMNPQRSTUVWXYZ abcdefghijkmnopqrstuvwxyz 23456789 - :

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

003385 06 MAR 2020

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 94151777, presentó para su convalidación el título de MÁSTER UNIVERSITARIO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN, otorgado el 1 de octubre de 2019, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, ESPAÑA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2019-EE-182151.

Que el convalidante adjunta copia del título de PSICÓLOGO SOCIAL COMUNITARIO otorgado el 11 de diciembre de 2004, por la Institución de educación superior UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 13 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos otorgados por instituciones de educación superior extranjeras, es el de "***acreditación o reconocimiento en alta calidad.*** *Criterio aplicable al proceso de convalidación, cuando la institución o el programa cursado del título a convalidar, cuenten con acreditación o reconocimiento en alta calidad por parte de una entidad gubernamental o estatal competente u organización privada autorizada oficialmente para ello en el país de origen.*".

Que el artículo 14 establece que, *"(...) para la aplicación del criterio de convalidación por programas o instituciones acreditadas o reconocidas en alta calidad, se debe cumplir una de las siguientes condiciones: a) Que la institución o el programa que confiere el título cuente con acreditación de calidad por una entidad gubernamental competente u organización privada autorizada oficialmente por la autoridad competente para ello en el país de origen del título. b) Que la institución o el programa que confiere el título, cuenten con un reconocimiento oficial de altos estándares de calidad avalados por una entidad gubernamental competente u organización privada autorizada oficialmente por la autoridad competente en el país de origen del título (...) Parágrafo. La fecha de obtención del título debe estar comprendida dentro del término de vigencia de la acreditación o del reconocimiento de la institución o del programa académico."*

Que el 25 de febrero de 2020, se consultó el Registro de Universidades, Centros y Títulos RUCT del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte - MECD de España, a partir de la información provista por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación ANECA, instancia responsable de las funciones de acreditación, evaluación de titulaciones, mejora de la calidad y seguimiento de resultados, de acuerdo con la Ley 15 de 2014 y el Real Decreto 861 de 2010

003385 06 MAR 2020

Continuación de la Resolución por la cual se resuelve la solicitud de convalidación de EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA

y se pudo establecer que el programa de Máster Universitario en Neuropsicología y Educación, ofertado por la Universidad Internacional de la Rioja, España, se encuentra acreditado de acuerdo con el BOE No. 73 del 26 de marzo de 2012, con renovación de acreditación favorable del 19 de julio de 2019.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÁSTER UNIVERSITARIO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN, otorgado el 1 de octubre de 2019, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, ESPAÑA, a EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 94151777, como MAGÍSTER EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Proyectó: Erika Mileydy Monroy Ortega - 28 de febrero de 2020
Revisó: Paul Andres Sayago Porras
Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

TRIBUNAL NACIONAL DEONTOLÓGICO Y BIOÉTICO DE PSICOLOGÍA

La suscrita Abogada Secretaria del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología hace constar que una vez consultados los registros de los Tribunales Departamentales Deontológicos y Bioéticos de Psicología, NO se encontró que la Cédula de Ciudadanía N°94151777, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

La presente certificación tiene validez de seis (6) meses, y no acredita la calidad de Psicólogo.

Se expide en Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de febrero del año dos mil veinte (2020).

Cordialmente,

TRIBUNAL NACIONAL DEONTOLÓGICO Y BIOÉTICO DE PSICOLOGÍA

HELGA LIDBY DIAZ ACOSTA
Abogada Secretaria
Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología
Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic
tribunal.nacional@colpsic.org.co

Nota: La veracidad de este antecedente puede ser consultado en la página del Colegio Colombiano de Psicólogos www.colpsic.org.co en el link correspondiente a "Constancias"

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE

RESOLUCION No. 1 1

Por la cual se concede una autorización para el Ejercicio de una Profesión

El Profesional Especializado, de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA identificado con la Cédula de Ciudadanía No.94.151.777 expedida en Tuluá-Valle, ha solicitado autorización para ejercer como PSICOLOGO SOCIAL COMUNITARIO según título que le otorgó la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD sede Palmira, el 11 de diciembre de 2004.

Que dicho título se encuentra registrado en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD, anotado al folio 202, del libro 7, el 11 de diciembre de 2004.

