



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT  
PALACIO DE JUSTICIA CARRERA 10ª No. 37-39 SEGUNDO PISO BARRIO MIRAFLORES  
Girardot - Cundinamarca

**CUADERNO No. 1**

EXPEDIENTE No.

**25307-33-33-002-2018-00362-00**

MEDIO DE CONTROL : REPARACION DIRECTA

DEMANDANTE : DIANA MARCELA BAQUERO  
MEDINA Y OTROS

Apoderado : OTONIEL GONZALEZ OROZCO

DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE  
FUSAGASUGA Y OTROS

**25307-33-33-002-2018-00362-00**

Fecha de Recibido: noviembre 23 de 2018  
Fecha de Reparto: noviembre 26 de 2018

**2018-00362**

PROCURADOR:0



CUADERNO N° 1

*Remta*

**JUZGADO 63 ADMINISTRATIVO SEC TERCERA  
ORAL BOGOTA**

**110013343063201800369 00**

**REPARACION DIRECTA**

DEMANDANTE: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA

APODERADO: OTONIEL GONZALEZ OROZCO

DEMANDADO: HOSPITAL DE FUSAGASUGA Y OTROS

JUEZ: *LUCELLY ROCIO MUNAR CASTELLANOS*

ASUNTO: REPARACION DIRECTA  
REM TAC SECCION 3 EXP 2018-00673

REPARTIDO EL DIA:

*martes, 30 de octubre de 2018 11:07:41AM*

3620

**JUZGADO 63°**

**REPARACION DIRECTA**  
**201800369**



20  
100  
BT

PROCURADOR:

Cuaderno No.

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA  
SECCION TERCERA

EXPEDIENTE 250002336000201800673 00

ACCION DE REPARACION DIRECTA

~~Apelación Sentencia~~

DEMANDANTE: DIANA MILENA BAQUERO MEDINA

APODERADO, DOCTOR (A):

DEMANDANDO: HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS

EXPEDIENTE. 250002336000201800673 00

MAGISTRADO (A) SUSTANCIADOR (A), DR (A): MARIA CRISTINA QUINTERO  
FACUNDO

BOGOTA, D. C., 12 de Julio de 2018

Remite  
Compe  
Bve



**RAMA JUDICIAL**  
**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCION TERCERA**

FECHA: 12-07-18

AÑO DE INICIACIÓN DEL PROCESO \_\_\_\_\_ No. RADICACIÓN: \_\_\_\_\_

CLASE DE PROCESO: Reputación Directa

NATURALEZA: \_\_\_\_\_

ACTOR: Diana Milena Baquero Medina

TEL: 3345148 C.C. No. 1069733131 de Fvsagagsuga

DIRECCIÓN: calle 12c 8-79 of 514 Edificio Bolsa

DEMANDADO: Hospital de Fvsagagsuga, EPS Coomeva otros.

EL PROCESO CONSTA DE: 10 CUADERNOS, CON LOS SIGUIENTES FOLIOS:  
89, 16, 16, 89, 89, 89, 89, 89, 89.

APODERADO DEL ACTOR: Otoniel Gonzalez Orozco

C.C. No. 16989195 de candebna T.P.: 86319 TEL: 3345148

DIRECCIÓN: calle 12c 8-79 of 514 DE: Bogotá

CORREO ELECTRONICO: Otogonzalez@otogonzalezsas.com

APODERADO DEL DEMANDADO: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ T.P.: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_

CORDIALMENTE,

\_\_\_\_\_  
ABOGADO.



89  
T/10J  
100

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**Rama Judicial del Poder Público  
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial**

**JURISDICCIÓN:** TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ D.C.

**PROCESO:** REPARACION DIRECTA

**PARTE ACCIONANTE**

<u>NOMBRE</u>	<u>APELLIDO</u>	<u>IDENTIFICACIÓN</u>
DIANA MILENA BAQUERO MEDINA		C.C. 1.069.733.131

**APODERADO**

<u>NOMBRE Y APELLIDO</u>	<u>IDENTIFICACIÓN</u>
OTONIEL GONZALEZ OROZCO	C.C. No 16.989.195 expedida en Candelaria (V) T.P. No. 86.319 otorgada por el C.S.J.

<u>DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN</u>	<u>CIUDAD</u>
CALLE 12 C 8 – 79 OF. 514 EDIFICIO BOLSA	BOGOTÁ, D.C., TEL 3345148

**PARTE ACCIONADA**

<u>NOMBRE Y APELLIDO</u>	<u>IDENTIFICACIÓN</u>
HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS COMEVA ALCALDIA DE FUSAGASUGA - SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA Y OTROS.	

**ANEXOS:** TRASLADOS, ORIGINALES, , COPIA SIMPLE PARA ARCHIVO Y CD CON INFORMACIÓN ELECTRÓNICA, TRASLADO PARA EL MINISTERIO PUBLICO.



Honorables Magistrados  
Tribunal Administrativo del Distrito Judicial de Cundinamarca, D.C. (Reparto)  
E.S.D.

DIANA MILENA BAQUERO MEDINA, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 1069733131 expedida en Fusagasugá; CLOBI VIVAS CUERO, mayor de edad, identificado con la C.C. No. 1089003831 expedida en Mosquera, en calidad de madre y padre respectivamente del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) identificado en vida con el NUIP 1069762260, perjudicados como consecuencia de su fallecimiento ocurrido el día 13 de abril de 2016 en el municipio de Fusagasugá; KAREN LORENA BAQUERO MEDINA, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 1069763096 expedida en Fusagasugá; LICETH MEDINA BUITRAGO, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 1069756651, expedida en Fusagasugá; CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 1069745102 expedida en Fusagasugá; JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA, mayor de edad, identificado con la C.C. 1069739077 expedida en Fusagasugá; YENY PAOLA BAQUERO MEDINA, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 1069728317 expedida en Fusagasugá, MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO, mayor de edad, identificada con la C.C. 20927066 expedida en Sylvania, todos perjudicados moralmente por el sensible fallecimiento del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) identificado en vida con el NUIP 1069762260, ocurrido en el municipio de Fusagasugá, por presunta negligencia en el procedimiento de atención médica brindado al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) por los médicos dependientes del HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. y posterior procedimiento administrativo realizado entre el HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E., y COOMEVA E.P.S., para su traslado a un hospital de mayor nivel que tuviese unidad de cuidados intensivos pediátricos debido a su grave estado de salud, por medio del presente escrito conferimos PODER ESPECIAL, amplio y suficiente al Doctor OTONIEL GONZALEZ OROZCO, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 16.989.195 expedida en Candelaria (V), abogado titulado y en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 86.319 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nuestro nombre y representación así como en representación de la víctima, esto es el menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.), por intermedio de Su Digno Despacho impetre DEMANDA ADMINISTRATIVA con medio de control de REPARACIÓN DIRECTA en contra de las siguientes entidades, personas naturales y jurídicas, estas últimas por intermedio de su representante legal:

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E., identificado con el Nit. 890680025-1, con domicilio principal en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.

ALCALDÍA DE FUSAGASUGA identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Calle 6 No. 6-24 Centro Administrativo Municipal Fusagasugá-Cundinamarca.

SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGÁ, identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Carrera 7 No.6-19 Centro. Teléfono 018000127202 – 8868779.

COOMEVA E.P.S., identificada con el NIT No. 805000427-1, Con domicilio en Fusagasugá- Cundinamarca, red centro oriente. Calle 6 #5-58, Teléfono 8671630

FABIO ALBERTO CHAPARRO, HERNAN PEREZ MUÑOZ, GERARDO ADOLHS MONTES y DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ, todos ellos profesionales médicos quienes atendieron al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO de quienes se conoce como domicilio su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.

Con base en los aspectos fácticos y jurídicos derivados de la responsabilidad médica y administrativa con fundamento en la presunta mala praxis médica y negligencia

*Maria Daga de Alarcón*  
NOTARIA SEGUNDA DE FUSAGASUGA

ELIZABETH GARCIA ROMERO  
NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO  
FUSAGASUGA



EN BLANCO

EN BLANCO



ELIZABETH GARCIA  
NOTARIA PUBLICA  
FUSAGUAYA



administrativa observada en la atención médica del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) que derivó en su fallecimiento el día 13 de abril de 2016 en el municipio de Fusagasugá.

El Apoderado Doctor OTONIEL GONZALEZ OROZCO tendrá además de las facultades generales que son inherentes al mandato conferido, las especiales para conciliar, sustituir, reasumir, desistir, recibir, instaurar la demanda administrativa con medio de control de reparación directa por la presunta irregularidad en el procedimiento médico administrativo de las demandadas y, en general, las conferidas por los artículos 73 y siguientes del Código General del Proceso y artículo 160 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Atentamente,

Diana Milena Baquero Medina  
DIANA MILENA BAQUERO MEDINA  
C.C. No. 1069733131

Clobi Vivas Cuero  
CLOBI VIVAS CUERO  
C.C. No. 1089003831



Karen Lorena Baquero Medina  
KAREN LORENA BAQUERO MEDINA  
C.C. No. 1069763096

Liceth Medina Buitrago  
LICETH MEDINA BUITRAGO  
C.C. No. 1069756651



Cindy Mayerly Medina Buitrago  
CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO  
C.C. No. 1069745102

Jeisson Alexis Baquero M.  
JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA  
C.C. 1069739077

Yeny Paola Baquero Medina  
YENY PAOLA BAQUERO MEDINA  
C.C. No. 1069728317

Maria Dolores Medina Buitrago  
MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO  
C.C. 20927066

Acepto,

Otoniel Gonzalez Orozco  
OTONIEL GONZALEZ OROZCO  
C.C. No 16.989.195 expedida en Candelaria (V)  
T.P. No 86.319 del C.S. de la J.

Otoniel Gonzalez Orozco



Maria Dely de Marcon  
NOTARIA SEGUNDA DE FUSAGASUGA

Elizabeth Garcia Romero  
NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO  
FUSAGASUGA



ROMERO  
EL CIRCULO  
SUGA



**PRESENTACIÓN PERSONAL**

El anterior memorial fue presentado personalmente por:

**GONZALEZ OROZCO OTONIEL**

quien se identifico con C.C. 16989195 y T.P. 86319 ante la suscrita Notaria

Bogotá D.C., 2018-07-12 12:24:02

Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.  
Codigo verificación: 203pv



VIDAL AUGUSTO MARTINEZ VELASQUEZ  
NOTARIO (E) 4 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.



EN BLANCO

EN BLANCO

ELIZABETH GA  
NOTARIA PRIMERA  
FUS

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



59968



En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintiséis (26) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

KAREN LORENA BAQUERO MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069763096 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Karen Lopez*

----- Firma autógrafa -----



1n5msjib8bp1

26/12/2017 - 12:06:24:182



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 asocia al documento de PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE y en el que aparecen como partes KAREN LORENA BAQUERO MEDINA .

*Maria Deisi Arias de Alarcón*

MARIA DEISI ARIAS DE ALARCÓN  
Notaria dos (2) del Círculo de Fusagasugá



El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 1n5msjib8bp1



REPUBLICA DE COLOMBIA  
Notario Segundo de Mari de Al.



### DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



39067

#### Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Madrid, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el dos (02) de enero de dos mil dieciocho (2018), en la Notaría Única del Círculo de Madrid, compareció:

CLOBI VIVAS CUERO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1089003831, presentó el documento dirigido a HONORABLES MAGISTRADOS-PODER y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

----- Firma autógrafa -----



2458kq4303xy  
02/01/2018 - 17:57:15:973



LICEHT MEDINA BUITRAGO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069756651, presentó el documento dirigido a HONORABLES MAGISTRADOS-PODER y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

----- Firma autógrafa -----



15a8amzeu1j9  
02/01/2018 - 17:58:01:491



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, los comparecientes fueron identificados 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.

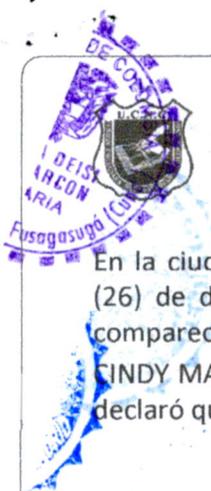


**EDNA IRINA GUZMAN VELEZ**  
Notaria Única del Círculo de Madrid - Encargada

El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 2458kq4303xy

**ESPACIO EN BLANCO**

**ESPACIO EN BLANCO**



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



59991

En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintiséis (26) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069745102 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



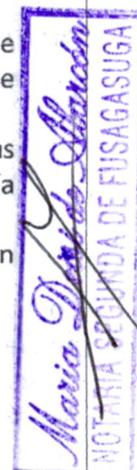
8qnumjdnloa  
26/12/2017 - 14:18:48:500



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 asocia al documento de PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE y en el que aparecen como partes CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO .



MARIA DEISI ARIAS DE ALARCÓN  
Notaria dos (2) del Círculo de Fusagasugá

El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 8qnumjdnloa



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



60020



En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintiseis (26) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0020927066 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Maria Dolores Medina*

----- Firma autógrafa -----



8kbdz5nk1iej  
26/12/2017 - 16:43:25:608



DIANA MILENA BAQUERO MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069733131 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Diana Milena Baquero Medina*

----- Firma autógrafa -----



g2el9skrfjf  
26/12/2017 - 16:44:27:575



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, los comparecientes fueron identificados 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 asocia al documento de PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE y en el que aparecen como partes MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO Y OTRA .



*Maria Deisi Arias de Alarcón*



MARIA DEISI ARIAS DE ALARCÓN  
Notaria dos (2) del Círculo de Fusagasugá

El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 8kbdz5nk1iej

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



58986

En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el once (11) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069739077 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Jeisson Alexis Baquero Medina*

----- Firma autógrafa -----



26b2f5406kz7  
11/12/2017 - 09:32:15:802



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 asocia al documento de PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE y en el que aparecen como partes JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA .

MARILUZ GALEANO ROMERO

Notaria dos (2) del Círculo de Fusagasugá - Encargada



*Mariluz Galeano Romero*  
NOTARIA SEGUNDA DE FUSAGASUGA

El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)

Número Único de Transacción: 26b2f5406kz7

*MARILUZ GALEANO ROMERO  
NOTARIA DEL CIRCULO DE FUSAGASUGA*

21 DIC. 2017

Fusagasugá,

Como Notario Primero de Circulo de Fusagasugá, hago constar

Que en la fecha compareció (eron) Yenny Paola

baquero Medina

con cedula(s) No. (s) 1069728317

da José y declaró(ron)

que el anterior documento es cierto y verdadero, y que la

firma puesta al pie es de su puño y letra, y la misma que

usa(n) y acostumbra(n) en sus actos públicos y privados

en constancia firma(n).

Yenny baquero  
1069728317



ELIZABETH C.  
NOTARIA PRIMERA  
FUSAGASUGA

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



32273



En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintiuno (21) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

YENY PAOLA BAQUERO MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1069728317 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Yeny Paol Baquero*

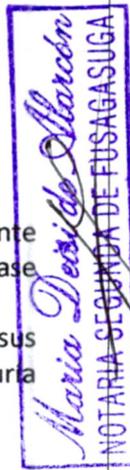
----- Firma autógrafa -----



tr0va60uwn2  
21/12/2017 - 11:51:01:675

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.



*Elizabeth Garcia Romero*



**ELIZABETH GARCIA ROMERO**  
Notaria primera (1) del Círculo de Fusagasugá

*El presente documento puede ser consultado en la página web [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: tr0va60uwn2*

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE FUSAGASUGA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y DEL DERECHO  
OFICINA GENERAL DEL REGISTRAR GENERAL DE LA REPÚBLICA

Yo, el Registrador General de la República, en virtud de las facultades que me confiere el artículo 100 de la Constitución Política de Colombia y el artículo 10 de la Ley 1080 de 2008, he verificado que el documento que se describe a continuación, cumple con los requisitos legales para ser registrado en el Registro General de la República.



El documento que se describe a continuación, es un instrumento público que contiene el contenido que se indica a continuación, y que ha sido suscrito por las partes que se mencionan a continuación, en presencia de los testigos que se mencionan a continuación, y que ha sido firmado por el Registrador General de la República.

En fe de lo cual, he expedido el presente certificado, en Bogotá, D.C., a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

Yo, el Registrador General de la República,

\_\_\_\_\_



Honorables Magistrados

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL DISTRITO JUDICIAL DE CUNDINAMARCA (Reparto)  
SECCIÓN TERCERA  
E.S.D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

OTONIEL GONZALEZ OROZCO, mayor de edad, vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.989.195 expedida en Candelaria (V), abogado titulado y en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 86.319 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de apoderado de DIANA MILENA BAQUERO MEDINA mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.733.131 de Fusagasugá y CLOBI VIVAS CUERO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.086.003.831 de Mosquera, en calidad de madre y padre respectivamente del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.); KAREN LORENA BAQUERO MEDIDA, LICETH MEDINA BUITRAGO, CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO, JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA, YENY PAOLA BAQUERO MEDINA, MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO, todos mayores de edad, identificados con cedula de ciudadanía 1.069.763.096 de Fusagasugá, 1.069.756.651 de Fusagasugá , 1.069.745.102 de Fusagasugá, 1.069.739.077 de Fusagasugá, 1.069.728.317 de Sylvania, 20.927.066 de Sylvania, respectivamente; en calidad de perjudicados por el fallecimiento del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.), fallecido en el municipio de Fusagasugá el día 13 de Abril de 2016 y en calidad de sus causahabientes con interés legítimo sustancial mortis causa en la acción de DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.) de manera comedida me permito formular ante Ustedes, dentro del término legal establecido, demanda administrativa con medio de control de REPARACIÓN DIRECTA en contra de HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E., identificado con el Nit. 890680025-1, con domicilio principal en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca; COOMEVA E.P.S., identificada con el NIT No. 805000427-1, Con domicilio en Fusagasugá- Cundinamarca, red centro oriente. Calle 6 #5-58, Teléfono 8671630; ALCALDÍA DE FUSAGASUGA identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Calle 6 No. 6-24 Centro Administrativo Municipal Fusagasugá-Cundinamarca; SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGÁ, identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Carrera 7 No.6-19 Centro. Teléfono 018000127202 – 8868779; FABIO ALBERTO CHAPARRO, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca; HERNAN PEREZ MUÑOZ, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca; GERARDO ADOLHS MONTES, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca;

DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca para reclamar la indemnización derivada la responsabilidad médica y administrativa con fundamento en la falla en el servicio por la mala praxis médica y negligencia administrativa en la atención médica del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) que derivó en su fallecimiento el día 13 de abril de 2016, con fundamento en los hechos y pruebas que se manifiestan y aportan con esta demanda, así:

## 1. PARTES Y SUS REPRESENTANTES

1.1. **DEMANDANTES:** Los son las siguientes personas para reclamar la indemnización del daño sufrido en su esfera jurídica y para resarcir el daño por el detrimento de sus derechos, valores e intereses jurídicamente protegidos:

1.1.1. **DIANA MILENA BAQUERO MEDINA**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.733.131 de Fusagasugá, en calidad de madre consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.2. **CLOBI VIVAS CUERO** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.086.003.831 de Mosquera, en calidad de padre consanguineo del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.3. **KAREN LORENA BAQUERO MEDIDA**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.763.096 de Fusagasugá, en calidad de Tía consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.4. **LICETH MEDINA BUITRAGO**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.756.651, en calidad de Tía materna consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.5. **CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.745.102, en calidad de Tía materna consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.6. **JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.069.739.077, en calidad de Tío consanguineo del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.7. **YENY PAOLA BAQUERO MEDINA**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.728.317, en calidad de Tía consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

1.1.8. **MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO**, mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número

20.927.066, en calidad de Abuela materna consanguinea del menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.).

## 1.2. APODERADO DE LOS DEMANDANTES:

OTONIEL GONZÁLEZ OROZCO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.989.195 de Candelaria, Valle del Cauca, abogado portador de la Tarjeta Profesional número 86,319 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura.

## 1.3. DEMANDADOS:

- 1.3.1. **ALCALDÍA DE FUSAGASUGA** identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Calle 6 No. 6-24 Centro Administrativo Municipal Fusagasugá-Cundinamarca;
- 1.3.2. **SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGÁ**, identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Carrera 7 No.6-19 Centro. Teléfono 018000127202 – 8868779;
- 1.3.3. **HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.**, identificado con el Nit. 890680025-1, con domicilio principal en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca;
- 1.3.4. **COOMEVA E.P.S.**, identificada con el NIT No. 805000427-1, Con domicilio en Fusagasugá- Cundinamarca, red centro oriente. Calle 6 #5-58, Teléfono 8671630;
- 1.3.5. **FABIO ALBERTO CHAPARRO**, profesional adscrito al Hospital San Rafael E.S.E. quien atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca;
- 1.3.6. **HERNAN PEREZ MUÑOZ**, profesional adscrito al Hospital San Rafael E.S.E. quien atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca;
- 1.3.7. **GERARDO ADOLHS MONTES**, profesional adscrito al Hospital San Rafael E.S.E. quien atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca;
- 1.3.8. **DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ**, profesional adscrito al Hospital San Rafael E.S.E. quien atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca

## 2. LO QUE SE DEMANDA - PRETENSIONES:

Con base en los aspectos fácticos y jurídicos enunciados en la presente demanda solicito mediante sentencia:

- 2.1. Declarar administrativa y extracontractualmente responsable a los DEMANDADOS de los perjuicios morales subjetivados causados al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) y a los DEMANDANTES por la grave afectación moral

y sufrimientos padecidos en la esfera psicológica por falla o falta del servicio de la administración y la pérdida de la oportunidad para recibir un tratamiento médico de urgencia en unidad de cuidados intensivos pediátricos que pudo haber recibido el citado menor, producidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d), derivada de la responsabilidad médica y administrativa que se cimienta en la mala praxis médica y negligencia administrativa en la atención médica del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) que le privó de la posibilidad y oportunidad de haber contado y recibido una oportuna y especializada atención médica en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos que requería de urgencia para salvar su vida como lo determinó el galeno que lo atendió y ordenó su remisión y con lo que habría contado con la posibilidad de lograr una atención que le evitara su trágico deceso ocurrido el día 13 de abril de 2016 y por haber sometido al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) a riesgos injustificados en su salud e integridad personal que coadyuvaron en el desenlace del evento fatal de su muerte lo que no previeron los demandados siendo anticipable, representable y objetivamente previsible, así como un deber legal el haber procurado de manera oportuna y urgente su atención especializada que requería dada su especial condición de indefensión y debilidad.

- 2.2. Que como consecuencia de la responsabilidad administrativa extracontractual antes declarada, condenar a los DEMANDADOS a pagar a cada uno de los DEMANDANTES y a los progenitores del menor en su calidad de sucesores mortis causa, [como reparación integral del daño causado referido a los perjuicios de orden material y moral, subjetivos y objetivados, actuales y futuros, las siguientes cantidades, por los conceptos que se indican a continuación, ello con base en el medio de control de REPARACIÓN DIRECTA consagrado en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, conforme los criterios de reparación que ha establecido el Honorable Consejo de Estado para estos eventos o conforme a lo que resulte probado dentro del proceso, o en su defecto, en forma genérica, para cada uno de los demandantes, así:

**2.2.1.1. PERJUICIOS MORALES SUBJETIVADOS:**

- 2.2.1.1.1. La suma equivalente a CIEN (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a DIANA MILENA BAQUERO MEDINA mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.733.131 de Fusagasugá, en su condición de madre biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.2. La suma equivalente a CIEN (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a CLOBI VIVAS CUERO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.086.003.831 de Mosquera, en su condición de padre biológico del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.3. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a KAREN LORENA BAQUERO MEDINA mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.763.096 de

Fusagasugá, en su condición de tía biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).

- 2.2.1.1.4. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a LICETH MEDINA BUITRAGO mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.756.651 de Fusagasugá, en su condición de tía biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.5. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.745.102 de Fusagasugá, en su condición de tía biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.6. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.739.077 de Fusagasugá, en su condición de tío biológico del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.7. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a YENY PAOLA BAQUERO MEDINA mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.069.728.317 de Sylvania, en su condición de tía biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.8. La suma equivalente a OCHENTA (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del perjuicio moral ocasionado a MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 20.927.066 de Sylvania,, en su condición de abuela biológica del menor, por los sentimientos de congoja y dolor injustamente padecidos por la muerte del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d).
- 2.2.1.1.9. La suma equivalente a CUATROCIENTOS (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes conforme al máximo jurisprudencial para la compensación del daño moral causado al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) y a favor de su progenitores DIANA MILENA BAQUERO MEDINA mayor de edad, domiciliada en Fusagasugá-Cundinamarca identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.733.131 de Fusagasugá y CLOBI VIVAS CUERO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número

1.086.003.831 de Mosquera, en calidad de causahabientes con interés legítimo sustancial mortis causa en la acción de menor hijo DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) por la reclamación de la indemnización que le correspondería al menor hijo DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) por el daño sufrido por éste en su esfera jurídica y para resarcir el daño por el detrimento de sus derechos, valores e intereses jurídicamente protegidos, al haber sido sometido a riesgos injustificados en su salud e integridad personal y por la pérdida de la oportunidad que se le cercenó de recibir una atención integral y de urgencia en una unidad de cuidados intensivos pediátricos que fue solicitada pero que no fue recibida ni siquiera atendida por COOMEVA EPS y tampoco las demás demandados realizaron otras acciones para procurar su traslado a otra entidad de la red hospitalaria que contara con dicha unidad especial de cuidados intensivos pediátricos, siendo anticipables, representables y objetivamente previsibles y que coadyuvaron en el desenlace del evento fatal de su muerte lo que no previeron los demandados, así como la negligencia administrativa de las mencionadas entidades, además de las otras causas que se logren identificar durante el trámite de la presente acción.

- 2.2.2. Las cantidades líquidas reconocidas en la sentencia a las que sean condenadas los demandados o alguno de ellos, devengarán intereses moratorios a partir de la ejecutoria de la respectiva sentencia según lo previsto por el Código Administrativo y de Procedimiento de lo Contencioso Administrativo a partir de la ejecutoria de la respectiva sentencia, conforme lo dispuesto por el artículo 192 de la citada norma.
- 2.2.3. La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos del Código Administrativo y de Procedimiento de lo Contencioso Administrativo.

### 3. HECHOS U OMISIONES QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LA ACCIÓN:

- 3.1. El día 20 de Febrero de 2016, en el municipio de Chía- Cundinamarca., nació el menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (Q.E.P.D) a quien en adelante me referiré como "el menor", identificado en vida con el NUIP 1.069.762.260 de Fusagasugá, siendo sus progenitores la señora DIANA MILENA BAQUERO MEDINA identificada con la cédula de ciudadanía número 1.069.733.131 de Fusagasugá y CLOBI VIVAS CUERO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.086.003.831 de Mosquera.
- 3.2. El menor nació en la Clínica Chía de 33,6 semanas, desarrollando dificultad respiratoria por lo que requirió de oxígeno complementario por cámara cefálica y por ello se ordenó el traslado del recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 3.3. El menor ingresó a terapias respiratorias en la Clínica Chía por el término de cinco días desde el 20-02-2016 hasta el día 25-02-2016, en las cuales mostró una evolución satisfactoria por lo que se autorizó su salida con orden de control y seguimiento por "Plan Canguro".
- 3.4. La señora DIANA MILENA BAQUERO MEDINA, madre del menor, asistió junto con el menor a los controles que se le debían practicar a el menor en la FUNDACIÓN CANGURO los días 04-03-2016, 09-03-2016, 12-03-2016, 17-03-2016, 23-03-2016, y 01-04-2016.

- 3.5. El día 03-04-2016 el menor ingresó al servicio de Urgencias Pediátricas del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, municipio de Cundinamarca, por una congestión de su pecho y con tos, siendo atendido por el Galeno Doctor CHAPARRO FABIO ALBERTO.
- 3.6. El día 04-04-2016, el Doctor CHAPARRO FABIO ALBERTO, diagnostica al menor con BRONCONEUMONIA e informando que se encontraba en regular aspecto general y que se debía hospitalizar con oxígeno por cánula nasal y manejo con antibióticos.
- 3.7. El 05-04-2016 El doctor GERARDO ADOLHS MONTES, revisó al menor determinando que su estado general era regular, con signos de dificultad respiratoria, palidez mucocutánea generalizada; el citado doctor solicitó RX de tórax, administración de E O2 suplementario a 2 LTS por cánula nasal, solicitó ecocardiograma, CH y FSP sospechando anemia.
- 3.8. El 06-04-2016 el Doctor RAUL JAIRO GOMEZ GONZALEZ, solicitó RX de tórax y el ingreso para que se le practicara un ecocardiograma. Asimismo, se consideró continuar igual manejo médico debido a que se evidenciaba mejoría en el estado de salud general y neurológico del menor.
- 3.9. El 07-04-2016 el Doctor CARLOS ALBERTO ROBLEDO CASTILLO, revisó al menor, suspende LEV y continua con igual manejo médico, descartó cardiomegalia, y refirió que el menor se encontraba en el momento hemodinámicamente estable, sin disnea ni signos de dificultad respiratoria.
- 3.10. El 08-04-2016 el Doctor HERNAN PEREZ MUÑOZ, atendió al menor determinando una evolución clínica favorable, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, con suplencia de O2 a 0.5 L/MIN, con mejoría del tono de la piel, más despierto, y se consideró continuar con el igual manejo médico.
- 3.11. El 09-04-2016 el Doctor CARLOS ENRIQUE CAMARGO CRESPO, afirmó que el menor tenía una evolución clínica con miras a mejorar en el día sexto de la hospitalización.
- 3.12. El 10-04-2016 el Doctor CARLOS ENRIQUE CAMARGO CRESPO, realizó un examen físico al menor anotando que el paciente está en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria. Además, consideró continuar destete de oxígeno por lo que se iniciaron trámites de oxígeno domiciliario.
- 3.13. El 11-04-2016 el Doctor HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ, refirió ver en estado general regular al menor con requerimiento de oxígeno nuevamente, comunicó que desde el día anterior, es decir, el 10-04-2016, nuevamente ha persistido con picos febriles y sintomatología respiratoria con disnea y tos paroxística; **se informaron secreciones purulentas**; solicitó hemograma con PCR y RX de torax.
- 3.14. Siendo las 22:14 del 11-04-2016 el mismo Doctor HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ decidió reiniciar el cubrimiento con antibiótico, en esa ocasión de amplio espectro con clindamicina, ceftriaxona y claritromicina. Se dejó cánula

nasal sellada e **inició trámites de remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para manejo integral por falla respiratoria potencial.** (la negrilla es nuestra para destacar el inicio de la falla en el servicio y la pérdida de oportunidad a la cual fue sometido el menor)

3.15. El 12-04-2016 el Doctor HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ, anotó que el menor aproximadamente a las 7:00am se trasladó a la Unidad de Cuidados intensivos del mismo Hospital **dato que éste no contaba con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos;** se realizó entubación endotraqueal, se **escucha con severo componente broncoobstructivo y mucosecresor, se realizó aspiración de abundantes secreciones purulentas. Anota remisión para manejo integral en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos ya que como se mencionó anteriormente, el referido Hospital no contaba con ese servicio.** (la negrilla es nuestra para destacar el inicio de la falla en el servicio y la pérdida de oportunidad a la cual fue sometido el menor)

3.16. El 12-04-2016 el HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, inició la gestión administrativa para remitir al menor a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos **que debía autorizar COOMEVA EPS,** registrando la siguiente actividad tendiente a obtener la remisión del paciente así:

A las 9:05 se llama a COOMEVA EPS sin obtener respuesta.

A las 9:42 vuelven a llamar a COOMEVA EPSy tampoco obtienen respuesta.

A las 9:50 se envió evolución del menor al correo autorizado de COOMEVA EPS, y quedaron a la espera de pronta ubicación por parte de la entidad.

A las 10:12 se llama nuevamente a COOMEVA EPS, se comenta paciente con Viviana Rincón de referencia indicando que continua pendiente.

3.17. El 13-04-2016 el Doctor GERARDO ADOLHS MONTES inició la atención del menor a las 1:45 a.m. **presentando disminución de los valores de SaO2 a pesar del soporte ventilatorio, se evidenció en el monitor taquicardia ventricular con pulso, por inestabilidad hemodinámica, se decidió cardioversión eléctrica en cuatro oportunidades. En dicha intervención se evidenció lo siguiente:**

A la 1:57 se presentó taquicardia ventricular sin pulso por lo cual se inició RCP y desfibrilación con 2julio/kg, luego de lo cual entró en actividad eléctrica, se continuó con RCP y adrenalina dos dosis de 0.01 y 0.02mg/kg.

A las 2:13 revierte el ritmo sinusal, se pensó en la posibilidad de una miocarditis viral dada la presencia de arritmias.

A las 2:18 presentó nuevamente actividad eléctrica sin pulso y se inició RCP, se colocó una dosis de adrenalina de 0.02 mg/kg.

A las 2:23 se presentó nuevamente ritmo sinusal, se evidenció episodios de taquicardia ventricular por lo cual se aplicó una segunda dosis de amoidarona de 5 mg/kg.

A las 2:36 se presentó actividad eléctrica sin pulso se inicia RPC y se colocaron 4 dosis de adrenalina con dosis de 0.01 y 0.02 mg/kg.

El menor continuó con episodios de taquicardia ventricular no sostenida por lo que se colocó dosis de lidocaina 1 mg/kg.

A las 3:10 presentó nuevamente actividad eléctrica sin pulso, se inicio RCP con una dosis de adrenalina de 0.01 mg/kg sin obtener respuesta. Se realizó RCP básico y avanzado por espacio de 8 MTOS sin obtener respuesta.

- 3.18. A las 3:18 del 13 de abril de 2016 se declaró la muerte clínica del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d), en el hospital SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ sin que COOMEVA EPS hubiese autorizado la remisión del menor a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos que requería de urgencia para salvar su vida con lo que le fue coartada la posibilidad, probabilidad y oportunidad de haber contado y recibido una oportuna y especializada atención que le evitara su trágico deceso.
- 3.19. El día 08 de septiembre de 2017 se solicitó audiencia de conciliación prejudicial ante el Procurador Delegado para Asuntos Administrativos con el fin de agotar el requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción Contencioso Administrativa con el fin de impetrar demanda de Reparación Directa contra las aquí demandadas.
- 3.20. El 29 de noviembre de 2017 se llevó a cabo en la Procuraduría 50 Judicial II para Asuntos Administrativos la audiencia de conciliación la cual se declaró fallida como consta en las certificaciones adjuntas en el acápite de pruebas.
- 3.21. El siete (07) de diciembre de 2017 la señora Procuradora No. 50 Judicial para Asuntos Administrativos II de la Procuraduría General de la Nación, expidió constancia de haber agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

#### 4. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA O JURAMENTO ESTIMATORIO.

Bajo la gravedad del juramento, en forma razonada, conforme a lo establecido en los artículos 206 y siguientes de la Ley 1564 de 2012 y en concordancia con el artículo 2.2.4.3.1.1.6, literal h) del Decreto 1069 de 2015, según los fundamentos fácticos y jurídicos de este libelo estimo como tasación total de las pretensiones en la cantidad de UN MIL OCHENTA (1,080) salarios mínimos legales mensuales vigentes los que a la presentación de esta demanda equivalen a la suma de OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS MCTE (\$843'741,360.00) por concepto del total de las pretensiones.

#### 5. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Con la culpa demostrada en que incurrieron los demandantes y la administración se quebrantaron las siguientes disposiciones superiores y legales:

Artículos 2 y 90 de la Constitución Nacional.

Los aspectos tratados nos llevan a aseverar que en este caso se presentó lo que la doctrina ha dado en llamar "falta de previsibilidad de lo previsible", al no haber actuado urgentemente para lograr la reubicación del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) en una entidad de la red hospitalaria del Municipio que tuviese unidad de

cuidados intensivos pediátricos como fue determinado por los mismos galenos del Hospital demandado no obstante saber que no contaban con los recursos para proveer al citado menor de una atención de urgencias pertinente para procurarle todos los recursos médicos y hospitalarios que se requerían para intentar salvar su vida y lograr su recuperación en salud y por el contrario, lo expusieron a riesgos infecciosos adicionales al no tenerlo aislado y por el contrario mantenerlo en una habitación con otros pacientes con diferentes enfermedades infectocontagiosas que lo expusieron a nuevos riesgos para su salud, de suerte que los demandados no actuaron como debían hacerlo, acaeciendo una falla en el servicio como está secuencialmente señalado en los supuestos fácticos de la demanda.

Es incuestionable, entonces, que el daño sufrido por el menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) fue causado por una falla de la administración y de Coomeva, lo cual permite afirmar que se le vulneraron sus derechos al no protegerlo en su vida, e incumpliendo de esta forma los deberes fundamentales consagrados en la Carta Política y las normas sobre seguridad social en salud.

Si un estamento del Estado incumple el ordenamiento tutelar de los derechos ciudadanos, es lógico que ello implica para él una serie de obligaciones, que no se vieron acatadas en relación con la víctima y, por ello, no protegió su vida. Estas faltas o fallas cometidas por la persona de derecho público, son las que se deben corregir, porque los agentes de la administración no procedieron como era su deber haberlo hecho.

Sea suficiente el concepto que antecede para sostener con fundamento, que el hecho dañoso es imputable a los demandados sin que exista causa exonerativa de responsabilidad porque el daño no se produjo por culpa de la víctima, ni por la ocurrencia de una fuerza mayor o caso fortuito, que sirvieran de fundamento para hablar con certeza del acaecimiento de un hecho imprevisible.

La jurisprudencia del honorable Consejo de Estado es abundante cuando, al desarrollar los principios atinentes a la responsabilidad pública, ha sentado: "... De ahí que bien puede predicarse que la responsabilidad del Estado se desprende de la obligación que nace para éste de reparar los perjuicios causados, bien sea a la sociedad o a uno de sus miembros, como consecuencia del no cumplimiento, o del defectuoso cumplimiento o tardío cumplimiento de los deberes fundamentales consagrados en la Constitución... Pero, se repite, la responsabilidad estatal surgirá siempre que las autoridades pudiendo y debiendo hacerlo para el caso específico dejen que se desconozcan los derechos a la vida, honra y bienes de las personas residentes en el país por parte de otras personas o cuando el mismo Estado vulnera tales derechos...".

Fundamento igualmente la presente acción en el artículo 49 y 90 de la Constitución Política, artículo 1, 152, 154, 177 y ss de la Ley 100 de 1993, artículo 63 del Código Civil, así como las reiteradas sentencias del Honorable Consejo de Estado en la materia y puntualmente en la Sentencia de dicha Corporación, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, CP: Ramiro De Jesus. Pazos Guerrero, del veintinueve (29) de abril de dos mil quince (2015), identificada con radicación número: 17001-23-31-000-1998-00667-01(25574) en la cual conceptúa la acción de Reparación Directa por omisión y falla en la atención médica primaria, así como la culpa grave del Agente Estatal, funcionario o empleado. Asimismo, la Sentencia referida es clara en señalar que:

*"Por virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ratificado por Colombia 17, los estados signatarios reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", garantía que la Carta Política de 1991 tradujo en el deber estatal de garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*La Sala interpreta ese derecho social no sólo como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna, responsable, diligente y de acuerdo con la lex artis; debe traducirse por tanto, en que a quien en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud.*

*Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe entenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada." (Negrita y subrayado fuera de texto).*

Así las cosas, los aquí demandados soslayaron la *lex artis* en razón a que la diligencia médica y administrativa exigible no se calibró de manera idónea entre los intervinientes y responsables del cuidado, protección y recuperación del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) referido a su estado de salud ocasionando el daño antijurídico que devengó en el deceso de la víctima y cuyo nexos causal eficiente, indudablemente, fue la inobservancia de la *lex artis* cuya imputabilidad recae en la Administración así como en Coomeva E.P.S. pues la conducta referida constituye una actuación censurable que tuvo incidencia directa en el desenlace fatídico que estuvo determinado por la negligencia, como se prueba en las anotaciones del historial clínico, tanto de Coomeva E.P.S. como del Hospital San Rafael E.S.E. al no realizar una pronta y adecuada remisión del menor a la unidad de cuidados intensivos que requería en razón a su vulnerabilidad, por ende, la consecuencia lesiva, se puede concluir, se produjo por la falta de comunicación y buen funcionamiento de las entidades cuestionadas y sus funcionarios y/o empleados.

Igualmente, en Sentencia del Honorable Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Danilo rojas Betancourth, del treinta y uno de mayo de 2016, identificada con número de radicación 630012331000200300261, señala la pérdida de oportunidad como:

*"En cuanto a la producción del daño de pérdida de oportunidad invocado en la demanda y definido en la sentencia apelada, se ha señalado que el mismo consiste en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo, posibilidad benéfica que, sin perjuicio de que no es posible avizorar con toda certeza y sin margen de duda que se hubiese materializado en la situación favorable que se esperaba, no se puede desconocer que existía y que poseía una probabilidad considerable de haberse configurado en ésta. Es así como se ha indicado que la posibilidad truncada se trata de una clase autónoma de menoscabo, "caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado (...)". De esta manera, la pérdida de oportunidad, como daño autónomo, demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un*

*derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida mayor constituye un bien jurídicamente protegido cuya afección debe limitarse a la oportunidad en sí misma, con prescindencia del resultado final incierto, esto es, al beneficio que se esperaba lograr o a la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen otros tipos de daño. En otros palabras, se ha distinguido entre el daño consistente en la imposibilidad definitiva de obtener un beneficio o de evitar un perjuicio, caso en el cual el objeto de la indemnización es, precisamente, el beneficio dejado de obtener o el perjuicio que no fue evitado, y aquel que tiene que ver con la pérdida de una probabilidad que, aunque existente, no garantizaba el resultado esperado, pese a que sí abría la puerta a su obtención en un porcentaje que constituirá el objeto de la indemnización. Asimismo, se ha destacado que para que resulte procedente indemnizar la pérdida de una oportunidad, es indispensable que la ocasión exista y sea cierta, puesto que si se trata de una posibilidad muy vaga o genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual, que no resulta indemnizable. Esto significa que, para que pueda acreditarse la existencia del daño, el demandante deberá probar que "el no haber podido obtener la ventaja que esperaba es consecuencia de no haber gozado de la oportunidad que normalmente le habría permitido obtenerla"(Negrita y subrayado fuera de texto).*

En reciente sentencia del H. Consejo de Estado, del 5 de abril de 2017, C. P. Ramiro Pazos Guerrero, se hizo mención a la pérdida de la oportunidad como un criterio de imputación al indicar que:

(...) existen dos variantes jurisprudenciales que han sido adoptadas por la posición mayoritaria de la Sección Tercera del Consejo de Estado y replicadas por la doctrina: la primera, con fundamento en la causalidad probabilística, afirma que la responsabilidad es proporcional en función de la probabilidad de la causa, esto es, que se imputa al actor una fracción o porcentaje del perjuicio final, en virtud de la posibilidad de que con su conducta haya incidido en la producción del daño –teoría relacionada con la imputación; la segunda, considera que la pérdida de oportunidad representa un fundamento de daño, cuya reparación se efectúa no en función de la probabilidad de existencia del vínculo de causalidad entre el hecho dañoso y el daño final, sino en función de la frustración de la expectativa legítima –teoría relacionada con el daño (Consejo de Estado, 2017)."

Aunado lo anterior, es claro que el Hospital San Rafael E.S.E. tenía conocimiento de la evolución crítica del estado de salud del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) y de los antecedentes que padeció en su estado de salud que le hacían prever razonablemente una praxis médica especializada tal como consta en la Historia Clínica y, sin embargo, decidió continuar con el tratamiento que le estaba impartiendo concretando así una conducta omisiva y descaradamente negligente, cercenando la posibilidad de remisión de la víctima a un hospital de mayor complejidad en el que se hubiere podido materializar una situación más favorable del estado de salud del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) y no cuando éste ya presentaba unas condiciones de salud altamente gravosas y con un daño antijurídico ya consolidado en razón a su vulnerabilidad por su estado de neonato que tuvo al momento de su nacimiento.