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO — Autorizar a EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA para ejercer como PSICOLOGO SOCIAL COMUNITARIO en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO — Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

Elaboró: Miriam Escobar

Scanned by TapScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA

Con Cédula de Ciudadanía No. 94.151.777

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

ESPECIALIZACIÓN TECNOLÓGICA EN

GESTION DE PROYECTOS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Tuluá, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
JAIME QUINTERO RINCON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIME QUINTERO RINCON
SUBDIRECTOR CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES
REGIONAL VALLE

19/12/2011
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 912500262370CC94151777C.

Juan D Castellanos
Fundación Universitaria
Personería Jurídica: RES. 2085 de 1987 del MEN
RES. 1904 del MEN, 5 de Agosto de 2002
NIT: 800.057.330-3

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

1213

En la ciudad de Tunja, Boyacá, Colombia, el veintitrés (23) de julio de dos mil dieciséis (2016), se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación, presidida por el Padre Luis Enrique Pérez Ojeda, Rector y Representante Legal, en la cual la Fundación Universitaria Juan de Castellanos, previo juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN ÉTICA Y PEDAGOGÍA

A, Efraín Arboleda Saavedra, identificado con cédula de ciudadanía 94.151.777 de Tuluá, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias reglamentarias y las normas legales, por lo cual se le otorga el diploma 22262, registrado en libro 39, folio 136, número 23836. El Programa de Especialización en Ética y Pedagogía, está aprobado por el Honorable Consejo Superior de la Fundación Universitaria Juan de Castellanos, mediante Acuerdo 036 del veintiuno (21) de noviembre de mil novecientos noventa y cinco (1995) y Registrado en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior "SNIES", con Registro Calificado, bajo código 3511. En fe de lo anterior la presente Acta General de Grado se firma en Tunja, hoy veintitrés (23) de julio de dos mil dieciséis (2016). Firmado por el Padre Luis Enrique Pérez Ojeda, Rector y Representante Legal, Padre Oswaldo Martínez Mendoza, Ph. D, Vicerrector Académico; Padre José Carvajal Sánchez, Ph. D, Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades y Rosa Prescelia Ayala Becerra, Secretaria General. La presente Acta Individual de Grado se firma en Tunja, el veintitrés (23) de julio de dos mil dieciséis (2016).

Rosa I Ayala
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN DE CASTELLANOS
SECRETARIA GENERAL

PERFIL

Psicólogo social comunitario, master en neuropsicología y educación, especialista en ética y pedagogía, especialista tecnológico en gestión de proyectos, con diplomado en gerencia del talento humano certificado en procesos de selección, evaluador por competencias y procesos pedagógicos presenciales, con quince años de experiencia liderando programas de promoción y prevención, coordinador temporal del programa de necesidades educativas especiales en comfamiliar Tuluá, formador de instructores e instructor del SENA, líder de procesos en fortalecimiento del desarrollo humano integral, jurado de proyectos de investigación en áreas sociales y pedagógicas a nivel universitario.

I. DATOS PERSONALES

IDENTIFICACIÓN:	C.C N° 94151777 Tuluá
FECHA DE NACIMIENTO:	30 de Septiembre de 1980
EDAD:	39 Años.
DIRECCIÓN:	Calle 26d No.13-61
CELULAR:	3164055042
E - MAIL:	psicoarboleda@gmail.com
TARJETA PROFESIONAL:	0446
ESTADO CIVIL:	Casado

II. INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIOS ACADEMICOS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA UNIR
Maestría en neuropsicología y educación - Actualmente

UNIVERSIDAD JUAN DE CASTELLANOS
Especialista en ética y pedagogía - 2016

SENA - CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES - Valle
Especialización tecnológica en gestión de proyectos-2011

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
Psicólogo Social Comunitario-2004

CERTIFICACIÓN LABORAL
- Vincular a las personas seleccionadas, de acuerdo con las normas legales vigentes-2010
- Evaluador de competencias laborales en el área técnica de su dominio-2011
- Orientar procesos formativos presenciales con base en los planes de formación concertados. 2013.

DIPLOMADO
Universidad autónoma de occidente
Gerencia del talento humano
2015

CONGRESO
- **Instituto de Neurociencias Aplicadas INEA**
V Congreso Colombiano y Primero Iberoamericano de Neuropsicopedagogía-2007

III. EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA : PsicológicaMente.
TELEFONO : 316 531 49 81
JEFE INMEDIATO : Edith Lorena Solarte Moran
LUGAR : Tuluá – Valle
AÑO : enero 2007 - Actualmente
CARGO : Gestor socioemocional.

Gestor de actividades sociales, encargado de identificar necesidades y mediar frente a las dificultades que se presenten en la organización, a partir de la formulación de programas, proyectos, estrategias y actividades que se encuentran en las políticas y planes de la empresa, buscando el desarrollo y la calidad de vida de los clientes internos y externos.

EMPRESA : SENA CLEM Tuluá.
JEFE INMEDIATO : Jhon Fernando Villada Serna.
TELEFONO : 321 633 71 08
LUGAR : Tuluá – Valle
AÑO : enero 2010 – diciembre 2019
CARGO : Instructor

Acompañamiento en el proyecto formativo fortalecimiento en el desarrollo humano integral Más Ser, planeación y ejecución de actividades masivas con los aprendices de los diferentes programas de formación que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, orientación a instructores en el desarrollo y mantenimiento de competencias individuales y de equipos de trabajo, de acuerdo con el modelo adoptado por la entidad.

EMPRESA : UCEVA
JEFE INMEDIATO : Luis Mauricio Lizcano Acevedo.
TELEFONO : 2242202 ext 108
LUGAR : Tuluá – Valle
AÑO : febrero 2017 - Actualmente
CARGO : Docente hora catedra

Desarrollo de tutorías a estudiantes de la modalidad a distancia de tecnologías en obras civiles, electricidad, administración de servicios de salud, administración comercial y financiera en las áreas de humanidades, electiva interdisciplinar, Ética, psicología organizacional y aproximación al problema de investigación, jurado de proyectos de investigación en áreas sociales y pedagógicas.

EMPRESA : COMFANDI TULUÁ.
JEFE INMEDIATO : Alexis Rojas.
TELEFONO : 317 887 17 02
LUGAR : Tuluá – Valle
AÑO : noviembre 2015 – diciembre 2018
CARGO : Psicólogo de selección

Apoyo en procesos de preselección con las diferentes empresas del sector que se encuentran en convenio con la caja de compensación familiar.

EMPRESA : COMFAMILIAR - TULUÀ
JEFE INMEDIATO : Claudia Inés Sánchez
TELEFONO : 312 703 32 45
LUGAR : Tuluá – Valle
AÑO : febrero 2006 al 2009.
CARGO : Psicólogo

Acompañamiento a las madres comunitarias del ICBF por medio de programas de promoción y prevención con los niños de cero a cinco años y madres gestantes al igual

que capacitación a los funcionarios, apoyo terapéutico y educativo en instituciones y empresas del centro y norte del valle del cauca, orientación a personas en condición de discapacidad sensorial - cognitiva, física o multimodal.

V. REFERENCIAS PERSONALES

Alejandro Antonio Castellanos	Licenciado en educación física RyD UCEVA 317 427 21 99 TULUÁ (V)
Beatriz Eugenia Lozano	Comunicadora social Directora de servicios campo de paz 318 306 10 53 TULUÁ (V)
Alejandra López Lozano	Administradora en gestión de salud Independiente 316 409 73 86 TULUÁ (V)

CERTIFICACIÓN

Para efectos legales certifico que toda la información aportada por mi, en la presente hoja de vida es veraz (Código Sustantivo del Trabajo Art. 62 numeral 1).

EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA
C.C No. 94.151.777 de Tuluá

El Mini-Mental es el test más utilizado, en el que se describe es un hito en la historia de la Medicina. Su principal ventaja es la amplia difusión de su uso y el extenso soporte empírico que la apoya, la gran influencia en sus resultados de las variables socioeducativas y que ha mostrado una utilidad diagnóstica e incluso un mayor coste-efectividad cognitivo y demencia.

Rami, L., Bosch, B., Valls-Pedret, C., Caprile, C., Sánchez-Valle Diaz, R., & Molinuevo, J. L. (2009). Validez discriminativa y asociación del test minimental (MMSE) y del test de alteración de memoria (T@ M) con una batería neuropsicológica en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, *49*(4), 169-174.

La psicología forense constituye una disciplina relativamente reciente que se encarga de aplicar la psicología al ámbito jurídico. En la actualidad, su auge y desarrollo son indiscutibles, sirva como muestra la progresiva demanda de expertos en psicología forense para un mayor número de servicios dentro del terreno legal. Además, la actuación de los profesionales de la psicología en esta área está conduciendo a unos resultados altamente satisfactorios y fructíferos, tanto en las evaluaciones forenses como en los trabajos de investigación y estudios experimentales. Por tanto, la presente obra, indispensable para conocer de forma amplia y completa todos los campos de actuación que engloba la psicología forense, se convierte en un manual de referencia necesario, tanto para profesionales como para estudiantes universitarios. Cada capítulo ofrece un tratamiento extenso, y a su vez asequible, de los contenidos teórico/prácticos desarrollados en cada caso. En su redacción han colaborado especialistas y profesionales nacionales e internacionales con una extensa dedicación a los temas expuestos.