**Ley 100 de 1993, asigna a las EPS la función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados,**

por lo que los daños sufridos por los usuarios con ocasión de la prestación del servicio de salud les son imputables a aquellas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

El artículo 179 de la ley 100 de 1993 es fundamento de la posición jurisprudencial del Consejo de Estado con relación a la solidaridad que se predica de la EPS, en este caso COOMEVA EPS y la IPS que presta el servicio, en este asunto el Hospital San Rafael E.S.E. de Fusagasugá y los médicos y equipo de trabajo que participaron en el acto médico.

**El alto tribunal indicó que en el caso de los médicos y especialistas la responsabilidad se atribuye tras considerar las acciones, omisiones o procesos individuales que, según un marco valorativo, incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y dependiendo del control o dominio en la producción del mismo.**

De este modo se atribuye el hecho dañoso a un agente determinado, quien responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluyan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil (M. P. Ariel Salazar). **Corte Suprema de Justicia Sala Civil, Sentencia SC-139252016 (05001310300320050017401), sep. 30/16**

Son igualmente fundamento jurídico de la presente demanda lo dispuesto en la Constitución Política de Colombia en sus artículos 2o, 6o, 11, 90.

Así mismo lo establecido por el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo: artículos 136 -numeral 8°-a 139, 140, 206 y demás disposiciones concordantes.

Finalmente, invoco la Jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado para casos semejantes, especialmente las de 27 de abril de 1989 expediente 4992; del 20 de febrero de 1989, expediente 4655; de 31 de julio de 1989, expediente 2852; la sentencia de diciembre 5 de 1991, expediente 6543; y de junio 26 de 1992, expediente 6808.

## **6. SOBRE EL DAÑO ANTIJURÍDICO OCASIONADO A LOS DEMANDANTES:**

Por el actuar ilegal antes descrito perpetrado por los DEMANDADOS, los DEMANDANTES en su orden sufrieron los siguientes padecimientos en su espera psicológica:

- 6.1.1.** El menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.) recibió tratamiento médico que no estuvo acorde con sus antecedentes de salud que eran de conocimiento del Hospital San Rafael E.S.E. lo que le hacían prever razonablemente una praxis médica especializada tal como consta en la Historia Clínica y, sin embargo, decidió continuar con el tratamiento que le estaba impartiendo concretando así una conducta omisiva y descaradamente negligente, sometiéndolo a riesgos infectocontagiosos al ubicarlo en una habitación con otros pacientes menores enfermos, no aislarlo y además, cercenando la oportunidad de remitirlo de manera inmediata a un hospital de mayor complejidad en el que pudiese ser atendido en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con la que no contaba y así se hubiere podido materializar una situación más favorable del estado de salud del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) y no cuando éste ya presentaba unas condiciones de salud altamente gravosas y con un daño antijurídico ya consolidado en razón a su vulnerabilidad por su estado de neonato que tuvo al momento de su nacimiento.

- 6.1.2. A su turno, la conducta negligente y omisiva de Coomeva E.P.S. al no autorizar y tramitar de manera urgente como le fue solicitado la remisión del menor a la unidad de cuidados intensivos que requería en razón a su vulnerabilidad, le ocasionó una pérdida de oportunidad de contar con una atención médica especializada con la que se hubiese podido materializar una situación más favorable del estado de salud del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.), autorización y remisión que nunca llegó.
- 6.1.3. **Los demandantes han sufrido los perjuicios que se han expresado en esta demanda en razón a su relación materno, paterno y filial con el menor fallecido DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO** identificad con NUIP 1069762260(q.e.p.d.) dado que conformaban una unidad familiar que estuvo presente durante todo el embarazo que dio origen al nacimiento del citado menor, asistieron acompañaron su proceso de nacimiento y su posterior enfermedad y estuvieron muy atentos de los requerimientos y la asistencia familiar que requirió el citado menor, quienes al ver impotentes el fatal desenlace que llevó a su muerte fueron entonces afectados en su esfera psicológica como será demostrado.

## 7. PETICIÓN DE LAS PRUEBAS QUE PRETENDO HACER VALER A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE:

### 7.1. DOCUMENTALES:

- 7.1.1. Certificados de Registro Civil de Nacimiento de los demandantes.
- 7.1.2. Certificado de defunción del menor David Santiago Vivas Baquero.
- 7.1.3. Copia de historia clínica del menor David Santiago Vivas Baquero con exámenes practicados.
- 7.1.4. Certificados de Existencia y Representación Legal de las sociedades demandadas.
- 7.1.5. Copia de la certificación expedida por la Procuraduría 50 Judicial II para Asuntos Administrativos en la cual consta que no se logró acuerdo conciliatorio entre las partes del presente litigio.
- 7.1.6. Las que se acompañan con la demanda, relacionadas en el acápite anexos, y las allegadas con posterioridad.

### 7.2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 7.2.1. Solicito respetuosamente ante el Honorable Tribunal, con fundamento en el artículo 198 de la Ley 1564 de 2012, se cite al representante legal del HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E., identificado con el Nit. 890680025-1, con domicilio principal en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca con el fin de que conteste el interrogatorio de parte que le formularé sobre los hechos que son materia del presente litigio con el fin de probar a título de falla la falencia en la atención medico administrativa y pérdida de la oportunidad por no haber tramitado y logrado de manera ágil la remisión del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) hacia el nivel de atención que éste requería dada la compleja condición de salud que venía presentando y que agravó su salud lo cual causó el desenlace fatal de su deceso.
- 7.2.2. Solicito respetuosamente ante el Honorable Tribunal, con fundamento en el artículo 198 de la Ley 1564 de 2012, se cite al representante legal de COOMEVA E.P.S., identificada con el NIT No. 805000427-1, Con domicilio en Fusagasugá-

Cundinamarca, red centro oriente. Calle 6 #5-58, Teléfono 8671630, con el fin de que conteste el interrogatorio de parte que le formularé sobre los hechos que son materia del presente litigio con el fin de probar a título de falla la falencia en la atención medico administrativa y la perdida de oportunidad por no haber tramitado y logrado de manera ágil la remisión del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) hacia el nivel de atención que éste requería dada la compleja condición de salud que venía presentando y que agravó su salud lo cual causó el desenlace fatal de su deceso.

- 7.2.3. Solicito respetuosamente ante el Honorable Tribunal, con fundamento en el artículo 198 de la Ley 1564 de 2012, se cite a los demás demandados, con el fin de que conteste el interrogatorio de parte que le formularé sobre los hechos que son materia del presente litigio con el fin de probar a título de falla la falencia en la atención medico administrativa y la perdida de oportunidad a la que fue sometido el menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) que permitieron el desenlace fatal de su deceso.

### 7.3. PRUEBA PERICIAL

Solicito respetuosamente ante el Honorable Tribunal, con fundamento en el artículo 234 de la Ley 1564 de 2012, los servicios del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses con domicilio principal en la Calle 7A No. 12A-51 de la ciudad de Bogotá, D.C. con el fin de que realice la peritación necesaria con el fin de que se acredite que existió una falla en la prestación del servicio médico administrativo a cargo de las entidades aquí demandadas que sirvió de causa eficiente al daño ocasionado al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d), por haberlo sometido a riesgos injustificados en su salud e integridad personal por la falencia en la atención médica y errores administrativas así como la perdida de oportunidad por no haber tramitado y logrado de manera ágil la remisión del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.) hacia el nivel de atención que éste requería dada la compleja condición de salud que venía presentando y que agravó su salud lo que coadyuvaron en el desenlace del evento fatal de su muerte.

### 8. ANEXOS:

Las documentales aportadas con esta demanda, poder a mi favor, copia de la demanda y sus anexos, estos en archivo digital en CD por su tamaño, para cada una de las demandadas y para el archivo del juzgado y para el ministerio público.

### 9. DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES.

Mis mandantes y el suscrito apoderado recibiremos notificaciones en la siguiente dirección: Calle 12 C No. 8-79 Of. 514 Edificio Bolsa, Bogotá D.C., teléfono 3345148, celular 3107878795. Correo Electrónico [otogonzalez@otogonzalezsas.com](mailto:otogonzalez@otogonzalezsas.com)

Las convocadas,

- 9.1. ALCALDÍA DE FUSAGASUGA identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Calle 6 No. 6-24 Centro Administrativo Municipal Fusagasugá-Cundinamarca. Telefono: 57(1)8868181, Correo-electrónico [atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co)

- 84  
23
- 9.2. SECRETARIA DE SALUD identificada con el NIT No. 890.680.008-4, con domicilio principal en Fusagasugá. Carrera 7 No.6-19 Centro. Teléfono 018000127202 – 8868779. Correo Electrónico [secretariadesalud@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:secretariadesalud@fusagasuga-cundinamarca.gov.co)
- 9.3. COOMEVA E.P.S., identificada con el NIT No. 805000427-1, Con domicilio en Fusagasugá- Cundinamarca, red centro oriente. Calle 6 #5-58, Teléfono (091) 873 4142. Correo electrónico [atentoscoomeva.comeva.com.co](mailto:atentoscoomeva.comeva.com.co)
- 9.4. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, identificado con el Nit. 890680025-1, con domicilio principal en Fusagasugá-Cundinamarca. Trasp.12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Teléfono:8672900. Correo Electrónico [prensaospitalfusagasuga@gmail.com](mailto:prensaospitalfusagasuga@gmail.com)
- 9.5. FABIO ALBERTO CHAPARRO, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.
- 9.6. HERNAN PEREZ MUÑOZ, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.
- 9.7. GERARDO ADOLHS MONTES, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.
- 9.8. DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ, profesional que atendió al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO del cual se conoce el domicilio de su lugar de trabajo ubicado en la Transversal 12 No. 22-51, Barrio San Mateo. Fusagasugá-Cundinamarca.
- 

Cordialmente;



**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**  
C.C No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P No 86.319 del C. S. de la J.

**NOTARIA 4**

**PRESENTACION PERSONAL**

El anterior memorial fue presentado personalmente por

**GONZALEZ OROZCO OTONIEL**

quien se identifico con C.C. 16989195 y T.P. 86319 ante la suscrita Notaria

Bogotá D.C., 2018-07-12 12:24:03 cp4de661

Ingrese a [www.notariainmexa.com](http://www.notariainmexa.com) para verificar este documento.  
Codigo verificación: 203pw



VIDAL AUGUSTO MARTINEZ VELASQUEZ  
NOTARIO (E) 4 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.



*[Handwritten signature]*



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CONDENA MERCADERES**  
**SECRETARIA SECCION TERCERA**

La anterior demanda en: 23 folios fue presentada personalmente por

quien exhibió la C.C. de C. N.º: \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_

y la Tarjeta Profesional de Abogado N.º \_\_\_\_\_

Santafé de Bogotá D.C. 12 JUL 2018

Anexos con el original documentos en: \_\_\_\_\_ folios.

Copias de demandas: Con anexos 7 con cd. Sin anexos: \_\_\_\_\_

ON CD.

SECRETARIO *[Signature]*





25

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO



Fecha: 12/jul/2018

Página

1

NUMERO DE RADICACIÓN

**25000233600020180067300**

CORPORACION

GRUPO

SECUENCIA:

FECHA DE REPARTO

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA

CD. DESP

009

2112

12/07/2018 04:45:49p.m.

REPARTIDO AL DESPACHO

**MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO - PROCURAI**

IDENTIFICACION

NOMBRE

APELLIDO

PARTE

1069733131

DIANA MILENA BAQUERO MEDINA

DEMANDANTE

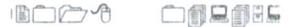
HDFUSAG

HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y

DEMANDADO

OTROS

BOG80TAS8TE1



מדינת ישראל - רשות המבחן - תל אביב

mlarav

PRESIDENTE

REPARACION DIRECTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA  
SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN "C"  
Carrera 57 # 43-91 Piso 1° CAN

**INFORME AL DESPACHO**

Bogotá D.C. 31 agosto de 2018

**RADICADO:** 250002336000201800673-00  
**ACCION:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** DIANA MILENA BAQUERO MEDINA  
**DEMANDADO** HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS  
**INSTANCIA:** PRIMERA **TIPO:** N/A

Se informa a la H. Magistrada Dra. **MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**, que el expediente de la referencia, ingresa al despacho **por reparto**, , Sírvase proveer de conformidad.

Fecha de reparto: 20 DE JUNIO DE 2018

Anexos: 1 CUADERNO ADICIONAL 63 FOLIOS , 1CD-9 TRASLADOS, 8 CON CD

  
MARGARITA LUCÍA RUIZ VELASCO  
SECRETARÍA

Elaboró y revisó  
Escribiente: Mercedes MS

SUSPENSION DE TERMINOS

- 30 de julio de 2014
- 1 de agosto hasta el 8 de agosto de 2014
- 12 de enero de 2016 hasta el 5 de febrero de 2016
- 16 de mayo de 2017
- 6 de junio hasta 7 de junio de 2017
- 7 de septiembre de 2017
- 17 Y 18 de mayo de 2018 ACUERDO CSJBTA18-35 // CIERRE EXTRAORDINARIO

República de Colombia



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA  
SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN "C"  
ORALIDAD

Bogotá, D.C.; Doce (12) de Septiembre de Dos Mil Dieciocho (2018)

**Magistrada Ponente: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**

<b>Medio de Control</b>	REPARACION DIRECTA
<b>Radicación</b>	250002336000201800673-00
<b>Demandante</b>	DIANA MILENA BAQUERO MEDINA
<b>Demandado</b>	HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS
<b>Asunto</b>	REMITE POR COMPETENCIA

De conformidad con el artículo 168 de la Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, procede el Despacho a resolver sobre la competencia para conocer del medio de control de la referencia.

**I. ANTECEDENTES.**

La señora **DIANA MILENA BAQUERO MEDINA Y OTROS**, a través de apoderado judicial interpone ante esta Corporación demanda contencioso administrativa en ejercicio del medio de control de reparación directa en contra el **HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS**; con el fin de que se le declare administrativa y extracontractualmente responsable de los perjuicios morales subjetivos causados al menor **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO** (q.e.p.d.).

Revisadas las pretensiones de la demanda, se analizará el factor de competencia en razón de la cuantía.

**II. CONSIDERACIONES.**

En el Título III de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo) se regulan en detalle cada uno de los medios de control previstos para la acción contenciosa administrativa, y en el artículo 140 del mismo estatuto se establece el medio de reparación directa.

En el Título IV de la misma Ley, se reglamente de la distribución de competencias de los asuntos contenciosos administrativos entre el Consejo de Estado, los Tribunales Administrativos y los Juzgados Administrativos, en especial frente al medio de control de reparaciones directas, es así como en el numeral 6º del

artículo 152, se establece la competencia de los Tribunales Administrativos, siendo:

**"Artículo 152. Competencia de los tribunales administrativos en primera instancia. Los Tribunales Administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:**

(...)

6. **De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.**

(...)" (Subrayado y negrillas fuera del texto).

De conformidad con lo anterior, serán de conocimiento de los Tribunales Administrativos, solamente los asuntos relativos a reparación directa cuya cuantía supere los quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes para el momento en que se promueve este medio de control.

Así mismo, el artículo 157 del estatuto en comento regula la forma en que se debe determinar la cuantía, a efectos de establecer la competencia de las autoridades de esta jurisdicción:

**"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. En asuntos de carácter tributario, la cuantía se establecerá por el valor de la suma discutida por concepto de impuestos, tasas, contribuciones y sanciones.**

**Para los efectos aquí contemplados, cuando en la demanda se acumulen varias pretensiones, la cuantía se determinará por el valor de la pretensión mayor.**

(...)

**La cuantía se determinará por el valor de las pretensiones al tiempo de la demanda, sin tomar en cuenta los frutos, intereses, multas o perjuicios reclamados como accesorios, que se causen con posterioridad a la presentación de aquella.**

(...)" (Subrayado y negrillas fuera del texto).

Visto lo anterior, este Juez colegiado considera que la determinación de la cuantía en una acción ordinaria ejercida por el medio de control de reparación directa debe responder a la estimación razonada que se efectúe en la demanda, sin que puedan considerarse para el efecto, los perjuicios reclamados como morales, a excepción de que sea la única petición.

Adicionalmente, cuando se acumulen pretensiones que por su naturaleza sean disímiles o tengan origen diferente, o se formulen pretensiones por varios demandantes, se tendrá en cuenta para la determinación de la cuantía únicamente la pretensión mayor, lo que significa que no se podrán sumar o acumular las pretensiones con el objeto de elevar la valoración de la cuantía.

23

Además, la cuantía se determinará por el valor de las pretensiones al tiempo o momento en que se promueve la demanda, sin que se pueda extender la cuantificación a los perjuicios reclamados que se causen o generen con posterioridad a la presentación de la acción.

Advierte el Despacho que la cuantía dentro de un proceso reviste de especial importancia pues es un factor determinante para establecer la competencia funcional para conocer del litigio, es un factor objetivo de obligatoria mención por la parte al momento de interponer la demanda, a partir de elementos materiales reales, razonados y serios que permitan establecer el juez natural dispuesto por la Ley para impartir el trámite judicial correspondiente al litigio, haciendo efectiva la garantía de acceso a la justicia y seguridad jurídica, toda vez que la competencia tiene la característica de ser inmodificable e indelegable, por lo cual no es posible otorgar el conocimiento del asunto a un Juez a quien el ordenamiento jurídico no le ha conferido dicha facultad. De esta manera, la observancia de la cuantía debe obedecer a la expresa exigencia legal, y no a un capricho del juez o una Corporación judicial, pues, el desconocimiento de la regla de competencia puede acarrear una nulidad procesal insanable que redundaría en un desgaste innecesario del aparato jurisdiccional.

En esta medida, analizado el contenido de una acción ordinaria contencioso administrativa ejercida por el medio de control de reparación directa, la estimación de la cuantía debe ser mayor a los quinientos (500) salarios mínimos legales vigentes, para que sea competencia del Tribunal Administrativo. Así mismo, debe tenerse en cuenta que las pretensiones deberán individualizarse, por lo que no se tendrán en cuenta perjuicios reclamados como accesorios, ni posteriores a la presentación de la demanda, ni lo reclamado por daño moral o extrapatrimonial cuando se soliciten otras indemnizaciones.

El artículo 168<sup>1</sup> del C.P.A.C.A., establece que en caso de falta de competencia, mediante decisión motivada, el juez ordenará remitir el expediente al competente a la mayor brevedad posible.

### III. ANALISIS DEL CASO CONCRETO.

Recuerda el Despacho que la activa, interpone ante esta Corporación demanda de reparación directa en contra del **HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS**; con el fin de que se le declare administrativa y extracontractualmente responsable de los perjuicios morales subjetivos causados al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.).

Ahora bien, advierte el Despacho que no es competente para conocer del presente asunto, toda vez que no se pueden acumular ni sumar pretensiones por diferentes conceptos (materiales y morales); ni se pueden tener en cuenta para ello los perjuicios morales excepto que solo sean estos los que se solicitan; en consecuencia, se tiene que la pretensión mayor de este asunto es moral

<sup>1</sup> LEY 1437 DE 2011.

"Artículo 168. Falta de jurisdicción o de competencia. En caso de falta de jurisdicción o de competencia, mediante decisión motivada el Juez ordenará remitir el expediente al competente, en caso de que existiere, a la mayor brevedad posible. Para todos los efectos legales se tendrá en cuenta la presentación inicial hecha ante la corporación o juzgado que ordena la remisión." (Subrayado y negrillas fuera del texto)

subjetivado, la cual asciende según la estimación razonada que se imprime en el escrito introductorio a la suma de TRECIENTOS DOCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$312,496,800.00), valor que **no excede los quinientos (500) SMMLV** que establece el numeral 6º del artículo 152 del CPACA, para competencia de esta Corporación.

En esta medida, al no exceder la pretensión mayor los montos establecidos como de competencia del Tribunal Administrativo. el presente asunto corresponde por competencia a los Juzgados Administrativos del Circuito Judicial de Bogotá; contrastado el factor territorial en término del numeral 6 del artículo 156 del C.P.A.C.A. lo que se remitirá el expediente para su conocimiento.

En mérito de lo expuesto, el Despacho

**RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR** que esta Corporación carece de competencia para conocer de la presente acción de reparación directa.

**SEGUNDO:** En consecuencia, por Secretaría de esta Sección y previas las constancias del caso, **ENVIAR** a la mayor brevedad el expediente a los Jueces Administrativos del Circuito Judicial de Bogotá – Sección Tercera (Reparto), para lo de su cargo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

  
**MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
Magistrada

WPT

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA SECCIÓN TERCERA  
Por anotación en ESTADO notifico a las partes la  
providencia anterior hoy **13 SET. 2018**  
a las 8 a. m.

  
FIRMA

**Seccion 03 Subseccion 02 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Seccional Bogota -Notif**

**De:** Seccion 03 Subseccion 02 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Seccional Bogota - Notif

**Enviado el:** jueves, 13 de septiembre de 2018 9:56 a. m.

**Para:** otogonzalez@otogonzalezsas.com

**Asunto:** MCQF- ENVIO MENSAJE DE DATOS ART. 201 CPACA EXP. 25000-2336-000-2018-00673 DTE: DIANA MILENA BAQUERO MEDINA- REPARACION DIRECTA- AUTO REMITE POR COMPETENCIA MAG. MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

**Datos adjuntos:** ESTADO ORAL No.0037 DE SEPTIEMBRE 13 DE 2018 - MCQF.pdf

**BUEN DÍA,**

**DE MANERA ATENTA ME PERMITO COMUNICARLE QUE MEDIANTE ESTADO DE FECHA 13 DE SEPTIEMBRE DE 2018 SE NOTIFICÓ LA PROVIDENCIA DEL PROCESO DE LA REFERENCIA, PROFERIDA POR LA MAGISTRADA MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO, LA CUAL SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EN ESTA SECRETARÍA.**

**LO ANTERIOR EN VIRTUD DEL ART. 201 DEL CPACA. SE ADJUNTA COPIA DEL ESTADO.**

**NOTA: SE INFORMA QUE ESTE CORREO ES UNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA EL ENVIO DE NOTIFICACIONES JUDICIALES Y MENSAJES DE DATOS DE ESTA CORPORACIÓN, LOS MEMORIALES SERAN RECIBIDOS EN LA VENTANILLA DE ESTA SECRETARIA, SE ADVIERTE QUE TODO CORREO ELECTRONICO QUE SE ALLEGUE A TRAVES DE ESTE MEDIO NO SERÁ LEIDO NI TENIDO EN CUENTA. GRACIAS**

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECRETARIA SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN "C"**  
**CARRERA 57 NO. 43- 91, PISO 1**  
**SEDE JUDICIAL CAN**  
**TELEFONO: 555 39 39**  
**BOGOTÁ D.C.**

30

**Seccion 03 Subseccion 02 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Seccional Bogota -Notif**

---

**De:** Microsoft Outlook  
**Para:** otogonzalez@otogonzalezsas.com  
**Enviado el:** jueves, 13 de septiembre de 2018 9:56 a. m.  
**Asunto:** Retransmitido: MCQF- ENVIO MENSAJE DE DATOS ART. 201 CPACA EXP. 25000-2336-000-2018-00673 DTE: DIANA MILENA BAQUERO MEDINA- REPARACION DIRECTA- AUTO REMITE POR COMPETENCIA MAG. MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

**Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:**

[otogonzalez@otogonzalezsas.com](mailto:otogonzalez@otogonzalezsas.com) (otogonzalez@otogonzalezsas.com)

Asunto: MCQF- ENVIO MENSAJE DE DATOS ART. 201 CPACA EXP. 25000-2336-000-2018-00673 DTE: DIANA MILENA BAQUERO MEDINA- REPARACION DIRECTA- AUTO REMITE POR COMPETENCIA MAG. MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO



MCQF- ENVIO  
MENSAJE DE DAT...



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCIÓN TERCERA SUB-SECCIÓN C**  
**MAGISTRADA: MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
Carrera 57 # 43-91 Piso 1° CAN

**OFICIO No. MCQF-449-2018**

Bogotá, D.C., Octubre 22 de 2018

Señores

**OFICINA DE APOYO DE LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE BOGOTA - REPARTO**

Carrera 57 No. 43-91  
Bogotá

**REF:**

**EXPEDIENTE N°** 250002336000201800673-00  
**ACCION:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** DIANA MILENA BAQUERO MEDINA  
**DEMANDADO:** HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS  
**MAGISTRADA** MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Cordial saludo:

En cumplimiento a lo dispuesto por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera - Subsección "C", en providencia del Doce (12) de Septiembre de 2018 notificado por estado el Trece (13) de Septiembre de 2018, dentro de las presentes diligencias atentamente remito a usted el expediente citado en la referencia el cual consta de:

❖ **2 CUADERNOS 30 Y 63 FOLIOS, 1CD, 9 TRASLADOS 8 CON CD**

Lo anterior por ser competencia de ese Juzgado.

Cordialmente,

  
MARGARITA LUCÍA RUIZ VELASCO  
SECRETARÍA

Elaborado: Escribiente  
Mercedes Moreno



32

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCIÓN TERCERA SUB-SECCIÓN C**  
**MAGISTRADA: MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
**Carrera 57 # 43-91 Piso 1° CAN**

**OFICIO No. MCQF-449-2018**

Bogotá, D.C., Octubre 22 de 2018

Señores

**OFICINA DE APOYO DE LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ - REPARTO**

Carrera 57 No. 43-91

Bogotá

**REF:**

**EXPEDIENTE N°** 250002336000201800673-00  
**ACCION:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** DIANA MILENA BAQUERO MEDINA  
**DEMANDADO:** HOSPITAL DE FUSAGASUGA EPS Y OTROS  
**MAGISTRADA** MARIA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Cordial saludo:

En cumplimiento a lo dispuesto por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera - Subsección "C", en providencia del Doce (12) de Septiembre de 2018 notificado por estado el Trece (13) de Septiembre de 2018, dentro de las presentes diligencias atentamente remito a usted el expediente citado en la referencia el cual consta de:

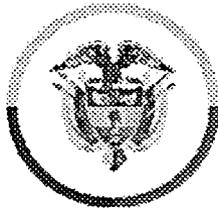
❖ **2 CUADERNOS 30 Y 63 FOLIOS, 1CD, 9 TRASLADOS 8 CON CD**

Lo anterior por ser competencia de ese Juzgado.

Cordialmente,

**MARGARITA LUCIA RUIZ VELASCO**  
**SECRETARÍA**

*Elaborado: Escribiente  
Mercedes Moreno*



Rama Judicial  
**Consejo Superior de la Judicatura**  
REPARTICIÓN DE FUNCIONES  
 República de Colombia

33

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha 30/oct/2018

Página 1

NUMERO DE RADICACIÓN

110013343063201800369 00

CORPORACION	GRUPO	REPARACION DIRECTA	
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE BO	CD. DESP	SECUENCIA	FECHA DE REPARTO
REPARTIDO AL DESPACHO	119	3620	30/10/2018 11:07:41AM

**JUZGADO 63 ADMINISTRATIVO SEC TERCERA ORAL BOGOTA**

IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	PARTE	<input type="checkbox"/>
1069733131	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA		01	<input type="checkbox"/>
16989195	OTONIEL GONZALEZ OROZCO		03	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: REPARACION DIRECTA  
 REM TAC SECCION 3 EXP 2018-00673

BOAJA009V09  
 CUADERNOS 2 0  
 FOLIOS: 30 Y 63F 9T 2CD



EMPLEADO  
 vrcp47601

Luis Alfonso Riveros Martinez

34



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DE PODER PÚBLICO  
JUZGADO SESENTA Y TRES ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
BOGOTÁ D.C.  
SECCIÓN TERCERA  
Cra 57 No 43-91  
Complejo Judicial CAN

*Al Despacho de La Doctora: LUCELLY ROCIO MUNAR CASTELLANOS*

**INFORME SECRETARIAL.** Bogotá D.C treinta y uno (31) de Octubre de dos mil dieciocho (2018). En la fecha se deja constancia de haberse recibido ACCIÓN DEREPARACIÓN DIRECTA de DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA en contra HOSPITAL DE FUSAGASUGA Y OTRO identificado con el Rad. 11001-33-43-063-2018-00369-00 por reparto proveniente de la oficina de Apoyo, el cual obra en dos (02) cuadernos con 63, 32 folios, 1CD y seis paquetes para traslado. Pasa al despacho para proveer.

**CAROLINA BOTERO JARAMILLO**

**Secretaria**



35

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SESENTA Y TRES ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ  
SECCION TERCERA**

Bogotá D.C, siete (7) de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

**RADICACIÓN:** 11001-33-43-063-2018-0369-00  
**MEDIO DE CONTROL:** REPARACION DIRECTA  
**DEMANDANTE:** DIANA MARCELA MEDINA Y OTROS  
**DEMANDADO:** HOSPITAL DE FUSAGASUGA Y OTROS

Se encuentra al Despacho el proceso de la referencia con el fin de estudiar la admisión de la demanda interpuesta en ejercicio del medio de control de reparación directa por **DIANA MARCELA MEDINA Y OTROS**, contra el **HOSPITAL DE FUSAGASUGA Y OTROS** con el fin de que se le declare administrativa, extracontractual y patrimonialmente responsables a los demandados por los perjuicios causados a los demandantes como consecuencia de la presunta falla en el servicio de salud que conllevó al fallecimiento de David Santiago Vivas Baquero, en hechos ocurridos el 13 de abril de 2016.

Sin embargo, después de revisado el libelo introductorio, este despacho judicial considera que no es competente para dar trámite al medio de control incoado, con fundamento en las siguientes;

#### CONSIDERACIONES

El numeral 6º del artículo 156 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo contencioso Administrativo –CPACA-, establece lo pertinente a la competencia de los juzgados administrativos a razón del territorio en los asuntos de reparación directa, en los siguientes términos, a saber;

*“COMPETENCIA POR RAZÓN DEL TERRITORIO. Para la determinación de la competencia por razón del territorio, se observarán las siguientes reglas: (...)*

*6. En los de reparación directa se determinará por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones o las operaciones administrativas, o por el domicilio o sede principal de la entidad demandada a elección del demandante.”. Subrayado fuera de texto.*

De la revisión de la demanda incoada, se tiene que los hechos que motivaron la presente demandada se generaron en el municipio de Fusagasugá (Cund.). Así las cosas, en virtud de lo dispuesto en el artículo anteriormente transcrito, es claro que este despacho judicial carece de competencia por factor territorial para conocer del presente asunto, toda vez que el hecho generador del presunto daño que se alega aconteció en la jurisdicción territorial del municipio de Fusagasugá y además conforme a lo señalado en la demanda, el domicilio principal de la totalidad de los demandados se encuentra ubicado en dicho municipio.

Ahora, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo N° 3321 de 2006 "Por medio del cual se crean los circuitos judiciales administrativos en el territorio nacional", proferido por el la Sala Administrativa del H. Consejo Superior de la Judicatura, en el literal c) del numeral 14 del Artículo 1º, establece el Circuito Judicial Administrativo de Girardot, cuya comprensión territorial se extiende a diversos municipios del Departamento de Cundinamarca, entre ellos el municipio de Fusagasugá, lugar en donde ocurrieron los hechos de la demanda y donde tiene su domicilio la entidad demandada, puesto que los mismos acontecieron en el hospital de dicha municipalidad, el cual se encuentra demandado en el asunto de la referencia.

En virtud de lo anterior, este despacho judicial declarará la falta de competencia por factor territorial y dispondrá la remisión del expediente a los Juzgados Administrativos de Girardot-reparto-.

Por lo expuesto, el Juzgado Sesenta y Tres Administrativo del Circuito de Bogotá,

**RESUELVE:**

**PRIMERO.- DECLARAR** la falta de competencia de este despacho judicial para conocer del proceso de la referencia, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: Por secretaria,** previas las desanotaciones correspondientes, remítase el expediente a los Juzgados Administrativos de Girardot (reparto), para lo de su competencia, a través de la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos de Bogotá.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE**

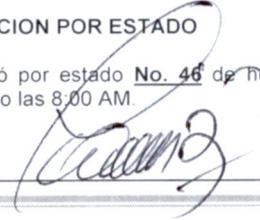
**JUEZA**

  
**LUCELLY ROCIO MUNAR CASTELLANOS**

**JUZGADO 63 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE BOGOTÁ**

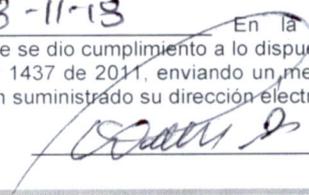
**NOTIFICACION POR ESTADO**

El auto anterior se notificó por estado **No. 46** de hoy **08 de noviembre de 2016**, siendo las 8:00 AM.

El Secretario, 

**JUZGADO 63 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE BOGOTÁ**

Bogotá, **8-11-18** En la fecha se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 201 de la Ley 1437 de 2011, enviando un mensaje de datos a quienes hayan suministrado su dirección electrónica.

El Secretario, 



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DE PODER PÚBLICO  
JUZGADO SESENTA Y TRES ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
BOGOTÁ D.C.  
SECCIÓN TERCERA  
CARRERA 57 No 43-91  
COMPLEJO JUDICIAL CAN

OFICIO No 1035

SEÑORES:  
REPARTO  
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
CARRERA 10 No. 37-39 BARRIO MIRAFLORES  
GIRARDOT-CUNDINAMARCA



2 Cuadernos de 35 y 67 folios  
1 Cd. 9 Traslados

REF. EXPEDIENTE	11001-33-43-063-2018-00369-00
ASUNTO	ACCIÓN DEREPARACION DIRECTA
MANDANTE	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA
MANDADO	HOSPITAL DE FUSAGASUGA Y OTRO

472  
Servicios Postales Nacionales S.A.  
NIT 900 062917-9  
DG 25 G 55 A 55  
Línea Nat: 01 8000 111 210

**REMITENTE**  
Nombre/ Razón Social  
CONSEJO SUPERIOR DE LA  
JUDICATURA - OFICINA DE APOYO  
PARA L  
Dirección: KR 57 43 91 SEDE CAN

Ciudad: BOGOTÁ D.C.  
Departamento: BOGOTÁ D.C.  
Código Postal: 11132120  
Envío: CT019527540CF

**DESTINATARIO**  
Nombre/ Razón Social  
JUZGADOS ADM D  
JUDICIAL DE GIR  
Dirección: KR 10

medidamente me permito informar que este despacho mediante auto del 07-11-18, es despacho Declaro su falta de Competencia para conocer el presente asunto y ordeno remitirlo para que sea asignado a los Juzgados Administrativos del Circuito Judicial de GIRARDOT-CUNDINAMARCA, para lo de su competencia.

Por lo anterior se hace entrega del expediente que obra en dos (02) cuadernos de 35-67 folios , 1CD y nueve paquetes para traslado.

Atentamente,

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE GIRARDOT  
SECRETARÍA

CAROLINA BOTERO JARAMILLO  
Secretaria

PRECII

17



37

**ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE GIRARDOT**

NUMERO DE RADICACION

**25307-33-33-002-2018-00362-00**

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
FECHA RADICACION DE LA DEMANDA ANTE EL JUZGADO DE REPARTO GIRARDOT CUNDINAMARCA:	<b>NOVIEMBRE 23 DE 2018</b>

°  
-

**FECHA DEL REPARTO DEL PRESENTE EXPEDIENTE A ESTE JUZGADO:**  
**26 DE NOVIEMBRE DE 2018**

Se reciben 35 y 67 folios para el cuaderno principal, 1 CD y 9 traslados.

  
LUZ MERY TORRES YATE  
Citador Grado III

**INFORME SECRETARIAL** : Hoy 04 DIC. 2018 Ingresa el proceso al Despacho, recibido por **Reparto el 26 de noviembre de 2018**, para decidir sobre su admisión, sírvase proveer.

  
JAIME ALFONSO AGUILAR CASTRO  
Secretario



28 /

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
GIRARDOT

Girardot, veintiséis (26) de marzo de dos mil diecinueve (2019).

**A.S.:** 382  
**Radicación No.:** 25307-33-33-002-2018-00362-00  
**Demandantes:** DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
**Demandados:** MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS  
**Medio de** REPARACIÓN DIRECTA  
**Control:**

---

El Despacho analiza la demanda interpuesta por la señora Diana Milena Baquero Medina y Otros y al respecto se observa:

Que las pretensiones y los fundamentos de derecho se encuentran de conformidad con el poder conferido y los requisitos de ley (fls. 1 y 2, 10-13 y 16-20 cdno ppal).

Que se encuentran designadas las partes (fls. 9-10) y la cuantía razonada no excede la suma de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, en atención a lo preceptuado por el numeral 6º del artículo 155 de la Ley 1437 de 2011, por lo que el proceso se tramitará en primera instancia.

De manera que por estar presentada en oportunidad y reunir los requisitos legales, se ADMITE la demanda presentada por la señora DIANA MILENA BAQUERO MEDINA Y OTROS, en contra del MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ – SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, COOOMEVA EPS, FABIO ALBERTO CHAPARRO, HERNÁN PÉREZ MUÑOZ, GERARDO ADOLHS MONTES Y DAVID ALBERTO ROJAS FLÓREZ.

En consecuencia se dispone:

1. Notifíquese mediante anotación en estado electrónico el presente proveído a la parte demandante, conforme a los artículos 171-1 y 201 de la Ley 1437 de 2011.

2. Notifíquese personalmente al (i) Representante Legal del Municipio de Fusagasugá, E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, Coomeva E.P.S. (ii) al Agente del Ministerio Público, (iii) al Director General de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, a través de mensaje dirigido al buzón electrónico dispuesto para notificaciones judiciales, en la forma señalada en el inciso tercero del artículo 199 del C. P. A. C. A., modificado por el artículo 612 del Código General del Proceso; y a los señores Fabio Alberto Chaparro, Hernán Pérez Muñoz, Gerardo Adolhs Montes y

David Alberto Rojas Flórez, de conformidad con el artículo 200 de la Ley 1437 de 2011.

3. Ordénese a la parte demandante depositar en el término de cinco (5) días contados a partir de la notificación de éste auto, la suma de sesenta mil pesos (\$60.000.00) M/cte., en la cuenta de ahorros de este Despacho conforme lo ordena el artículo 171, numeral 4° del C. P. A. C. A.

4. Córrase traslado de la demanda por el término de treinta (30) días, de conformidad con lo señalado en el artículo 172 del C. P. A. C. A., en la forma prevista en el inciso cuarto del artículo 199 ibídem, modificado por el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012 del Código General del Proceso.

5. Infórmese a los demandados, que al tenor de lo dispuesto en el numeral 4° y párrafo 1° del artículo 175 del C.P.A.C.A., es debe aportar con la contestación de la demanda o el término concedido para ello, todas las pruebas que tengan en su poder y pretendan hacer valer en el proceso.

6. Por reunir los requisitos de ley se reconoce al abogado Otoniel González Orozco, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.989.195 y portador de la tarjeta profesional de abogado No. 86.319 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado judicial de la parte demandante, en los términos y para los efectos del poder conferido visible a folios 1 y 2 del expediente.

NOTIFIQUESE

JUAN FELIPE CASTAÑO RODRÍGUEZ  
JUEZ



AVR

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE GIRARDOT

NOTIFICACIÓN POR ESTADO

El Auto anterior, se notifica a las partes por anotación en  
estado de Fecha: **27 MAR. 2019**, a las  
8:00 a.m.

JAIME ALFONSO AGUILAR CASTRO  
SECRETARIO

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE GIRARDOT

CONSTANCIA DE EJECUTORIA

El día **01 ABR. 2019**, a las 5:00 p.m., venció el  
término de ejecutoria de esta providencia.

*572* Recursos.

JAIME ALFONSO AGUILAR CASTRO  
SECRETARIO

RV: ESTADO 27 DE MARZO DE 2019

39

Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot

jue 28/03/2019 9:09

Elementos adjuntos

Para: procjudadm193@procuraduria.gov.co; amadodata@gmail.com; Julian Peña Reyes; aanzola@cafesalud.com.co; rape-drazag@cafesalud.com.co; kaborerof@cafesalud.com.co; jorgearmadorodriguezabogado@gmail.com; jorgearmadorodriguezabogado@gmail.com; malibu3849@hotmail.es; Carmen Ligia Gómez López; notificacionesjudiciales@cremil.gov.co; contacto@abogadosomm.com; franz rojea; rubio.rubioconsultores@gmail.com; gerencia@hospilamesa.gov.co; drachristmateus@hotmail.com; mirevayuridico@gmail.com; jaioporrasnotificaciones@gmail.com; romeroabogadosasociados@hotmail.com; abogadoogetacolpensiones@gmail.com; johar03@hotmail.com; notificaciones.girardot@mindedfensa.gov.co; eesitlda@yahoo.es; Elder Sayá; saydagalvezchavez@hotmail.com; abogadoadriantejadalara@gmail.com; oswaldo\_tellez63@yahoo.com; joes100pre@hotmail.com; doxabogado@gmail.com; Notificacionesjudiciales@mineducation.gov.co; diegoromero@gmail.com; otogonzalez@otogonzalezsas.com; jairo.rivera@eec.com.co; lawyersabogados@outlook.es; humbertocruzcaballero@hotmail.com; nestorrajascruz\_17@hotmail.com; abogadoadriantejadalara@gmail.com; Luis Hernando Castellanos Fonseca; sarayabogada2015@gmail.com; juridico:jcm@hotmail.com; notificacionestributariar.bogota@b3kermckenzie.com; marillacmoreno01@hotmail.com; judiciales@fuzagasuga-cundinamarca.gov.co; elpueblitopatios@hotmail.com; Luisa Fernanda Lozano Garzon; procesosjudiciales@procuraduria.gov.co

2 archivos adjuntos (2 KB)

AUTOS 27 DE MARZO 2019.pdf; ESTADO 27 DE MARZO DE 2019.pdf

De: Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot

Enviado: miércoles, 27 de marzo de 2019 18:32

Para: procjudadm193@procuraduria.gov.co; amadodata@gmail.com; Julian Peña Reyes; aanzola@cafesalud.com.co; rape-drazag@cafesalud.com.co; kaborerof@cafesalud.com.co; jorgearmadorodriguezabogado@gmail.com; malibu3849@hotmail.es; Carmen Ligia Gómez López; notificacionesjudiciales@cremil.gov.co; contacto@abogadosomm.com; franz rojea; rubio.rubioconsultores@gmail.com; gerencia@hospilamesa.gov.co; drachristmateus@hotmail.com; mirevayuridico@gmail.com; jaioporrasnotificaciones@gmail.com; romeroabogadosasociados@hotmail.com; abogadoogetacolpensiones@gmail.com; johar03@hotmail.com; notificaciones.girardot@mindedfensa.gov.co; eesitlda@yahoo.es; Elder Sayá; saydagalvezchavez@hotmail.com; abogadoadriantejadalara@gmail.com; oswaldo\_tellez63@yahoo.com; joes100pre@hotmail.com; doxabogado@gmail.com; Notificacionesjudiciales@mineducation.gov.co; diegoromero@gmail.com; otogonzalez@otogonzalezsas.com; jairo.rivera@eec.com.co; lawyersabogados@outlook.es; humbertocruzcaballero@hotmail.com; nestorrajascruz\_17@hotmail.com; abogadoadriantejadalara@gmail.com; Luis Hernando Castellanos Fonseca; sarayabogada2015@gmail.com; juridico:jcm@hotmail.com; notificacionestributariar.bogota@b3kermckenzie.com; marillacmoreno01@hotmail.com; judiciales@fuzagasuga-cundinamarca.gov.co; elpueblitopatios@hotmail.com; Luisa Fernanda Lozano Garzon; procesosjudiciales@procuraduria.gov.co

Asunto: ESTADO 27 DE MARZO DE 2019



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT

Buenos días, cordial saludo.

DANDO CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 201 INCISO 3º Y 205 DE LA LEY 1437 DE 2011, NOTIFICO EL PRESENTE ESTADO DE FECHA 27 DE MARZO DE 2019, EL CUAL SE ENCUENTRA PUBLICADO EN LA SECRETARÍA DEL DESPACHO Y EN EL PORTAL DE LA PAGINA WEB DE LA RAMA JUDICIAL.

ADJUNTO SE ENCUENTRA COPIA DEL ARCHIVO DIGITAL DE LAS PROVIDENCIAS DEL ESTADO.

RECUERDE QUE EL CORREO ELECTRÓNICO ES DE USO ÚNICO Y EXCLUSIVO DE ENVÍOS DE NOTIFICACIONES (ARTÍCULO 197 DEL C.P.A.C.A. EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 612 DEL C.G.P.) Y COMUNICACIÓN DE ESTADO (ARTÍCULO 201 DEL C.P.A.C.A.). TODO MENSAJE QUE SE RECIBA DIFERENTE A INFORMAR EL ACUSE DE RECIBIDO, NO SERÁ LEÍDO Y AUTOMÁTICAMENTE SE ELIMINARÁ DE NUESTROS SERVIDORES, ESPECIALMENTE TENIENDO EN CUENTA QUE ÉSTE DESPACHO NO RECIBE CORRESPONDENCIA POR MEDIO ELECTRÓNICO, TODA VEZ QUE LA RADICACIÓN SE HACE A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DEL DESPACHO (PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 109 DEL C.G.P.)

Atentamente,

JAIME ALFONSO AGUILAR CASTRO  
Secretario Juzgado 2º Administrativo del Circuito Judicial de Girardot.

Antes de imprimir este mensaje, por favor considere que esto puede hacerle perder espacio y aumentar la contaminación por la impresión de todos los correos.

9/

Señor

**JUEZ 2 ( SEGUNDO) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
E. S. D.

Radicación: 25307333300220180036200  
Tipo de proceso: REPARACION DIRECTA  
Dte.: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS  
Ddo: FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN FARAEL E S E  
COOMEVA EPS  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

*Handwritten signature*  
19 APR 11 00:1 AM

JDO-2-ADM-CTO-GIRARDOT

Código Interno: 1191

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de apoderado judicial de la parte demandante, al despacho acudo a fin de aportar constancia de envío de las notificaciones de los demandados FABIO ALBERTO CHAPARRO, HERNAN PEREZ MUÑOZ, GERARDO ADOLHS MONTES Y DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ. A las direcciones aportadas en la demanda

Del señor Juez,

*Handwritten signature of Otoniel Gonzalez Orozco*

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**  
C.C. No 16.989.195 de Candelaria ( V )  
T.P No 86.319 del C. S. de la J.



**JUZGADO SEGUNDO (2)**

**ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
CARRERA 10 N°37-39 PALACIO DE JUSTICIA GIRARDOT**

**CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL  
(ART 291 C.G.P.)**

Señor(a)		fecha:
Nombre	HERNAN PEREZ MUÑOZ	DD/MM/AAAA 28 - 03 - 2019
Dirección	TRANSVERSAL 12 N° 22-51 BARRIO SAN MATEO	
Ciudad	FUSAGASUGA/CUNDINAMARCA	SERVICIO POSTAL AUTORIZADO

No. Radicación proceso	Naturaleza del proceso	Fecha providencia
		DD/MM/AAAA
25307333300220180036200	REPARACION DIRECTA	26 DE MARZO 2019

**DEMANDANTE**

DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA  
CLOBI VIVAS CUERO  
KAREN LORENA BAQUERO MEDINA  
LICETH MEDINA BUITRAGO  
CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO  
JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA  
YENY PAOLA BAQUERO MEDINA  
MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO

**DEMANDADO**

FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E  
COOMEVA E.P.S  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato o dentro de los 5 10 X 30 días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes, con el fin de notificarle personalmente la providencia en el indicado proceso.

Empleado responsable

Parte Interesada

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**

**Nombres Y Apellidos**

Firma

Firma

C. C. No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P N° 86.319 DEL C.S.J

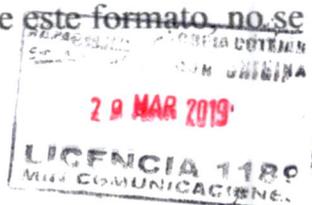
Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

Acuerdo 2255 de 2003

NP-01

Firma

SOL 1191



C. C. No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P N° 86.319 DEL C.S.J

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

Acuerdo 2255 de 2003

NP-01

Firma

SOL 1191



Regimen Común, Grandes Contribuyentes Res. 0009/6 de 01 Dic. 2016, Retenedores de IVA y Autorretenedores de Renta Res. 007004 del 17 de Septiembre de 2012, Resolución DIAN No. 18762007189285 de 2018/03/02 Desde 700017633000 hasta 700100000000. Licencia MINTIC 001189. Licencia Min. Transporte 00595.



INTERRAPIDISIMO S.A.  
NIT: 800251569-7  
Fecha y Hora de Admisión:  
29/03/2019 10:56 a.m.  
Tiempo estimado de entrega:  
01/04/2019 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700024837043

### NOTIFICACIONES

#### DESTINATARIO

FUSAGASUGA\CUND\COL

DAVID ALBERTO ROJAS FLORES ... CC 122251  
TRANSVERSAL 12 # 22-51 BRR SAN MATEO  
3333333333

#### DATOS DEL ENVIO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA  
Valor Comercial: \$ 10.000,00  
No. de esta Pieza: 1  
Peso por Volumen: 0  
Peso en Kilos: 1  
Bolsa de seguridad:  
Dice Contener: ART 291

#### LIQUIDACIÓN DEL ENVIO

##### Notificaciones

Valor Flete:	\$ 9.300,00
Valor Descuento:	\$ 0,00
Valor sobre flete:	\$ 200,00
Valor otros conceptos:	\$ 0,00
Valor total:	\$ 9.500,00
Forma de pago:	CONTADO

#### REMITENTE

OTONIEL GONZALEZ OROZCO CC 16989195  
CALLE 12 C # 8 - 79 OF 514 EDIF BOLSA  
3107878795  
BOGOTA\CUND\COL

Nombre y sello

X

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios empresa de mensajería y carga publicado en la página web [www.interrapidísimo.com](http://www.interrapidísimo.com) o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



# RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

## NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

**323 255 4455** O MARCANDO GRATIS  
01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30# 7 - 45 Pbx: 5605000  
Oficina BOGOTA: CARRERA 30 # 7 - 45  
Oficina FUSAGASUGA: CALLE 8 # 2-55

[www.interrapidísimo.com](http://www.interrapidísimo.com) - [defensorinterno@interrapidísimo.com](mailto:defensorinterno@interrapidísimo.com), [sup.defclientes@interrapidísimo.com](mailto:sup.defclientes@interrapidísimo.com) Bogotá DC.  
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700024837043

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



42/

**JUZGADO SEGUNDO (2)**  
**ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**CARRERA 10 N°37-39 PALACIO DE JUSTICIA GIRARDOT**

**CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL**  
**(ART 291 C.G.P.)**

Señor(a) fecha:  
Nombre **DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ** DD/MM/AAAA  
28 - 03 -2019  
Dirección **TRANSVERSAL 12 N° 22-51 BARRIO SAN MATEO**  
Ciudad **FUSAGASUGA** SERVICIO POSTAL  
AUTORIZADO

No. Radicación proceso	Naturaleza del proceso	Fecha providencia
25307333300220180036200	REPARACION	DD/MM/AAAA
	DIRECTA	26 DE MARZO 2019

**DEMANDANTE**

**DEMANDADO**

DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA  
CLOBI VIVAS CUERO  
KAREN LORENA BAQUERO MEDINA  
LICETH MEDINA BUITRAGO  
CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO  
JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA  
YENY PAOLA BAQUERO MEDINA  
MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO

FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E  
COOMEVA E.P.S  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato o dentro de los 5\_\_10\_\_X\_\_  
30\_\_ días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes,  
con el fin de notificarle personalmente la providencia en el indicado proceso.

Empleado responsable

Parte Interesada

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**

**Nombres Y Apellidos**

Firma

Firma

C. C. No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P N° 86.319 DEL C.S.J

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

Acuerdo 2255 de 2003

NP-01

Firma  
SOL 1191



Régimen Común, Grandes Contribuyentes Res. 000076 de 01 Dic. 2016, Retenedores de IVA y Autorretenedores de Renta Res. 007004 del 17 de Septiembre de 2012, Resolución DIAN No. 18762007189285 de 2-18/03/02 Desde 700017633000 hasta 700100000000. Licencia MINTIC 001189. Licencia Min. Transporte 00595.



INTERRAPIDISIMO S.A.  
NIT: 800251569-7  
Fecha y Hora de Admisión:  
29/03/2019 10:56 a.m.  
Tiempo estimado de entrega:  
01/04/2019 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700024837043

### NOTIFICACIONES

#### DESTINATARIO

**FUSAGASUGA\CUND\COL**

**DAVID ALBERTO ROJAS FLORES ... CC 122251**  
**TRANSVERSAL 12 # 22-51 BRR SAN MATEO**  
**3333333333**

#### DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: **SOBRE MANILA**  
Valor Comercial: **\$ 10.000,00**  
No. de esta Pieza: **1**  
Peso por Volumen: **0**  
Peso en Kilos: **1**  
Bolsa de seguridad:  
Dice Contener: **ART 291**

#### LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

##### Notificaciones

Valor Flete: **\$ 9.300,00**  
Valor Descuento: **\$ 0,00**  
Valor sobre flete: **\$ 200,00**  
Valor otros conceptos: **\$ 0,00**  
Valor total: **\$ 9.500,00**  
Forma de pago: **CONTADO**

#### REMITENTE

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO CC 16989195**  
**CALLE 12 C # 8 - 79 OF 514 EDIF BOLSA**  
**3107878795**  
**BOGOTA\CUND\COL**

Nombre y sello

X \_\_\_\_\_

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web [www.interrapidisimo.com](http://www.interrapidisimo.com) o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



# RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

## NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

**323 255 4455** O MARCANDO GRATIS  
**01 8000 942 - 777**

Oficina Principal Bogotá Cra 30# 7 - 45 Pbx: 5605000  
Oficina BOGOTA: CARRERA 30 # 7 - 45  
Oficina FUSAGASUGA: CALLE 8 # 2-55

[www.interrapidisimo.com](http://www.interrapidisimo.com) - [defensorinterno@interrapidisimo.com](mailto:defensorinterno@interrapidisimo.com), [sup.defclientes@interrapidisimo.com](mailto:sup.defclientes@interrapidisimo.com) Bogotá DC.  
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700024837043

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



23

**JUZGADO SEGUNDO (2)**

**ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
CARRERA 10 N°37-39 PALACIO DE JUSTICIA GIRARDOT**

**CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL  
(ART 291 C.G.P.)**

Señor(a)		fecha:
Nombre	FABIO ALBERTO CHAPARRO	DD/MM/AAAA 28 - 03 - 2019
Dirección	TRANSVERSAL 12 N° 22-51 BARRIO SAN MATEO	
Ciudad	FUSAGASUGA/CUNDINAMARCA	SERVICIO POSTAL AUTORIZADO

<b>No. Radicación proceso</b>	<b>Naturaleza del proceso</b>	<b>Fecha providencia</b>
25307333300220180036200	REPARACION DIRECTA	DD/MM/AAAA 26 DE MARZO 2019

**DEMANDANTE**

**DEMANDADO**

DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA  
CLOBI VIVAS CUERO  
KAREN LORENA BAQUERO MEDINA  
LICETH MEDINA BUITRAGO  
CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO  
JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA  
YENY PAOLA BAQUERO MEDINA  
MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO

FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E  
COOMEVA E.P.S  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato o dentro de los 5\_\_10\_\_X\_\_  
30\_\_ días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes,  
con el fin de notificarle personalmente la providencia en el indicado proceso.

Empleado responsable

Parte Interesada

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**

**Nombres Y Apellidos**

Firma

Firma

C. C. No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P N° 86.319 DEL C.S.J

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

Acuerdo 2255 de 2003

NP-01

Firma

SOL 1191



Régimen Común, Grandes Contribuyentes Res. 000976 de 01 Dic. 2016, Retenedores de IVA y Autorretenedores de Renta Res. 007004 del 17 de Septiembre de 2012, Resolución DIAN No. 18762007189285 de 2018/03/02 Desde 700017633000 hasta 700100000000. Licencia MINTIC 001189. Licencia Min. Transporte 00595.



INTERRAPIDISIMO S.A.  
NIT: 800251569-7  
Fecha y Hora de Admisión:  
29/03/2019 11:12 a.m.  
Tiempo estimado de entrega:  
01/04/2019 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700024837514

## NOTIFICACIONES

### DESTINATARIO

FUSAGASUGA\CUND\COL

FABIO ALBERTO CHAPARRO ... CC 122251  
TRANSVERSAL 12 # 22-51 BRR SAN MATEO  
3333333333

### DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA  
Valor Comercial: \$ 10.000,00  
No. de esta Pieza: 1  
Peso por Volumen: 0  
Peso en Kilos: 1  
Bolsa de seguridad:

Dice Contener: **ART 291**

### LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

#### Notificaciones

Valor Flete:	\$ 9.300.00
Valor Descuento:	\$ 0.00
Valor sobre flete:	\$ 200.00
Valor otros conceptos:	\$ 0.00
Valor total:	\$ 9.500.00
Forma de pago:	CONTADO

### REMITENTE

OTONIEL GONZALEZ OROZCO CC 16989195  
CALLE 12 C # 8 - 79 OF 514 EDIF BOLSA  
3107878795  
BOGOTA\CUND\COL

Nombre y sello

X \_\_\_\_\_

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web [www.interrapidisimo.com](http://www.interrapidisimo.com) o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



# RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

## NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

**323 255 4455** O MARCANDO GRATIS 01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30# 7 - 45 Pbx: 5605000  
Oficina BOGOTA: CARRERA 30 # 7 - 45  
Oficina FUSAGASUGA: CALLE 8 # 2-55

[www.interrapidisimo.com](mailto:www.interrapidisimo.com) - [defensorcinterno@interrapidisimo.com](mailto:defensorcinterno@interrapidisimo.com), [sup.defclientes@interrapidisimo.com](mailto:sup.defclientes@interrapidisimo.com) Bogotá DC.  
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700024837514

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



44

**JUZGADO SEGUNDO (2)**

**ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**

**CARRERA 10 N°37-39 PALACIO DE JUSTICIA GIRARDOT**

**CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL  
(ART 291 C.G.P.)**

Señor(a) fecha:  
Nombre GERARDO ADOLHS MONTES DD/MM/AAAA  
28 - 03 -2019

Dirección TRANSVERSAL 12 N° 22-51 BARRIO SAN MATEO

Ciudad FUSAGASUGA SERVICIO POSTAL  
AUTORIZADO

No. Radicación proceso	Naturaleza del proceso	Fecha providencia
		DD/MM/AAAA
25307333300220180036200	REPARACION	
	DIRECTA	26 DE MARZO 2019

**DEMANDANTE**

**DEMANDADO**

DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA  
CLOBI VIVAS CUERO  
KAREN LORENA BAQUERO MEDINA  
LICETH MEDINA BUITRAGO  
CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO  
JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA  
YENY PAOLA BAQUERO MEDINA  
MARIA DOLORES MEDINA BUITRAGO

FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E  
COOMEVA E.P.S  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato o dentro de los 5\_\_10\_\_X\_\_  
30\_\_días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes,  
con el fin de notificarle personalmente la providencia en el indicado proceso.

Empleado responsable

Parte Interesada

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**

**Nombres Y Apellidos**

Firma

Firma

C. C. No 16.989.195 de Candelaria (V)  
T.P N° 86.319 DEL C.S.J



Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

Acuerdo 2255 de 2003

NP-01

Firma  
SOL 1191

Regimen Común, Grandes Contribuyentes, Soc. No. 2870207183095 de 2008/02/02 Desde



INTERRAPIDISIMO S.A.  
NIT: 800251569-7  
Fecha y Hora de Admisión:  
29/03/2019 10:50 a.m.  
Tiempo estimado de entrega:  
01/04/2019 06:00 p.m.



700024836896

### NOTIFICACIONES

#### DESTINATARIO

**FUSAGASUGA\CUND\COL**  
**GERARDO ADOLHS MONTES CC 122251**  
Transversal 12 # 22-51 BRR SAN MATEO  
3333333333

#### DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA  
Valor Comercial: \$ 10.000,00  
No. de esta Pieza: 1  
Peso por Volúmen: 0  
Peso en Kilos: 1  
Bolsa de seguridad:  
Dice Contener: **ART 291**

#### LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

Notificaciones  
Valor Flete: \$ 9.300,00  
Valor Descuento: \$ 0,00  
Valor sobre flete: \$ 200,00  
Valor otros conceptos: \$ 0,00  
Valor total: \$ 9.500,00  
Forma de pago: CONTADO

#### REMITENTE

OTONIEL GONZALEZ OROZCO CC 16989195  
CALLE 12 C # 8 - 79 OF 514 EDIF BOLSA  
3107878795  
BOGOTA\CUND\COL

Nombre y sello

X \_\_\_\_\_

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web [www.interrapidisimo.com](http://www.interrapidisimo.com) o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



# RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

## NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

**323 255 4455** O MARCANDO GRATIS  
01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30# 7 - 45 Pbx: 5605000  
Oficina BOGOTA: CARRERA 30 # 7 - 45  
Oficina FUSAGASUGA: CALLE 8 # 2-55

[www.interrapidisimo.com](mailto:www.interrapidisimo.com) - [defensorcinterno@interrapidisimo.com](mailto:defensorcinterno@interrapidisimo.com) - [sup.defclientes@interrapidisimo.com](mailto:sup.defclientes@interrapidisimo.com) Bogotá DC.  
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700024836896

GMC-GMC-R-07

REMITENTE

Señor

**JUEZ 2 ( SEGUNDO) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**

E. S. D.

Radicación: 25307333300220180036200

Tipo de proceso: REPARACION DIRECTA

Dte.: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS

Ddo: FABIO ALBERTO CHAPARRO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
GERARDO ADOLHS MONTES  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
HOSPITAL SAN FARAEL E S E  
COOMEVA EPS  
SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA  
ALCALDIA DE FUSAGASUGA

'19APR 11124AM

J00-2-ADM-CTO-GIRARDOT

Código Interno: 1191

**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de apoderado judicial de la parte demandante, al despacho acudo a fin de aportar constancia del depósito efectuado en el banco \_\_\_\_\_, por valor de \$ 60.000 según lo ordenado en el Numeral 3° del auto admisorio de la demanda del 26 de Marzo del presente año.

Del señor Juez



**OTONIEL GONZALEZ OROZCO**  
C.C. No 16.989.195 de Candelaria ( V )  
T.P No 86.319 del C. S. de la J.

42



**Banco Agrario de Colombia**  
NIT. 800.037.800-8

01/04/2019 10:52:15 Cajero: glocaste

Oficina: 3122 - GIRARDOT

Terminal: B3122CJ04276 Operación: 9618204

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	\$60,000.00
Costo de la transacción:	\$0.00
Iva del Costo:	\$0.00
GMF del Costo:	\$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO  
Convenio: 13299 CSJ-JUZGADO 1 ADTIVO DE DE  
Ref 1: 25307333300220180036200

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique  
que la transacción solicitada se registró correctamente  
en el comprobante. Si no está de acuerdo...



67 ✓

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Teléfono 8310977**  
**Girardot Cundinamarca**

Consecutivo 10

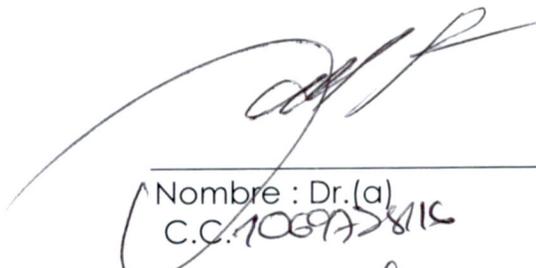
### NOTIFICACIÓN PERSONAL

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACION	25307-33-33-002-2018-00362-00

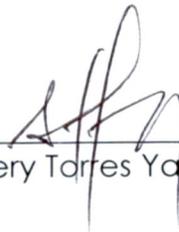
En Girardot Cundinamarca, a los veintitrés (23) días del mes abril de 2019, la suscrita Citadora Grado III del Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Girardot-Cundinamarca, debidamente autorizada por la Secretaría de dicho despacho NOTIFICO PERSONALMENTE el contenido del auto admisorio de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, al señor DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ identificado con la cédula de ciudadanía 1.069.728.116 de Fusagasugá.

Adjunto a ésta notificación se hace entrega de la providencia enunciada, 1 cd y (80) folios correspondiente a la demanda y anexos. En constancia se firma por quienes intervinieron.

El Notificado,

  
Nombre : Dr.(a)  
C.C. 1069728116

Quien Notifica

  
Luz Mery Torres Yate

El Secretario,

  
Jaime Alfonso Aguilar Castro

Señores,

**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE GIRARDOT**  
E. S. D.

**REFERENCIA: ACCION DE REPARACION DIRECTA N°**  
**25307333300220180036200**  
**DEMANDANTE: DIANA MILENA BAQUERDO MEDINA**  
**DEMANDADO: GERARDO ADOLPHS MONTES**

**GERARDO ADOLPHS MONTES**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.247.333 expedida en Bogotá D.C, ante su Despacho respetuosamente acudo para manifestar que por medio del presente escrito confiero **PODER ESPECIAL** amplio y suficiente a la Doctora **MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, abogada en ejercicio, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 39.628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogado número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, para que asuma mi representación dentro del proceso de la referencia y ejecute cualquier acción tendiente a adelantar y culminar exitosamente el trámite en defensa de mis intereses.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para notificarse, presentar memoriales, pedir copias, interponer recursos, conciliar, corregir, renunciar, sustituir y reasumir el presente Poder, y demás facultades legalmente otorgadas en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Sírvase por lo tanto, reconocer personería para actuar.

Atentamente,

  
**GERARDO ADOLPHS MONTES**  
C. C. No. 79.247.333 de Bogotá D.C

Acepto:

  
**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
C. C. No. 39'628.135 de Fusagasugá.  
T. P. No. 165.334 del C. S. de la J.

**Jeanneth Milena Gonzalez Chaux**  
**Notario Primero (E)**  
Fusagasugá

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

Gonzalez Chaux  
rimero (E)  
Fusagasugá



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



55802

En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintitrés (23) de abril de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

GERARDO ADOLPHS MONTES, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0079247333 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



100a8gqiqbisj  
23/04/2019 - 16:42:15:832

----- 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.

**JEANNETH JIMENA GONZALEZ CHAUX**  
Notaria primera (1) del Círculo de Fusagasugá - Encargada

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 100a8gqiqbisj



05/

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Teléfono 8310977**  
**Girardot Cundinamarca**

Consecutivo 11

**NOTIFICACIÓN PERSONAL**

MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA  
DEMANDANTE: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS  
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS  
RADICACION: 25307-33-33-002-2018-00362-00

En Girardot Cundinamarca, a los veinticuatro (24) días del mes abril de 2019, la suscrita Citadora Grado III del Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Girardot-Cundinamarca, debidamente autorizada por la Secretaría de dicho despacho NOTIFICO PERSONALMENTE el contenido del auto admisorio de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, a la doctora MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO identificada con la cédula de ciudadanía 39.628.135 de Fusagasugá - tarjeta profesional 165334 del C.S.J., EN representación del señor GERARDO ADOLPHS MONTES con c.c. 79.247.333.

Adjunto a ésta notificación se hace entrega de la providencia enunciada, 1 cd y (90) folios correspondiente a la demanda y anexos. En constancia se firma por quienes intervinieron.

El Notificado,

Nombre : Dr.(a)  
C.C. 39628135

Quien Notifica

Luz Mery Torres Yate

El Secretario,

Jaime Alfonso Aguilar Castro

# 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA



Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot

jue 25/04/2019 12:34

Para: notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co <notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co>;  
juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co <juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co>; Martha Liliانا Tangarife Ceballos  
<correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>; procjudadm199@procuraduria.gov.co <procjudadm199@procuraduria.gov.co>;  
procesosnacionales@defensajuridica.gov.co <procesosnacionales@defensajuridica.gov.co>;

📎 3 archivos adjuntos (5 MB)

DEMANDA.pdf; PODER Y ANEXOS PARA DEMANDA.pdf; 20190425-005.pdf;

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO - JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL  
CIRCUITO DE GIRARDOT**

**PALACIO DE JUSTICIA CARRERA 10 No. 37-39 SEGUNDO PISO BARRIO MIRAFLORES GIRARDOT –  
CUNDINAMARCA**

Buenos días, reciba un cordial saludo.

En la fecha me permito notificar demandada, Medio de Control REPARACION DIRECTA de radicado No. **25307-33-33-002-2018-00362-00** de DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS. contra E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS.  
**DESCARGAR ARCHIVO ADJUNTO.**

**RECUERDE QUE EL CORREO ELECTRÓNICO ES DE USO ÚNICO Y EXCLUSIVO DE ENVÍOS DE NOTIFICACIONES (ARTÍCULO 197 DEL C.P.A.C.A EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 612 DEL C.G.DEL P.) Y COMUNICACIÓN DE ESTADO (ARTÍCULO 201 DEL C.P.A.C.A.), TODO MENSAJE QUE SE RECIBA DIFERENTE A INFORMAR EL ACUSE DE RECIBIDO, NO SERÁ LEÍDO Y AUTOMÁTICAMENTE SE ELIMINARÁ DE NUESTROS SERVIDORES, ESPECIALMENTE TENIENDO EN CUENTA QUE ÉSTE DESPACHO NO RECIBE CORRESPONDENCIA POR MEDIO ELECTRÓNICO, TODA VEZ QUE LA RADICACIÓN SE HACE A TRAVÉS DE LA SECRETARIA DEL DESPACHO (PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 109 DEL C.G.DEL P.)**

Atentamente,

Luz Mery torres yate  
Citador Grado III

# Retransmitido: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

Microsoft Outlook

jue 25/04/2019 12:34

Bandeja de entrada

Para: [notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co) <[notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co)>;



**Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:**

[notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co) ([notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@fusagasuga-cundinamarca.gov.co)).

Asunto: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

# Retransmitido: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

Microsoft Outlook

jue 25/04/2019 12:34

Bandeja de entrada

Para: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co) <[juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co)>;



**Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:**

[juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co) ([juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co))

Asunto: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

# Retransmitido: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

Microsoft Outlook

jue 25/04/2019 12:35

Bandeja de entrada

Para: Martha Liliana Tangarife Ceballos <correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>;

Handwritten signature or initials in black ink, possibly reading 'ST' or similar, with a long diagonal stroke extending downwards and to the right.

**Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:**

Martha Liliana Tangarife Ceballos (correoinstitucionaleps@coomeva.com.co)

Asunto: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

# Entregado: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

postmaster@defensajuridica.gov.co

jue 25/04/2019 12:35

Bandeja de entrada

Para:procesosnacionales@defensajuridica.gov.co <procesosnacionales@defensajuridica.gov.co>;



## **El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:**

procesosnacionales@defensajuridica.gov.co (procesosnacionales@defensajuridica.gov.co)

Asunto: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

# Leído: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

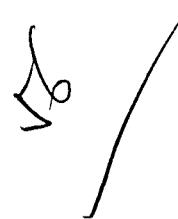
correoinstitucionalEPS<correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co>

jue 25/04/2019 14:04

Para: Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot <jadmin02gir@notificacionesrj.gov.co>;

📎 1 archivos adjuntos (576 bytes)

ATT00001;

A handwritten mark or signature in black ink, consisting of a stylized 'S' or 'G' shape followed by a long diagonal stroke.



JA

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Girardot Cundinamarca**

OFICIO No. 254  
Girardot, veinticinco (25) de abril de 2019

Señor:  
DIRECTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL  
MUNICIPIO DE FUSAGASUGA  
CALLE 6 No. 6-24 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL  
Fusagasugá Cundinamarca

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACIÓN:	25307-33-33-002-2018-00362-00

Cordial saludo,

En cumplimiento a la providencia de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, dentro del proceso de la referencia, remito para sus fines pertinentes el correspondiente traslado en :

- Copia del auto admisorio
- Copia de la demanda
- Copia de los anexos.
- 1 cd.

Cordialmente,

LUZ MERY TORRES YATE  
Citador Grado III

*Facsimil*



Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogota D.C. Colombia Av Calle 6 No. 39 A-11  
Atención al usuario: www.servientrega.com. PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext: 110045, Grandes  
Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014. Autoreteneedores: Resol.  
DIAN:09698 de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Factura por computador  
Resolución DIAN: 18762012025882, 27/12/2018, Prefijo 009 desde el 93282818 al 96282818

Fecha: 25 / 04 / 2019 16:44  
Fecha Prog. Entrega: 26 / 04 / 2019



**Factura 996234474**

Codigo CDS/SER: 1 - 30 - 1

**REMITENTE**  
CRA 10 # 37-39 PISO 2 PALACIO DE JUSTICIA BARRIO  
MIRAFLORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
Tel/cel: 8310977 Cod. Postal: 252432  
Ciudad: GIRARDOT Dpto: CUNDINAMARCA  
País: COLOMBIA D.I./NIT: 1037392

FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

<b>DESTINATARIO</b>	<b>FUA 46</b>	<b>DOCUMENTO UNITAR PZ: 1</b>
		Ciudad: <b>FUSAGASUGA</b>
	<b>CUNDINAMARCA</b>	<b>F.P. CONTADO</b>
	<b>NORMAL</b>	<b>M.T.: TERRESTRE</b>
CCL 6 # 6 - 24 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL		
DIRECTOR Y /O REPRESENTANTE LEGAL MUNICIPIO DE FUSAGASUGA Tel/cel: 6624222 D.I./NIT: 6624 País: COLOMBIA Cod. Postal: 252211 e-mail:		

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	INTENTO DE ENTREGA	No. NOTIFICACIÓN
1 Desconocido	1 HORA / DÍA / MES / AÑO	
2 Rehusado	2 HORA / DÍA / MES / AÑO	
3 No reside	3 HORA / DÍA / MES / AÑO	
No Reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	
Dirección Errada	HORA / DÍA / MES / AÑO	
Otro (Indicar cual)		

**Factura No. 996234474**



FECHA Y HORA DE ENTREGA  
HORA / DÍA / MES / AÑO

Dice Contener: DOCUMENTOS  
Obs. para entrega: OFICIO 254  
Vr. Declarado: \$ 20,000  
Vr. Flete: \$ 0  
Vr. Sobreفته: \$ 400  
Vr. Mensajería expresa: \$ 5,000  
Vr. Total: \$ 5,400  
**Vr. a Cobrar: \$ 0**

Vol (Pz) / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol) / / Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión:  
No. Bolsa segunda:  
No. Sobreporte:  
**Guía Retorno Sobreporte:**

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Observaciones en la entrega:

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A www.servientrega.com y en las Carteras ubicadas en los Centros de Soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

Quien Recibe :  
JESSICA ALEJANDRA BARRIOS FLOR

Ministerio de Transporte. Licencias No. 805 de Marzo 5/2001, MINTIC. Licencia No. 1778 de Sept. 1/2010.





SP

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Girardot Cundinamarca**

OFICIO No. 255  
Girardot, veinticinco (25) de abril de 2019

Señor :  
DIRECTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL  
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
TRANSVERSAL 12 No. 22-51 BARRIO SAN MATEO  
FUSAGASUGA CUNDINAMARCA

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACIÓN:	25307-33-33-002-2018-00362-00

Cordial saludo,

En cumplimiento a la providencia de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, dentro del proceso de la referencia, remito para sus fines pertinentes el correspondiente traslado en :

- Copia del auto admisorio
- Copia de la demanda
- Copia de los anexos.
- 1 cd.

Cordialmente,

  
LUZ MERY TORRES YATE  
Citador Grado III

*(Handwritten signature)*

Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogota D.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A-11  
Atención al usuario: www.servientrega.com, PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext 110045. Grandes  
Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014, Autoretenedores Resol.  
DIAN:09698 de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Factura por computador  
Resolución DIAN: 18762012025882, 27/12/2018, Prefijo 009 desde el 93282818 al 96282818

Fecha: 25 / 04 / 2019 16:47

Fecha Prog. Entrega: 26 / 04 / 2019



Factura

996234475

Ministerio de Transporte: Licencias No. 805 de Marzo 5/2017. MANTIC: Licencia No. 1176 de Sept. 7/2010.

Codigo CDS/SER: 1 - 30 - 1

REMITENTE

FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

CRA 10 # 37-39 PISO 2 PALACIO DE JUSTICIA A BARRIO  
MIRAFLORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
Tel/cel: 8310977 Cod. Postal: 252432  
Ciudad: GIRARDOT Dpto: CUNDINAMARCA  
País: COLOMBIA D.I./NIT: 1037392

DESTINATARIO	FUA 46	DOCUMENTO UNITAR	PZ: 1
	Ciudad: FUSAGASUGA		
	CUNDINAMARCA	E.P.: CONTADO	
	NORMAL	M.T.: TERRESTRE	

TRANSVERSAL 12 # 22-51 BARRIO SAN MATEO

DIRECTOR Y /O REPRESENTANTE LEGAL - ESE HOSPITAL SAN  
RAFAEL DE FUSAGASUGA  
Tel/cel: 8733000 D.I./NIT: 122251  
País: COLOMBIA Cod. Postal: 252211  
e-mail:

REMITENTE

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	INTENTO DE ENTREGA	No. NOTIFICACIÓN
1 Desconocido	1 HORA / DIA / MES / AÑO	_____
2 Rehusado	2 HORA / DIA / MES / AÑO	_____
3 No reside	3 HORA / DIA / MES / AÑO	_____
4 No Reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	_____
5 Dirección Errada	HORA / DIA / MES / AÑO	_____
6 Otro (Indicar cual)		

Factura No. 996234475



FECHA Y HORA DE ENTREGA  
HORA / DIA / MES / AÑO

Dice Contener: DOCUMENTOS  
Obs. para entrega: OFICIO 255  
Vr. Declarado: \$ 20,000  
Vr. Flete: \$ 0  
Vr. Sobreflete: \$ 400  
Vr. Mensajería expresa: \$ 5,000  
Vr. Total: \$ 5,400  
Vr. a Cobrar: \$ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión:  
No. Bolsa seguridad:  
No. Sobreporte:  
Guía Retorno Sobreporte:

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Observaciones en la entrega:

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las carteleras ubicadas en los Centros de Soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

Quien Recibe: :  
JESSICA ALEJANDRA BARRIOS FLOR





5/

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Girardot Cundinamarca**

OFICIO No. 256  
Girardot, veinticinco (25) de abril de 2019

Señores  
COOMEVA E P S  
CARRERA 100 No. 11-90 LC. 250  
CALI VALLE DEL CAUCA

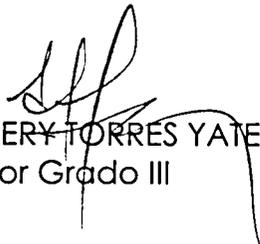
MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACIÓN:	25307-33-33-002-2018-00362-00

Cordial saludo,

En cumplimiento a la providencia de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, dentro del proceso de la referencia, remito para sus fines pertinentes el correspondiente traslado en :

- Copia del auto admisorio
- Copia de la demanda
- Copia de los anexos.
- 1 cd.

Cordialmente,

  
LUZ MERY TORRES YATE  
Citador Grado III

Camila



Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogotá D.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A-11  
Atención al usuario: www.servientrega.com, PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext 110045. Grandes  
Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014. Autorretenedores Resol.  
DIAN 09698 de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Factura por computador  
Resolución DIAN: 18762012025882, 27/12/2018, Prefijo 009 desde el 93282818 al 96282818

Fecha: 25 / 04 / 2019 16:48

Fecha Prog. Entrega: 26 / 04 / 2019



Factura 996234476

Ministerio de Transportes. Licencias No. 805 de Marzo 5/2004. MINTIC. Licencia No. 1778 de Sept. 7/2010.

Código CDS/SER: 1 - 30 - 1

CRA 10 # 37-39 PISO 2 PALACIO DE JUSTICIA A BARRIO  
MIRAFLORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
Tel/cel: 8310977 Cod. Postal: 252432  
Ciudad: GIRARDOT Dpto: CUNDINAMARCA  
País: COLOMBIA D.I./NIT: 1037392

FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	INTENTO DE ENTREGA	No. NOTIFICACIÓN
1 Desconocido	1 HORA / DÍA / MES / AÑO	
2 Rehusado	2 HORA / DÍA / MES / AÑO	
3 No reside	3 HORA / DÍA / MES / AÑO	
4 No Reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	
5 Dirección Errada	HORA / DÍA / MES / AÑO	
6 Otro (Indicar cual)		

DESTINATARIO	CLO 20	DOCUMENTO UNITAR	PZ: 1
		Ciudad: CALI	
	VALLE	F.P.: CONTADO	
	NORMAL	M.T.: TERRESTRE	

CALLE 100 # 11 - 90 LC 250  
COOMEVA EPS -  
Tel/cel: 22222222 D.I./NIT: 1001190  
País: COLOMBIA Cod. Postal: 000000000  
e-mail:

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Factura No. 996234476



FECHA Y HORA DE ENTREGA  
HORA / DÍA / MES / AÑO

Dice Contener: DOCUMEN  
Obs. para entrega: OFICIO 256  
Vr. Declarado: \$ 20,000  
Vr. Flete: \$ 0  
Vr. Sobreflete: \$ 400  
Vr. Mensajería expresa: \$ 9,400  
Vr. Total: \$ 9,800  
Vr. a Cobrar: \$ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión:  
No. Bolsa seguridad:  
No. Sobreporte:  
Guía Retorno Sobreporte:

Observaciones en la entrega:  
El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en los términos ubicados en los Centros de Soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer, aceptar y adherirse a la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos envíelos al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (57) 77002000.

Quien Recibe: JESSICA ALEJANDRA BARRIOS FLOR



Señor  
JUEZ 2 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO  
GIRARDOT  
E. S. D.

19 APR 29 9:36 AM

JDO-2-ADM-CTO-GIRARDOT

REF. ACCION DE REPARACION DIRECTA DE DIANA MARCELA BAQUERO  
MEDINA Y OTROS CONTRA FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS. RAD 2018-  
362

FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, identificado con la cédula de ciudadanía que aparece al pie de mi firma, me permito manifestar a Usted que otorgo poder a la Dra. Sonia Marcela Sánchez Acosta, identificada con cédula de ciudadanía número 41.926.513 de Armenia, y portadora de la tarjeta profesional No. 81.623 del C.S.de J., para que me represente dentro del proceso de la referencia.

Mi apoderada queda investida de las facultades contempladas en el art. 77 del C.G.P. y en especial las de notificarse, conciliar, sustituir, reasumir, transar y en general para realizar todas las actuaciones que sean necesarias para la defensa de mis intereses.



FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO  
c.c. 17332418

Acepto:



**SONIA MARCELA SÁNCHEZ ACOSTA**  
C.C. 41.926.513 de Armenia  
T.P. 81.623 del C.S.J.

YANIRA ADELINA MENDOZA CAGUA

Notaria Primera (F)

Fusagasugá

1.1.1



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



55954

En la ciudad de Fusagasugá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veinticinco (25) de abril de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Fusagasugá, compareció:

FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0017332418 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

YANIRA ADELAIDA MENDEZ CAGUA  
Notaría Primera (E)  
Fusagasugá

*Fabio Chaparro*



1z7d3ocbcgb3  
25/04/2019 - 09:16:43:955

----- 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.

YANIRA ADELAIDA MENDEZ CAGUA  
Notaría Primera (E)  
Fusagasugá

*Yanira Adelaída Méndez Cagua*



**YANIRA ADELAIDA MENDEZ CAGUA**  
Notaría primera (1) del Círculo de Fusagasugá - Encargada

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 1z7d3ocbcgb3



626  
S

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT  
Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Teléfono 8310977  
Girardot Cundinamarca

Consecutivo 13

### NOTIFICACIÓN PERSONAL

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACION	25307-33-33-002-2018-00362-00

En Girardot Cundinamarca, a los veintinueve (29) días del mes abril de 2019, la suscrita Citadora Grado III del Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Girardot-Cundinamarca, debidamente autorizada por la Secretaría de dicho despacho NOTIFICO PERSONALMENTE el contenido del auto admisorio de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, a la doctora SONIA MARCELA SANCHEZ ACOSTA identificada con la cédula de ciudadanía 41.926.513 de Armenia - tarjeta profesional 81623 del C.S.J., EN representación del señor FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO con c.c. 17332418.

Adjunto a ésta notificación se hace entrega de la providencia enunciada, 1 cd y (90) folios correspondiente a la demanda y anexos. En constancia se firma por quienes intervinieron.

El Notificado,

Nombre : Dr.(a)  
C.C. 41926513

Quien Notifica

Luz Mery Torres Yate

El Secretario,

Jaime Alfonso Aguilar Castro



63

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO (2º) SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
**Carrera 10º No. 37-39 piso 2º B/Miraflores - Palacio de Justicia Girardot Cundinamarca**

OFICIO No. 253  
Girardot, veinticinco (25) de abril de 2019

Doctor  
JUAN CARLOS ROJAS CORTES  
PROCURADOR JUDICIAL 199  
PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN  
CALLE 19 No. 10-61  
Girardot - Cundinamarca

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS
RADICACIÓN:	25307-33-33-002-2018-00362-00

Cordial saludo,

En cumplimiento a la providencia de fecha veintiséis (26) de marzo de 2019, dentro del proceso de la referencia, remito para sus fines pertinentes el correspondiente traslado en :

- Copia del auto admisorio
- Copia de la demanda
- Copia de los anexos.
- 1 cd.

Cordialmente,

  
LUZ MERY TORRES YATE  
Citador Grado III

  
30/04/2019





INTEREMPRESAS SIMÓN S.A. ASIGNACIÓN LINEA DE CREDITO  
Dirección: CALLE

Teléfono: 3107676795



NOSOTROS CONSULTAS INFORMATE



**DATOS DE ENVIO**

Tipo empaque: **SOBRE MANILA**

No. de esta pieza: 1

Peso por Volumen: 0

Peso en Kilos: 1



Sigue Tu Envío



Mantén tu Dirección



Línea de Atención al Cliente



Guía de Envío



Descarga App



PDF'S



Sigue tu Situ

# Leído: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA

Procurador I Judicial Administrativo 199 <procjudadm199@procuraduria.gov.co>

mar 30/04/2019 14:49

Para: Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot <jadmin02gir@notificacionesrj.gov.co>;

📎 1 archivos adjuntos (11 KB)

Leído: 2018-00362-00 NOTIFICACION DEMANDA ;

\*\*\*\*\*NOTICIA DE CONFORMIDAD\*\*\*\*\* Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial de la Procuraduría General de la Nación y se encuentra protegida por la Ley. Sólo puede ser utilizada por el personal o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención, difusión, distribución, copia o toma de cualquier acción basada en ella, se encuentra estrictamente prohibido.

65

REPUBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT  
Palacio de Justicia carrera 10 No. 37-39 Segundo Piso Barrio Miraflores  
Girardot - Cundinamarca

66 /

NOTIFICACION POR AVISO No. 02

Señor :  
HERNAN PEREZ MUÑOZ  
TRANSVERSAL 12 No. 22-51 BARRIO SAN MATEO  
FUSAGASUGÁ CUNDINAMARCA

MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS.
RADICACIÓN:	25307-33-33-002-2018-00362-00

En Girardot Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de mayo de 2019, El Suscrito Secretario del JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT, se permite enviar Notificación por AVISO de conformidad con el Artículo 292 C.G.P., al señor HERNAN PEREZ MUÑOZ, copia de la demanda y anexos en 105 folios, auto admisorio en un (1) folio y 1 cd.