- Sierra, J.; Jiménez, E. y Bunce, D. (2.001) Técnicas de evaluación en psicología jurídica y forense. Documento elaborado para el Máster Internacional en Psicología Forense. Universidad de Granada.

  En este estudio teórico se hace una revisión sobre los nuevos desarrollos para el uso efectivo de la evaluación psicológica en la práctica forense, adaptando la terminología psicológica al lenguaje jurídico, a la vez que se resaltan las diferencias más notables entre la evaluación clínica y la evaluación pericial. Se analizan algunos instrumentos específicos de evaluación surgidos en el contexto forense, como las escalas de predicción del riesgo de violencia y el procedimiento de validez del testimonio en los casos de abuso sexual infantil. Asimismo se aborda el problema del control de la simulación y de la detección del engaño, uno de los principales obstáculos a los que se ha de hacer frente en el ámbito forense. Se presta una atención específica a los problemas técnicos planteados por los dictámenes periciales, así como a los aspectos éticos referidos a ellos. Por último, se señalan propuestas prácticas de aplicación y se comentan las implicaciones de este estudio para investigaciones futuras.

- Steller, M.; Koehnken, G. (sf) Análisis de declaraciones basado en criterios. En Raskin, D. (1.994) Métodos psicológicos en la Investigación y pruebas criminales. Bilbao: DDB.

American Psychiatric Association - 2014 - books.google.com

La Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® es una ayuda concisa y asequible para la referencia psiquiátrica fundamental, el DSM-5®. Incluye la clasificación diagnóstica completa revisada, así como todos los criterios diagnósticos del DSM-5® en un formato fácil de utilizar. Esta cómoda referencia proporciona un acceso rápido a la información esencial para emitir un diagnóstico. Diseñado como complemento del DSM-5®, esta cómoda guía ayuda a los profesionales de la salud mental a incorporar los criterios finales en los procesos diagnósticos.

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

LEY 1090 DE 2006

TITULO IV.

DE LOS REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION DE PSICOLOGO.

ARTÍCULO 6o. REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO. Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos.

PARÁGRAFO. Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas.

ARTÍCULO 7o. DE LA TARJETA PROFESIONAL. Solo podrán obtener la tarjeta profesional de psicólogo, ejercer la profesión y usar el respectivo título dentro del territorio colombiano, quienes:

1. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo, otorgado por universidades o instituciones universitarias, oficialmente reconocidas.

2. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo en universidades que funcionen en países con los cuales Colombia haya celebrado tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos.

3. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogos en universidades que funcionen en países con los cuales Colombia no haya celebrado tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, siempre que se solicite convalidación del título ante las autoridades competentes de acuerdo con las normas vigentes.

4. También podrán ejercer la profesión:

a) Los extranjeros con título equivalente que estuviesen en tránsito en el país y fueran oficialmente requeridos en consulta para asuntos de su especialidad. La autorización para el ejercicio profesional será concedida por un período de seis (6) meses, pudiéndose prorrogar por un (1) año como máximo;

b) Los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con fines de investigación, docencia y asesoramiento;

c) Esta habilitación no autoriza al profesional extranjero para el ejercicio independiente de su profesión, debiendo limitarse a la actividad para la que ha sido requerido.

PARÁGRAFO 1o. El ejercicio profesional consistirá únicamente en la ejecución personal de los actos enunciados en la presente ley, quedando prohibido todo préstamo de la firma o nombre profesional a terceros, sean estos psicólogos o no.

PARÁGRAFO 2o. No serán válidos para el ejercicio de la Psicología los títulos expedidos por correspondencia, ni los simplemente honoríficos.

ARTÍCULO 8o. DEL EJERCICIO ILEGAL DE LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO. Entiéndase por ejercicio ilegal de la profesión de psicólogo, toda actividad realizada dentro del campo de competencia señalado en la presente ley, por quienes no ostenten la calidad de psicólogos y no estén autorizados debidamente para desempeñarse como tales. Igualmente ejercen ilegalmente la profesión de Psicólogo quienes se anuncien mediante avisos, propagandas, placas, murales u otros medios de publicidad sin reunir los requisitos que consagra la presente ley.

PARÁGRAFO. Quienes sin llenar los requisitos establecidos en la presente ley ejerzan la profesión de psicólogo en Colombia, recibirán las sanciones que la ley ordinaria fija para los casos del ejercicio ilegal.