Se advierte, que esta notificación se considera cumplida finalizado el día siguiente a la fecha de entrega del presente aviso.

Cordialmente,

  
JAIME ALFONSO AGUILAR CASTRO  
Secretario



Handwritten mark resembling a stylized 'A' or '4'.

Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogota D.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A-11  
Atención al usuario: www.servientrega.com, PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext 110045, Grandes  
Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014, Autoretenedores Resol.  
DIAN 09698 de Nov 24/2003, Responsables y Retenedores de IVA, Factura por computador  
Resolución DIAN 13762012025882, 27/12/2018, Prefijo 009 desde el 93282818 al 96282818

Fecha: 02 / 05 / 2019 17:32

Fecha Prog. Entrega: 03 / 05 / 2019



Factura 996234979

Codigo CDS/SER: 1 - 30 - 1

REMITENTE  
CRA 10 # 37-39 PISO 2 PALACIO DE JUSTICIA  
BARRIO MIRAFLORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT- RAMA JUDICIAL  
Tel/cel: 8310977 Cod. Postal: 252432  
Ciudad: GIRARDOT Dpto: CUNDINAMARCA  
País: COLOMBIA D.I./NIT: 1037392  
FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

DESTINATARIO  
FUA 46 DOCUMENTO UNITAR PZ: 1  
Ciudad: FUSAGASUGA  
CUNDINAMARCA F.P.: CONTADO  
NORMAL M.T.: TERRESTRE  
TRANSVERSAL 12 # 22-51 BARRIO SAN MATEO  
HERNAN PEREZ MUÑOZ ---  
Tel/cel: 8733000 D.I./NIT: 122251  
País: COLOMBIA Cod. Postal: 252211  
e-mail:

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA			No. NOTIFICACION		
1	2	3	1	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Desconocido	2	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Rehusado	3	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	No reside	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	No Reclamado	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Dirección Errada	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Otro (Indicar cual)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Factura No. 996234979



FECHA Y HORA DE ENTREGA  
HORA / DIA / MES / AÑO

Dice Contener: DOCUMENTO  
Obs. para entrega: NOTIFICACION POR AVISO # 2  
Vr. Declarado: \$ 20,000  
Vr. Flete: \$ 0  
Vr. Sobreflete: \$ 400  
Vr. Mensajería expresa: \$ 5,000  
Vr. Total: \$ 5,400  
Vr. a Cobrar: \$ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión:  
No. Bolsa seguridad:  
No. Sobreporte:  
Guía Retorno Sobreporte:

Observaciones en la entrega:

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las cartelerías ubicadas en los Centros de Soluciones, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

Quien Recibe: JESSICA AL EJANDRA BARRIOS HERNANDEZ

Ministerio de Transporte, Licencias No. 895 de Marzo 20201, MINTIC, Licencia No. 1778 de Sept. 72910.

Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogota D.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A-11  
Atención al usuario: www.servientrega.com, PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext 110045, Grandes  
Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014, Autoretenedores Resol.  
DIAN 09698 de Nov 24/2003, Responsables y Retenedores de IVA, Factura por computador  
Resolución DIAN 13762012025882, 27/12/2018, Prefijo 009 desde el 93282818 al 96282818

Fecha: 02 / 05 / 2019 17:32

Fecha Prog. Entrega: 03 / 05 / 2019



Guía No.: 996234979

Codigo CDS/SER: 1 - 30 - 1

REMITENTE  
CRA 10 # 37-39 PISO 2 PALACIO DE JUSTICIA  
BARRIO MIRAFLORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE GIRARDOT- RAMA JUDICIAL DEL PODER  
Tel/cel: 8310977 Cod. Postal: 252432  
Ciudad: GIRARDOT Dpto: CUNDINAMARCA  
País: COLOMBIA D.I./NIT: 1037392  
FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

DESTINATARIO  
FUA 46 DOCUMENTO UNITAR PZ: 1  
Ciudad: FUSAGASUGA  
CUNDINAMARCA F.P.: CONTADO  
NORMAL M.T.: TERRESTRE  
TRANSVERSAL 12 # 22-51 BARRIO SAN MATEO IL SAN RAFAEL  
HERNAN PEREZ MUÑOZ --- DE FUSAGASUGA  
OFICINA DE CORRESPONDENCIA  
Tel/cel: 8733000 D.I./NIT: 122251  
País: COLOMBIA Cod. Postal: 252211  
e-mail:  
03 MAY 2019

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA			No. NOTIFICACION		
1	2	3	1	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Desconocido	2	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Rehusado	3	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	No reside	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	HORA / DIA / MES / AÑO	_____	_____	_____	_____
_____	_____	No Reclamado	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Dirección Errada	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	Otro (Indicar cual)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Guía No. 996234979

FECHA Y HORA DE ENTREGA  
HORA / DIA / MES / AÑO

03 MAY 2019

Dice Contener: DOCUMENTO  
Obs. para entrega: NOTIFICACION POR AVISO # 2  
Vr. Declarado: \$ 20,000  
Vr. Flete: \$ 0  
Vr. Sobreflete: \$ 400  
Vr. Mensajería expresa: \$ 5,000  
Vr. Total: \$ 5,400  
Vr. a Cobrar: \$ 0

RECIBIDO  
W. BARRIOS  
Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión:  
No. Bolsa seguridad:  
No. Sobreporte:  
Guía Retorno Sobreporte:

Observaciones en la entrega:

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las cartelerías ubicadas en los Centros de Soluciones, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

Ministerio de Transporte, Licencias No. 895 de Marzo 20201, MINTIC, Licencia No. 1778 de Sept. 72910.

67  
57/abre

**SEÑORES:**  
**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE**  
**GIRARDOT**  
**E. S. D**

JDO-2-ADN-CTO-GIRARDOT  
19MAY 7 221PM

**REF: REPARACIÓN DIRECTA 25307333300220180036200**  
**DEMANDANTE: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS**  
**DEMANDADO: FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS**

**FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO**, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.090.399.250 de Cúcuta y portador de la T.P. No. 269.454 expedida por el Consejo Superior De La Judicatura, como apoderado del señor **DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ**, me dirijo a su despacho a fin de realizar contestación de la demanda de la referencia a lo cual procedo de la siguiente manera:

### **EN CUANTO A LAS PRETENSIONES**

Me opongo a las pretensiones de la actora teniendo en cuenta que no existe nexo causal: se reitera en este punto, la necesidad de que se acredite la relación de causalidad entre el obrar de la Administración y el daño, lo cual implica probar que la actuación u omisión de la administración, fue la causa eficiente del mismo, o lo que es igual, que de no haber sido por esa conducta suya, el daño no se habría producido, teniendo en cuenta que cuando se hace referencia a una omisión como la causa del daño, no se trata de acreditar una total inactividad de las autoridades, sino de probar que la desplegada fue una omisión, sentencia del 20 de Abril del 2005, expediente 14.699 M.p **RAMIRO SAAVEDRA BECERRA**.

La doctrina ha señalado que las causas eficiente es lo que se considera como fundamento u origen de algo, basta la verificación de la relación antecedente – consecuente para que pueda sostenerse que un hecho es productor y otro el producido, uno el engendrante y otro el engendrado, no interesa en la consideración meramente física si el encadenamiento es próximo o remoto, cercano o alejado en el tiempo o en el espacio: basta que ocurra, que exista, que se dé "cualquier suceso natural o hecho humano es susceptible de generar repercusiones que se expanden por todo el ámbito social al entrelazarse con otros hechos o acontecimiento que son, a su vez consecuencia de sucesos anteriores.

Esta expansión en el espacio en el tiempo ocurre en círculos concéntricos, parecidos a los que produce una piedra al caer en el agua tranquila de un estanque, cuanto más alejados están del lugar de impacto, más débiles o imperceptibles se tornan por lo regular tales efectos 37.

Además es de aclarar que si hablamos de mi mandante este para la fecha en mención se desempeñaba en actividades como médico hospitalario en actividades quirúrgicas (cirugía) como lo soporta la certificación laboral aportada previamente por mi poderdante a través de la vinculación como cooperado de Trabajadores asociados para la prestación de servicios a entidades del sector salud COOMEDSALUD , donde desempeña funciones de asistencia a los especialistas de cirugía , acompañamiento a ronda médica , entre otros.

Las actuaciones antes relacionadas responden al cumplimiento de las órdenes impartidas por los diferentes especialistas en cirugía, El paciente en mención no presento atenciones en cirugía, ni diagnósticos relacionados con la especialidad, por lo que, no se realizaron intervenciones a nombre de mi prohijado, ya que para las fechas no realizaba ningún tipo de atenciones en pediatría.

En la historia clínica y las demás pruebas aportadas no se relacionan ningún tipo de intervenciones, actuaciones ni descripciones realizadas a nombre de mi poderdante en ninguno de los folios del historial, de igual forma como menciona el documento a través de la conciliación en procuraduría se expresó el deseo de no conciliar, debido como se mencionó a la ausencia de actuaciones de mi poderdante sobre el menor.

Por lo que nos oponemos a todas las pretensiones del libelo de la demanda por no haber fundamentos respecto a mi mandante porque e este no intervino ni en la atención ni el manejo del menor fallecido como se consta con el solo análisis de la historia clínica (epicrisis) y al leer los hechos narrados por la parte actora donde jamás se refiere a mi prohijado dando manejo médico.

### **EN CUANTO A LOS HECHOS U OMISIONES**

- 3.1. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.2. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.3. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.4. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.5. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso, en razón a que mi prohijado no atendió medicamente al menor fallecido ni le brindo ninguna atención medica al mismo ya que no intervino en el procedimiento que se le llevara a cabo a dicho paciente, por lo que con más veras hay una falta de legitimación en la causa por pasiva respecto de mi poderdante.
- 3.6. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.7. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.8. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.9. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.10. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.11. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.

69

- 3.12. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.13. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.14. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.15. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.16. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.17. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.18. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.19. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.20. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.
- 3.21. No me consta, me atengo a lo que resulte probado durante el proceso.

### **EXCEPCIONES DE MERITO**

#### **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA:**

Excepción esta llamada a prosperar toda vez que mi mandante como lo manifesté al referirme a los hechos se debe mencionar en primer lugar que el menos DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) identificado con RC No. 1.069.762.260, recibió atención en la E.S.E. Hospital san Rafael de Fusagasugá entre los 3 días de abril del 2016 hasta el día 13 de abril del mismo año momento en el que ocurrió el deceso, siendo intervenido en las áreas de urgencias pediátricas y hospitalización de pediatría, donde destacan valoraciones y manejos por diferentes profesionales del área de la salud, médicos generales y especialistas en pediatría. Luego de haber revisado y analizado las pruebas aportadas incluyendo la historia clínica disponible es de mencionar que para la fecha en mención mi poderdante se desempeñaba en actividades como médico hospitalario en actividades quirúrgicas (cirugía) como lo soporta la certificación laboral aportada previamente por mi poderdante a través de la vinculación como cooperado de Trabajadores asociados para la prestación de servicios a entidades del sector salud COOMEDSALUD , donde desempeña funciones de asistencia a los especialistas de cirugía , acompañamiento a ronda médica , entre otros.

Las actuaciones antes relacionadas responden al cumplimiento de las órdenes impartidas por los diferentes especialistas en cirugía, El paciente en mención no presento atenciones en cirugía, ni diagnósticos relacionados con la especialidad, por lo que, no se realizaron intervenciones a nombre de mi prohijado, ya que para las fechas no realizaba ningún tipo de atenciones en pediatría.

En la historia clínica y las demás pruebas aportadas no se relacionan ningún tipo de intervenciones, actuaciones ni descripciones realizadas a nombre de mi poderdante en ninguno de los folios del historial, de igual forma como menciona el documento a través de la conciliación en procuraduría se expresó el deseo de no conciliar, debido como se mencionó a la ausencia de actuaciones de mi poderdante sobre el menor.



Que esto se observa con el solo análisis de la historia clínica del menor que lamentablemente falleció y con el resultado de los análisis que menciona el apoderado de la parte actora de la demanda donde hace una relación paso a paso del manejo que se le dio al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO y donde se observa que mi prohijado no intervino ni en la atención ni en el cuidado médico que se le ofreció a este mismo, por lo que mal haría en vincular al mismo a un proceso como el que nos ocupa cuando no hubo intervención directa ni indirecta en la atención del menor que lamentablemente falleciera, por lo que desde ya pido se desvincule del proceso que nos ocupa a mi poderdante por las razones expuestas en la parte emotiva de la presente excepción.

Sin embargo haremos llamamiento en garantía en escrito aparte pero siempre aclarando que existe falta de legitimación en la causa por pasiva en lo que respecta mi mandante por no haber intervenido este de forma directa en la atención medica del menor fallecido.

### **PRUEBAS**

**TRASLADADA:** solicito que se remita copia integral de la historia Clínica a medicina Legal para establecerlas responsabilidades si ellos hubiera lugar.

### **NOTIFICACIONES**

DAVID ALBERTO ROJAS, recibe notificaciones en la E.S.E Hospital san Rafael de Fusagasugá, como se indicó en la demanda.

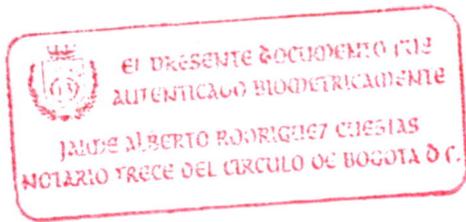
El suscrito Apoderado recibe notificaciones en la Calle 48 No. 14 – 62 Edificio Portal 40 Bogotá, Correo Electrónico [francoegb@gmail.com](mailto:francoegb@gmail.com).

Del señor juez

Atentamente,



**FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO**  
**No. 1.090.399.250 de Cúcuta**  
**T.P. No.269.454 expedida por el C.S de la J**



ABOGADOS ASOCIADOS  
Calle 14 # 7 - 62 de Fusagasuga  
Cel. 322 700 38 39

71

SEÑORES  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
GIRARDOT  
E.S.D.

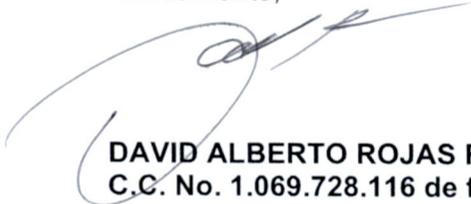
REF. REPARACIÓN DIRECTA 25307333300220180036200  
DEMANDANTES: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS  
DEMANDADOS: FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS

DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ, mayor de edad, identificado en con cedula de ciudadanía N°. 1.069.728.116 de Fusagasuga, con domicilio y residencia en la ciudad de Fusagasuga, me dirijo a su despacho a fin de manifestar que confiero PODER amplio y suficiente al Doctor FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.090.399.250 de Cúcuta y portador de la T.P. No. 269.454 expedida por el Consejo Superior De La Judicatura, para que en mi nombre y representación conteste la demanda de la referencia proponga excepciones y en general ejerza la defensa de mis derechos e intereses dentro del proceso de la referencia, haga llamamiento en garantía de ser necesario, interponga recursos, nulidades y todos los actos necesario para el buen fin de este mandato.

Mi apoderada queda facultada para representarme en todas las instancias del proceso con las expresas facultades establecidas en el art. 74 y 77 del C. G. del P., en especial las de recibir, transigir, conciliar, sustituir, designar suplente, reasumir poder, tachar y redargüir documentos y testigo, desistir y formular todas las pretensiones que estime convenientes para mi representación, acordar con las partes y/o contrapartes y renunciar al presente poder.

Sírvanse, reconocer la personería de mi apoderada, en los términos y para los efectos del presente mandato.

Atentamente,

  
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ  
C.C. No. 1.069.728.116 de fusagasuga

El Notificado  
presente firma como aparece  
el auto de fecha  
quien  
personalmente a  
hoy, notifique

ACEPTO;

  
FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO  
C.C No. 1.090.399.250 de Cúcuta  
T.P No. 269.454 del C.S. de la J

Republica de Colombia  
Rama Judicial del Poder Público  
Juzgado Primero Civil Municipal  
Fusagasuga - Cundinamarca



FIROTA AUTENTICADA  
NOTARIA 13

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page.



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



113473

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veintisiete (27) de abril de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Trece (13) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:  
FRANCISCO EDUARDO GONZALEZ BOTELLO, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1090399250 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Francisco Gonzalez*

----- Firma autógrafa -----



8npicw4vqqt2  
27/04/2019 - 11:30:11:670



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 asocia al documento de AUTENTICACION y que contiene la siguiente información JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT.



*Ana Patricia Rodriguez Cuestas*  
ANA PATRICIA RODRIGUEZ CUESTAS

Notaria trece (13) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 8npicw4vqqt2

NOTARIO (A) TRECE ENCARGADO (A) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ  
según resolución No. 5196 del 23 de 04  
de 2019 (ART. 2.2.6.1.5.6.4 DECRETO REGLAMENTARIO 1069  
del 26 mayo de 2015).

**JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE FUSAGASUGA**

En Fusagasugá a los 06 MAY 2019

se presentó ante el suscrito Juez del juzgado

Primero Civil Municipal de esta ciudad, el señor

DAVID ALBERTO ROJAS FLORES

quien se identificó con la C.C. No. 1069728116

de EGG y exhibió la T.P. No. \_\_\_\_\_

del C.S.J., afirmando que la firma que aparece en

su escrito, es suya. \_\_\_\_\_

El Compareciente: [Signature]

El Juez: [Signature]

1

Señor

JUEZ 2 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO

GIRARDOT

E. S. D.

JDO-2-ADN-CTO-GIRARDOT

30-MAY-19-10:58AM

FL. 36.

REF. ACCION DE REPARACION DIRECTA DE DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS CONTRA FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS. RAD 2018-362

**SONIA MARCELA SANCHEZ ACOSTA**, abogada, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.926.513 de Armenia y Tarjeta Profesional No. 81.623 del C. S. de la Judicatura, en mi calidad de apoderada del doctor FABIO ALBERTO CHAPARRO, estando dentro del término legal y por medio del presente procedo a contestar la demanda que dio origen al presente proceso, en los siguientes términos:

#### I. CONSIDERACIÓN PREVIA

Manifiesto al honorable despacho judicial que reservo la posibilidad de modificar, ampliar, sustituir o retirar cualquiera de las pruebas, excepciones y argumentaciones de la defensa en lo que resta del término para contestar, por lo que no he renunciado al término remanente, en razón a que presentaré dictamen pericial.

#### 1. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

1. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que no se hace mención a conducta alguna desplegada por el mismo, ya que se trata de aspectos personales del paciente que desconoce el DR. CHAPARRO.
2. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que no se hace mención a conducta alguna desplegada por el mismo, ya que se trata del estado de salud del paciente al nacer.
3. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que no se hace mención a conducta alguna desplegada por el mismo, ya que se trata de situaciones que no presencié el DR CHAPARRO.
4. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que no se hace mención a conducta alguna desplegada por el mismo, ya que se trata de situaciones que no presencié el DR CHAPARRO.

Calle 34 No. 4B-38-Barrio Cádiz  
Móvil 321-268-1062; somasaac146@gmail.com  
Ibagué

~ 1 ~

27/

5. Es parcialmente cierto, el paciente con su acompañante, la mamá, ingresó al hospital (no al servicio de urgencias pediátricas) para toma de datos necesarios, como identificación, edad, persona responsable, residencia, teléfono, régimen de seguridad social, y otros para la elaboración de la historia clínica para su respectiva atención médica el día 03 de abril del año 2016 a la 21:34 de la noche; luego de allí se desplaza al servicio de urgencias pediátricas. El Dr. Fabio Alberto Chaparro en calidad de Médico general atendió al paciente en el servicio de urgencias, y conforme a la historia clínica el motivo de consulta fue "CONGESTION DE PECHO CON TOS".
6. No es cierto, el Dr. Chaparro no instauró manejo antibiótico. Dio manejo con micronebulizaciones con adrenalina y solución salina hipertónica. Este manejo se utiliza para el manejo de bronquiolitis. Igualmente el DR CHAPARRO solicita interconsulta con pediatría.

La historia clínica precisa:

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO:

## IC DE PEDIATRIA OXIGENO A 1 LT

Mi mandante inició la atención del lactante a las 09:45:51 de la noche, esto es exactamente a unos escasos 11 minutos y 51 segundos después de haber ingresado al hospital, al área de facturación y luego de haberle tomado los datos para su ingreso en el área correspondiente.

7. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, pues se hace mención a una atención brindada por otro profesional, el Dr. Adohis Montes, no obstante debo precisar que no es cierto que este hubiere ordenado RX, y no se encuentra en la historia clínica orden de Rx firmada por el; se debe tener en cuenta que el Rx que se menciona en el análisis realizado en la historia, hace referencia al Rx que había sido previamente ordenado y analizado por el Dr. Chaparro.
8. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que el DR CHAPARRO solo atendió al paciente el 3 y 4 de abril, más de cara a la historia clínica es cierto, la orden de ecocardiograma es repetida, ya que este había sido ordenado previamente por otros pediatras.
9. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, toda vez que el DR CHAPARRO solo atendió al paciente el 3 y 4 de abril y se hace mención a atención brindada por otro profesional de la salud, DR CARLOS ALBERTO ROBLEDO.

24

10. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR HERNAN PEREZ MUÑOZ, no obstante de cara a la historia clínica es cierto.
11. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR CARLOS ENRIQUE CAMARGO, no obstante de cara a la historia clínica es cierto, el menor ya se encontraba en destete de oxígeno.
12. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR CARLOS ENRIQUE CAMARGO, no obstante de cara a la historia clínica es cierto.
13. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR HECMAR EDUARDO MURCIA, no obstante de cara a la historia clínica es cierto. }
14. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR HECMAR EDUARDO MURCIA, no obstante de cara a la historia clínica es cierto. En cuanto al comentario que se hace en este hecho por parte de la accionante entre paréntesis, debo precisar que solo el despacho precisará si existió falla del servicio y la pérdida de oportunidad que refiere.
15. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a la atención prestada por el profesional DR HECMAR EDUARDO MURCIA, no obstante de cara a la historia clínica es cierto. En cuanto al comentario que se hace en este hecho por parte de la accionante entre paréntesis, debo precisar que solo el despacho precisará si existió falla del servicio y la pérdida de oportunidad que refiere, siendo del caso manifestar que mi mandante no realizó conducta alguna ni omitió atención que diera lugar a las mismas.
16. No le consta a mi mandante lo referido, ya que no se hace mención a conducta alguna realizada por el mismo; se hace referencia a los trámites de remisión del menor a UCI, por parte del Hospital San Rafael de Fusagasugá.
17. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, pues se hace mención a una atención brindada por otro profesional, el Dr. Adohls Montes.

18. No le consta a mi mandante lo referido en este hecho, pues se hace mención a la declaratoria de muerte clínica del paciente el día 13 de abril y tal como se mencionó previamente, mi mandante atendió al paciente solo hasta la madrugada del día 4 de abril; igualmente desconoce lo ocurrido frente a la autorización por parte de COOMEVA que se menciona para la remisión a UCI pediátrica.
19. Es cierto conforme a la documentación que se aporta por la parte actora.
20. Es cierto, se declaró fallida la conciliación.
21. Es cierto, se expidió certificación por parte de la Procuraduría 50 judicial II para asuntos administrativos.

### I. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones elevadas, toda vez que no hubo error alguno en el actuar de mi mandante, tal como se señaló al contestar los hechos de la demanda, en razón a que el DR CHAPARRO brindó la atención que requería el paciente, de conformidad al estado en que se encontraba este para el momento en que le brindó el servicio como médico general.

### II. EXCEPCIONES

Procedo a presentar las excepciones que impiden la prosperidad de las pretensiones deprecadas por la parte accionante:

#### EXCEPCIONES DE FONDO

##### 1. Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la *lex artis ad hoc*

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre éstos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, situación que no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante realizó la conducta que le correspondía, con total diligencia, prudencia y pericia, lo cual en ningún momento admite reproche de culpabilidad alguno.

En el presente caso, de acuerdo a los documentos obrantes en el expediente, vemos que se trató de una paciente masculino de 1 año y 2 meses de edad con

antecedente de prematuridad extrema (nacimiento a las 33 semanas); aquí debe señalarse que los lactantes con antecedente de prematuridad extrema tienen un riesgo de presentar cuadros respiratorios aumentado con respecto a la población general.

El menor es atendido por el Dr. Fabio Alberto Chaparro el 03 de abril de 2016 en el servicio de urgencias del hospital San Rafael de Fusagasugá, a las 21+ 34 por un cuadro de dificultad respiratoria.

El Dr. Chaparro realizó impresión diagnóstica de bronquiolitis e inició manejo con micronebulizaciones y solución salina hipertónica. Sin embargo, consideró pertinente realizar un Rx de tórax en busca de otras patologías pulmonares y revalorar con resultados. El 04 de abril de 2016 a las 01+ 04 el Dr. Chaparro reporta Rx de tórax en la que se observan signos de un proceso infeccioso a nivel pulmonar, por lo que hace impresión diagnóstica de bronconeumonía y solicita interconsulta con pediatría.

El Dr. Chaparro no vuelve a tener contacto con el paciente, quedando a cargo del servicio de pediatría, siendo valorado a las 04+27 por pediatra; los especialistas de pediatría continúan su manejo y se da orden de hospitalización el mismo día a las 13+59.

De conformidad con lo anterior, se tiene que el DR CHAPARRO brindó atención a su paciente de manera adecuada, dentro de una buena práctica médica, enfoco al paciente de acuerdo al cuadro clínico que presentaba, e inició manejo y solicitó estudios complementarios. Una vez considero que la patología del paciente ameritaba manejo especializado, lo solicito de forma inmediata.

De esta forma se tiene que la conducta desplegada por el profesional fue adelantada de forma oportuna e idónea, sin que pueda imputarse impericia, negligencia o imprudencia a mi poderdante.

## **2. Ausencia de nexo de causalidad**

El nexo de causalidad es el vínculo que une, por una parte, la conducta del agente causante, y por la otra, el daño.

En este caso no se puede imputar el daño, esto es, la muerte del paciente a la atención brindada por mi poderdante.

Entre la conducta endilgada y el daño que se alega debe existir un nexo, esta exigencia es pacífica y unánime en la doctrina y jurisprudencia de nuestro país.

En el caso sub examine entre el daño que alegan los demandantes y la actuación de mi poderdante no existe nexo de causalidad alguno, pues de acuerdo a la historia clínica aportada al proceso, no hay duda de que cuando el DR CHAPARRO atendió al paciente, el 03 de abril en el Hospital San Rafael

A/

Fusagasugá en el Servicio de urgencias, encontró a un paciente consciente, alerta, tranquilo, colaborador, activo, sin signos de dificultad respiratoria, no luce tóxico o séptico, fijando como diagnóstico "J980 ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADA EN OTRAS PARTES.", prescribió como conducta a seguir: Micronebulizaciones con adrenalina y solución salina hipertónica No vía oral Revalorar Solicitud Rx de torax.

Mi mandante realizo una valoración adecuada, realizó los registros de historia clínica completos y dio un enfoque del paciente acorde con las condiciones descritas e instaura un plan de manejo consistente con la impresión diagnóstica.

Posteriormente el 4 de abril de 2016 a la 1:04 a.m. aparece el registro del reporte del Rx de tórax: "ATRAPAMIENTO AÉREO, INFILTRADOS INTERSTICIALES DIFUSOS, DEDEMA PERIBRONQUIAL CONSOLIDACIONES APICAL IZQUIERDA"

Examen Físico:

REG HIDRATADO, TRANQUILO Y COLABORADOR, NO LUCE TOXICO NO LUCE SEPTICOTORAX; TIRAJESCP: RUIDOS RITMICOS, CAMPOS PULMONARES, ESTERTOERESABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, PIEL MUCOSAS HUMEDAS NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

Igualmente se deja registro de como análisis y plan de manejo: IC (interconsulta) con pediatría y oxígeno a 1 LT.

Se registra también de manera clara la solicitud de apoyo a otras especialidades, indicando en el ítem de servicio: INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA, señalando claramente el motivo de esa solicitud:

*PACIENTE DE 45 DIAS PRETERMINO DE 33,5 SEMANAS CON UN PESO DE 1848 GRAMOS CON CUADRO DE UN DIA DE TOS CONGESTION DISNEA PESO DE 360 REG FC 182 FR DE 52 TORAX TIRAJES INTERCOSTALES CP. RITICOS CON CREPITOS BILATERALES NEUMONIA.*

Esta conducta igualmente es adecuada, en la medida en que el DR CHAPARRO realiza una revaloración con el apoyo de las imágenes de Rx de tórax, con lo cual establece nueva impresión diagnóstica y solicita interconsulta con pediatría y manejo con oxígeno acorde con la condición del paciente.

En virtud a la solicitud de interconsulta a pediatría, la cual se hizo oportunamente por parte de mi mandante, pediatría dio orden de hospitalizar al paciente, el cual quedo en manos del servicio de este servicio.

Conforme a lo anterior, se tiene que no existe nexo causal entre la muerte de menor y la atención brindada por el DR CHAPARRO.



Para probar la relación de causalidad, no basta que un hecho pueda ser considerado como una hipótesis posible, sino que se requiere prueba sobre esta, vale decirlo, jamás puede presumirse.

Una vez dejado claro que existe la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas que pueden producir un resultado final.

Para que sea exigible la responsabilidad civil se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida, lo que no ocurre en este caso, razón por la cual las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar.

### **3. Ausencia de culpa grave o dolo**

Uno de los presupuestos de la responsabilidad administrativa, es la existencia de una conducta calificada como dolosa o gravemente culposa. Es decir que el legislador, no quiso que cualquier culpa tuviese la virtualidad de comprometer la responsabilidad directa del agente o ex agente del estado, sino solamente aquella culpa grosera que revista el calificativo de culpa grave.

De modo que para que se pueda imputar responsabilidad al agente público, se requiere demostrar que la actuación que originó el daño, fue una conducta dolosa o gravemente culposa. Por tal motivo es menester precisar los conceptos de dolo y culpa grave, que integran este presupuesto de la responsabilidad.

Sobre la noción de culpa, se ha dicho que es la reprochable la conducta de un agente que generó un daño antijurídico, no querido por él pero producido por la omisión voluntaria al deber objetivo de cuidado que le era exigible de acuerdo a sus condiciones personales y las circunstancias en que actuó.

Es decir, la conducta es culposa cuando el resultado dañino es producto de la infracción al deber objetivo de cuidado y el agente debió haberlo previsto por ser previsible, o habiéndolo previsto confió en poder evitarlo. Definición de culpa consagrada en el Código Penal, como único código nuestro que intenta una definición de tal concepto jurídico.

También el concepto de culpa ha sido entendido de acuerdo a la definición de los hermanos Mazeaud, como aquel error de conducta en el que no hubiese incurrido una persona en las mismas circunstancias de modo, tiempo y lugar en que obró aquella cuyo comportamiento es analizado y en consideración al deber de diligencia que le era exigible.

En relación a los grados de culpa, el artículo 63 del Código Civil, estableció tres grados o especies de culpa a saber:

"Culpa grave, negligencia grave, culpa lata, es la que consiste en no manejar los negocios ajenos con aquel cuidado que aún las personas negligentes o de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios. Esta culpa en materias civiles equivale al dolo.

Culpa leve, descuido leve, descuido ligero, es la falta de aquella diligencia y cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus negocios propios. Culpa o descuido, sin otra calificación, significa culpa o descuido leve. Esta especie de culpa se opone a la diligencia o cuidado ordinario o mediano.

El que debe administrar un negocio como un buen padre de familia, es responsable de esta especie de culpa.

Culpa o descuido levísimo es la falta de aquella esmerada diligencia que un hombre juicioso emplea en la administración de sus negocios importantes. Esta especie de culpa se opone a la suma diligencia o cuidado.

El dolo consiste en la intención positiva de inferir injuria a la persona o propiedad de otro."

Sobre la culpa grave señalan los hermanos Mazeaud, que si bien es cierto no es intencional, es particularmente grosera. "su autor no ha querido realizar el daño, pero se ha comportado como si lo hubiera querido" de acuerdo con la jurisprudencia, se entiende que incurre en culpa grave aquel que ha "(...) obrado con negligencia, despreocupación o temeridad especialmente graves" y agregan que "(...) reside en un error, en una imprudencia o negligencia tal, que no podría explicarse sino por la necedad, la temeridad o la incuria del agente (...) "<sup>1</sup>

La Ley 678 del 2001, definió en su artículo 6 la que debe entenderse por culpa grave y los eventos en los cuales la misma se presume:

"La conducta del agente del Estado es gravemente culposa cuando el daño es consecuencia de una infracción directa de la Constitución o a la ley o de una inexcusable omisión o extralimitación en el ejercicio de las funciones.

Por su parte, la corte Constitucional en sentencia C-484 de 2002 con ponencia del Magistrado Alfredo Beltran Sierra explicó que se configura culpa en el evento de incurrir "en un error de conducta en que no habría incurrido otra persona en el ejercicio de ese cargo" de tal manera que resulte "evidente que no se desempeña sus funciones de conformidad con la Carta, y en cambio, sí lo hace contrariándola, o quebrantando la ley o el reglamento y en todo caso en perjuicio de los intereses de la comunidad o de sus asociados, y no al servicio sino en perjuicio del Estado".

---

<sup>1</sup> (Mazeaud y Tunc, Tratado Teórico Práctico de la Responsabilidad Civil, Delictual y Contractual, tomo 1, volumen II pág. 384.

80/

De modo que es presupuesto de la responsabilidad administrativa la existencia de dolo o culpa grave en el agente estatal, lo cual no se configura en modo alguno en los hechos que nos ocupan por parte de mi poderdante, en la medida en que el mismo realizó lo que le correspondía, esto es atendió de forma oportuna al menor, realizó registros en historia clínica de adecuada calidad, instauró un manejo inicial adecuado acorde con la información con la que contaba y solicitó ayudas diagnósticas que ayudaran a establecer el caso, analizó oportunamente la información aportada por el Rx de tórax tomado al menor y acorde con los resultados solicito oportunamente interconsulta por pediatría (manejo especializado), ordenando el pediatra hospitalizar al paciente, quien quedó en manos del servicio de pediatría, el cual era responsable del mismo cuando falleció.

Se resalta igualmente que el menor fue trasladado del servicio de urgencias a hospitalización en condiciones adecuadas y que su muerte se dio varios días después de la atención dada por el DR CHAPARRO.

La conducta del DR CHAPARRO no generó daño alguno; la muerte ocurrió por causas ajenas a su conducta, lo que trae como consecuencia jurídica la desconfiguración de la responsabilidad por ausencia de uno de sus requisitos esenciales.

#### **6. Cumplimiento de la obligación de medios por parte del DR FABIO ALBERTO CHAPARRO**

En responsabilidad médica existen dos tipos de obligaciones de medios y de resultados, y se diferencia la una de la otra dependiendo del vínculo jurídico que entre las partes se haya estipulado. La obligación de medios –que interesa en el presente asunto- se caracteriza por el alea que ella comporta, pues el compromiso que adquiere el medico frente a su paciente estará encaminado siempre en colocar todo su conocimiento actuando siempre con la mayor diligencia y esfuerzos para lograr un resultado, el cual, si no es alcanzado, no será suficiente para determinar el incumplimiento de la prestación, toda vez que, el profesional nunca se comprometió a la obtención de un resultado, simplemente hay un compromiso de diligencia y prudencia en su actuar.

El artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007 indica:

*"Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientados a la atención integral de salud, aplicados por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional."*

Y frente a las obligaciones de medios de los médicos, el Consejo de Estado en

81

sentencia del 12 de febrero de 2014, expediente 88001-23-31-000-2005-00050-01 (34.125), Consejero Ponente Dr. Carlos Alberto Zambrano Barrera, indicó:

*"la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho"*

Así las cosas, es claro que el médico adquiere frente a su paciente una obligación de medios, por tanto, el profesional de la salud se compromete a utilizar todos los elementos adecuados para la consecución de tal fin, sin que ello implique la curación del paciente.

El único compromiso que adquiere el médico con su paciente es que pondrá todo el empeño, conocimientos, diligencia, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto médico; como efectivamente lo hizo mi mandante, quien se ciñó con total apego a los cánones de la lex artis, como quiera que cumplió con el estándar de conducta exigido para su condición de médico general, lo cual se realizó con pericia, prudencia y diligencia, resaltándose además que hizo todo lo que se encontraba a su alcance en pro de la beneficencia de su paciente.

## 7. Causa extraña

Las tradicionalmente denominadas causales eximentes de responsabilidad —fuerza mayor, caso fortuito, hecho exclusivo y determinante de un tercero o de la víctima— constituyen un conjunto de eventos que dan lugar a que devenga jurídicamente imposible imputar responsabilidad a la persona o entidad que obra como demandada dentro del proceso. En relación con todas ellas, tres son los elementos cuya concurrencia tradicionalmente se ha señalado como necesaria para que proceda admitir su configuración: (i) su irresistibilidad; (ii) su imprevisibilidad y (iii) su exterioridad respecto del demandado, extremos en relación con los cuales la jurisprudencia de la sección tercera del Consejo de Estado ha sostenido lo siguiente<sup>2</sup>:

En cuanto tiene que ver con (i) la irresistibilidad como elemento de la causa extraña, la misma consiste en la imposibilidad del obligado a determinado comportamiento o actividad para desplegarlo o para llevarlo a cabo; en otros términos, el daño debe resultar inevitable para que pueda sostenerse la ocurrencia de una causa extraña.

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección tercera, sentencia del 7 de marzo de 2012, CP Hernán Andrade Rincón, expediente 21.956.

927

Por lo demás, si bien la mera dificultad no puede constituirse en verdadera imposibilidad, ello tampoco debe conducir al entendimiento de acuerdo con el cual la imposibilidad siempre debe revestir un carácter sobrehumano; basta con que la misma, de acuerdo con la valoración que de ella efectúe el juez en el caso concreto, aparezca razonable, como lo indica la doctrina:

*"La imposibilidad de ejecución debe interpretarse de una manera humana y teniendo en cuenta todas las circunstancias: basta que la imposibilidad sea normalmente insuperable teniendo en cuenta las condiciones de la vida"*<sup>3</sup>.

En lo referente a (ii) la imprevisibilidad, suele entenderse por tal aquella circunstancia respecto de la cual "no sea posible contemplar por anticipado su ocurrencia"<sup>4</sup>, toda vez que "Prever, en el lenguaje usual, significa ver con anticipación"<sup>5</sup>, entendimiento de acuerdo con el cual el agente causante del daño sólo podría invocar la configuración de la causa extraña cuando el hecho alegado no resulte imaginable antes de su ocurrencia, cuestión de suyo improbable si se tiene en cuenta que el demandado podría prefigurarse, aunque fuese de manera completamente eventual, la gran mayoría de eventos catalogables como causa extraña antes de su ocurrencia, más allá de que se sostenga que la imposibilidad de imaginar el hecho aluda a que el mismo jamás hubiera podido pasar por la mente del demandado o a que éste deba prever la ocurrencia de las circunstancias que resulten de más o menos probable configuración o a que se entienda que lo imprevisible está relacionado con el conocimiento previo de un hecho de acaecimiento cierto.

Sin embargo, el carácter imprevisible de la causa extraña también puede ser entendido como la condición de "imprevisto" de la misma, esto es, de acontecimiento súbito o repentino, tal y como lo expresan tanto el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, como el artículo 64 del Código Civil<sup>6</sup> y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de acuerdo con la cual "Imprevisible será cuando se trate de un acontecimiento súbito, sorpresivo, excepcional, de rara ocurrencia"<sup>7</sup>. La recién referida acepción del vocablo "imprevisible" evita la consecuencia a la cual conduce el entendimiento del mismo en el sentido de que se trata de aquello que no es imaginable con anticipación a su ocurrencia, toda vez que esta última comprensión conllevaría a que la causa extraña en realidad nunca operase, si se tiene en cuenta que prácticamente todos los sucesos que ocurren a diario ya han sido imaginados por el hombre.

Así pues, resulta mucho más razonable entender por imprevisible aquello que, pese a que pueda haber sido imaginado con anticipación, resulta súbito o repentino o aquello que no obstante la diligencia y cuidado que se tuvo para

<sup>3</sup> ROBERT, André, Les responsabilites, Bruselas, 1981, p. 1039, citado por TAMAYO JARAMILLO, Javier, Tratado de responsabilidad civil, cit., p. 19.

<sup>4</sup>Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 20 noviembre de 1989, Jurisprudencia y Doctrina, tomo XIX, Bogotá, Legis, p. 8.

<sup>5</sup>[6] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 26 mayo de 1936, Gaceta Judicial, tomo XLIII, p. 581.

<sup>6</sup> Nota original en la sentencia Citada: Cuyo tenor literal es el siguiente: "Se llama fuerza mayor o caso fortuito, el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los autos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc".

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 26 de enero de 1.982, Gaceta Judicial, tomo CLXV, p. 21.

evitarlo, de todas maneras acaeció, con independencia de que hubiese sido mentalmente figurado, o no, previamente a su ocurrencia.

En la dirección señalada marcha, por lo demás, la reciente jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la cual ha matizado la rigurosidad de las exigencias que, en punto a lo "inimaginable" de la causa extraña, había formulado en otras ocasiones:

Y, por otra parte, en lo relacionado con (iii) la exterioridad de la causa extraña, si bien se ha señalado que dicho rasgo característico se contrae a determinar que aquella no puede ser imputable a la culpa del agente que causa el daño o que el evento correspondiente ha de ser externo o exterior a su actividad, quizás sea lo más acertado sostener que la referida exterioridad se concreta en que el acontecimiento y circunstancia que el demandado invoca como causa extraña debe resultarle ajeno jurídicamente, pues más allá de sostener que la causa extraña no debe poder imputarse a la culpa del agente resulta, hasta cierto punto, tautológico en la medida en que si hay culpa del citado agente mal podría predicarse la configuración —al menos con efecto liberatorio pleno— de causal de exoneración alguna, tampoco puede perderse de vista que existen supuestos en los cuales, a pesar de no existir culpa por parte del agente o del ente estatal demandado, tal consideración no es suficiente para eximirle de responsabilidad, como ocurre en los casos en los cuales el régimen de responsabilidad aplicable es de naturaleza objetiva, razón por la cual la exterioridad que se exige de la causa del daño para que pueda ser considerada extraña a la entidad demandada es una exterioridad jurídica, en el sentido de que ha de tratarse de un suceso o acaecimiento por el cual no tenga el deber jurídico de responder la accionada"<sup>8</sup>.

Así pues, en modo alguno es exigible al médico, desde un punto de vista técnico, evitar aquellas complicaciones que, aun siendo previsibles, resulten inevitables en el estado actual de la ciencia médica.<sup>9</sup>

Aun cuando no cabe estimar no previsible aquel tipo de complicaciones que en ocasiones se pueden producir, es obvio que no cabe cargar en la actuación del agente las que tienen carácter excepcional y que no existe posibilidad normal de conocer o averiguar con anterioridad a la intervención.

Surge entonces con claridad el concepto de la causa extraña como elemento eximente de la responsabilidad, pues es evidente la inexistencia de prueba que indique que el daño mencionado haya sido ocasionado o agravado por la acción u omisión de mi mandante; **debe tenerse en cuenta que ni siquiera la parte actora advierte que el DR CHAPARRO hubiera realizado su labor de manera inadecuada, pues si verificamos el contenido de la demanda resulta evidente que los planteamientos realizados señalan como falla del servicio y pérdida de oportunidad el que no se hubiere brindado UCI pediátrica al paciente, aspecto este en el que no tiene injerencia alguna.**

<sup>8</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, Expediente No. 16.530.

<sup>9</sup> Responsabilidad en las distintas fases de la actuación médico terapéutica y según especialidades, en la Responsabilidad civil y penal del médico, Julio César Galán Cortés, Madrid, 1.999.

84

El demandante en los hechos 14, 15, 16 y 18 de la demanda claramente advierte que el hospital no contaba con UCI pediátrica y que COOMEVA debía autorizar la remisión a este servicio, señalando que el paciente falleció sin que se hubiera autorizado dicha remisión, precisando igualmente en la demanda que su muerte se dio "al no realizar una pronta y adecuada remisión del menor a la unidad de cuidados intensivos que requería..."

Lo cierto es que en el presente caso el Dr. CHAPARRO actuó acorde a las guías de práctica clínica, no se evidencia negligencia en la atención del paciente y los manejos médicos realizados por el fueron oportunos.

Se trataba de un paciente que conforme a los signos y síntomas, así como las ayudas diagnósticas, presentaba un diagnóstico de neumonía, siendo interconsultado con pediatría, servicio especializado para continuar con el manejo del paciente, sin que le fuera exigible al DR CHAPARRO la remisión efectiva del paciente a UCI pediátrica, que es la situación frente a la cual la parte accionante plantea como reparo; esto era un trámite administrativo que no le es exigible al profesional de la salud, dado que el Hospital donde ocurre la atención no contaba con el servicio requerido, debiendo remitirse a un tercer nivel de complejidad que conforme a la historia clínica requería el paciente y por tanto era necesario el proceso de remisión.

En esas condiciones, resultaría temerario afirmar que los actos médicos ejecutados por mi prohijado hayan sido la causa de los eventuales perjuicios sufridos por el demandante.

Así las cosas, de ninguna manera pueden emanar responsabilidad de mi mandante pues sus actuaciones se caracterizaron por su pulcritud y responsabilidad. Podemos entonces afirmar que en el presente caso estamos frente a una causa extraña, una fuerza mayor y/o caso fortuito que hacen inexistente el nexo causal entre el actuar del médico demandado y la muerte del menor.

## 8. Hecho exclusivo de un tercero como eximente de responsabilidad

Uno de los elementos axiológicos de la responsabilidad en general predica que el hecho causante del daño sea llevado a cabo o determinado por quien se le atribuye esa responsabilidad, razón por la que cuando el directo responsable del daño es un tercero ajeno al demandado, éste último queda eximido de cualquier responsabilidad, pues no tiene la carga de responder por los actos de alguien que tampoco tenía bajo su esfera de cuidado.

En el caso en cuestión, **resulta evidente que la parte actora señala como falla del servicio y pérdida de oportunidad el que no se hubiere brindado al paciente UCI pediátrica, señalando que ello estaba a cargo del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y de COOMEVA;** la existencia de UCI pediátrica en las instalaciones del hospital demandado, no puede exigirse a mi mandante, como tampoco puede exigírsele que la remisión a una entidad en donde se contara con ella se hubiere hecho efectiva, pues mi mandante tenía a cargo la atención inicial del paciente en su calidad de médico general y al evidenciar que se requería de

pediatra que continuara con dicha atención, realizó la respectiva interconsulta, quedando en manos de este servicio.

Se insiste, el DR CHAPARRO no tenía injerencia alguna en relación con la disponibilidad de UCI pediátrica, ni tampoco tenía a cargo autorizar la remisión al lugar donde se contara con la misma; estos aspectos solo les son exigibles a las entidades encargadas de prestar el servicio de salud, esto es, al Hospital de Fusagasugá y a COOMEVA, como lo señala la parte actora, razón por la cual se configura un hecho de un tercero que exime de responsabilidad a mi mandante y rompe cualquier solidaridad.

Así lo ha dejado claro la jurisprudencia, reiterando que *"la culpa exclusiva y determinante de un tercero que, como se sabe, constituye uno de los elementos que desarticulan el nexo de causalidad, y liberan de responsabilidad a la persona natural o jurídica a quien en principio se podría atribuir la producción de los daños..."*<sup>10</sup>.

#### **9. Inexistencia de la obligación de indemnizar y estimación excesiva de perjuicios.**

Como punto de partida, debemos señalar que al no existir responsabilidad en cabeza de mi poderdante, tampoco existe obligación alguna de indemnizar.

Y es que, así como sucede con la responsabilidad, es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación, pues dicha carga probatoria ha sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que *"Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía... Así que entonces es al acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga... Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediablemente condenada al fracaso"*<sup>11</sup>.

Es de anotar, que en el presente caso la cuantía en que han sido estimados los perjuicios por la parte demandante es excesiva y carece de apoyo factico o jurídico, ya que se pretende obtener el pago de unas sumas de dinero a toda luz improbadas y exageradas que dejan ver el único ánimo de obtener un enriquecimiento injustificado; es así que pretende las sumas devienen exageradas e igualmente no está probada la aflicción de todos los demandantes que dé lugar al reconocimiento de este tipo de perjuicios.

---

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Rad. 19001-23-31-000-1993-08001-01(14868), Cp. Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>11</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de enero de 2011, Rad. 73001-23-31-000-2001-01937-01(15800), Cp. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

De esta forma, se concluye que las situaciones fácticas y jurídicas conocidas no dan lugar a la indemnización de perjuicios solicitada por la parte demandante, por lo cual deben ser desestimadas las respectivas pretensiones elevadas con dicho fin.

## 10. Genérica

Solicito su Señoría, que en caso de que encuentre dentro del proceso, plenamente probados los hechos que constituyan base de una excepción diversa a las ya planteadas, sirva declararla de oficio.

### PRUEBAS

Con la finalidad de demostrar los hechos y las excepciones alegadas en esta contestación, solicito respetuosamente que se acepte y decrete la práctica de las siguientes pruebas:

#### Documentales que obran en el expediente:

- Solicito tener como prueba la historia clínica obrante en el expediente correspondiente a las atenciones dadas a la paciente en el Hospital de Fusagasugá.
- Solicito tener como prueba las manifestaciones hechas por la parte demandante en los hechos 14, 15, 16 y 18 de la demanda donde claramente advierte que el hospital no contaba con UCI pediátrica y que COOMEVA debía autorizar la remisión a este servicio, señalando que el paciente falleció sin que se hubiera autorizado dicha remisión, precisando igualmente en la demanda que su muerte se dio *"al no realizar una pronta y adecuada remisión del menor a la unidad de cuidados intensivos que requería ..."*, de manera que no obstante presentar demanda en contra de mi mandante, frente al mismo no señala reparo alguno.

#### Documentales que se solicitan:

- Solicito se oficie al Hospital San Rafael de Fusagasugá, a fin de que remita copia íntegra de la historia clínica, que incluya la interconsulta solicitada por mi mandante y la respuesta de la interconsulta, notas de enfermería, solicitudes de exámenes, solicitudes de radiografías, solicitudes de imagenologías, remisiones, reporte de exámenes, autorizaciones, y en general todos los folios que hacen parte de la misma.

#### Documentales que se allegan:

87/

- Se allega hoja de vida de mi mandante a fin de probar su conocimiento y pericia en el área de la medicina.
- Se allega literatura científica de la que se extrae que la atención brindada por mi mandante se ajustó a los protocolos médicos correspondientes.

**Testimonio Técnico:**

Solicito decretar el testimonio de los doctores: RAUL JAIRO GOMEZ GONZALEZ, CARLOS ALBERTO ROBLEDO CASTILLO, CARLOS ENRIQUE CAMARGO CRESPO, y HECMAR EDUARDO MURCIA, quienes atendieron al paciente, a fin de que depongan sobre lo que les consta respecto de los hechos que motivan la demanda, así como ilustren al despacho frente a las atenciones dadas por mi mandante al paciente, así como absuelvan preguntas que formularé de los aspectos técnicos relacionados en el proceso; los profesionales pueden ser citados en el Hospital SAN RAFAEL E.S.E. de Fusagasugá, en la dirección que aparece en el expediente.

**DICTAMEN PERICIAL**

Conforme a lo establecido en el art 175 del CPACA, de manera respetuosa manifiesto que aportaré el respectivo dictamen pericial, razón por la cual solicito ampliación del plazo otorgado por la ley para el efecto.

**FRENTE A LAS PRUEBAS PEDIDAS POR LA PARTE ACTORA:****PRUEBA PERICIAL:**

Planteo mi oposición frente a la prueba pericial solicitada, ya que su petición no cumple con los requisitos fijados en nuestra normatividad procesal, toda vez que claramente el art. 227 del CGP, aplicable por remisión que realiza el art. 218 del CPACA, señala que *"La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas..."*

Evidente resulta que la parte accionante no cumplió con lo señalado en la disposición legal, de suerte que su solicitud probatoria frente al dictamen pericial deberá negarse.

No obstante, en caso de que el despacho ordene la práctica del dictamen solicitado por la parte actora, de antemano manifiesto que haré uso del derecho de contradicción que le asiste a mi mandante, y en consecuencia plantearé los interrogantes que considere pertinente.

**NOTIFICACIONES**

Para efecto de notificaciones, éstas serán recibidas en el despacho, o en la calle 34 No. 4B-38 Barrio Cádiz de la ciudad de Ibagué. Correo electrónico: somasaac146@gmail.com

Del señor Juez,

**SONIA MARCELA SANCHEZ ACOSTA**

c.c. No. 41.926.513 de Armenia

t.p. No. 81.623 del C. S. J.

## FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO

Carrera 34 numero 21 C 15 interior 11 A  
Rincón de Capri  
Fusagasuga (Cundinamarca)  
Celular 3204451410  
Correo f66alberto@hotmail.com  
Cédula de Ciudadanía 17 332 418 de Villavicencio (Meta)  
Estado Civil Casado  
Registro N. 110690  
Tarjeta N. 07183

### ESTUDIOS

- 1986-1992 Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia
- 2000-2001 Especialización en Auditoría en Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
- 2001-2001 Técnico en Sistemas

### OTROS ESTUDIOS

Diplomado de Urgencias en Cardiología e Imágenes Diagnosticas  
Larkin Community Hospital de Miami

Diplomado ETLIS: Soporte Vital Avanzado en Trauma, Emergencias y Desastres  
Universidad de Cartagena.

Diplomado en Medicina de Urgencias y APH.  
Asociación Colombiana de Médicos de Urgencias.

Diplomado Estandares de Acreditacion en IPS Hospitalarios con Servicios Ambulatorios  
Instituto Colombiano de Normas Tecnicas  
Icontec  
Internacional  
2010

Diplomado en Farmacodependencia  
Politecnico de Suramerica  
Octubre  
2017

Diplomado en Manejo a Victimas de la Violencia Sexual  
Politecnico Mayor  
2018

ISSUP  
The Internacional Society of Substance Use Prevencion and Treatment Professionals  
Miembro Estandar desde 2018

Protocolo de Atencion Integral en Salud Para Victimas de Violencia Sexual  
Septiembre de 2017  
Hospital San Rafael de Fusagasuga

Certificación de Capacitación Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Positiva Compañía de Seguros S.A

Curso de Actualización en IAMI Integral

Diciembre de 2017

Hospital San Rafael de Fusagasuga

Curso de Capacitación en IAMI Integral

2009

Hospital San Rafael de Fusagasuga

Proveedor

Soporte Vital Avanzado en Trauma, Emergencias y Desastres.

P.L.A Export Editores.

Abordaje Inicial del Trauma

Curso taller

Universidad del Valle.

Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.

Curso taller

Universidad de la Sabana.

Urgencias y Emergencias Cardiovasculares.

Curso taller

Universidad del Bosque.

Urgencias y Emergencias Respiratorias.

Curso taller

Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología.

Curso Taller de Electrocardiografía y Arritmias Cardíacas

Universidad del Bosque

II Curso de Actualización en Patologías Prevalentes y de Alto Impacto

Universidad Javeriana

5to Congreso Médico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario.

Junio 19, 20 y 21 de 2004.

Acreditado con 27 horas de estudio categoría I de acuerdo con normas internacionales del Accreditation Council for Continuing Medical Education.

XX Simposio Nacional de Urgencias Médicos

Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias

Junio 2002

Preparación de los Establecimientos de Salud ante Casos Inusitados, Imprevistos o Conglomerados de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Organización Panamericana de la Salud

Junio 10, 11 y 12 de 2008

20

## HISTORIAL LABORAL

Desde junio de 2016 hasta el momento  
Medico servicio de Urgencias Pediátricas  
Hospital San Rafael de Fusagasugá Cundinamarca  
E.S.E

Desde junio 2011 hasta mayo de 2016  
Medico servicio de Urgencias pediátricas  
Hospital San Rafael de Fusagasugá  
Coomedsalud.

Desde septiembre de 1996 hasta a abril de 2015  
Medico Atención a las personas Urgencias  
Hospital San Rafael de Fusagasugá.  
E.S.E.

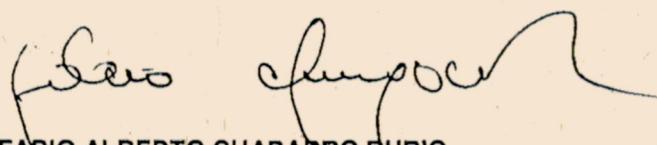
Desde 2012 hasta septiembre de 2015  
Hospital Ismael Silva de Silvania  
E.S.E  
Medico de urgencias

Desde Julio de 1.993 a octubre de 1.993  
Médico, Hospital Divino Salvador. Sopo. Cundinamarca,  
S.S.M.O.

Desde Agosto de 1.992 a abril de 1.993  
Médico  
Cruz Roja Colombiana Seccional Meta y LL.OO  
S.S.M.O

## REFERENCIAS PERSONALES

**MARIA CONSUELO MOLANO LOPEZ**  
Enfermera  
Fusagasugá  
Teléfono 3208566071

  
**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**  
C.C. 17.332.418 de VILLAVICENCIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE  
*Medicina*

ACTA DE GRADO NUMERO 8014

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

EN SU SESION DEL DIA 7 DE JULIO DE 1992

ACTA No. 23 CONSIDERANDO QUE :

*Fabio Alberto Chaparro Rubio*

C.C. No. 17.332.418 DE V/CENCIO.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE :

*Médico Cirujano*

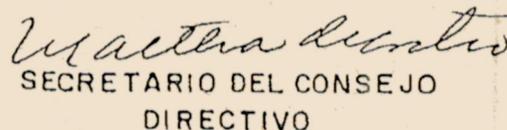
EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 133-L547

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE STA.FE.DE BTA. A LOS 24 DIAS DEL MES DE JULIO DE 1992

  
PRESIDENTE DEL CONSEJO  
DIRECTIVO

0034587

Acuerdo Número 156 de 1980 - Consejo Superior Universitario

  
SECRETARIO DEL CONSEJO  
DIRECTIVO

LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Fabio Alberto Chaparro Rubio

C.C. No. 17.332.418 EXPEDIDA EN V/CENCIO.

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá, a 24 de julio DE 1992

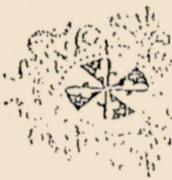
DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA DEL MINISTERIO



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
 Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653  
 Real Cédula del 31 de diciembre de 1651  
 Resolución 58 del 16 de septiembre de 1835  
**FACULTAD DE ALTOS ESTUDIOS**  
**DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIOS**



**Instituto de Ciencias de la Salud - CES**  
 Ex. No. 1075 1371 de septiembre 13 de 1992  
 Decreto ICES 102 de junio 26 de 1991  
**FACULTAD DE MEDICINA**

Por cuanto **Jabío Alberto Chanarro Rubio** C.C. N.º 171332.348 de Villavicencio  
 Egresado de la Universidad Nacional de Colombia

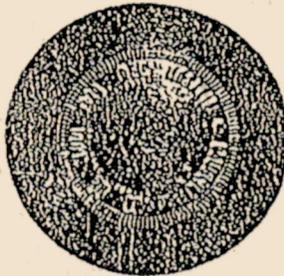
en virtud del convenio (Resolución 35061 de septiembre 25 de 1995), ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el Programa de Especialización en Auditoría en Salud, le confiere el título de

**Especialista en Auditoría en Salud**

Registrado bajo el No. 26576 Fpis. 13 Libro 11 y refrendado por el Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintidós (22) días del mes de octubre de dos mil uno (2001)

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Rector del Instituto de Ciencias de la Salud - CES



El Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Decano de la Facultad de Administración de Empresas del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Decano de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud - CES



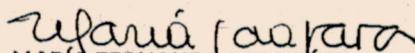
LA SECRETARIA DE FACULTAD

CERTIFICA

La Secretaría de la Facultad de Medicina hace constar que el Egresado **FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**, quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 17.332.418 cursó y aprobó las asignaturas correspondientes al plan de estudios de la Carrera de Medicina.

Se le otorgó el título de **MÉDICO CIRUJANO**, Diploma No. 0034587, Acta de Grado No. 8014 del 24 de Julio de 1992, Folio No. 133, del Libro de Títulos No. 54Ñ de la Facultad de Medicina.

Dada en Bogotá, a los tres (03) día del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018).

  
MARÍA-FERNANDA LARA DÍAZ  
Secretaria de Facultad



RESOLUCION No. 25 3959 DE 2005

( 01 SET. 2005 )

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y Decreto No. 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, identificado (a) cédula de ciudadanía No.17.332.418 de Villavicencio (Meta), ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como MEDICO CIRUJANO, en el Departamento de Cundinamarca, título que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, SANTAFE DE BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.8014, DE FECHA 24 DE JULIO DE 1992.

Que FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como MEDICO CIRUJANO, a Nivel Nacional, mediante Resolución No.001106, DE FECHA 01 DE MARZO DE 1994, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD.

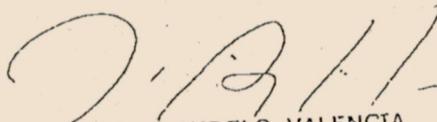
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, identificado (a) cédula de ciudadanía No.17.332.418 de Villavicencio (Meta), para ejercer la profesión como MEDICO CIRUJANO, en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución, procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE  
Dada en Bogotá, D. C. a los

01 SET. 2005

  
NÉSTOR AGUDELO VALENCIA  
Secretario de Salud

V. por, Dra. María Isabel Serrano Rangel, Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos.  
Yepes W.

CUNDINAMARCA  
Es tiempo de crecer

Sede Administrativa - Calle 26 47-73 Torre de Salud Piso 6 Bogotá, D.C.



## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \*                      Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía                      ▾                      17332418

Primer Nombre \*

fabio

Primer Apellido \*

chaparro

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2018-11-08→2:23:03 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	17332418	FABIO	ALBERTO	CHAPARRO	RUBIO	<a href="#">Ver</a>

**Información Detallada [CC: 17332418] FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**

**2018-11-08→2:23:03 PM**

**Información Académica**

Tipo Programa	Origen Título	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local		Medicina	1994/3/01	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Buscar en Correo y Cuenta | Nuevo | Responder | Eliminar | Archivar | Correo no deseado | Limpiar | Mover a

Carpetas

- Bandeja de entrada 2687
- Correo no deseado 31
- Borradores 15
- Elementos enviados
- Elementos eliminados
- Archivo
- Unwanted

Registro de usuario - ADMINISTRACIÓN DE USUARIOS

seguridad@minsalud.gov.co

mar 08/02, 6:28 p.m.  
Usted

Respondiste el 09/08/2017 12:02 p.m..

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
ADMINISTRACION DE USUARIOS MIPRES

Sr(a) FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO

El proceso de registro en MIPRES fue satisfactorio

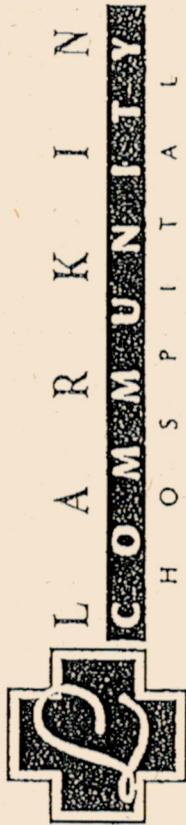
Recuerde que su nombre de usuario (Login) es: CL17332418

Ingrese al siguiente enlace para crear su contraseña

[https://hercules.sispro.gov.co/securityweb2/ALCANCE\\_USER\\_ESQ2/CambioContrasenaInicialUsuario2.aspx?Qpc=MXxDQzE3MzMyNDk4IEEwOjRkRTg0NUU2NEZFNjFDMEFFNEkNTk1Q0RBRTQ4Q0MwQTYzOTJERDFBQ0MyMjk5MTEvQUJDZEMzlwOEVGQkM1RTEwRjExOTEzRDEzOTU0NUNCNzVFMzk1OUFBNkYzNEU2NkVFNzRCfDA=](https://hercules.sispro.gov.co/securityweb2/ALCANCE_USER_ESQ2/CambioContrasenaInicialUsuario2.aspx?Qpc=MXxDQzE3MzMyNDk4IEEwOjRkRTg0NUU2NEZFNjFDMEFFNEkNTk1Q0RBRTQ4Q0MwQTYzOTJERDFBQ0MyMjk5MTEvQUJDZEMzlwOEVGQkM1RTEwRjExOTEzRDEzOTU0NUNCNzVFMzk1OUFBNkYzNEU2NkVFNzRCfDA=)

Este correo se generó automáticamente por favor no lo responda.

Nota de confidencialidad: La información contenida en este correo electrónico es confidencial y sólo puede ser utilizada por la dirigida y/o por el emisor. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje Ley. Si por error recibe este mensaje, favor enviarlo y borrar el mensaje recibido inmediatamente.



Certifica que

El Dr.(a). FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO

Cumplió satisfactoriamente con las evaluaciones  
y requisitos académicos del

Diplomado de Argencias en Cardiología e Imágenes Diagnósticas

para el Médico de Atención Primaria que lo acredita con 150 horas de  
estudio categoría I, de acuerdo con normas internacionales para  
programas de educación médica continua

Dr. GABRIEL ROBLEDO R.  
CARDIOLOGO  
REG. 6351

*G. Robledo*  
Gabriel Robledo R.  
Director curso



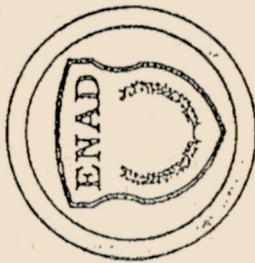
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
Facultad de Medicina  
Resolución No. 352 del 4 de 19 de 1994 - CFES



P.L.A.  
EXPORT  
EDITORES  
LTDA.

Representante de  
  
The McGraw-Hill Companies

94



**ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA DE URGENCIAS - ENAD**  
**Asociación Colombiana de Médicos de Urgencias - ENAD**

**ESCUELA NACIONAL DE DIPLOMADOS**

Resolución 03333/02 - S.E.S. Mineducación

Secretaría de Salud - Decreto 0114 de 1996 Minsalud

NIT: 79.331.229-7

*La Escuela Nacional de Diplomados*

**HACE CONSTAR QUE:**

**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO.**

Participó cabalmente en el Programa de:

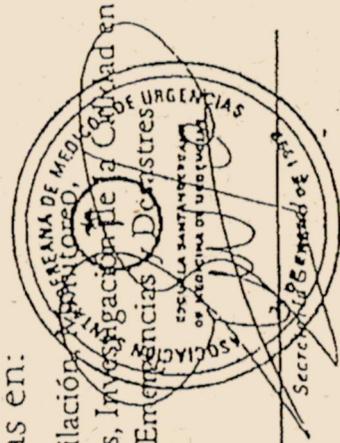
**DIPLOMADO EN MEDICINA DE URGENCIAS Y APH**

Con una duración de 120 horas teórico-prácticas en:

Medicina de urgencias, Reanimación Cardiopulmonar, Cardiodesfibrilación,  
Criterios de Admisión a UCI, Ley 100, Responsabilidad médico legal en Urgencias, Investigación de Calidad en  
los Servicios de Urgencias, Rescate, Atención Prehospitalaria y Gestión en Emergencias y Desastres

1111

1111  
Dirección Académica  
M.D. JOSE M. MESA D. UIS  
Médico Urgencias ISS  
Derecho Internacional Humanitario UNAB  
Especialista en Decencia Universitaria UNAB  
Mestría en Evaluación en Educación USTA



Dado a los \_\_\_\_\_

09 JUN 2004

certifica que:

*Fabio Enrique Chaparro Rubio*

C.C. 17.332.418

Asistió al Diplomado

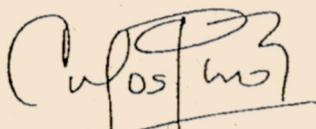
**ESTANDARES DE ACREDITACION EN IPS  
HOSPITALARIAS CON SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

Con una intensidad de 96 horas

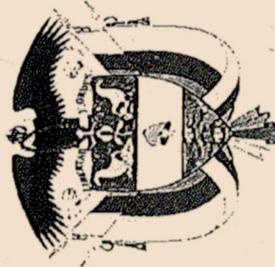
El contenido del programa comprendió:

- Generalidades de la Acreditación
- Estándares de Direccionamiento y Gerencia
- Estándares de Gerencia de la Información
- Estándares de Gerencia de Recursos Humanos
- Estándares de Gerencia del Ambiente Físico y Gestión de Tecnología Biomédica
- Autoevaluación de los Estándares de Acreditación

Fusagasuga, 30 de octubre de 2010



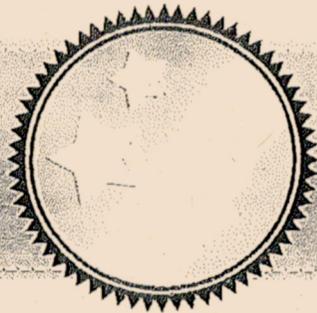
Carlos Humberto Pulido Riveros  
Director de Educación y Desarrollo



REPÚBLICA DE COLOMBIA



POLITECNICO DE  
SURAMERICA



Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**

Con Documento de Identidad No 17332418

CURSÓ Y APROBÓ EL

**DIPLOMADO EN FARMACODEPENDENCIA**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – OCTUBRE 15 DE 2017

POLITECNICO DE  
SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS  
Rector

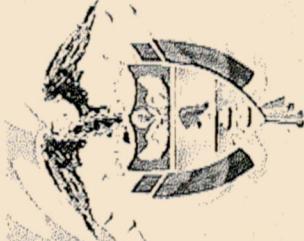
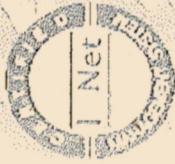
ESTEFANNY PORRAS

Secretaria Académica

CÓDIGO DE SEGURIDAD 1710155

[www.polisura.edu.co](http://www.polisura.edu.co)

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo [matriculas@politecnicodesuramerica.com](mailto:matriculas@politecnicodesuramerica.com), indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo



República de Colombia

Departamento de Antioquia



Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.  
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

**HACE CONSTAR QUE:**

**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**

Identificado(a) con documento de identidad C.C. 17332418

*Cursó y Aprobó el*

**DIPLOMADO EN MANEJO A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas. Registrado en el Libro de Actas N°. 044

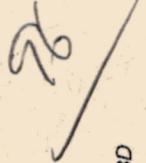
Medellín, 9 de diciembre de 2018.



**MAYKEL BARRAGAN AMAYA**  
Rector



**YAMILE GÓMEZ PEREZ**  
secretaria



Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a <http://virtual.politecnicomayor.edu.co>, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: 5H593D

13/12/2018

Correo: fabio chaparro - Outlook

Outlook

← issup

Todas las carpetas ▾

+ Mensaje nuevo

↩ Responder ▾

🗑 Eliminar

📁 Archivo

🚫 No deseado ▾

📁 Mover a ▾

🏷 Categorizar ▾

📧 Bandeja de ... 3019

🚫 Correo no desea... 3

✍ Borradores 48

▶ Elementos enviados

🗑 Elementos elim... 36

📁 Archivo

Conversation Hist...

Unwanted

Carpeta nueva

### ISSUP Membership Confirmation

info@issup.net  
Mar 30/10/2018, 8:30 AM  
Usted ▾



Dear fabio alberto chaparro rubio,

ISSUP are happy to inform you that your request for membership has been approved. You are now an ISSUP Standard Member.

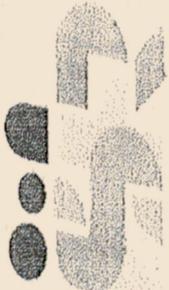
Thank you and we look forward to your contributions on the ISSUP website.

-- International Society of Substance Use Professionals team



International Society of Substance Use Professionals.

Actualizar a Office 365 con Características de Outlook Premium



Hospital San Rafael de Fusagasugá

Hace constar que:

**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**

Con Cédula de Ciudadanía N° 17332418

Por su participación en la Capacitación en:

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD  
PARA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL**

Realizado en la Ciudad de Fusagasugá, 26 de septiembre de 2017

Con una intensidad horaria de 4 horas

**Saúl Parra García**

Subgerente Administrativo

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

**Andrei Alexi Rojas Martínez**

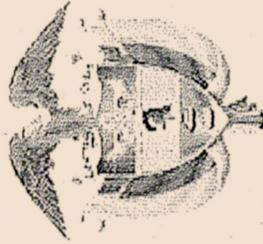
Subgerente Científico

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

92



POSITIVA  
EDUCACIÓN  
CALLE 100 No. 100-100  
BOGOTÁ, COLOMBIA



## LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-0002 del Ministerio del Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución Nro. 4927 de 2016

Y en su nombre

POSITIVA COMPANHIA DE SEGUROS S.A

Certifican que:

**Fabio Alberto Chaparro Rubio**

Identificado (a) con C.C. N° 17332418

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de:

Certificación de capacitación Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG - SST)

Con una intensidad de estudio de 50 horas

Se expide en Bogotá D.C. a los 13 días del mes de Julio de 2017

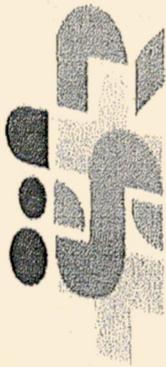
El proceso académico es garantizado por la UMB Virtual bajo el convenio suscrito con POSITIVA Compañía de Seguros S.A



MINISTERIO DE  
HACIENDA

TODOS POR UN  
NUEVO PAIS

POSITIVA  
EDUCACIÓN



Hospital San Rafael de Fusagasugá

Hace constar que:

**FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**

con Cédula de Ciudadanía N° 17332418

Participó en el taller de:

**ACTUALIZACIÓN EN IAMI INTEGRAL SEGÚN  
ULTIMOS LINEAMIENTOS**

Realizado en la Ciudad de Fusagasugá, el 15 de diciembre de 2017

Con una intensidad horaria de 4 horas

**Andrei Alexi Rojas Martínez**

Subgerente Científico

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

**Stella del Pilar Camacho**

Enfermera IAMI-Banco de Leche Humana

E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá

78



EL COMITÉ IAMI INTEGRAL DE  
LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

CERTIFICA QUE

*Fabio Chaparro*

*Cédula de Ciudadanía No. 17331418*

Asistió al Curso de "Capacitación en IAMI Integral"

Realizado los días 19 y 20 de Mayo de 2009 con una intensidad horaria de  
18 horas.

Dado en Fusagasugá, el día 30 de mayo de 2009

Gerente

Coordinador Comité IAMI Integral

*Dr. Pedro Ángel Bero A.*  
*Coordinador Comité IAMI Integral*

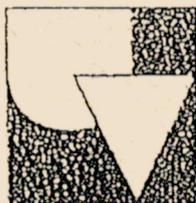
99

**P. L. A. EXPORT EDITORES**  
**EDUCACION MEDICA CONTINUA CERTIFICADA**

**PROVEEDOR**

Soporte Vital Avanzado en Trauma  
Emergencias y Desastres





Universidad  
del Valle

ESCUELA DE MEDICINA

Certifica que

CHAPARRO RUBIO FABIO ALBERTO

Asistió al

Curso taller

"Abordaje inicial del trauma"

dictado el día 20 de junio de 2004 en la ciudad de  
con una intensidad de 20 horas presenciales y a distancia

Heriberto Puello, MD.  
Instructor

José Luis Baute, MD.  
Instructor

Camilo Torres Serna, MD.  
Director de Programas de  
Postgrados  
Escuela de Medicina

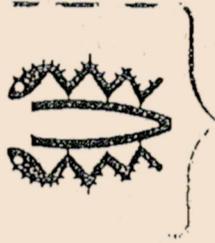


UNIVERSIDAD  
EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA



Certifican que

Chaparro Rubio Fabio Alberto

Asistió al curso de Electrocardiografía Básica y Arritmias Cardíacas,  
realizado en la ciudad de Bogotá el 21 de agosto de 2004, con una  
intensidad de 4 horas

Dr. HERNANDO MATIZ CAMACHO, MD., FACC., FACP.

Director Laboratorio de Simulación y Habilidades Clínicas y

Centro de Entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar

Universidad El Bosque

100



# 5<sup>to</sup> Congreso Médico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario

*Certifica que*

El Dr(a). CHAPARRO RUBIO FABIO ALBERTO

*Asistió al programa académico presentado en el Hotel Tequendama Intercontinental de Bogotá, los días 19, 20 y 21 de junio de 2004, acreditado con 27 horas de estudio categoría 1, de acuerdo con normas internacionales del Accreditation Council for Continuing Medical Education.*

*Julio García, MD*  
Presidente honorario  
Coordinador de Entrenamiento para América Latina y el Caribe -AHA-

*Ing. Carlos Hernando Ortiz O.*  
Presidente América Latina  
P.L.A. Export Editores Ltda.



Universidad de La Sabana



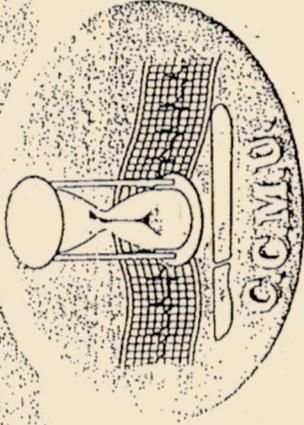
ASOCIACION COLOMBIANA DE ALERGIAS, ASMA E INMUNOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA Facultad de Medicina



P.L.A. EXPORT EDITORES LTDA.  
Representante de The McGraw-Hill Companies



**COLEGIO COLOMBIANO DE MÉDICOS  
DE URGENCIAS**

Certifica que  
**FABIO ALBERTO CHAPARRO**  
C.C. 13332418

asistió al

**XX SIMPOSIO NACIONAL DE URGENCIAS MÉDICAS  
"Prevenición en Urgencias"**

Bogotá D.C., 20, 21 y 22 de Junio de 2002

*Camilo Salazar*

Dr. Camilo E. Salazar L.  
Presidente

*Alfonso Járegui*

Dr. Alfonso Járegui P.  
Coordinador Comité Científico

101



*El presente certificado se otorga a:*

*Dr. Fabio Chorro*

*Por su participación en el curso:*

*“Preparación de los Establecimientos de Salud ante Casos Inusitados, Imprevistos o Conglomerados de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)”*

*Realizado en:*

*Bogotá DC Junio 12-2008*

*Lugar y fecha*

*[Signature]*

*Dra. Ximena Aguilera  
Equipo de Enfermedades Transmisibles  
Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud*

*[Signature]*

*Dr. Eduardo Levcovitz  
Area de Sistemas y Servicios de Salud  
Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud*

102 /

# Adrenalina (epinefrina)

J.C. Luis Navarro

FEA, Facultad Especialista de Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## INTRODUCCIÓN

Agonista adrenérgico de acción directa, espectro  $\alpha/\beta$  dosis-dependiente:

- < 2  $\mu\text{g}/\text{min}$ : predominio efecto  $\beta_2$ ,
- 2-10  $\mu\text{g}/\text{min}$ : efecto  $\beta_1$  y  $\beta_2$ ,
- > 10  $\mu\text{g}/\text{min}$ : efecto  $\beta_1$ ,  $\beta_2$  y  $\alpha_1$ . Es el activador  $\alpha_1$  más potente.

## FARMACOCINÉTICA

*Inicio de acción:* i.v. inmediato, intratraqueal: 5-15 segundos, s.c. 5-15 min, inhalada 1-5 min, i.m. variable.

*Duración del efecto:* i.v. 10 min, intratraqueal: 15-25 min, s.c. 4-6 h, inhalada 1-3 h, i.m. 1-4 h.

*Eliminación:* metabolismo hepático y en terminaciones nerviosas, eliminación renal y gastrointestinal.

## INDICACIONES, ADMINISTRACIÓN Y DOSIS

### Broncodilatación (administración s.c. o i.m.)

—*Adultos:* 0,2-1 mg (0,2-1 ml de solución 1:1000) s.c. o i.m. / 20 min-4 h.

—*Lactantes y niños (excepto prematuros y recién nacidos):* 0,1 mg/kg o 0,3 mg/m<sup>2</sup> (0,1 ml/kg o 0,3 ml/m<sup>2</sup> de solución 1:1000) s.c. / 20 min-4 h. No sobrepasar 0,5 ml (0,5 mg) es una sola dosis.

—*Auto-inyectores:* administran 0,3 mg (0,15 mg los pediátricos). En reacciones graves pueden necesitarse inyecciones repetidas.

—*Esquema rápido para solución 1:1000:*

- Adultos y niños > 12 años: 0,3 ml
- 6-12 años: 0,2 ml
- 2-6 años: 0,15 ml
- Lactantes - 2 años: 0,05-0,1 ml.

Repetir dosis a los 10 minutos si no mejoran notablemente los síntomas.

### Broncodilatación (nebulización)

—*Adultos y niños > 4 años:* mezclar 0,5 ml de adrenalina racémica con 3 ml de suero fisiológico, administrar 15 min /3-4 h. No hay evidencia de la utilidad de su uso sistemático tras la extubación en recién nacidos.

### Reacción anafiláctica, broncodilatación (administración i.v.)

—*Adultos:* 0,1-0,25 mg (1-2,5 ml de solución 1:10,000) lentamente.

—*Niños:* 0,05 mg; puede repetirse cada 20-30 min hasta controlar la crisis.

—*Lactantes y neonatos:* 0,01 mg/kg.

Si el paciente está intubado, puede administrarse la misma dosis a través del tubo endotraqueal directamente.

### Vasopresor

—*Adultos:*

• i.m. o s.c.: 0,5 mg / 5 min si es necesario, pasando a pauta i.v. en cuanto sea posible.

• i.v.: carga: 0,1-0,25 mg lentamente. Puede repetirse cada 5-15 min si es necesario. Mantenimiento: comenzar con 1  $\mu\text{g}/\text{min}$  llegando hasta 20  $\mu\text{g}/\text{min}$  si es necesario (0,1-1  $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ ).

—Niños:

- i.m. / s.c.: 0,01 mg/kg, (máximo 0,3 mg) / 5 min si es necesario.
- i.v.: 0,01 mg/kg/5-15 min si la respuesta a la administración i.m./s.c. es inadecuada.

**Soporte inotrópico**

—Adultos: Intracardiaca o i.v.: 0,1-1 mg / 5 min si es necesario.

—Niños: Intracardiaca o i.v.: 0,005-0,01 mg/kg (0,15-0,3 mg/m<sup>2</sup>) / 5 min si es necesario.

Debe seguirse de infusión i.v. comenzando a 0,0001 mg/kg/min, ajustando en escalones de 0,0001 mg/kg/min hasta un máximo de 0,0015 mg/kg/min.

**Parada cardiaca**

—i.v.: 1-10 mg (0,02-0,2 mg/Kg) cada 3-5' (dosis altas pueden ser útiles en la parada cardiaca prolongada).

—Intratraqueal: 5-10 mg (0,1-0,2 mg/Kg) en 5-10 ml de s.f.

**Hemostático tóxico**

—Adultos y niños: solución al 0,002%-0,1% vía tópica.

**PRESENTACIÓN**

ADRENALINA® amp. 1:1.000 (1 mg/ml).

ADRENALINA® 1% para nebulización (debe prestarse especial atención para no administrar esta presentación por otra vía distinta a la inhalatoria).

**CONTRAINDICACIONES**

Todas relativas:

- Cruza la placenta, grupo de riesgo fetal C.
- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Lactancia.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Hipertiroidismo.

**EFECTOS SECUNDARIOS**

—Cardiovasculares y relacionados: isquemia miocárdica, rotura aórtica, fibrilación ventricular, hemorragia cerebral o subaracnoidea, obstrucción de la arteria central de la retina.

—Genitourinarios: retención urinaria, micción dolorosa, disminución de diuresis.

—SNC: ansiedad, miedo, desorientación, agitación, pánico, alucinaciones, tendencias suicidas u homicidas, comportamiento esquizoide.

—Miscelánea: Acidosis metabólica severa en uso prolongado, ácido láctico elevado en suero.

—En el lugar de inyección: sangrado, urticaria, dolor. La inyección repetida en el mismo sitio puede producir necrosis por vasoconstricción. La extravasación puede producir isquemia y necrosis locales.

—Alteraciones en pruebas de laboratorio: aumento de BUN, glucemia basal, ácido láctico, catecolaminas urinarias. Aumento del tiempo de coagulación.

**INTERACCIONES MÁS IMPORTANTES**

—Bloqueantes α-adrenérgicos: antagonizan su efecto vasoconstrictor e hipertensivo.

—Antihistamínicos y antidepressivos tricíclicos: potencian su efecto.

—Bloqueantes β-adrenérgicos: posible hipertensión inicial seguida de bradicardia.

—Diuréticos: disminuyen la respuesta vascular.

—Alcaloides ergotamínicos: Revierten los efectos presores de la adrenalina.

—Anestésicos generales (halotano, ciclopropano): aumentan la sensibilidad miocárdica a la adrenalina (arritmias).

—Levotiroxina: potencia los efectos de la adrenalina.

—Nitritos: disminuyen el efecto presor de la adrenalina.

—Fenotiacinas: disminuyen el efecto presor de la adrenalina.

**Nota:**

- Puede producir hipertensión, arritmias e isquemia miocárdica. No se recomienda su uso conjunto con dosis altas de digoxina, diuréticos mercuriales u otros fármacos que sensibilicen al corazón a las arritmias.
- Cruza la placenta, grupo de riesgo fetal C.
- Fotosensible (usar sistema opaco). No usar si el color es rosáceo o tiene precipitado.
- No mezclar con soluciones alcalinas ni agentes oxidantes.
- Puede producir anoxia fetal.
- Puede producir síncope si se administra a niños asmáticos.
- Puede empeorar temporalmente el temblor y la rigidez en pacientes con Enf. de Parkinson.

**Tabla de ADMINISTRACIÓN**

**Solución concentrada (20 µg/ml)**

50 ml: 1 amp. 1:1000 (1 ml, 1 mg) + 49 ml de SF.  
250 ml: 5 amp. 1:1000 (5 ml, 5 mg) + 245 ml de SF.

**Solución diluida (4 µg/ml):**

250 ml: 1 amp. 1:1000 (1 ml, 1 mg) + 249 ml de SF

µg/min	1	3	6	9	10	12	14	16
Solución concentrada ml/h	3	9	18	27	30	36	42	48
Solución diluida ml/h	15	45	90	135	150	180	210	240

nos de ellos tras su administración nebulizada, unidos a la ausencia de otros tratamientos claramente eficaces, han motivado su uso creciente, tanto en los centros de urgencias como en las salas de hospitalización. A pesar de ello, existen disensiones respecto a su utilización sistemática, algunas de las cuales han sido manifestadas en su revista<sup>2-5</sup>. Puesto que la mayor parte de los estudios sobre los que se fundamenta su eficacia valoran la respuesta a corto plazo frente a las dosis aisladas y que en estos dos últimos años ha habido más publicaciones al respecto, hemos creído oportuno revisar el estado actual de la cuestión desde la perspectiva de la evidencia científica.

De los artículos publicados en Medline o Embase sólo un pequeño porcentaje son estudios clínicos controlados, la mayoría con un pequeño tamaño muestral y con resultados de escasa significación estadística, siendo muy difícil poder establecer comparaciones dada la disparidad metodológica que existe entre ellos. En la tabla 1 se refleja la heterogeneidad de estos estudios.

Recientemente tanto un metaanálisis publicado por Hartling et al<sup>6</sup>, en colaboración con la Cochrane, como una revisión sistemática realizada por King et al<sup>7</sup>, reflejan las limitadas evidencias existentes en la actualidad para el uso rutinario de adrenalina. El metaanálisis<sup>6</sup> evalúa todos los ensayos clínicos controlados efectuados con este fármaco hasta finales de 2003, frente a placebo y frente a otros broncodilatadores, en pacientes con bronquiolitis, atendidos en unidades de urgencias o salas de hospitalización. De los 76 estudios analizados sólo 14 cumplen criterios de calidad (siete en niños hospitalizados, seis en pacientes ambulatorios y uno no definido), lo que limita la realización de comparaciones entre los diferentes subgrupos de pacientes, así como la interpretación de sus resultados. En la revisión sistemática<sup>7</sup> se identifican 44 análisis clínicos controlados, de los cuales ocho utilizan adrenalina, con parecidas valoraciones.

Con todas estas matizaciones, parece que la adrenalina podría producir a corto plazo (30 y 60 min), frente a placebo y salbutamol, una mejoría significativa de ciertos parámetros clínicos y/o funcionales. Efectos a más largo plazo sólo han sido valorados en pacientes hospitalizados en tres estudios realizados en niños menores de un año con un primer episodio de sibilancias<sup>8-10</sup>. En el primero de ellos, Bertrand et al<sup>8</sup> incluyen 30 niños a los que administran adrenalina o salbutamol, apreciando con la primera una mejoría en la escala clínica inicial que no se cumple a partir de las 72 h. No encuentran diferencias estadísticamente significativas en la duración de la oxigenoterapia, ni en el tiempo de hospitalización. En el segundo, Patel et al<sup>9</sup> estudian 149 lactantes tratados con adrenalina, placebo o salbutamol, y no encuentran diferencias significativas en el tiempo de permanencia en el hospital, ni en ningún otro parámetro evaluado (tiempo transcurrido hasta la oxigenación normal, hasta la adecuada ingesta, hasta la normalización de la escala clínica y hasta la necesidad infrecuente de nebulizaciones). En el tercero, Wainwright et al<sup>10</sup> aleatorizan a 194 pacientes para recibir adrenalina o placebo, y tampoco detectan significación ni en el tiempo de estancia, ni en los demás parámetros clínicos (escala clínica, frecuencia respiratoria [FR]).

En función de estos resultados, coincidimos con los autores<sup>6,7</sup> en que, en el momento actual, no existe suficiente evidencia para apoyar el uso generalizado de la adrenalina nebulizada en los niños con bronquiolitis que precisan ingreso hospitalario. Se podría valorar su utilización, como prueba terapéutica, en los pacientes que no precisan hospitalización, por

## Tratamiento de la bronquiolitis: uso de adrenalina nebulizada

*Sr. Editor:*

Desde que Wohl y Chernick<sup>1</sup> sugirieran, hace más de 20 años, la posible eficacia de la adrenalina en el tratamiento de la bronquiolitis aguda han sido muchos los estudios llevados a cabo con este fármaco. Los beneficios clínicos encontrados en algu-

TABLA 1. Descripción de los principales estudios clínicos controlados de adrenalina en pacientes con bronquiolitis

Autores y revista	Pacientes	Edad (meses)	Sibilancias	Gravedad	Detección VRS	Ingresados	Adrenalina	Vía	Parámetros	Resultados
Lowell et al <i>Pediatrics</i> 1987;79:939-45	16 A/14 P	1-12	≥ 1. <sup>er</sup> episodio	Leve-moderada	Sí	No	L 0,01 ml/kg 2 dosis	SC	RDAI FR	Mejoría (56% frente a 7%)
Sánchez et al <i>J Pediatr</i> 1993;122:145-51	12 A/12 S	1-10	1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	Sí	Sí	R 0,1 ml/kg 1 dosis	N	Escala clínica (+ FR y O <sub>2</sub> ), SaO <sub>2</sub> , FP	Mejoría: escala clínica, FR y resistencias pulmonares
Kristjánsson et al <i>Arch Dis Child</i> 1993;69:650-54	15 A/14 P	2-17,5	≥ 1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	No	Sí	R 0,1-0,25 ml 1 dosis	N	Escala clínica (+ FR, color y aspecto), SaO <sub>2</sub> -CO <sub>2</sub>	Mejoría escala clínica y SaO <sub>2</sub>
Reijonen et al <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 1995;149:686-92	24 1. <sup>o</sup> A + 2. <sup>o</sup> P 27 1. <sup>o</sup> S + 2. <sup>o</sup> P 24 1. <sup>o</sup> P + 2. <sup>o</sup> A 25 1. <sup>o</sup> P + 2. <sup>o</sup> S	1-24	≥ 1. <sup>er</sup> episodio	Moderada-grave	?	Sí	R 0,9 mg/kg 1 dosis + P (todos: 0,01 mg/kg IM a los 60 min)	N	RDAI FR, FC, SaO <sub>2</sub>	Mejoría escala clínica
Menon et al <i>J Pediatr</i> 1995;126:1004-7	20 A/21 S	1-12	1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	?	No	L 3 ml 2 dosis	N	RDAI FR, FC, SaO <sub>2</sub>	Mejoría SaO <sub>2</sub> Ingreso: 33% frente a 81%
Bertrán et al <sup>8</sup> <i>Pediatr Pulmonol</i> 2001;31:284-8	16 A/14 A	< 12	1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	Sí	Sí	L 0,5 ml Cada 2-4 h	N	Escala clínica (+ FR y O <sub>2</sub> ), SaO <sub>2</sub> , t de O <sub>2</sub> , estancia	Mejoría clínica inicial
Abul-Ainine, Luyt D. <i>Arch Dis Child</i> 2002;86:276-9	19 A/19 P	1-12	1. <sup>er</sup> episodio	Moderada-grave	Sí	Sí	L 3 ml 1 dosis	N	RDAI FR, FC, SaO <sub>2</sub>	No mejoría
Patel et al <sup>9</sup> <i>J Pediatr</i> 2002;141:818-24	50 A/51 S 48 P	≤ 12	1. <sup>er</sup> episodio	Todas	Sí	Sí	R 0,03 ml/kg Cada 1-6 h	N	RDAI SaO <sub>2</sub> , estancia	No diferencias
Hariprakash et al <i>Pediatr Allergy Immunol</i> 2003;14:134-9	38 A/37 P	1-12	≥ 1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	Sí	No	L 2 ml 2 dosis	N	RDAI FR, FC, SaO <sub>2</sub> Porcentaje ingresos	No diferencias
Wainwright et al <sup>10</sup> <i>NEJM</i> 2003;349:27-35	99 A/95 P	< 12	1. <sup>er</sup> episodio	Todas	Sí	Sí	L 4 ml 3 dosis	N	Escala clínica FR, SaO <sub>2</sub> , estancia	No diferencias
Mull et al <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 2004;158:113-118	34 A/32 S	0-12	1. <sup>er</sup> episodio	Moderada	?	No	R 0,9 mg/kg 3 dosis	N	RDAI, FR, SaO <sub>2</sub> , t de estancia, porcentaje hospitalización y reconsulta	< t de estancia (90 frente a 120 min)

A: adrenalina; P: placebo; S: salbutamol; adrenalina L o R (racémica); SC: vía subcutánea; N: nebulizada; RDAI (Respiratory Distress Assessment Instrument): valora sibilancias y retracciones; FR: frecuencia respiratoria; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxígeno; FP: mecanismos de función pulmonar; FC: frecuencia cardíaca; t: tiempo.

la posible mejoría a corto plazo. Creemos necesaria la realización de estudios clínicos que permitan aclarar todas las dudas aún no resueltas en cuanto a eficacia, tipo de pacientes, dosis, periodicidad y duración de este tratamiento.

### J. Valverde Molina<sup>a</sup> y A. Escribano Montaner<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera. Murcia.

<sup>b</sup>Unidad de Neumología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. España.

**Correspondencia:** Dr. J. Valverde Molina. Servicio de Pediatría. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera. Pº de Colón, 54. 30720 Santiago de la Ribera. Murcia. España. Correo electrónico: jvm01mu@saludalia.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wohl MEB, Chernick V. State of the art: Bronchiolitis. *Am Rev Respir Dis* 1978;118:759-81.
2. Martínón-Torres F, Rodríguez Núñez A, Martínón Sánchez JM. Bronquiólitis aguda: evaluación del tratamiento basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2001;55:345-54.
3. González Caballero D, González Pérez-Yarza E. Bronquiólitis aguda: bases para un protocolo racional. *An Esp Pediatr* 2001; 55:355-64.
4. López Andreu JA, Ruiz García V, Roqués Serradilla JM. Adrenalina nebulizada en la bronquiólitis aguda, ¿tenemos suficiente evidencia? *An Esp Pediatr* 2002;56:362-3.
5. Martínón-Torres F, Rodríguez Núñez A, Martínón Sánchez JM. Bronquiólitis y adrenalina: revisando las evidencias. *An Esp Pediatr* 2002;56:363-4.

104

6. Hartling L, Wiebe N, Russell K, Patel H, Klassen TP. A meta-analysis of randomized controlled trials evaluating the efficacy of epinephrine for the treatment of acute viral bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:957-64.
7. King VJ, Viswanathan M, Bordley C, Jackman AM, Sutton SF, Lohr KN, et al. Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:127-37.
8. Bertrand P, Aranibar H, Castro E, Sánchez I. Efficacy of nebulized epinephrine versus salbutamol in hospitalized infants with bronchiolitis. *Pediatr Pulmonol* 2001;31:284-8.
9. Patel H, Platt RW, Pekeles GS, Ducharme SM. A randomized controlled trial of the effectiveness of nebulized therapy with epinephrine compared with albuterol and saline in infants hospitalised for acute viral bronchiolitis. *J Pediatr* 2002;141:818-24.
10. Wainwright C, Altamirano L, Cheney M, Nurs B, Cheney J, Barber S, et al. A multicenter, randomized, double-blind, controlled trial of nebulized epinephrine in infants with acute bronchiolitis. *NEJM* 2003;349:27-35.

OS

19 LIBURUKIA • 7 Zk • 2011  
VOLUMEN 19 • Nº 7 • 2011

# Infac

ESKUALDEKO FARMAKOTERAPI INFORMAZIOA  
INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA

<http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime/es>  
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.net>

## TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA

### Sumario

- **TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA**
  - Tratamiento de soporte
  - Tratamiento farmacológico
  - Tratamiento preventivo
- **TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS AGUDA**
  - Corticoides
  - Adrenalina
  - Otros

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

La bronquiolitis es una enfermedad aguda de etiología viral, caracterizada por la obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como un cuadro agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, con o sin aumento del trabajo respiratorio, dentro de un proceso catarral de vías aéreas superiores en un niño menor de dos años<sup>1</sup>.

La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante, con una incidencia anual del 10%, y una tasa de ingresos entre el 2-5%, con un incremento importante en los últimos años<sup>2</sup>. El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad. La mayoría de los casos se tratan ambulatoriamente, y las primeras 48-72 horas son las más críticas<sup>1,3</sup>.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente causal más frecuentemente aislado y se asocia a epidemias en los meses más fríos. Alrededor del 50% de los niños con bronquiolitis tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses o años posteriores<sup>1</sup>.

Existen controversias en cuanto al manejo de la bronquiolitis que generan una gran variabilidad en la manera de abordarla. A pesar de que las guías de práctica clínica (GPC) y las revisiones sistemáticas sugieren que los broncodilatadores, corticoides, antivíricos y antibióticos no deben usarse de rutina en la BA, muchos pediatras continúan prescribiéndolos<sup>4</sup>.

El objetivo de esta revisión es presentar las principales novedades respecto a su tratamiento desde la publicación del anterior INFAC que trataba este tema<sup>5</sup>.

### TRATAMIENTO

El tratamiento debe basarse en medidas de apoyo general: mantenimiento de una adecuada hidratación y nutrición, y asegurar la oxigenación cuando exista hipoxemia<sup>3,6</sup>. Otras medidas de soporte habitualmente utilizadas, aunque sin evidencias basadas en ensayos clínicos son des-

obstrucción nasal<sup>1,3,7,8</sup>, posición en decúbito supino con una inclinación de 30°<sup>1,2,8</sup> y evitar factores que empeoren la sintomatología del paciente<sup>1,8,9</sup>.

Actualmente no existe un tratamiento farmacológico con un claro beneficio<sup>10</sup>.

*La base del tratamiento de la BA es el tratamiento de soporte*

## TRATAMIENTO DE SOPORTE

Los niños con BA pueden tener dificultades para alimentarse debido al distrés, al agotamiento respiratorio, y a las abundantes secreciones nasales<sup>3,7</sup>. No existe evidencia

sobre la mejor manera de hidratar y alimentarles, por lo que todas las recomendaciones están basadas en consensos de expertos<sup>3</sup>.

### 1. Desobstrucción nasal

- Se pueden usar gotas de suero fisiológico antes de la aspiración de secreciones<sup>2</sup>.
- Se recomienda aspirar las secreciones respiratorias antes de las tomas, antes de cada tratamiento inhalado y cuando se objetiven signos de obstrucción de la vía respiratoria alta (ruidos de secreciones y aumento del distrés)<sup>2,8</sup>.

### 2. Mantenimiento de la hidratación y nutrición

- Se debe valorar el estado de hidratación y la capacidad para tomar líquidos de los pacientes con BA<sup>2,6,9</sup>.
- Se recomienda fraccionar y/o espesar las tomas si se objetiva dificultad para la ingesta<sup>2,3,7,8</sup>.

### 3. Oxigenación

- La decisión de administrar oxígeno se debe basar en la valoración conjunta de los signos de dificultad respiratoria y la saturación de oxígeno por pulsioximetría<sup>2,9</sup>.
- En las distintas GPC se recomienda suplementar con oxígeno a los pacientes con saturaciones <90-92%, pero estos niveles están basados en consensos de expertos, ya que no existe una cifra límite que indique la necesidad de iniciar o retirar el tratamiento con oxígeno<sup>1,9</sup>.

### 4. Humidificación del aire

- No se ha demostrado la utilidad de la humidificación en los pacientes con BA, por lo que no se recomienda su uso<sup>2</sup>.

### 5. Fisioterapia respiratoria

- No se recomienda la fisioterapia respiratoria en pacientes con BA<sup>2,3,11</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Broncodilatadores y adrenalina

#### Beta-2 agonistas

Su uso en niños con BA se debe a que sus manifestaciones clínicas son similares a las de los niños mayores con asma<sup>8,10</sup>. El papel de los broncodilatadores en el tratamiento de la BA se ha estudiado en muchos ensayos y revisiones sistemáticas y el resultado es que no mejoran la saturación de oxígeno, no reducen la admisión hospitalaria, no acortan la duración de la hospitalización, ni el tiempo de resolución de la enfermedad ambulatoriamente<sup>12,13</sup>.

- Los beta-2 agonistas inhalados usados habitualmente no han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la bronquiolitis<sup>1</sup>. En caso de que se considere oportuna la utilización de un broncodilatador, se recomienda realizar una prueba te-

rápéutica y continuar con el tratamiento sólo si existe respuesta clínica<sup>1,2,6-8,10,12</sup>.

#### Adrenalina

- La adrenalina nebulizada ha demostrado mayor eficacia que el placebo y los beta-2 agonistas en la mejoría inmediata (60 minutos) de la escala de síntomas y el estado general en niños no ingresados<sup>1</sup>.

#### Otros broncodilatadores

- Los estudios publicados sobre el uso de bromuro de ipratropio, solo o en combinación con beta-2 agonistas, no han demostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la BA<sup>2,7,8</sup>.

- No se recomienda la administración de xantinas o terbutalina oral, adrenalina subcutánea, salbutamol oral o salbutamol endovenoso en los pacientes con BA<sup>2</sup>.

*Los fármacos utilizados más habitualmente como beta-2 agonistas, glucocorticoides, antibióticos o antivíricos no están recomendados*

Tabla 1. **Adrenalina nebulizada en pacientes ambulatorios**<sup>14</sup>

La adrenalina se presenta en ampollas de 1 ml al 1/1000 (0,1%), es decir, contiene 1 mg por cada ml.

**Bronquiolitis aguda:** la dosis recomendada es de 0,5 mg/Kg/dosis (habitualmente 3 ampollas de adrenalina disueltas en 2 ml de suero fisiológico).

**Laringitis aguda:** la dosis recomendada es de 0,5 mg/Kg/dosis, hasta un máximo de 5 ampollas. Se puede repetir hasta 3 veces, cada 20-30 minutos.

La nebulización de la adrenalina debe realizarse con flujos bajos de oxígeno, ya que el mayor tamaño de las partículas facilita que se depositen en la laringe.

## Glucocorticoides

La administración de glucocorticoides por cualquiera de sus vías de administración en la BA no ha demostrado eficacia; ni en la fase aguda de la enfermedad, ni para prevenir las sibilancias recurrentes posteriores<sup>1,2,3,7-10</sup>.

## Antibióticos

La etiología de la BA es vírica y no se incrementa el riesgo de infección bacteriana severa, por lo que la bacteriemia no es común en los niños con BA<sup>2,3,6</sup>. Por ello, las GPC y las revisiones sistemáticas coinciden en no recomendar los antibióticos de forma indiscriminada en el tratamiento de la BA<sup>2,3,9</sup>.

## Otros tratamientos farmacológicos

**Suero hipertónico:** en los pacientes ingresados con BA,

el suero salino al 3% nebulizado, solo o con broncodilatadores, en dosis repetidas, ha demostrado ser un tratamiento útil para reducir la estancia hospitalaria<sup>2,3, 8,12</sup>. En pacientes ambulatorios no se pudieron demostrar diferencias significativas en la prevención de la hospitalización, aunque sí en la tasa clínica de gravedad<sup>15</sup>.

**Heliox:** existen pocos trabajos sobre la utilidad del heliox (mezcla gaseosa de helio y oxígeno) en la BA. El uso del heliox podría ser de utilidad en pacientes seleccionados, con bronquiolitis moderada-grave, aunque se requieren más estudios que refuercen esta afirmación<sup>2,3,8,16</sup>.

No está recomendado el uso de antiviricos, montelukast, mucolíticos, antitusígenos, descongestionantes nasales o terapias alternativas<sup>2</sup>.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO

### Palivizumab

Se ha estudiado el uso de palivizumab (anticuerpo monoclonal frente al VRS) como preventivo de la BA. Se ha observado que reduce las hospitalizaciones por VRS en niños de alto riesgo; aunque no ha demostrado reducir la incidencia de la enfermedad, la duración de la

hospitalización, de la oxigenoterapia o de la ventilación mecánica, ni tampoco la mortalidad<sup>2,7</sup>. Se puede consultar la ficha técnica en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000257/WC500056908.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000257/WC500056908.pdf)<sup>2,3,7</sup>. No ha demostrado eficacia como tratamiento de la infección por VRS ya establecida<sup>2</sup>.

## CONCLUSIONES

- La BA es una enfermedad que, a pesar de su prevalencia y de los numerosos tratamientos que se han ensayado, sigue sin tener definidos los beneficios de los posibles tratamientos farmacológicos. Por esta razón, la base del tratamiento continúa siendo de soporte, incluyendo suplementación de oxígeno cuando sea necesario y una adecuada hidratación y alimentación.
- Los tratamientos «más habituales» (beta-2 agonistas, glucocorticoides, antibióticos o antiviricos) no están recomendados. Otros tratamientos con menor experiencia de uso tampoco han demostrado hasta el momento su eficacia (montelukast, mucolíticos, antitusígenos, descongestionantes nasales u orales, antihistamínicos, vasoconstrictores nasales, vapor, terapias alternativas o surfactante).
- En algunos pacientes podrían ser de alguna utilidad la adrenalina nebulizada o el suero salino hipertónico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Callén Blecua M, Torregrosa Bertet MJ, Bamonde Rodríguez L y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (publicación PGVR-4) [consultado 25/11/2010]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS:AATRM. Nº 2007/05.
3. Wainwright C. Acute viral bronchiolitis in children - a very common condition with few therapeutic options. *Paediatr Respir Rev.* 2010;11:39-45.
4. De Brasi D, Pannuti F, Antonelli F, de Seta A, Siani P, de Seta L. Therapeutic approach to bronchiolitis: why pediatricians continue to overprescribe drugs? *Ital J of Pediatr.* 2010;36:67.
5. Bronquiolitis aguda en el lactante. INFAC. 1999;7(6). Disponible en: [http://www.osanet.euskadi.net/r85-cevime/es/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v7\\_n6.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r85-cevime/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v7_n6.pdf)
6. Piedra PA, Stark AR. Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention. *UpToDate* 2010. [consultado 22/12/2010]. Disponible en <http://www.uptodate.com/>
7. Bronchiolitis in children. *SIGN* 91. November 2006. Disponible en: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
8. González de Dios J, Ochoa Sangrador C y Grupo de Revisión del Proyecto aBREVIADo (Bronquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y Adecuación). *An Pediatr (Barc).* 2010;72(4):285.e1-285.e42. [consultado 03/01/2011].
9. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. *Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics.* 2006;118(4):1774-1793.
10. Petruzella FD, Gorelick MH. *Current Therapies in Bronchiolitis. Pediatr Emerg Care.* 2010;26(4):302-7.
11. Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Fisioterapia respiratoria para la bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos de hasta 24 meses de vida (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Zorc JJ, Hall CB. Bronchiolitis: Recent Evidence on Diagnosis and Management. *Pediatrics.* 2010;125(2):342-9.
13. Gadomski AM, Brower M. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD001266, DOI: 10.1002/14651858.CD001266.pub3.
14. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. ISMP-España. 2010;32.
15. Zhang Linjie, Mendoza-Sassi Raúl A, Wainwright Claire, Klassen Terry P. Solución salina hipertónica nebulizada para la bronquiolitis aguda en lactantes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Liet JM, Ducruet T, Gupta V, Cambonie G. Heliox inhalation therapy for bronchiolitis in infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD006915. DOI: 10.1002/14651858.CD006915.pub2.

Fecha de la revisión bibliográfica: enero 2011

## PUESTA AL DÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS AGUDA

La laringitis aguda es la infección obstructiva de la vía aérea superior más frecuente en la infancia, afectando principalmente a niños de entre 6 meses y 6 años. Su incidencia aumenta en otoño y principios del invierno. Su etiología más común es viral, siendo parainfluenza 1 y 2 los patógenos más frecuentes<sup>1</sup>.

La clínica habitual es tos ronca o perruna y disfonía, instaurándose a continuación estridor inspiratorio y dificultad

respiratoria. Puede ir precedida de un cuadro catarral y fiebre<sup>1-3</sup>. Aunque lo habitual es que se presente como un cuadro leve, constituye un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias por la angustia que produce en el paciente y la familia. De los casos atendidos en urgencias, un 5-6% permanecen en observación unas horas y el 1% son ingresados (la mitad de ellos en cuidados intensivos)<sup>1</sup>. El diagnóstico es clínico<sup>1-3</sup>.

107

## TRATAMIENTO

Las **medidas no farmacológicas**, como la humidificación del aire o el aire frío, no han demostrado su utilidad<sup>3-5</sup>; sin embargo, el aire húmedo, aunque no disminuye el edema subglótico, puede proporcionar otros beneficios como

disminuir la sequedad de la superficie mucosa inflamada y hacer que las secreciones sean menos espesas, proporcionando una sensación de confort y tranquilidad al niño y a los padres<sup>1</sup>.

## CORTICOIDES

Los **corticoides** (por vía oral, IM o nebulizados) son un tratamiento efectivo en la laringitis leve, moderada y grave. Mejoran la puntuación en las escalas clínicas de valoración de laringitis y disminuyen el número de visitas posteriores por el mismo cuadro, la necesidad de hospitalización y el uso de adrenalina<sup>1,2,6</sup>.

La **dexametasona** oral en dosis única, de 0,15-0,6 mg/Kg, es el corticoide de elección, por su eficacia y seguridad bien conocidas, facilidad de administración y duración de acción más prolongada. Existe cierta controversia acerca de cuál es la dosis óptima, si bien 0,15 mg/Kg parecen ser tan efectivos como 0,6 mg/Kg<sup>1,2,5</sup>.

La dexametasona en solución oral está disponible en fórmula magistral. La dexametasona por vía oral se absorbe rápidamente, siendo tan efectiva como la dexametasona IM y menos traumática para el niño<sup>1,2,5,6</sup>.

No hay evidencia de que dosis repetidas de corticoides proporcionen un beneficio mayor que una dosis única<sup>1-3,5,6</sup>.

La evidencia sobre si la **prednisolona** es tan eficaz como la dexametasona no es concluyente<sup>1,2,6</sup>. Algunos autores consideran la prednisolona 1-2 mg/Kg una alternativa, si no se dispone de dexametasona oral; puede ser necesaria

*Dexametasona,  
por vía oral en dosis única es el  
tratamiento de elección*

una 2ª dosis al día siguiente si hay síntomas residuales o estridor<sup>2</sup>. La prednisolona vía oral está comercializada como especialidad farmacéutica (Estilsona® gotas).

La **budesonida** nebulizada ha demostrado ser tan eficaz como la dexametasona oral o IM para el tratamiento de la laringitis; sin embargo, hay razones prácticas para preferir el uso de dexametasona oral. La nebulización frecuentemente prolonga la agitación y el llanto del niño, con empeoramiento de la dificultad respiratoria, requiere de 10 a 15 minutos (frente a 1-2 minutos para tomar un fármaco por vía oral) y además es más cara<sup>1,2,5,6</sup>. La budesonida nebulizada podría considerarse una alternativa para niños con vómitos o con dificultad respiratoria grave, en la que la budesonida podría utilizarse mezclada con adrenalina y ser administrada simultáneamente<sup>1,6</sup>.

La utilización del tratamiento combinado budesonida nebulizada + dexametasona oral frente a la utilización de cualquiera de ellos por separado no ha demostrado diferencias significativas en las escalas clínicas de severidad de la laringitis o en el porcentaje de ingresos hospitalarios. Así pues, el tratamiento combinado no proporciona beneficio adicional<sup>1,5</sup>.

## ADRENALINA

Varios ensayos clínicos han demostrado que la adrenalina nebulizada produce una mejoría a los 10-30 minutos, en los síntomas de laringitis moderada a grave, comparada con placebo. Sin embargo, su efecto no dura más de 2 horas<sup>1,3,5,6</sup>. Por ello, los niños que reciben adrenalina nebulizada deberían ser observados en la sala de urgencias durante 3-4 horas después de la administración para asegurarse de que los síntomas no vuelven a la situación basal<sup>1</sup>.

En niños con laringitis grave, se considera que su uso es beneficioso administrado junto con el corticoide<sup>1,3,5,6</sup>.

Los efectos adversos importantes son excepcionalmente raros con la adrenalina nebulizada. En general, la nebulización de 3 a 5 ml es un tratamiento seguro, con escasos efectos adversos. Sin embargo, los niños que requieran más de una dosis para estabilizar su función respiratoria, deberían estar ingresados y monitorizados<sup>1,5,6</sup>. (Ver tabla 1).

## OTROS TRATAMIENTOS

**Oxígeno:** en los niños con un inminente fallo respiratorio debido a la laringitis, el oxígeno es el tratamiento de referencia. No hay estudios que demuestren su eficacia, ya que no se considerarían éticos. Existe un consenso generalizado de que el oxígeno es beneficioso en niños con severo distrés respiratorio<sup>5</sup>.

**Analgésicos y antipiréticos:** no se han encontrado ensayos que estudien el uso de analgésicos y antipiréticos

en la laringitis. Es razonable pensar que, aunque no son esenciales en su tratamiento, pueden ser útiles frente a los síntomas de fiebre o dolor<sup>2,3</sup>.

**Antibióticos:** no se han encontrado estudios que avalen la utilización de los antibióticos en la laringitis. Existe consenso generalizado de que no son útiles, debido a que suele ser de origen viral<sup>6,6</sup>.

## CONCLUSIONES

- Los corticoides son la base del tratamiento de la laringitis. La dexametasona oral en dosis única de 0,15 mg/Kg es el corticoide de elección. En caso de laringitis moderada-grave puede utilizarse adrenalina nebulizada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Callén Bleuca M, Cortés Rico O. *El pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda-laringitis. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-5)* [consultado 25/11/2010]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)
2. Croup. *Clinical Topic*. CKS 2008. [consultado 20/6/2011]. Disponible en: <http://www.cks.nhs.uk/home>
3. Mazza D, Wilkinson F, Turner T, Harris C. *Evidence based guideline for the management of croup*. *Aust Fam Physician*. 2008;37(6):14-20.
4. Moore M, Little P. *Inhalación de aire humidificado para el tratamiento del crup (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2008 Issue 2*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Johnson D. *Croup*. *Clinical Evidence*. 2009;03:321.
6. Woods CR. *Pharmacologic and supportive interventions for croup*. *UpToDate*. 2010. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Fecha de la revisión bibliográfica: enero 2011

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia  
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: [farmacovigilancia@osakidetza.net](mailto:farmacovigilancia@osakidetza.net)

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es)

**Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción:** José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxebarria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M<sup>a</sup> José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza



OSASUN ETA KONTSUMO SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

Señor

JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL  
Carrera 10° N. 37-39 Piso 2 Barrio Miraflores Palacio de Justicia  
Girardot- Cundinamarca

10-JUL-2019 2:43PM

JDO-2-ADM-CTO-GIRARDOT

Referencia: REPARACION DIRECTA

Radicación: 25307333300220180036200

Demandante: ~~DIANA~~ MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS

Demandados: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS

Respetado Doctor:

ANGELA ROCIO LEAL VANEGAS, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Villavicencio, identificada con cedula de ciudadanía N. 40.403.312 de Villavicencio, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional N. 224.789 del C. S. de la J., en calidad de apoderada del señor **GERARDO ADOLPHS MONTES**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.247.333, de conformidad con el poder conferido estando dentro del termino presento contestación de la demanda en los siguientes términos:

### A LO QUE SE DEMANDA – PRETENSIONES

A la 2.1. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos.

A la 2.2. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos.

A la 2..2.1.1. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A LA 2.2.1.2. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

A la 2.2.1.3. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.4. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.4. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.5. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.6. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.7. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

2

A la 2.2.1.8. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.9. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.1.4. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.2 Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

A la 2.2.3. Me opongo frente a mi representado ya que el realizo la atención medica en las oportunidades que estuvo de turno, respetando todos los procedimientos médicos y científicos y acatando los lineamientos establecidos

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

**A LOS HECHOS U OMISIONES QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LA ACCION**

Al 3.1. Es cierto de acuerdo a la prueba documental.

Al 3.2. Ni acepto ni niego y me atengo a lo que resulte probado de conformidad con la historia clínica ya que mi representado no hizo parte o presencio este hecho.

Al 3.3. Ni acepto ni niego, y me atengo a lo que resulte probado en razon a que nuevamente mi representado no hizo parte del momento relacionado en este hecho.

Al 3.4. Ni acepto ni niego, y me atengo a lo que resulte probado en razon a que nuevamente mi representado no hizo parte del momento relacionado en este hecho.

Al 3.5. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.6. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.7. Parcialmente cierto frente a la revisión hecha por mi poderdante ya que estaba de turno, frente a lo demás narrado me atengo a lo que se encuentre consignado en la historia clínica en relación con la narración contenida en este hecho y su identidad de información.

Al 3.8. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.9. Al 3.6. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.10. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.11. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrados.

Al 3.12. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrado.

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

Al 3.13. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrado.

Al 3.14. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrado.

Al 3.15. Ni acepto ni niego ya que mi representado no estuvo presente en las circunstancias de modo, tiempo y lugar aquí narrado.

Al 3.16. Ni acepto ni niego ya tal como esta narrado por la parte demandante afirman una serie de situaciones ajenas a mi representado.

Al 3.17. Es cierto que mi representado reviso al menor y de esto da cuenta la historia clínica, sin embargo es de mencionar que se debe aclarar que el menor ya venia con atención medica al estar hospitalizado desde el 3 de abril de 2019, es asi que no se puede afirmar que mi representado " INICIO ATENCION", pues lo que el realizo como profesional fue hacer la ronda con los pacientes dentro del turno y revisar la condición en la que en dicho momento se encontraba, frente a las demás afirmaciones deberán ser probadas.

Al 3.18. Es cierto el hecho del fallecimiento del menor ya que ocurrio dentro del turno de mi representado. En cuanto a la afirmación referente a que COOMEVA EPS no había autorizado la remisión a la Unidad de Cuidados Intensivo, es un hecho que deberá responder la entidad mencionada.

4

Al 3.19. Es cierto según la prueba documental.

Al 3.20. Es cierto según la prueba documental.

Al 3.21. Es cierto según la prueba documental.

### EXCEPCIONES DE FONDO

#### **CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES Y DEBERES COMO PROFESIONAL DENTRO DEL HOSPITAL DE FUSAGASUGA CAUSAL DE EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD**

Sustento la presente excepción en que mi representado tal como consta en la historia clínica del menor realizo la atención de forma oportuna y acorde a los

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

110

lineamientos y protocolos médicamente establecidos, sin que exista prueba alguna en que su actuar fue el causante del fallecimiento del menor, siendo este hecho un caso ajeno a la voluntad de mi representado y prueba de ello podemos extraer los siguiente de la historia clínica según relato de mi representado como profesional en el área de pediatría:

" Se trata del paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO, identificado con RC 1.069.762.260, con antecedente de haber sido un Recién nacido a termino con bajo peso para la edad gestacional (Pequeño para la edad gestacional PEG), el cual ingresa al Hospital San Rafael de Fusagasuga, el día 3 de abril de 2016, por un cuadro respiratorio de un día de evolución con clínica sugestiva de compromiso respiratorio inferior, que, teniendo en cuenta su patología, el grado de compromiso respiratorio y del estado general, se considero podía ser manejado en el nivel de complejidad de la mencionada institución.

Lo valore por primera vez el día 5 de abril del mismo año, donde se evidencio mejoría clínica, se encontraba con suplencia de O2 con saturaciones > a 90%. Se considero que cursaba con una evolución clínica favorable. Y dado que el paciente no había presentado fiebre, la clínica sugería un componente broncoobstructivo y en la Radiografía no se observaba compromiso alveolar o focos de consolidación, se decidió retirar el esquema antibiótico al considerar que la etiología no era bacteriana, y se decidió continuar el manejo de soporte de la vía aérea.

El día 6 de abril fue valorado por el Dr Raul Jairo Gomez quien continua el manejo de soporte, sin manejo antibiótico y solicita una radiografía de control donde no se refiere la presencia de consolidaciones o compromiso alveolar.

El paciente continuó por los próximos 6 días, con mejoría clínica y respiratoria, con disminución de los requerimientos de oxígeno suplementario sin manejo antibiótico y únicamente con manejo de soporte de la vía aérea, según se deduce por la evolución del día 10 de abril por el Dr. Carlos Enrique Camargo Crespo donde menciona:

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

“ PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICOS DE NEUMONIA DE ORIGEN VIRAL, CON EVOLUCION SATISFACOTRIA. HOY DIA SEPTIMO DE HOSPITALIZACION. EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, SIN PICOS FEBRILES DOCUMENTADOS, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO SUPLEMENTARIO. AL EXAMEN FISICO PERSISTE CON MOVILIZAICON DE SECRECIONES. CONTINUA CON DESTETE DE OXIGENO. EN MANEJO CONJUNTO CON TERAPIA RESPIRATORIA. CONSIDERO CONTINUAR DESTETE DE OXIGENO SIN EMBARGO SE INICIAN TRAMITES DE OXIGENO DOMICILIARIO.”

Según la historia clínica, se evidencia deterioro clínico, respiratorio y radiológico el día 11 de abril del mismo año, al parecer en relación con presencia de atelectasia masiva derecha, por lo cual requirió soporte ventilatorio invasivo, inicio de cubrimiento antibiótico de amplio espectro con clíndamicina, ceftriaxona y claritromicina y se inician tramites de remisión a UCIP.

Nuevamente valoro el paciente el día 12 de abril del mismo año cuando se encuentra, según la historia clínica

6

“ PTE CON CHOQUE SEPTICO COMPENSADO CON FOCO PULMONAR DE PROBABLE ORIGEN NOSOCOMIAL, CON FALLA VENTILATORIA SECUNDARIA, POR LO CUAL REQUIRIO APOYO VENTILATORIO. EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PENDIENTE REMISIÓN A TERCER NIVEL.”

Durante el día teníamos un paciente estable clínica, respiratoria y hemodinamicamente.

En la historia clínica en la evolución de seguimiento se encuentra:

PTE DE 51 DIAS CON DX

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

11 /

1. CHOQUE SEPTICO COMPENSADO
2. NEUMONIA NOSOCOMIAL
3. FALLA VENTILATORIA SECUNDARIA

FC 123-170 FT 30 iMV TA 67/32/44 98/61/72 SaO2 92-98%

NEUROLOGICO BAJO EFECTO DE SEDACION Y RELAJACION CON FENTANILO Y VECURONIO

HEMODYNAMICO SIN SOPORTE INOTROPICO LLENADIO CAPILAR 2 SEGUNDOS.  
BUENOS PULSOS CENTRALES Y PERIFERICOS.

RESPIRATORIO SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO PIP 17 PEEP 6 PMVA 9 IMV 30  
FIO2 1.0 BUEN NIVEL DE OXIGENACIÓN

INFECCIOSO SIRS MODULADO

RENAL GU 3.3 CC/KG/H

PTE CON CHOQUE SEPTICO COMPENSADO CON EVOLUCION FAVORABLE, HA PERMITIDO DESCENSO DE PARAMETROS VENTILATORIOS.  
HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE. PENDIENTE REMISION A TERCER NIVEL.

El paciente presenta deterioro súbito el día 13 de abril a la 01+45, tal y como como se evidencia en la historia clínica

“ LA 1:45 PRESENTA DISMINUCIÓN DE LOS VALORES DE SaO2 A PESAR DEL SOPORTE VENTILATORIO. SE EVIDENCIA EN EL MONITOR TAQUICARDIA VENTRICULAR CON PULSO.

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA SE DECIDE CARDIOVERSIÓN ELECTRICA EN CUATRO OPORTUNIDADES CON DOSIS CRECIENTE 1, 2 Y 3 JULIOS/KG CON REVERSIÓN A RITMO SINUSAL.

SE COLOCA DOSIS DE AMIODARONA DE 5 mg/kg.

A LA 1:57 PRESENTA TAQUICARDIA VENTRICULAR SIN PULSO POR LO CUAL SE INICIA RCP Y DESFIBRILACIÓN CON 2 JULIOS/KG, LUEGO DE LO CUAL ENTRA EN ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO .

SE CONTINUA RCP Y ADRENALINA DOS DOSIS DE 0.01 Y 0.02mg/kg CON INTERVALO DE 3 MTOS. A LAS 2:13 REVIERTE A RITMO SINUSAL. SE PIENSA EN LA POSIBILIDAD DE UNA MIOCARDITIS VIRAL DADA LA PRESENCIA DE ARRITMIAS.

A LAS 2:18 PRESENTA NUEVAMENTE ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO Y SE INICIA RCP. SE COLOCA UNA DOSIS DE ADRENALINA DE 0.02 MG/KG. A LAS 2:23 PRESENTA NUEVAMENTE RITMO SINUSAL.

8

SE EVIDENCIAN EPISODIOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA POR LO CUAL SE COLOCA SEGUNDA DOSIS DE AMIODARONA DE 5 mg/kg.

SE TOMA RX DE TORAX QUE MUESTRA COMPROMISO ALVEOLAR DEL HTD SIN CAMBIOS CON RESPECTO A EL ESTUDIO ANTERIOR. NO SE EVIDENCIAN FUGAS DE AIRE.

A LAS 2:36 PRESENTA ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO Y SE INICIA RCP Y SE COLOCAN 4 DOSIS DE ADRENALINA CON DOSIS DE 0.01 Y 0.02 mg/kg POR ESPACIO DE 14 MTOS LUEGO DE LO CUAL SE OBTIENE PULSO.

SE EVIDENCIA RITMO CON PROBABLE ORIGEN EN LA UNION AV CON CONDUCCIÓN ABERRANTE.

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

112

SE INICIA SOPORTE INOTROPICO CON ADRENALINA A DOSIS DE 0.2 ucg/kg/mto.

PTE CONTINUA CON EPISODIOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA POR LO QUE SE COLOCA DOSIS DE LIDOCAINA A 1 mg/kg.

SE TOMO GASES VENOSOS CENTRALES QUE MUESTRAN ACIDEMIA METABOLICA SEVERA CON HPERLACTATEMIA

A LAS 3:10 PRESENTA NUEVAMENTE ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSOS. SE INICIA RCP CON UNA DOSIS DE ADRENALINA DE 0.01 mg/kg SIN OBTENER RESPUESTA. SE REALIZA RCP BASICO Y AVANZADO POR ESPACIO DE 8 MTOS SIN OBTENER RESPUESTA. SE

VERIFICA RITMO DE ASISTOLIA. SE DECLARA MUERTE CLINICA A LAS 3:18.

Cabe aclarar que las intervenciones mencionadas anteriormente corresponden a los protocolos avalados por la American Heart Association (AHA) para su uso en pediatría y recopilados en el libro de Pediatric Advanced Life Support (PALS).

**AUSENCIA DE NEXO CAUSAL EXCLUYENTE DE RESPOSANBILIDAD POR PARTE DE MI REPRESENTADO**

Fundamento la presente excepción y solicito se declare probada, en virtud y en razón a que como se puede extractar de la historia clínica del menor mi representado actuó con diligencia, inmediatez en las ocasiones que estuvo a cargo del turno no solo del menor, sino de los demás pacientes que se encontraban en el hospital

Así mismo nótese que dentro de la atención medica recibida se ordeno por las condiciones del menor una remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico de forma oportuna, sin embargo mi representado desconoce las razones por las cuales a la fecha del fallecimiento del menor aun no había sido trasladado, sin embargo el brindo todo lo humana, profesional y científicamente establecido en busca de poder estabilizar la condición del menor sin que este probado el nexo entre el hecho

y el daño, ya que no existe probanza que el actuar de mi representado no fuera el adecuado o establecido médica y científicamente.

### **PATOLOGIA DE FALLECIMIENTO ASOCIADA AL TIEMPO DE GESTACION**

Sustento la presente excepción en virtud a que científicamente está comprobado que los niños de conformidad con la doctrina que:

“ Los bebés prematuros o los que tienen problemas respiratorios poco después de nacer corren el riesgo de desarrollar displasia broncopulmonar, a veces denominada enfermedad pulmonar crónica. Aunque la mayoría de lactantes se recuperan completamente de la displasia broncopulmonar y tienen muy pocos problemas de salud crónicos como consecuencia de esta enfermedad, la displasia broncopulmonar puede ser un trastorno grave y requerir cuidados médicos intensivos.

Ningún niño nace con displasia broncopulmonar. Esta es una enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la prematuridad y de la inflamación pulmonar progresiva.

#### **Acerca la displasia broncopulmonar**

10

En la displasia broncopulmonar se produce un desarrollo anómalo del tejido pulmonar. Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación y la formación de cicatrices en los pulmones. Se desarrolla más frecuentemente en bebés prematuros, que nacen con los pulmones inmaduros.

"Bronco" se refiere a los bronquios (los conductos a través de los cuales llega a los pulmones el oxígeno que respiramos). "Pulmonar" se refiere a los diminutos sacos de aire (alvéolos pulmonares), donde se produce el intercambio entre oxígeno y dióxido de carbono. Por "displasia" entendemos los cambios anómalos que tienen lugar en la estructura y organización de un grupo de células. En la displasia broncopulmonar estos cambios celulares afectan a los bronquiolos (las vías respiratorias más pequeñas) y a los alvéolos pulmonares, dificultando la respiración y provocando problemas en la función pulmonar.

Junto con el asma y la fibrosis quística, la displasia broncopulmonar es una de las enfermedades pulmonares crónicas más frecuentes en la población infantil. Según el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) -Instituto nacional del corazón, los pulmones y la sangre- de los National Institutes of Health (NIH) -Institutos nacionales de la Salud-, en EE.UU. se dan entre 5.000 y 10.000 casos de displasia broncopulmonar cada año. Los niños con un peso natal extremadamente bajo (menos de 1.000 gramos o de 2,2 libras) tienen un riesgo más elevado de desarrollar esta enfermedad. Aunque la mayoría de estos bebés acaban



superando los síntomas conforme van madurando, en contadas ocasiones la displasia broncopulmonar —en combinación con otras complicaciones de la prematuridad— puede ser mortal.

### **Causas de la displasia broncopulmonar**

La mayoría de los casos de displasia broncopulmonar afectan a bebés prematuros, por lo general aquellos que nacen con 34 semanas de gestación o antes y pesan menos de 2.000 gramos (4,5 libras). Estos bebés tienen más probabilidades de padecer el denominado síndrome de distress respiratorio del recién nacido, también denominado enfermedad de las membranas hialinas, como consecuencia de las lesiones en el tejido pulmonar provocadas por el hecho de haber estado conectado a un respirador durante una cantidad considerable de tiempo.

Los respiradores permiten respirar a aquellos bebés cuyos pulmones son demasiado inmaduros para respirar solos. Los respiradores también proporcionan el oxígeno que necesitan los pulmones de los bebés prematuros. El oxígeno se suministra a través de un tubo insertado en la tráquea del bebé y se administra a presión para que el aire pueda entrar adecuadamente en pulmones que se encuentran rígidos e inmaduros. En ocasiones, para que los bebés puedan sobrevivir, la concentración del oxígeno suministrado debe ser mayor que la del aire que respiramos normalmente.

Aunque la respiración asistida es esencial para la supervivencia, con el tiempo, la presión del respirador y el exceso de oxígeno pueden lesionar los delicados pulmones de los recién nacidos, provocando el síndrome de distress respiratorio neonatal. Prácticamente la mitad de los bebés que nacen con un peso extremadamente bajo desarrollan alguna forma de síndrome disnea neonatal. Si persisten los síntomas de este síndrome, el trastorno se considerará displasia broncopulmonar en caso de que el bebé dependa del suministro de oxígeno cuando ya hayan transcurrido 36 semanas o más desde su concepción.

La displasia broncopulmonar también se puede desarrollar a partir de otras circunstancias adversas a las que no pueden hacer frente los frágiles pulmones de un recién nacido, como un traumatismo, una neumonía u otras infecciones. Todas estas circunstancias pueden provocar la inflamación y la formación de cicatrices en el tejido pulmonar propias de la displasia broncopulmonar incluso en bebés a término o, muy poco frecuentemente, en bebés de más edad y en niños.

Entre los bebés prematuros con bajo peso natal, los varones de raza blanca parecen tener más probabilidades de desarrollar esta afección por motivos desconocidos para la medicina. La genética también puede desempeñar un papel en algunos casos de displasia broncopulmonar.”

De acuerdo a lo anteriormente traído a colación, es evidente y están probadas las siguientes circunstancias

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

1. El menor fallecido según su historia clínica fue un bebe prematuro que nació según historia con TREINTA Y TRES PUNTO SEIS SEMANAS DE GESTACION (33.6).
2. Así mismo afirman los demandantes en el HECHO 3.2 que el menor al momento de su nacimiento " desarrollo dificultad respiratoria por lo que requirió oxigeno complementario..."
3. Que el menor recién nacido fue traslado a Unidad de Cuidados intensivos al momento de su nacimiento.
4. El menor se le hicieron terapias respiratorias en la Clínica de Chia entre el 20 de febrero de 2016 hasta el 25 de febrero de 2016 fecha en la cual se le autorizo salida con orden de control y seguimiento por "Plan Canguro".
5. Que la progenitora del menor asistió a los controles entre el 4 de marzo y el 1 de abril de 2016, en la FUNDACION CANGURO, pero no manifiesta ni existe prueba de la condición en que finalizo los controles, y dos días después del último control llevan al menor al Hospital San Rafael de Fusagasuga por congestión de su pecho según lo narrado en el Hecho 3.5
6. Que desde el nacimiento del menor y hasta la fecha en que ingreso al Hospital de Fusagasuga, ni el hospital ni los demandados entre ellos mi representando tuvieron contacto con el menor y mucho menos pudieron estar pendientes del problema respiratorio con el que nacio, sin embargo por lo que se extrae de la historia clínica no solo mi representado sino los demás galenos que dieron atención al menor lo hicieron dentro de los protocolos y procedimientos mundialmente establecidos, al punto de ordenar el traslado del menor a la UCI, y quedaron supeditados a que los padres del menor agilizaran ante su EPS la autorización pese a que el Hospital también según se extracta de los hechos paso de forma oportuna los requerimientos de traslado; desconociendo las razones frente a este, asi mismo no se evidencia que los padres del menor hubieran adelantado algún trámite frente a agilizar el traslado de su menor hijo.

114

**FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA Y COBRO DE LO NO DEBIDO DE LOS DEMANDADOS EN VIRTUD DEL GRADO DE PARENTESCO CON EL MENOR**

Sin que genere aceptación algún de las pretensiones en esta demanda por parte de mi representado invoco la presente excepción frente a las personas que hacen parte de demandantes ya que si bien es cierto dentro de los procesos de reparación directa la ley facultada a cualquier persona que se sienta afectada por una acción u omisión y que con esto se generó un daño.

Es así que en la presente demanda además de los padres del menor fallecido hacen parte tíos paternos y maternos y abuela, quienes alegan el cobro de unos perjuicios sin embargo no existe ninguna prueba frente a los demandantes en calidad de tios y por lo que dentro de las pretensiones reclaman el pago de perjuicios que con el solo hecho del parentesco no da lugar a declarar sino que debe estar claramente probado que existiera **la especial relación afectiva o por la dependencia económica que mantenían con el menor fallecido.**

De otra parte es también necesario tener presente que no solo con la acreditación del parentesco que aquí está establecido según los registros de nacimiento de los demandantes en calidad de TIOS, pese a su vínculo familiar la jurisprudencia se ha pronunciado que en caso de condena de perjuicios se presume que estos van para los familiares de la víctima hasta segundo grado de consanguinidad y primero civil " I, "esto es, respecto de los padres, hermanos, abuelos e hijos del afectado y de su cónyuge o compañera permanente."<sup>1</sup>

De acuerdo a lo anterior los señores KAREN LORENA BQUERO MEDINA, LICETH MEDINA BUTIRAGO, CINDY MAYERLY MEDINA BUITRAGO, JEISSON ALEXIS BAQUERO MEDINA, YENY PAOLA AQUERO MEDINA en su condición de tios según lo afirmado en la demanda estarían haciendo pretensiones de cobro de lo no debido.

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, CP. Danilo Rojas Betancourth, sentencia del 30 de junio de 2011, exp. 19836.

## FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA

Sustento la presente excepción en virtud a que como se evidencia en la historia clínica aportada en la contestación de la demanda, si bien es cierto mi representado realizo unas intervenciones durante el proceso de hospitalización del menor, también lo es que de la misma historia y relato de los hechos de la demanda claramente aparece que dentro de las intervenciones hechas por mi representado fueron encaminadas a poder estabilizar la condición del menor, quien desde el momento de su nacimiento en el HOSPITAL DE CHIA, se evidenciaron dificultades respiratorias que pese a este conocimiento los demandantes no muestran ninguna prueba de reclamación o seguimiento mas profundo a la condición de su menor hijo, asi mismo es de mencionar que ante la el nivel del hospital donde labora mi representado y de forma oportuna se emitió orden de remisión a UCI, de la cual se desconoce cuáles fueron las acciones que los padres del menor adelantaran para agilizar dicho trámite y lamentablemente ante la condición que tenía el menor este fallece, razón por la cual no hay prueba alguna que establezca que la actuación de mi representado en las atenciones dadas al menor estuviera fuera de los parámetros establecido por la organización mundial de la salud, las normas establecidas por el Ministerio de Salud y demás entes relacionados y que compilan los protocolos en los diferentes diagnósticos y que para el caso en concreto mi representado actuó de conformidad con lo ciánicamente establecido **Cabe aclarar que las intervenciones mencionadas anteriormente corresponden a los protocolos avalados por la American Heart Association (AHA) para su uso en pediatría y recopilados en el libro de Pediatric Advanced Life Support (PALS).**

14

## **AUSENCIA DE ATENCION O INADECUADA ATENCION MEDICA DADA AL MENOR POR PARTE DE MI REPRESENTADO**

Sustento la presente excepción y solicito se declare probada, ya que de las pruebas aportadas se evidencia que en los tiempos que mi poderdante estuvo de turno y a cargo del menor brindo la atención medica necesaria y acorde a su condición y los protocolos establecidos, sin que en el

expediente este acreditado que el paciente haya recibido una atención médica inadecuada sino que, al contrario, pese a las condiciones del menor hizo todo lo humanamente posible, sin embargo los problemas con los que nació como fue la deficiencia respiratoria y su tiempo de gestación fueron circunstancias que afectaron su condición de salud.

## **FUNDAMENTOS FACTICOS Y JURIDICOS DE LA DEFENSA**

### **ECONOCIMIENTO Y TASACIÓN DE PERJUICIOS MORALES / DAÑO MORAL**

**/ ACREDITACIÓN DEL PARENTESCO / HECHO INDICADOR DEL PARENTESCO - Razones de fundamentación / GRAVEDAD DE LA LESIÓN Y NIVEL DE CERCANÍA AFECTIVO EXISTENTE ENTRE LA VÍCTIMA DIRECTA Y LOS DEMANDANTES - Montos indemnizatorios. Reiteración de sentencia de unificación**

Con respecto a los perjuicios morales solicitados en la demanda, la Sala recuerda que, según la jurisprudencia de esta Corporación, basta la acreditación del parentesco para que pueda inferirse su causación a los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil, esto es, respecto de los padres, hermanos –mayores o menores-, abuelos, hijos y cónyuge o compañero(a) permanente de la víctima principal. Las razones que sustentan el paso del hecho indicador del parentesco, a la circunstancia de que el daño causado a una persona afecta moralmente a sus parientes, se fundamentan en: a) que la experiencia humana y las relaciones sociales enseñan que entre los parientes existen vínculos de afecto y ayuda mutua y b) la importancia que tiene la familia como núcleo básico de la sociedad (artículo 42 de la Constitución Política). En caso de no llegar a demostrarse el parentesco, quienes se consideren afectados moralmente por la muerte de alguien, corren con la carga de demostrar el dolor que dicen haber sufrido por esta causa. (...) en sentencia de unificación de jurisprudencia, la Sección Tercera estableció montos indemnizatorios en consideración a la gravedad de la lesión y al nivel de cercanía afectivo existente entre la víctima directa y aquellos que actúan en calidad de demandantes. **NOTA DE RELATORÍA:** Consultar sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014, exp. 31172

**PRAXIS MÉDICA**-Se orienta en función de los principios de beneficencia y no maleficencia o primun non nocere del paciente. El desarrollo de las técnicas galénicas supone la experimentación y la investigación científica en favor de la población y de los futuros pacientes. Propósitos de la profesión médica. Prohibición de someter al paciente a riesgos injustificados.

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

De conformidad con lo antes mencionado mi representado cuenta con una experiencia suficiente para no incurrir en una situación contraria al bienestar de sus pacientes.

**LEX ARTIS**-Superación del criterio de anormalidad, permite inferir su carácter antijurídico. Criterio del riesgo general de la vida o del riesgo permitido.

**RIESGO INHERENTE**-Al acto médico. Concepto. Su materialización no genera un daño de carácter indemnizable al no preceder de un comportamiento culposo

“ **Responsabilidad**, según el diccionario de la Real Academia Española, es la “deuda, obligación de reparar o satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal”. En una acepción más amplia, responsabilidad es la capacidad que tiene una persona de reconocer y asumir las consecuencias de un acto realizado libremente. La responsabilidad se clasifica, según el ámbito, en moral, ética general, ética profesional y jurídica. La responsabilidad moral hace referencia a normas o pautas del comportamiento humano fundamentadas en principios espirituales, religiosos o valores como la lealtad, la amistad y la caridad, entre otros. Sus sanciones no superan el fuero interno (23). La responsabilidad ética general hace referencia a las normas del buen comportamiento ciudadano; busca organizar la vida del individuo en comunidad para garantizar una convivencia pacífica. Sus sanciones son el rechazo social. La responsabilidad ética profesional, por otro lado, hace referencia al acatamiento de las disposiciones que regulan el buen comportamiento de los sujetos en el ejercicio de su profesión. Sus sanciones están a cargo de tribunales éticos conformados por profesionales destacados en el mismo campo del saber(23). La responsabilidad jurídica está en relación al acatamiento de las normas emanadas por el Estado por parte de todos los ciudadanos. Se divide a su vez en responsabilidad contravencional, cuando las normas son de carácter preventivo; responsabilidad penal, cuando las normas están consagradas en el código penal, cuya trasgresión implica penas privativas de la libertad; responsabilidad civil, cuando las normas están contempladas en el código civil, cuya trasgresión implica sanciones indemnizatorias por el daño causado; finalmente, la responsabilidad patrimonial del estado, cuando es éste el que debe responder por las actuaciones de sus funcionarios (23). La responsabilidad se configura cuando se presentan tres elementos: hecho generador, daño y la relación de causalidad entre el hecho generador y el daño, este elemento también se denomina nexo causal “

16

El Daño: El daño según Pérez Vives se define como “toda lesión patrimonial o moral, todo menoscabo o pérdida, todo quebranto o dolor, que una persona sufra en su patrimonio o en sí misma (en su integridad física, en sus derechos extrapatrimoniales).

116

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

**Culpa:** Referente al hecho generador, históricamente la responsabilidad se basó en la culpa del agente causante del daño (24). Este hecho generador puede darse por acción u omisión del agente. La culpa es definida por el artículo 63 del código civil, asemejándola a descuido o negligencia (24): “es la falta de aquella diligencia y cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus propios negocios”. El artículo 37 del código penal en referencia a la culpa dice: “La conducta es culposa cuando el agente realiza el hecho por falta de previsión del resultado previsible o cuando habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo”. Algunos juristas asimilan el error con los elementos constitutivos de la culpa: negligencia, impericia e imprudencia (30). Otro autor complementa las modalidades de culpa con violación de reglamentos y otras acciones u omisiones que denomina faltas de gestión, coordinación o administración (26). Pero en su mayoría las opiniones coinciden con la visión médica de que los errores no implican necesariamente la violación de la *lex artis* si se demuestra que la atención fue adecuada y éstos no se pueden atribuir a la naturaleza del caso o a las condiciones en las que tiene lugar el acto médico. La negligencia es el descuido, la falta de cuidado o una omisión, como cuando no se emplean medios conocidos y disponibles en la prestación de un servicio de salud. El profesional estaría actuando de forma negligente si no acata medidas de cuidado, higiene o seguridad que tiene a su disposición; igualmente lo hace si no revisa la historia clínica, las instrucciones del equipo, las indicaciones de otro colega, las contraindicaciones de un tratamiento, la anormalidad evidente del instrumental o la fecha de vencimiento de unos medicamentos (26). La impericia se define como falta de habilidad en una ciencia o arte. Aplicado al campo de los servicios de salud, consiste en la falta de conocimientos o capacidad profesional para realizar un acto médico. Quien efectúe un procedimiento de gran complejidad y comete un error por desconocimiento o inexperiencia, se le cataloga como imperito (26). La imprudencia consiste en falta de templanza, cautela, prudencia y buen juicio. Existe imprudencia cuando se somete a un paciente a un riesgo injustificado que no corresponda a sus condiciones clínico-patológicas. Se presentaría cuando el médico, sin contar con el instrumental, los elementos médicos o la infraestructura adecuadas, efectúa un procedimiento sin poder manejar acertadamente una complicación. No habría responsabilidad cuando el médico, buscando preservar la vida o la integridad de un paciente, trata de ayudarlo sin contar con los medios disponibles en un evento de urgencia (26). La violación de reglamentos está constituida por la infracción de los principios científicos y las normales legales. Además de ello, en el campo médico, se daría cuando el profesional se aparta de la *lex artis ad hoc* en la realización de una técnica o un procedimiento. Abarcaría además la violación de normas legales que consagran normas precisas y de obligatorio cumplimiento, así como normas de ética médica, estudios profesionales y escuelas científicas (26). La falta de gestión, coordinación, administración o decisión consisten en acciones u omisiones de tipo administrativo en las que incurren los profesionales, trátese de médicos o no, que en un determinado momento pueden conllevar consecuencias nocivas en la salud de un paciente. La conducta de un director de una institución hospitalaria o de un departamento o servicio, de una promotora de salud o empresa de medicina prepagada, e incluso de un auditor, puede generar responsabilidades de tipo personal e institucional por los daños causados al paciente. Tales faltas comprenden las limitaciones de tiempo, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las prohibiciones de ingreso y órdenes de alta, así como la suspensión de servicios por agotamiento de coberturas que atenten contra la vida y salud de un paciente. El

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

GESTION JURIDICA  
Abogadas  
Asesoría, Asistencia y Cobranza

desobedecimiento de una decisión judicial que había ordenado la realización de un acto médico 15 también genera la obligación de indemnizar, si se produce un daño a la vida o a la salud.

**Nexo Casual** El nexo causal es el tercer elemento de la responsabilidad. Para que exista responsabilidad civil se requiere que exista una relación de causalidad entre el hecho generador y el daño sufrido por la víctima. El agente sólo responderá si el daño sufrido fue el producto de su conducta y no de algún elemento extraño.

En materia médica, la búsqueda del nexo causal se debe ajustar a criterios científicos, que en muchas ocasiones no es posible demostrar de manera contundente-

## PRUEBAS

### **Interrogatorio de Parte**

Al señor Juez, con todo respeto solicito se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes para que sea absuelto en la audiencia fijada para tal fin.

18

### **Interrogatorio y Contrainterrogatorio**

De igual forma solicito en caso que mi poderdante sea interrogado, poder realizar interrogatorio y contrainterrogatorio en la audiencia fijada para tal fin.

## **DOCUMENTALES**

CD DE DATOS que contienen la GUIA DE PRACTICA CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO PUBLICADA POR EL MINISTERIO DE SALUD.

## ANEXOS

Las documentales relacionadas

CALLE 39 N 30 A 05 OFICINA 205 CENTRO VILLAVICENCIO,  
CONTACTO 3115292054

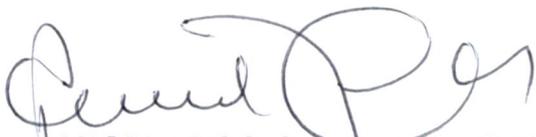
Poder legalmente conferido

**NOTIFICACIONES**

A mi poderdante en la relacionada en el cuerpo de la demanda.

A la suscrita en la CALLE 39 N 30A-05 OFICINA 205, Centro Villavicencio, Celular 3115292054, correo electrónico: rocileal\_1@hotmail.com

Cordialmente,



**ANGELA ROCIO LEAL VANEGAS**  
C.C. 40.403.312 de Villavicencio  
T.P. 224.789 del C. S. de la J.



INTERRAPIDISIMO S.A.  
NIT: 800251569-7  
Fecha y Hora de Admisión:  
08/07/2019 11:53 a. m.  
Tiempo estimado de entrega:  
09/07/2019 06:00 p. m.

Factura de venta no valida como soporte de pago



700026975977

### NOTIFICACIONES

VVC 54 | BOG 153  
7-B | 33

#### DESTINATARIO

GIRARDOT\CUND\COL

JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL CC  
CRA 10 NO 37 39 PISO 2 BARRIO MIRAFLORES PALACIO DE JUSTICIA

#### DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA  
Valor Comercial: \$ 10.000  
No. de esta Pieza: 1  
Peso por Volumen: 0  
Peso en Kilos: 1  
Bolsa de seguridad:  
Dice Contener: DTOS

#### LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

Notificaciones  
Valor Flete: \$ 10.800  
Valor Descuento: \$ 0  
Valor sobre flete: \$ 200  
Valor otros conceptos: \$ 0  
Valor total: \$ 11.000  
Forma de pago: CONTADO

#### REMITENTE

ANGELA LEAL VANEGAS CC 40403312  
CALLE 39 N. 30A 05 OFICINA 205 EDIFICIO CIUDAD INMOBILIARIA  
3115292054  
VILLAVICENCIO\META\COL

Nombre y sello

X \_\_\_\_\_

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web www.interrapidísimo.com o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones

10-JUL-2019 2:43 PM

JDO-2-ADM/CTO-GIRARDOT



# RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

## NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

# 323 255 4455

O MARCANDO GRATIS  
01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30 # 7 - 45 Pbx: 5605000  
Oficina VILLAVICENCIO: CALLE 15 CRA 15 A -04  
Oficina GIRARDOT: CRA 9 # 19-44

www.interrapidísimo.com - defensorcinterno@interrapidísimo.com, sup.defclientes@interrapidísimo.com Bogotá DC.  
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700026975977

GMC-GMC-R-07

Señor

**JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**  
E.S.D.



**Referencia: Reparación Directa**

**Radicado: 25307-33-33-002-2018-00362-00**

**Demandante: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS**

**Demandado: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS**

Respetado Señor:

**GERARDO ADOLPHS MONTES**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.247.333, domiciliado y residente en la ciudad de Fusagasugá, por medio del presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la Doctora **ANGELA ROCIO LEAL VANEGAS**, mayor edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 40.403.312 expedida en Villavicencio y tarjeta profesional No. 224.789 del C. S de la J., para que en mi nombre inicie mi representación y defienda mis intereses realizando todas las actuaciones necesarias dentro del proceso de Reparación Directa.

Mí apoderada queda ampliamente facultada para transigir, desistir, recibir, sustituir, conciliar, pedir y aportar pruebas y todo lo inherente al artículo 77 del C.G.P.

Atentamente;

**GERARDO ADOLPHS MONTES**  
C.C. 79.247.333

Acepto.

**ANGELA ROCIO LEAL VANEGAS**  
C.C. No. 40.403.312 de Villavicencio  
T.P No. 224.789 del C. S de la J.



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



24341

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinte (20) de junio de dos mil diecinueve (2019), en la Notaria Sesenta y Nueve (69) del Circuito de Bogotá D.C., compareció: GERARDO ADOLPHS MONTES, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0079247333, presentó el documento dirigido a AUTORIDAD COMPETENTE y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

NOTARIA 69

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.

*Carlos Alberto Ramírez Pardo*

CARLOS ALBERTO RAMIREZ PARDO

Notario sesenta y nueve (69) del Circuito de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 2ywhnry4p198

DEPARTAMENTO DE BOGOTÁ



*[Firma manuscrita]*



CD



120 X

Doctor

**JUAN FELIPE CASTAÑO RODRIGUEZ**

**JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.**

Ciudad.-

12-JUL-'19- 4:02PM

JDO-2-ADN-CTO-GIRARDOT

**NATURALEZA:** ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICACION:** 2530733330032018-00362-00  
**DEMANDANTE:** DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
**DEMANDADA:** E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS.  
**ASUNTO:** CONTESTACION DEMANDA

51 Fallos  
208 Fallos  
de pruebas  
M

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, mayor de edad, vecina y domiciliada en la ciudad de Fusagasugá, Abogada Titulada y en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderada Judicial de la Empresa Social del Estado **HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, de conformidad con el Poder que adjunto al presente escrito, por medio del presente escrito me permito dar **contestación a la demanda** de la referencia, la cual fue admitida mediante Auto emanado de su Despacho, fechado el veintiséis (26) de marzo de dos mil diez y nueve (2019) y debidamente notificada en correo electrónico dirigido a nuestra entidad el día 25 de abril del año 2019, en los siguientes términos:

#### EN CUANTO A LOS HECHOS

**AL ENUNCIADO COMO 3.1:** Es cierto. Así se desprende de la prueba arrimada al plenario.

**AL ENUNCIADO COMO 3.2:** No, No nos consta lo acontecido con el paciente en otros centros Hospitalarios.

**AL ENUNCIADO COMO 3.3:** No, No nos consta lo acontecido con el paciente en otros centros Hospitalarios.

**AL ENUNCIADO COMO 3.4:** No nos consta. Es una manifestación de la demandante que deberá probarse dentro del proceso.

**AL ENUNCIADO COMO 3.5:** Es cierto. Aclarando al despacho que en la historia clínica quedo consignado lo siguiente: motivo de consulta "LA MAMA. - CONGESTION DE PÉCHO CON TOS".

**AL ENUNCIADO COMO 3.6:** Es parcialmente cierto. Es cierto, fue revalorado nuevamente y en la historia clínica quedo registrado impresión diagnóstica de "...neumonía en un paciente con regular estado general según como quedo documentado en la historia clínica, inicio oxigeno suplementario y realiza la respectiva interconsulta con el servicio de pediatría...".

ARC





12/24

NO ES CIERTO, que la conducta del galeno, fuese hospitalizar con antibióticos, toda vez, que la decisión de hospitalizar esta en cabeza de la especialidad de pediatría, ya que la entidad que represento es una institución de segundo nivel en donde todo paciente que requiera algún tipo de manejo hospitalario, debe ser ingresado por la respectiva especialidad médica.

**AL ENUNCIADO COMO 3.7:** Es Cierto, como también es cierto que en la historia clínica, está contemplado el menor fue valorado y evolucionado desde el punto de vista médico, por el DR. GERARDO ADOLHS MONTES, médico especialista en pediatría, quien describe el relato **subjetivo** "... **PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MAMA QUIEN REFIERE VERLO MEJOR, MAS ACTIVO BUEN PATRON DE LA ALIMENTACION...**" igualmente en la historia clínica el galeno describe a un paciente con mejoría del estado clínico, interpreta radiografía de tórax, sin focos de consolidaciones y decide continuar oxígeno suplementario con los estudios precitados obedeciendo a la sospecha clínica, en ese contexto clínico, decide no continuar esquema antibiótico y bajo racionalidad científica, aumentar esquema de micronebulizaciones.

**AL ENUNCIADO COMO 3.8:** Es cierto. Igualmente es cierto que el facultativo en pediatría dejo consignado en la historia clínica **análisis y plan de manejo**, "... *por el momento se considera continuar igual manejo medico debido a que se evidencia mejoría del estado general y neurológico, se explica a la madre quien refiere entender y aceptar...*" , con lo que está demostrado que el menor venia presentado mejoría en su estado de salud, que por este motivo los médicos tratantes consideraron que se debía continuar con el tratamiento medicó que venía y de acuerdo a la patología que presentaba.

**AL ENUNCIADO COMO 3.9:** Es cierto. Igualmente el galeno en pediatría dejo consignado en la historia clínica **análisis y plan de manejo**, "... *en el momento se encuentra hemodinamicamente estable sin sirs, sin disnea, sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultación con escasas sibilancias al final de la espiración por el momento continua igual manejo médico...*" , dentro de la historia clínica quedo consignado, mediante la radiografía de tórax de control se descarta cardiomegalia y decide suspender líquidos endovenosos y continuar igual manejo medico instaurado, explicando técnica de lactancia.

**AL ENUNCIADO COMO 3.10:** Es cierto, así se desprende de la historia clínica.

**AL ENUNCIADO COMO 3.11:** Es cierto. Dentro de la historia clínica quedo registrado **análisis y plan de manejo**, "... *con diagnóstico de neumonía de origen viral, con evolución clínica hacia la mejoría. Hoy día sexto de hospitalización. En el momento clínica y hemodinamicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Al examen físico persiste con movilización de secreciones. Desde ayer en destete progresivo de oxígeno. En manejo conjunto con terapia respiratoria. Considero continuar destete...*" .

**AL ENUNCIADO COMO 3.12:** Es cierto. El mismo galeno hace la evolución dejando consignado en la historia clínica **análisis y plan de manejo** "... *sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de dificultad respiratoria, con requerimiento de oxígeno suplementario,...* , continuar destete de oxígeno..." , sin

cur

2



122

embargo, el facultativo en pediatría indica inicio de tramites de oxigeno domiciliario mientras se continuo destete de oxígeno.

**AL ENUNCIADO COMO 3.13:** Es parcialmente cierto. Es cierto que el galeno en pediatría revaloró al menor en la fecha indicada, dejando registrado en la historia clínica **análisis y plan de manejo** "... deterioro en el último día con presencia de fiebre y sintomatología respiratoria con disnea y tos paroxística en el momento su aspecto general nuevamente es muy regular con taquipnea se ausculta componente broncoobstructivo bilateral y se evidencia los episodios de tos paroxística igualmente por parte de terapia respiratoria se informa secreciones purulentas y es requerido aumento en la fracción inspirada de oxígeno..." igualmente se encuentra consignado que el facultativo solicitó paraclínicos de control.

NO ES CIERTO, lo que indica el profesional de derecho que "... comunico que desde el día anterior, es decir el 40-04-2016 nuevamente ha persistido con picos febriles..." aclarando que aunque en la evolución **se habla de picos febriles**, estos fueron registrados en horas de la mañana del día 11/04/2016, como se puede verificar en las notas de enfermería las cuales están consignadas en la historia clínica del menor, y no como lo quiere hacer ver la parte actora.

**AL ENUNCIADO COMO 3.14:** Es parcialmente cierto. Es cierto que el facultativo dejó consignado en la historia clínica **subjeto** "...HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS 14.100, NEUTROFILIA, SIN LINFOPENIA, ANEMIA SIN CAMBIOS CON HGB 7.6, HCT 23%, PLAQUETAS NORMALES. PCR MUY POSITIVA HASTA 130.5, RX DE TORAX CON OPACIDAD TOTAL DEL HEMITORAX DERECHO POSIBLEMENTE SECUNDARIO A ATELECTASIA MASIVA SIN DESCARTAR PROCESO NEUMONICO ASOCIADO,...".

NO ES CIERTO, que la falla en el servicio y la perdida de oportunidad se presentara en los inicios del trámite de remisión que ordeno el galeno el día 11-04-2016; El proceso y trámite de referenciación fue oportuno y de acuerdo a pertinencia médica y racionalidad científica, como prueba de ello es que se inició el trámite a las 11:20 pm del mismo día y como lo soportan las BITÁCORAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN REFERENCIACION.

**AL ENUNCIADO COMO 3.15:** Es parcialmente cierto, Frente a la atención del Doctor HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ, es cierto, así se evidencia en la historia clínica, aclarando al despacho que el facultativo médico especialista en pediatría indicó en la historia clínica la necesidad de traslado a la UNIDAD DE APOYO TRANSITORIO hacia las 7 am, y describe REALIZACION DE INTUBACION OROTRAQUEAL mas PASO DE CATETER VENOSO CENTRAL así como aspiración de ABUNDANTES SECRECIONES PURULENTAS, a su vez describe "..., pendiente confirmar remisión para manejo integral en unidad de cuidado intensivo pediátrico ya que no contamos con este servicio en nuestra institución...".

NO ES CIERTO, que la falla en el servicio y la pérdida de oportunidad se presentara, por no contar con el servicio de cuidados intensivos pediátricos, como lo argumenta el profesional del derecho, es importante aclarar que la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, es un centro asistencial de II nivel, que los médicos especialistas en pediatría, como la entidad con su capacidad diagnostica, y con el nivel de complejidad, le brindaron la atención que requería el menor, por este motivo el galeno

ur



ordenó su remisión a un centro de atención de III nivel que contara con la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

**AL ENUNCIADO COMO 3.16:** NO ES CIERTO, Que el trámite de referenciación se haya iniciado el día **12/04/2016**, el trámite se inició de manera oportuna, y de acuerdo a la complejidad de la patología, y una vez lo ordeno el facultativo, y así se registra en la historia clínica, el mismo se inició el **11 de abril de 2016**, a las 11:20 pm, igualmente reposa en las BITÁCORAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN REFERENCIACION, donde registra que se inició el respectivo trámite de remisión ante la EPS COOMEVA y se describe lo siguiente:

- ✓ 11:20pm RECIBO DOCUMENTOS Y REFERENCIA
- ✓ 11:21 pm se ENVIO REFERENCIA AL CORREO autorizado por COOMEVA.
- ✓ 11:50:00 p. m responde BIBIANA TIBACUY de COOMEVA, **ME CONFIRMA EL CORREO E INICIAN TRAMITE.** (negrilla y subraya fuera del texto).

**AL ENUNCIADO COMO 3.17:** Es cierto, la atención del Doctor GERARDO ADOLHS MONTES, así se evidencia en la historia clínica, aclarando al despacho que el facultativo médico especialista en pediatría indicó en la historia clínica "...**2:18** presenta nuevamente actividad eléctrica sin pulso y se inicia RPC se coloca una dosis de adrenalina de 0.02 MG/KG a las **2:23:** presenta nuevamente ritmo sinusal se evidencia episodios de taquicardia ventricular no sostenida por lo cual se coloca segunda dosis de amiodarona de 5 mg/kg, (SIC) ... se toma RX de torax q muestra icomopromiso al veolar del HTD sin cambios con respecto a el estudio anterior. No se evidencia fugas de aire. A las **2:36** presenta actividad eléctrica sin pulso y se inicia RPC y se colocan 4 dosis de adrenalina con dosis de 0.01 y 0.02 mg/kg por espacio de 14 MTOS luego de lo cual se obtiene pulso se evidencia ritmo con probable origen en la unión Av con conducción aberrante se inicia soporte inotrópico con adranilina a dosis de 0.2 ucg/kg/mtos. Pdt continua con episodios de taquicardia ventricular no sostenida por lo que se coloca dosis de lidocadina a 1mg/kg. Se tomo gases venosos centrales que muestran academia metabolic severa con hperlactatemia. A las **3:10** presenta nuevamente actividad eléctrica sin pulsos. Se inicia RPC con una dosis de adrenalina de 0.01 mg/kg sin obtener respuesta se realiz RCP básico y avanzado por espacio de 8 MTOS, sin obtener respuesta se verifica ritmo de asistolia. Se declara muerte clínica a las 3:18..."

**AL ENUNCIADO COMO 3.18:** Es cierto. Frente al fallecimiento del menor, igualmente dejamos la salvedad que el proceso y trámite de referenciación fue oportuno y de acuerdo a pertinencia médica y racionalidad científica, y que el traslado del menor a una unidad de cuidados intensivos pediátricos, dependía de la EPS COOMEVA a la cual se encontraba vinculado.

**AL ENUNCIADO COMO 3.19:** Es cierto.

**AL ENUNCIADO COMO 3.20:** Es cierto.

**AL ENUNCIADO COMO 3.21:** Es cierto.

Cut



124

### EN CUANTO A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS

Manifiesto al Despacho que me opongo a todas y cada una de las pretensiones principales y consecuenciales solicitadas por la demandante, por encontrarlas infundadas en Derecho, tal y como se señalará a continuación, desvirtuando de tajo cualquier violación a las normas invocadas por la parte actora, las cuales son la base de sus pretensiones.

De igual manera, solicito a la señora Juez, se condene a los demandantes, a pagar las costas y gastos del proceso así como las agencias en derecho, que se lleguen a causar.

### III. EXCEPCIONES PROPUESTAS

#### FALTA DE CAUSA PARA ACCIONAR

En el caso presente y tal como lo hemos venido mencionando al hacer referencia a los HECHOS de la demanda, se tiene que el Apoderado de los accionantes interpreta parcialmente los informes y prescripciones médicas consignadas en la historia clínica, para invocar las pretensiones contenidas en la demanda, a las cuales, como lo he dicho, me opongo.

A la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá, no le asiste, en el caso presente, la obligación de indemnizar a los accionantes, ya que no hubo omisión, ni falta de oportunidad en la atención médica prestada, ni ninguna otra circunstancia que pudiere dar origen a ello; por el contrario cuando la menor ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital, se interconsulta y fue valorado por el facultativo de pediatría, y de ahí se le prestaron todos los cuidados, se le practicaron los exámenes que se consideraron pertinentes por el personal médico tratante y se le suministraron los medicamentos que requería de acuerdo a la patología que presentaba al momento de ingresar a la institución que represento, todo lo cual reposa consignado en la historia clínica correspondiente, atención ésta brindada dentro de las posibilidades que puede brindar una Institución de Segundo Nivel de complejidad como la nuestra.

De otro lado vale la pena indicar, que el personal administrativo y médico de nuestra Institución procedió a adelantar todas las actividades y labores tendientes, para prestar un servicio oportuno y de acuerdo a la patología respiratoria, presentada en el menor según lo indicado en la guía de práctica clínica del Ministerio de la Protección Social vigente para el año 2016.

Igualmente los galenos en pediatría de acuerdo a la evolución del menor, tomaron las medidas necesarias, para el manejo intrahospitalario e iniciaron la remisión del paciente a una unidad de cuidados intensivos pediátricos, y así poder ser trasladado bajo unas condiciones óptimas y estables, **previa la autorización** que para el efecto impartiera COOMEVA EPS, dentro de lo cual se incluye la orden de remisión a un centro hospitalario de tercer nivel de atención, situación ésta conocida en oportunidad por la demandante, pero lamentablemente no autorizada por parte de COOMEVA EPS, encargada de ello.

CR

15



125 ✓

Con lo hasta aquí expuesto, se demuestra que no es posible atribuir responsabilidad a mi poderdante, en la complicación en salud del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO y su posterior fallecimiento, como se pretende con la demanda presentada y así habrá de declararse, al resolver como probada la excepción propuesta, apoyado en los medios de prueba que más adelante señalaré.

De los registros obrantes en la Historia Clínica de la paciente, se evidencia que "...Se trata de paciente masculino de 45 días de edad postnatal, con afiliación a COOMEVA EPS, quien ingresa por demanda espontánea, hacia las **21:34** del día 03 de abril de 2016 al servicio de **URGENCIAS PEDIATRICAS** de la **E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá de segundo nivel de atención**, siendo valorado **oportunamente y sin barreras de acceso**, por el medico **FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO**, refiriendo: "*cuadro dado por rinorrea tos congestión no fiebre...*", dentro de los antecedentes se destaca: "..., 33 semanas en incubadora por 5 días,...", negando otros antecedentes de importancia clínica, al examen físico presenta constantes vitales dentro de los parámetros normales, a decir, FC 166 x min, FR 42 x min, Peso 3,68 kg, SO2 96%, se describe: "*Paciente consiente, alerta, tranquilo, colaborador, activo, sin signos de dificultad respiratoria, no luce toxico, no luce séptico,...*" a la auscultación pulmonar se describe: "..., roncus bilaterales,...", sin evidencia de dificultad para respirar, se establece diagnóstico de **ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS**, por lo anterior el medico indica pertinentemente, **OBSERVACION** y manejo medico con **MICRONEBULIZACIONES** y toma de **RADIOGRAFIA DE TORAX**, esta última es reportada el día 04 de abril de 2016 oportunamente, hacia las **01:04 horas** por el medico **FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO** quien consigna: "*rx de tórax: atrapamiento aéreo, infiltrados intersticiales difusos, edema peribronquial, consolidaciones apical izquierda,...*", dentro de la auscultación pulmonar relata la presencia de agregados tipo estertores, asociado a tirajes (dificultad para respirar), por lo anterior se inicia manejo con **OXIGENO** y se emite interconsulta para el servicio de **PEDIATRIA**, en la cual se contextualiza un paciente lactante menor, con antecedente perinatal de prematurez y bajo peso al nacer, con síntomas respiratorios y dificultad para respirar más agregados pulmonares, considerándose cuadro presuntivo de **BRONCONEUMONIA**.

El mismo día, se realiza valoración oportuna, por la especialidad de pediatra, a cargo del doctor **HERNAN PEREZ MUÑOZ**, médico especialista, quien relata: "*paciente de 42 días de nacido quien es traído por su mamá por presentar dificultad, respiratoria dado por aumento de la frecuencia respiratoria, no asociado a fiebre, la madre, refiere "congestión en el pecho", de aproximadamente 1 día de evolución,...*", así mismo se describen antecedentes de **BAJO PESO AL NACER CON EDAD GESTACIONAL DE 33 SEMANAS, ..., POSTERIOR A LA ADAPTACION PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA DADO POR TIRAJES SUBCOSTALES Y TAQUIPNEA POR LO CUAL REQUIRIO ESTANCIA EN UCI CON DX DE: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, RCIU, POLICITEMIA, INCOMPATIBILIDAD ABO,...", dentro del examen físico menciona: "**PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, AUSCULTACION CON RONCUS GENERALIZADOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE TOMA SATURACION DE O2 QUIEN PESE A PESAR DE TENER BUENA CURVA SATO2 SIN O2 SUPLENCIA NO AUMENTA DE 50%...**",**

etc



126

por lo anterior solicitan estudios complementarios e indica, pertinentemente, manejo intrahospitalario.

De acuerdo a notas de enfermería, a las **03:20 horas**, se registra: "... REICVE INTERCONSUTA PRO DR PEREZ PEDAITYRA DE TURNO QUIEN ORDEN A COLOCAR OXIGENO..."

El día 04 de abril de 2016, se realiza **NOTA DE EVOLUCION DE PEDIATRIA** realizada por el pediatra **HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ**, quien describe la presencia al examen físico de: "**REGULAR ASPECTO GENERAL. PESO 3650GR. FC 155 FR 50 T 38 SPO2 95% CON OXIGENO POR CANULA NASAL. SECRECION CONJUNTIVAL BILATERAL ABUNDANTE. PATRON RESPIRATORIO EN TAQUIPNEA E HIPERPNEA LEVES A MODERADAS, DISCRETO COMPONENTE BRONCOOBSTRUCTIVO BILATERAL,....**", así mismo detalla la presencia paraclínica de: "**CON RECUENTO LEUCOCITARIO NORMAL PARA LA EDAD, PREDOMINIO DE LINFOCITOS SIN NEUTROPENIA, ANEMIA MODERADA A SEVERA CON HGB 7.6, HCT 24.6%, PLAQUETAS NORMALES, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA CON HIPOCROMIA MAS ANISOCITOSIS, RESTO NORMAL. RX DE TORAX ROTADA, IMPRESIONA PARA CARDIOMEGALIA PERO TIENE INDICE CARDIOTORACICO DE 0.59, LEVE CONGESTION PARAHILAR DERECHA. GLUCOMETRIA DE INGRESO 98MG/DL,....**", por lo anterior el especialista conceptúa "**...., LACTANTE MENOR EXPRETERMINO CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO CON SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA Y SECRECION CONJUNTIVAL COMPATIBLE CON INFECCION POR GERMEN ATIPICO ,...COMO DATO ADICIONAL CURSA CON ANEMIA MODERAD A SEVERA.**", e indica **HOSPITALIZACION** para inicio de **CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO TRICONJUGADO**, toma de cultivos y realización de estudio ecocardiografico.

Vale la pena indicar que, la atención brindada al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.,d) fue acorde en cuanto a capacidad instalada, oferta de apoyo diagnóstico y servicio médico por parte de la especialidad pertinente, servicios ofertados en su totalidad por la institución de acuerdo a la patología y su complejidad, y de acuerdo al nivel de la entidad que represento.

Igualmente dentro de la historia clínica rasposa ingreso a hospitalización se evidencia paciente en regular estado general con dificultad para respirar y agregados pulmonares, con reporte de radiografía de tórax que evidencia infiltrados, pero sin consolidaciones,

El día 05 de abril se realiza evolución medica por el médico pediatra **GERARDO ADOLHS MONTES** quien establece diagnósticos de **NEUMONIA ATIPICA?, SINDROME ANEMICO – ANEMIA FERROPENICA?**, con relato subjetivo de mejoría; se consigán constantes vitales con evidencia de TA 82/67 FC 130 X MIN FR 41 X MIN, se establece : "**...., MEJORIA CLINICA, CON ESCASA MOVILIZACION DE SECRECONES EN SUPLENCIA DE O2 CON SATURACIONES > A 90%. SE**

JTC

X



127

**CONSIDERA QUE CURSA CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE. DADO QUE EL PACIENTE NO HA PRESENTADO FIEBRE Y EN LA RX NO SE OBSERVAN FOCOS DE CONSOLIDACION,...**; por lo anterior el profesional conceptúa **RETIRAR EL ESQUEMA ANTIBIOTICO Y AUMENTAR MANEJO MICRONEBULIZADO.**

De acuerdo a notas de enfermería, se evidencia seguimiento a las constantes vitales las cuales se encuentran dentro de los límites normales para la edad del paciente, en cuanto a temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria.

El día 06 de abril es valorado por el pediatra **RAUL JAIRO GOMEZ GONZALEZ**, describe constantes vitales TA 90/70 FC 120 X MIN FR 37 X MIN, así mismo describe **SE DESCARTA CARDIOMEGALIA** y relata estudio **ECOCARDIOGRAFICO DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES** e indica continuar manejo medico dado y como describe: "...**SE EVIDENCIA MEJORIA DEL ESTADO GENERAL**,...", así mismo indica toma de nuevo estudio **RADIOLOGICO EL CUAL Y COMO REPORTA DESCARTA CARDIOMEGALIA**, el día 07 de abril valora el pediatra **CARLOS ALBERTO ROBLEDO CASTILLO**, reportando constantes vitales TA 90/767 FC 120 X MIN FR 24 X MIN, dentro del examen físico y a la auscultación pulmonar relata la presencia de **ESCASAS SIBILANCIAS AL FINAL DE LA ESPIRACION**, por lo anterior indica **CONTINUAR MANEJO MEDICO** y explica técnica de lactancia.

De acuerdo a notas de enfermería, se evidencia seguimiento a las constantes vitales, las cuales se encuentran dentro de los límites normales para la edad del paciente, en cuanto a temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria.

El día 08 de abril es valorado por el pediatra **HERNAN PEREZ MUÑOZ** quien describe diagnóstico de neumonía viral y consigna evolución clínica satisfactoria, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, **SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**, no fiebre con oxígeno a 0,5 litros por minuto con mejoría del tono de piel, e indica sostener manejo establecido, así mismo el día 09 de abril se encuentra nota de evolución por el pediatra **CARLOS ENRIQUE CAMARGO CRESPO** quien describe **NEUMONIA VIRAL CON EVOLUCION CINICA HACIA LA MEJORIA**, al examen físico describe: "**PERSISTE CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, ..., EN DESTETE PROGRESIVO DE OXIGENO, EN MANEJO CONJUNTO CON TERAPIA RESPIRATORIA**,...", por lo anterior conceptúa continuar manejo establecido.

De acuerdo a notas de enfermería se destaca paciente con buen patrón respiratorio, sin taquicardia ni frecuencia respiratoria por encima de los valores normales para la edad, así mismo sin evidencia de picos febriles.

El día **10 de abril** el mismo profesional realiza evolución diaria en la cual describe como subjetivo, "... *buenas condiciones generales; en compañía de mama, refiere verlo mejor, ..., niega picos febriles, niega dificultad respiratoria...*" conceptúa, **EVOLUCION SATISFACTORIA**, en su séptimo día de hospitalización, en el momento estable clínica y hemodinámicamente sin evidencia de fiebre, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de dificultad respiratoria, con

*Handwritten signature or initials.*

*Handwritten mark or signature.*



128 ✓

requerimiento de oxígeno suplementario, por lo cual indica inicio de **TRAMITES DE OXIGENO DOMICILIARIO** y continuar destete de oxígeno.

El día **11 de abril** nuevamente realiza valoración pediatra **HECMAR EDUARDO MURCIA SANCHEZ** quien describe **DETERIORO CLÍNICO EN EL ULTIMO DÍA POR PRESENCIA DE FIEBRE, SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA CON DISNEA Y TOS PAROXISTICA**, al examen físico relata que el paciente se muestra en **REGULAR ESTADO**, con **TAQUIPNEA**, se ausculta componente **BRONCOOBSTRUCTIVO BILATERAL** y describe la presencia de **SECRECIONES PURULENTAS** con requerimiento de **AUMENTO DE OXIGENO** por lo anterior indica toma de nuevos paraclínicos tendientes a definir componente infeccioso, a la vez, que se ordena terapia respiratoria, continuando adrenalina nebulizada y salbutamol inhalador; hacia las 10:14 pm del mismo día se realiza nueva valoración por el pediatra donde se describen estudios paraclínicos: "..., **HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS 14.100, NEUTROFILIA, SIN LINFOPENIA, ANEMIA SIN CAMBIOS CON HGB 7.6, HCT 23%, PLAQUETAS NORMALES. PCR MUY POSITIVA HASTA 130.5, RX DE TORAX CON OPACIDAD TOTAL DEL HEMITORAX DERECHO POSIBLEMENTE SECUNDARIO A ATELECTASIA MASIVA SIN DESCARTAR PROCESO NEUMONICO ASOCIADO, GLUCOMETRIA ACTUAL 129MG/DL,...**", al examen físico describe constantes vitales: FC 165 FR 50 TA 99/43 SPO2 97%, establece por tanto **INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO**, e inicia de manera inmediata **TRAMITE DE REMISION PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO** por **FALLA RESPIRATORIA POTENCIAL**, hacia las 11:20 pm del mismo día y como lo soportan las **BITÁCORAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN REFERENCIACION** se inicia el respectivo trámite ante la **EPS COOMEVA**.

En diferentes documentos que acompañan la demanda, así como en la Historia Clínica que adjunto, se puede evidenciar que nuestro personal médico y del régimen de referencia y contra referencia, sumado al concepto médico, que se adjunta a la demanda, son claros en determinar que la demandada E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA ejecutó oportuna y diligentemente los actos que eran de su competencia y responsabilidad, ordenando la remisión y tramitando las autorizaciones correspondientes ante COOMEA EPS, entidad ésta que, con su demora, evitó una mejor atención el paciente, con lo cual el resultado bien habría podido ser diferente.

Al no existir responsabilidad atribuible a mi representada en el deterioro en el estado de salud del paciente lamentablemente fallecido, así como en la demora en la AUTORIZACION PARA SU REMISION Y TRANSPORTE A UN CENTRO ASISTENCIAL DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD, no existe causa para demandar, configurándose la excepción propuesta, la cual deberá declararse probada como se solicita.

### **FALTA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL Y EL FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA ANYELA PATRICIA JIMENEZ JIMENEZ**

Ha de recordarse, como lo ha manifestado Isidoro Goldemberg, en su obra *La Relación de Causalidad en la Responsabilidad Civil*, que "...a los fines de un estudio jurídico, el nexo causal es el enlace material entre un hecho antecedente con un resultado..." enlace material ausente en el caso sometido a examen del Juez Administrativo.

JC

a



129

El deterioro en el estado de salud del paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d) y su posterior y lamentable fallecimiento no se debió, a la falta de aplicación de procedimientos, ni cuidados médicos adecuados, ni la remisión inoportuna, por el contrario la entidad por mí representada puso al servicio del paciente todo el personal y el material médico asistencial del que disponía, como se puede apreciar en la historia clínica, desde el mismo momento de su ingreso a nuestras instalaciones, cuando ingreso por su dificultad respiratoria.

De otro lado de la historia clínica, no se presenta inoportunidad en la atención, ni establecimiento de barreras de acceso, la atención en todo momento fue brindada de forma continua, con oportunidad, pertinencia y racionalidad técnico científica, los enfoques clínicos y manejos médicos se encuentran claramente sustentados y obedecen a la patología presentada por el menor en cada momento de la evolución, como se evidencia en la historia clínica y así lo corrobora su señora madre, se presenta mejoría clínica y paraclínica del cuadro clínico; y posteriormente presenta deterioro clínico súbito por lo que se toman las medidas pertinentes, acorde a la práctica clínica usual, dentro de las que se incluye el inicio oportuno del trámite de referenciación a nivel superior.

Por lo tanto el personal médico tratante, procedió a brindar la atención que requería la paciente y, de manera oportuna ordenó su remisión para un centro hospitalario de mayor nivel de complejidad, situación ésta cuya materialización ya no depende ni de nuestra Institución, ni de nuestro personal médico, sino que depende única y exclusivamente de COOMEVA EPS, quien debe proceder a ubicar la disponibilidad de camas en la red prestadora de servicios de salud, impartiendo la autorización correspondiente, lo cual vino nunca ocurrió.

Ha de recordarse que la AUTORIZACION para la remisión del paciente es un trámite que se adelanta a través del sistema de referencia y contra referencia de nuestra Institución y, previamente, se debe obtener AUTORIZACION de COOMEVA EPS, para el caso que nos ocupa. En la planilla del sistema de referencia y contra referencia que se aportó con la contestación de la demanda, se puede observar el trámite dado a la remisión ordenada, quedando a la espera de la autorización que impartiera COOMEVA EPS.

Con esa anotación se demuestra claramente que es una responsabilidad **COOMEVA EPS** —en éste caso en particular— tanto la AUTORIZACION para la remisión del paciente, la ubicación de camas en la red prestadora de servicios de salud, con lo cual se demuestra también que esos aspectos no son responsabilidad de nuestra Institución, anotando que la remisión ordenada, tenía como propósito brindar a el paciente las mejores condiciones de traslado y para que ello se hiciera efectivo se requería de organizar funcionalmente todos los actores institucionales y tener certeza que la Institución receptora estaría preparada para recibir a el paciente; por lo tanto el trámite desde nuestra Institución se realizó con celeridad y en forma diligente, haciendo las gestiones que nos correspondían (enviar documentación, solicitar autorización, insistir en los llamados para ubicación de camas en la red, entre otros) al tiempo que se adelantaba por parte de todo el equipo de salud el tratamiento más

ait

W



130

pertinente teniendo en cuenta la infraestructura, las técnicas, los medicamentos y recursos con los que se contaba en ese momento, brindando la atención en salud conforme al nivel de complejidad, pues nuestra Institución corresponde a prestadora de servicios de **Segundo Nivel** y el paciente, requería para entonces atención médica en un centro hospitalario de Tercer Nivel.

De lo hasta aquí expuesto, se concluye que no existe relación alguna entre el origen de la enfermedad presentada por el paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO, el deterioro en su estado de salud, la demora en la autorización por parte de COOMEVA EPS para su remisión y el fatal desenlace, desapareciendo el nexo de causalidad entre la actuación de la E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y el daño imputado, por lo cual no está llamada a responder y así habrá de declararse, al establecer como probada la excepción aquí propuesta.

**EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ YA QUE ESTA DEMOSTRADO QUE SE CUMPLIÓ CON LOS ATRIBUTOS DE LA CALIDAD.**

Se imputa, por parte de los accionantes que la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá, "... por falla o falta del servicio de las administración y la perdida de oportunidad para recibir un tratamiento médico de urgencia en unidad de cuidados intensivos pediátricos que pudo haber recibido el citado menor, producidos por la muertes del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q,e,p.d) derivada de la responsabilidad médica y administrativa que se cimienta en la mala praxis médica y negligencia administrativa en la atención medica del menor (sic)... que le privó de la posibilidad y oportunidad de haber contado y recibido una oportuna y especializada atención medica en una unidad de cuidados intensivos pediátricos que requería de urgencia para salvar su vida como lo determino el galeno lo atendió y ordenó su remisión y con lo que habría contado con la posibilidad de lograr una atención que le evitara su trágico deceso ocurrido el día 13 de abril de 2016y por haber sometido al menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q,e,p.d) a riesgos injustificados en su salud e integridad personal que coadyuvaron en el desenlace del evento fatal de su muerte lo que no previnieron los demandados siendo anticiparle, representable y objetivamente previsible ..." pretendiendo en consecuencia, la reparación del presunto daño, condenando a las demandadas al pago de los dineros que en la demanda se establecen, acusación ésta que carece de todo fundamento fáctico y legal, ya que la entidad que represento ejecutó con rigor el acto médico necesario e indispensable y adelantó todas las acciones correspondientes que conforman los Atributos de Calidad que le competían y le exigían los protocolos hospitalarios, contenidos en el artículo 6 del Decreto 2309 de 2002, vigente hoy con el Decreto 1011 de 2006, el cual establece: "*Características de la Calidad en la Atención de Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:*" **1. Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. **3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas



JK

4



131

en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. **4. Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; **5. Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico....".

En cuanto a **Accesibilidad**, como atributo de calidad, al paciente se le garantizó y tuvo acceso a la atención médica y asistencial sin inconvenientes.

La atención fue **oportuna**, ya que se brindó en el momento en que el paciente ingresó a la Institución, garantizando así la segunda de las características de la calidad en la atención en salud, enfatizando que ésta característica guarda estrecha relación con la organización de la oferta de servicios, y se relaciona también con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios, siendo precisamente ese el papel asumido por nuestro personal médico, el cual, de una parte, brindó al usuario demandante la atención requerida y con la que se contaba, atendiendo que el Hospital San Rafael de Fusagasugá presta sus servicios en el Segundo Nivel de Complejidad y de otra parte, y legado el caso, gestionar ante una entidad de Tercer Nivel de Complejidad, la remisión del usuario, para que allí le sean practicados tanto los exámenes especializados que requiera como los demás actos médicos tendientes a la recuperación de su salud.

Es necesario precisar al Despacho que las normas que rigen el Sistema de Salud en nuestro País, determinan unos niveles de Complejidad para la prestación de los servicios, contenida ésta entre otras en las Leyes 10 de 1990, Decreto 1760 de 1990 y especialmente en la Resolución número 5261 de 1994, la cual precisa los Niveles de Complejidad, estableciendo los siguientes:

**NIVEL I:** Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

**NIVEL II:** Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

**NIVEL III y IV:** Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

De igual manera y en cuanto al aspecto **Seguridad**, la atención médica se presta procurando que no se presenten efectos adversos ni infecciones infra-hospitalarias que pongan en riesgo la vida o la salud de los pacientes.

Así mismo, el paciente fue atendido con Pertinencia, conforme al diagnóstico que presentaba y se realizaron los procedimientos indicados y requeridos para esa patología, de acuerdo a los protocolos médicos, de la misma forma en que se brindó **Continuidad**, en la atención pues fue tratado conforme a una secuencia lógica, basada en el conocimiento científico del personal médico tratante.

Nuestro Equipo de Salud tratante hizo lo que debido hacer, con las posibilidades de hacer con lo que tenía en nuestra E.S.E. –según nuestra oferta asistencial, nuestra

17



132 ✓

infraestructura biomédica y nuestro Equipo de Salud- y conforme la Lex Artis Ad Hoc, y en el nivel de complejidad que le correspondía para su manejo definitivo.

De igual modo el personal médico y asistencial obró con prudencia, la cual es una virtud médica; los médicos, enfermeras y auxiliares ejercieron su profesión con cordura, moderación, cautela, discreción y cuidado; en sentido estricto se identificaron con el conocimiento práctico y por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto profesional, conjugando la experiencia, la comprensión del caso y la claridad para saber lo que se tenía que realizar.

La atención brindada a el paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q,e,p.d) se brindó en forma adecuada, sin barreras de acceso, con una atención basada en la oportunidad, con pertinencia, seguridad y continuidad, desde el momento en que la paciente ingresó al servicio de urgencias pediátricas, prestada con el personal profesional idóneo, tanto médico general y especialista de pediatría como de enfermería, teniendo en cuenta la infraestructura, técnicas, medicamentos y recursos con los que se contaba en ese momento, brindando la atención en salud conforme a nuestro nivel de complejidad, iniciando proceso de remisión oportunamente, sin haber obtenido la autorización de COOMEVA EPS para la remisión y transporte de la paciente.

Al haberse dado cumplimiento a la totalidad de los atributos de la calidad y de los protocolos médicos que el caso y EL paciente requerían, a pesar del desafortunado desenlace tantas veces referido, el daño cuya reparación se demanda y que resulta lamentable para todos, no es imputable a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá y así habrá de declararse, como se solicita.

#### PRUEBAS

Respetuosamente solicito a la señora Juez, dar el valor que corresponda, tener como tales, decretar y practicar las siguientes:

#### DOCUMENTALES:

- Copia autentica y debidamente suscrita y certificada por profesional médico, de la historia clínica de las atenciones del paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q,e,p.d) , junto con las notas de enfermería, y las notas referencia y contra referencia, en la cual constan las gestiones y trámites adelantados por el personal de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA tendientes a lograr la autorización por parte de COOMEVA EPS para la remisión de la paciente en (268 folios).
- Copia del concepto médico – científico sobre la calidad de la atención del paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d). en (31) folios, junto con el CD de la Guía de la práctica clínica "... para la evolución del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años...".

W

B



133

### TESTIMONIAL TECNICA:

Solicito al Despacho se sirva señalar fecha y hora para la recepción de testimonio de carácter técnico a las siguientes personas, todos ellos mayores de edad, quienes declararan acerca de los hechos en que se ha fundamentado la demanda, la atención brindada a el paciente lamentablemente fallecido, la oportunidad y pertinencia de los actos médicos desarrollados, la diligencia y cuidado con el que se atendió a el paciente, los procedimientos aplicados en virtud de la consulta que motivó su ingreso a la Institución demandada, la orden de remisión impartida y trámites realizado para ello y demás factores conducentes y pertinentes con los hechos y con lo planteado en el presente escrito de contestación de la demanda, a quienes se podrá notificar por intermedio de la E. S. E. demandada:

- Doctor **RAUL JAIRO GOMEZ GONZALEZ**, Médico Pediatra quien atendió a el paciente DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q,e,p.d), en las instalaciones de la E.S.E. demandada.

### NOTIFICACIONES

La demandada Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Fusagasugá y la suscrita Abogada, recibiremos notificaciones en la Diagonal 23 No 12 – 64 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasugá, teléfonos: (57 1) 867 8404, correo institucional: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co), celular 3006553496.

Del Señor Juez,

Atentamente,

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**

C.C. No. 39'628.135 de Fusagasugá

T.P. No. 165.334 del C. S. la J.

101



Doctor

**JUAN FELIPE CASTAÑO RODRIGUEZ**

**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT**

E.

S.

D.

**NATURALEZA:** ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICACION:** 2530733330032018-00362-00  
**DEMANDANTE:** DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
**DEMANDADA:** E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS.  
**ASUNTO:** PODER

**JOHN EDWARD CASTILLO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80'277.521 expedida en Villeta – Cundinamarca, obrando en mi calidad de Gerente y Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** con NIT número 890.680.025-1, de conformidad con el Decreto número 0332 de fecha trece (13) de octubre de dos mil diez y seis (2016) expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión número 127 de veinte (20) de octubre de dos mil diez y seis (2016), facultado por las normas legales vigentes, ante su Despacho respetuosamente acudo para manifestar que por medio del presente escrito confiero **PODER ESPECIAL** amplio y suficiente a la Doctora **MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, abogada en ejercicio, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogado número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, para que asuma la defensa en representación de la **E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ** y ejecute cualquier acción tendiente a adelantar y culminar exitosamente el proceso referenciado.

Mi apoderado queda ampliamente facultado para notificarse, presentar memoriales, pedir copias, interponer recursos, conciliar según lo dispuesto en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, corregir, renunciar, sustituir y reasumir el presente Poder, y demás facultades legalmente otorgadas en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Sírvase por lo tanto, reconocer personería para actuar.

Atentamente,

**JOHN EDWARD CASTILLO MARTINEZ**  
 C. C. No. 80'277.521 de Villeta – Cundinamarca  
 Gerente

Acepto:

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
 C. C. No. 39'628.135 de Fusagasugá.  
 T. P. No. 165.334 del C. S. de la J.

COMO NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE FUSAGASUGÁ, HAGO CONSTAR QUE LA(S) FIRMA(S) QUE AUTORIZA(N) EL ANTERIOR DOCUMENTO COINCIDE(N) CON LA(S) REGISTRADA(S)  
 POR **John Edward Castillo Martinez**  
 FECHA: **02 JUL. 2019**





AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO: CE - 2019572776  
ASUNTO: Certificado de representación Legal  
DEPENDENCIA: 266 - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
SS

## CERTIFICACIÓN No.472-2019

### LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

#### HACE CONSTAR:

Que el Hospital " **SAN RAFAEL**" de **FUSAGASUGA** Cundinamarca es una Entidad Pública, transformada en Empresa Social del Estado mediante Ordenanza N° 026 del 22 de marzo de 1996, prestadora de servicios de salud del Nivel II de Atención constituida como categoría especial de Entidad Pública descentralizada del orden Departamental, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa adscrita a la Dirección Departamental de Seguridad Social en Salud del Departamento o quien haga sus veces, integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud y sometida al Régimen Jurídico existente previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993.

Que el Representante legal es el Gerente de acuerdo a lo establecido en el artículo Dieciocho, Literales D y E de la Ordenanza N° 026 del 22 de marzo de 1996, cargo actualmente desempeñado por el Doctor **JOHN EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521, nombrado mediante Decreto Número 0332 del trece (13) de octubre de 2016 y debidamente posesionado según Acta No. 127 del veinte (20) de octubre de 2016.

Se expide la presente a solicitud de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasuga.  
Dada en Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de julio de dos mil diecinueve (2019).

**YURANY TRIANA GONZALEZ**  
Directora Administrativa y Financiera S.S.

Proyectó: Daniela Prieto Diaz/ Profesional Universitario  
Aprobó: Leonor Marciales Avendaño/ Profesional Especializado



SECSALUD



CUNDINAMARCA  
unidos podemos más

Secretaría de Salud, Sede Administrativa. Calle 26  
51-53. Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321  
Bogotá, D.C. Tel. 7491550

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)  
[www.cundinamarca.gov.co](http://www.cundinamarca.gov.co)

DECRETO N°. 0332 DE 2016

( 13 OCT 2016 )

Por el cual se hace un nombramiento

**EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.**

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales, legales y reglamentarias, específicamente las conferidas por el numeral 5° del artículo 305 de la Constitución Política, el artículo 192 de la Ley 100 de 1993, el numeral 22 del artículo 95 del Decreto Ley 1222 de 1986 y el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 y,

**CONSIDERANDO:**

Que el Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA - Cundinamarca, se transformó en Empresa Social del Estado mediante Ordenanza No. 026 del 22 de marzo de de 1996.

Que mediante Ley 1797 del 13 de julio de 2016 se dictaron unas disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictaron otras disposiciones, precisando en el artículo 20 respecto de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, lo siguiente:

*"Artículo 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfecha del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial."*

DECRETO N°. 0332 DE 2016

( 13 OCT 2016 )

Por el cual se hace un nombramiento

Que mediante Decreto 1427 del 1 septiembre de 2016, el Ministerio de la Protección Social reglamentó el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, sustituyendo las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 Parte 5 Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamento del Sector Salud y Protección Social, así:

"SECCIÓN 5

NOMBRAMIENTO DE GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

**"Artículo 2.5.3.8.5.1. Evaluación de competencias.** Corresponde al Presidente de la República, a los Gobernadores y a los Alcaldes como autoridades nominadoras del orden nacional, departamental y municipal, respectivamente, evaluar, a través de pruebas escritas, las competencias señaladas por el Departamento Administrativo y la Función Pública, para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresa Sociales del Estado."

Que dando alcance al artículo 4 del Decreto No. 680 del 2 de septiembre de 2016, se solicitó al Departamento Administrativo de la Función Pública, la aplicación de la prueba comportamental a los aspirantes a ocupar el empleo de Gerente, código 085, de las Empresas Sociales del Estado del orden Departamental.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública, remitió los resultados de la prueba comportamental de los aspirantes antes mencionados, al Señor Gobernador de Cundinamarca.

Que revisada la hoja de vida del(a) señor(a) JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ, cumple los requisitos del cargo de gerente, además superó satisfactoriamente la prueba comportamental, aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Que conforme a los planteamientos normativos antes mencionados se hace necesario proveer el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA – Cundinamarca.

En mérito de lo expuesto,

**DECRETA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Nombrar al(a) doctor(a) **JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.80.277.521, en el cargo de Gerente, Código 085, de la Empresa Social del Estado Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA, adscrito a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

138



DECRETO N°. 0332 DE 2016

( )

Por el cual se hace un nombramiento

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y surte efectos fiscales cuando la persona designada en el artículo anterior tome posesión del cargo.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en Bogotá D.C. a los

13 OCT 2016

*[Handwritten signature of Jorge Emilio Rey Ángel]*  
**JORGE EMILIO REY ÁNGEL**  
Gobernador

*[Handwritten signature of Ana Lucía Restrepo Escobar]*  
**ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR**  
Secretaria de Salud (E)

- Proyectó: Leonor Marciales Avendaño  
Profesional Especializado  
Secretaría de Salud
- Vo.Bo. Fernando de Jesús Tovar Porras  
Director DAF  
Secretaría de Salud
- Vo. Bo. Alfonso Sánchez Silva  
Jefe Oficina Asesora Jurídica  
Secretaría de Salud
- Vo. Bo. Germán Enrique Gómez González  
Secretario Jurídico



139



**CUNDINAMARCA**  
unidos podemos más

**ACTA No. 127**

En Bogotá D.C el día veinte (20) de octubre de dos mil dieciséis (2016), se presentó en este Despacho el doctor **JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, con el fin de tomar posesión en el cargo de Gerente, Código 085, de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de Fusagasugá, adscrito a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, a quien se le nombró mediante Decreto No. 0332 del 13 de octubre de 2016.

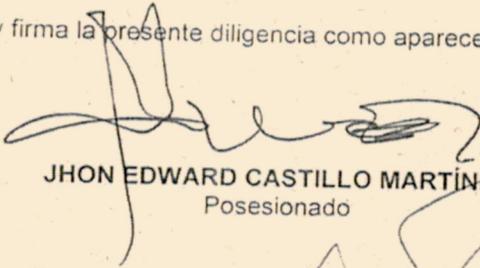
Al efecto, el compareciente exhibió los siguientes documentos:

1. Comunicación de nombramiento del 13 de octubre de 2016.
2. Oficio de Aceptación de cargo de fecha 14 de octubre de 2016.
3. Formato Único de la Hoja de Vida de la Función Pública.
4. Cédula de ciudadanía No. 80.277.521.
5. Recibo de pago de derechos de posesión recibo Davivienda.
6. Certificado de Antecedentes de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría General de la República de 2016.
7. Certificado de Antecedentes Disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación de 2016.
8. Declaración juramentada de bienes y rentas.
9. Certificado de Antecedentes Judiciales de 2016.
10. Declaración juramentada de no estar incurso en proceso de alimentos.
11. Declaración juramentada de no estar incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad, ni conflicto de intereses.

Cumplidos así los requisitos propios, se recibió al compareciente, el juramento de rigor y por la gravedad de tal promesa, ofreció cumplir fielmente con los deberes de su cargo, obedecer y hacer respetar la Constitución y las Leyes de la República.

La presente acta, surte efectos fiscales y legales a partir del día veintiuno (21) del mes de octubre de dos mil dieciséis (2016).

En constancia se extiende y firma la presente diligencia como aparece.

  
**JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**  
Posesionado

  
**JORGE EMILIO REY ÁNGEL**  
Gobernador

Proyectó: LEONOR MARCIALES AVENDAÑO/Prof. Esp. DAF-SSC  
Vo Bo: FERNANDO DE JESÚS TOVAR PORRAS/ Director DAF-SSC



Secretaría de Salud, Sede Administrativa. Calle 26 51-53.  
Torre Salud Piso 6  
Bogotá, D.C. Tel. (1) 749 1777  
www.cundinamarca.gov.co

8

CD

141 / 1

**Bogotá, 02 Julio 2019**

**CONCEPTO MÉDICO – CIENTÍFICO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.), identificado con el registro civil NUIP. 1.069.762.260**

PROCESO REPARACIÓN DIRECTA POR FALLA MÉDICA No 2018-00362-00
DEMANDANTE: DIANA MILENA BAQUERO MEDINA Y OTROS
DEMANDADO: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, CUNDINAMARCA

**CONCEPTO Y ANÁLISIS DE LAS ACTUACIONES EN SALUD DE ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA, EN EL CASO DEL MENOR DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (F)**

La suscrita ISTRIA BEATRIZ BARROS VALDERRAMA, Médico Cirujano especialista en Gerencia Integral En Servicios De Salud, con ocho (8) años de experiencia clínica, actualmente médico del área jurídica de secretaria de Salud Cundinamarca.

Emito el siguiente Concepto y Análisis de las actuaciones en salud de ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, CUNDINAMARCA, basados en la documentación remitida incluida la Historia clínica, en el caso del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (F), identificado con Registro Civil, No. 1.069.762.260, atendiendo la solicitud de apoyo a la oficina Jurídica de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, solicitada por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**1. OBJETO DEL CONCEPTO Y ANALISIS:**

Determinar las características de calidad de atención de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA en el caso del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (F), de acuerdo a los atributos de calidad de la atención en salud definidos en la Ley.

Secretaria de Salud. Sede Administrativa. Calle 26 51-53.  
Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C. Tel.  
7491550

21

142/2

1 ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y ALCANCE DEL CONCEPTO DE AUDITORIA:

Las actuaciones en salud de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA, en el caso del menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (F), los hallazgos y las conclusiones a que llega éste perito se basan en los datos y condiciones del paciente consignados en la historia clínica aportada para estudio de forma digital, contrastados con la Lex Artis y la legislación vigente para el momento de la atención.

3. DECLARACIONES Y RESPONSABILIDAD DEL DICTAMEN DEL MEDICO AUDITOR:

El suscrito en calidad de Médico Cirujano, Especialista en Gerencia Integral de servicios de salud, se obliga de medio y NO de resultado, en el ejercicio de este dictamen, poniendo a disposición todo el cuidado, diligencia y prudencia, declarando bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en las causales de impedimento para actuar como perito.

- Certifico que no he sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte que solicito el concepto (Numeral 6 artículo 226 Ley 1564 de 2012)
- 1. Certifico que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.
- Declaro que los exámenes, métodos, e investigaciones efectuados en este concepto, son iguales respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de mi profesión.

El presente concepto se emite basado en el estudio de la historia clínica digital aportada de las atenciones en salud del paciente objeto del concepto, y el conocimiento médico adquirido durante mis años de formación académica como médico cirujano, la experiencia específica en gerencia integral de servicios de salud, la experiencia clínica y la investigación del manejo al cual fue sometido el paciente, las referencias bibliográficas en caso de ser citadas, se encuentran en el cuerpo del texto redactado y se correlacionan la literatura médica, el desarrollo del manejo y su progresión con los hallazgos descritos en

22

149

la historia clínica y en los paraclínicos en cada uno de los momentos en que tuvo contacto con los servicios de salud.

En el presente escrito me propongo, aproximarnos al escenario que permitió llegar a un diagnóstico y las actuaciones en salud posteriores, en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA, determinar si estas actuaciones estuvieron de acuerdo a la Lex Artis, para el momento de atención y la norma vigente. Para lo anterior me apoyaré en mi conocimiento médico y la experticia ganada por 8 años en el ejercicio como médico, empleando las técnicas de verificación y corroboración de los documentos aportados a estudio y la comparación con los conocimientos y estudios, guías de manejo cuando aplica, para los diagnósticos propuestos.

#### 4. HECHOS Y ANÁLISIS DE LAS ATENCIONES EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

HECHOS:

##### HISTORIA CLINICA DE INGRESO A URGENCIAS

El día **03 de Abril de 2016** siendo las 21+34, El menor **DAVIDA SANTIAGO VIVAS BAQUERO (F)**, es llevado al servicio de urgencias del Hospital San Rafael de Fusagasuga por la señora **DIANA BAQUERO MEDINA (Madre)**, quien refiere motivo de consulta: "Congestión de pecho y tos".

La madre refiere cuadro clínico dado por rinorrea, tos, congestión, no fiebre.

Paciente con expretérmino, quién nació de 33 semanas, presentó taquipnea respiratoria transitoria del recién nacido y requirió incubadora por 5 días.

##### EXAMEN FISICO

FC 166 latidos por minuto FR 42 Respiraciones por minuto Temperatura 36°C Peso 3,680 Kg SO2 96%

144

Estado general: paciente conciente, alerta, tranquilo, colaborador, activo, sin signos de dificultad respiratoria, no luce toxico, no luce septico.

Cuello y Columna: móvil, no doloroso, no se palpan adenomegalias dolorosas

Cardiopulmonar y torax: normoexpansible no hay tirajes intercostales, ruidos cardiacos ritmicos sin sobre agregados. campos pulmonares sin estertores con rucus bilaterales

Abdomen: blando, depresible, no masas, no doloroso a la palpación, no defendido, blumberg negativo, no signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes

Extremidades: eutroficas, simétricas, no deformidades, llenado capilar de lecho ungueal 2 segundos

Neurológico y mental: conciente alerta colaborador sin deficit neurologico sin signos de neuroinfeccion

Piel y faneras: húmeda, no palidez, no erupciones cutaneas. no petequias, no equimosis.

Diagnóstico CIE 10: J980 - ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

#### Análisis y Plan de Manejo Inicial

Paciente menor de edad en compañía de la madre con síntomas respiratorios, afebrile, sin dificultad respiratoria, sin tirajes, con rinorrea, rucus bilaterales sin estertores con saturación de 96 %, se deja en observación con micronebulizaciones con adrenalina y solución hipertónica, un ciclo de tres y revaloración, se explica al acompañante, se despejan dudas, familiar manifiesta entender aceptar y estar de acuerdo.

Se formulan micronebulizaciones así.3 cc de ssn más 0.5 mgs de adrenalina más 1 cc de cloruro de sodio en número de tres, 1 cada 30 minutos, nada vía oral y nueva revaloración.

145 / 5

04 de abril de 2019 a las 1+04

Revaloración.

**Diagnóstico: Bronconeumonía**

**Rx Tórax:** Atrapamiento aéreo, infiltrados intersticiales difusos, edema peribronquial, consolidaciones apical izquierda.

Paciente con tos y disnea.

Examen Físico: Regular estado general, hidratado, tranquilo y colaborador, no luce tóxico, no luce séptico, tórax: tirajes, cardiopulmonar: ruidos rítmicos, campos pulmonares estertores, abdomen: blando, depresible, no doloroso, piel y mucosas: húmedas, neurológico: sin déficit.

Signos Vitales: FC 166 Latidos por minuto, FR 52 Respiraciones por minuto.

SS Interconsulta a pediatría, ss Oxígeno a 1 litro.

04 de Abril 2016 a las 11+11 horas

**SS Ecocardiograma**

04 de Abril 2016 a las 13+59 – PEDIATRÍA

**Diagnóstico: Bronconeumonía**

Paciente masculino de 1 mes y medio de edad en compañía de la madre quien refiere cuadro clínico de 1 día de evolución de síntomas respiratorios dados por estridor, disnea y tos seca escasa, además hiporexia.

Desde hace 5 días refiere secreción conjuntival. Niega fiebre, el actual es el primer episodio. Niega noxa de contagio.

25

146/6

Antecedentes: hijo de madre de 25 años de edad, primer hijo, primer embarazo, controlado, ecografías normales, reporte de toxoplasma, serología, vih y hepatitis b negativos, cursó al parecer con infección urinaria en tercer trimestre de embarazo manejada con óvulos intravaginales. Parto a las 33.5 semanas de gestación en clínica de chia con un ballard de 37 semanas y peso 1848 grs, se hospitalizó en unidad neonatal por 5 días por taquipnea transitoria del recién nacido y retardo en el crecimiento intrauterino. Niega otras hospitalizaciones. Niega alergias farmacológicas. Recibe sulfato ferroso y pediavit formulado en plan canguro. Vacunación al día para la edad. Alimentado exclusivamente al seno materno. Familiares niega.

#### EXAMEN FÍSICO

Se observa en regular aspecto general, Peso 3650gr. FC 155 FR 50 TEMPERATURA 38°C, SO2 95% con oxígeno por canula nasal, secreción conjuntival bilateral abundante, patrón respiratorio en taquipnea e hiperpnea leves a moderadas, discreto componente broncoobstructivo bilateral, no soplos cardíacos, pulsos distales presentes, llenado distal menor de 3 segundos, abdomen no distendido, no visceromegalias, no signos de neuroinfección, fontanela anterior normotensa, no edemas.

#### Paraclínicos:

Hemograma con recuento leucocitario normal para la edad, predominio de linfocitos sin neutropenia, anemia moderada a severa con hemoglobina 7.6, hematocrito 24.6%, plaquetas normales, extendido de sangre periférica con hipocromia más anisocitosis, resto normal. Rx de torax rotada, impresiona para cardiomegalia pero tiene índice cardiotorácico de 0.59, leve congestión parahiliar derecha.

Glucometría de ingreso 98mg/dl.

#### Análisis

Se trata de lactante menor expretérmino con restricción del crecimiento intrauterino con sintomatología respiratoria y secreción conjuntival en compatible con infección por germen atípico en quien además se interpreto como cardiomegalia pero el índice cardiotorácico se encuentra normal y no hay sintomatología cardiovascular actual. Además cursa con anemia moderada a severa, por lo anterior y en contexto general de su enfermedad con su regular estado general **se**

147

**debe hospitalizar y se iniciará manejo antibiótico múltiple** con ampicilina sulbactam, amikacina y claritromicina previa toma de hemocultivos 1 y 2 y urocultivo, se ampliarán estudios de función multiorgánica, pendiente realización de ecocardiograma por cardiología de adultos, y según esto se definirá ecocardiograma pediátrico. Se explica claramente a la madre y dice entender.

**ORDENES MEDICAS:**

1. hospitalizar en pediatría.
2. lactancia materna a libre demanda y a tolerancia.
3. dad5% 500ml mas cloruro de sodio 20ml mas cloruro de potasio 5ml pasar a 12ml/h. 4. oxígeno por canula nasal 2l/m para spo2 mayor a 92%.
5. ampicilina sulbactam 180mg iv cada 6 horas día 0.
6. amikacina 50mg iv cada 24 horas día 1.
7. claritromicina 30mg iv cada 12 horas día 0.
8. mnb adrenalina 1mg en 3ml de ssn cada 6 horas.
9. ranitidina 4mg iv cada 8 horas.
10. gentamicina gotas oftálmicas 1 gota cada ojo cada 4 horas día 0.
11. acetaminofen 50mg vo cada 6 horas por horario.
12. dipirona 80mg iv cada 6 horas si fiebre.
13. glucometria cada 6 horas hasta nueva orden.
14. solicitud de paraclínicos.

SS bun, creatinina, cloruro, potasio, sodio, bilirrubina total, bilirrubina directa, transaminasa pirúvica, transaminasa oxalacética, parcial de orina, gram de orina, urocultivo, hemocultivo, albúmina, pcr, vsg.

**05 DE ABRIL DE 2016 A LAS 2+58 PM**

**INGRESO PEDIATRIA**

**Motivo de Consulta:** "Está respirando muy rápido"

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de 42 días de nacido quien es traído por su mamá por presentar dificultad respiratoria dado por aumento de la frecuencia respiratoria, no asociado a fiebre, la madre refiere "congestión en el pecho", de aproximadamente 1 día de evolución sin otros síntomas, niega automedicación, es la primera vez que consulta niega noxa de contagio:

Examen físico:

148/8

Regular estado general, afebril, con signos de dificultad respiratoria dados por tirajes sub e intercostales, palidez mucocutánea generalizada, fontanelas normotensas, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, coanas permeables, mucosa oral húmeda, rosada, no alteraciones en paladar duro, pabellón auricular sin alteraciones, cuello móvil sin masas, no soplos carotídeos. toráx simétrico, adecuada expansibilidad, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios con roncus en ambos campos pulmonares, abdomen blando, sin dolor aparente a la palpación, no se palpan masas, muñón umbilical sano, dos arterias y una vena, extremidades simétricas, eutróficas, móviles, sin edema, pulsos conservados, llenado capilar <2seg. neurológico sin déficit aparente.

#### Análisis y plan:

Paciente masculino de 42 días de nacido con antecedente de bajo peso al nacer con edad gestacional de 33 semanas por fur no confiable, al nacer con ballard de 38 semanas parto único espontáneo, apgar al nacimiento de 8-9-10, peso al nacer de 1840 gramos, talla: 46 cms; perímetro cefálico: 30 cms; parto normal eutócico, ruptura premature de membranas de 13 horas sin signos de infección al momento del parto quien posterior a la adaptación presenta dificultad respiratoria dado por tirajes subcostales y taquipnea por lo cual requirió estancia en uci con dx de: taquipnea transitoria del recién nacido, rci, policitemia, incompatibilidad abo.

Consulta la madre porque el menor presenta dificultad respiratoria dada por taquipnea y tirajes universales, al examen físico se evidencia palidez mucocutánea generalizada, auscultación con roncus generalizados, signos de dificultad respiratoria previamente mencionados, se toma saturación de o2 quien a pesar de tener buena curva de saturación sin o2 suplencia no aumenta de 50%.

Se solicita rx de toráx que evidencia aumento del indice cardiorácico e infiltrados intersitiales sin consolidaciones, se solicita administración de oxígeno suplementario a 2 lts por canula nasal, secundario a esto se evidencia aumento de la coloración de la piel y saturación de 95% razón por la cual se solicitará ecocardiograma, cuadro hemático y frotis de sangre periférica sospechando anemia. Se explica conducta a la madre quien refiere entender y aceptar.

#### Diagnósticos

Bronconeumonía

28

149/9

05 De Abril 2016 a las 3+24 pm

Paciente en compañía de su mamá quién refiere verlo mejor, mas activo buen patrón de la alimentación

Paciente de 1 mes y 14 días de vida con dx de:

1. Neumonía atípica?
2. Síndrome anémico, anemia ferropénica?

#### SIGNOS VITALES

TA 82/67mmHg TAM 72 FC 130 FR 41 T 36°C

#### EXAMEN FÍSICO

Regular estado general, afebril, con signos de dificultad respiratoria dados por tirajes sub e intercostales, palidez mucocutánea generalizada fontanelas normotensas, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, coanas permeables, mucosa oral húmeda, rosada, no alteraciones en paladar duro, pabellon auricular sin alteraciones, cuello móvil sin masas, no soplos carotídeos, toráx simétrico adecuada expansibilidad, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios con roncus en ambos campos pulmonares, abdomen blando, sin dolor aparente a la palpación, no se palpan masas, muñón umbilical sano, dos arterias y una vena, extremidades simétricas, eutróficas, móviles, sin edema, pulsos conservados, llenado capilar <2seg, neurológico sin déficit aparente.

#### ANÁLISIS

Paciente de 1 mes de edad quien es llevado a consulta por la madre por presentar síntomas respiratorios inferiores, quien presenta mejoría del estado clínico durante estancia hospitalaria, tolerando la vía oral, con **escasa movilización de secreciones en suplencia de oxígeno con saturaciones > 90%, se considera que cursa con evolución clínica favorable dado que el paciente no ha presentado fiebre y en la rx no se observan focos de consolidación se decide retirar esquema antibiótico y aumentar esquema de mnb con adrenalina y ssn hipertónica.** se explica a la madre quién refiere entender y aceptar.

29

10/10

06 de Abril de 2016 a las 11+31 am. SS Rx de toráx AP y Lateral – Control.

06 de Abril de 2016 a las 12+ 09 pm.

**Diagnóstico:** Bronconeumonía

Paciente en compañía de su mama, quién refiere verlo más activo, no refiere picos febriles.

Paciente de 1 mes de edad con dx de:

1. Neumonía atípica?
2. Anemia moderada severa
3. Cardiomegalia?

#### SIGNOS VITALES

TA 90/70 mmHg FC 120 Lat/min FR 37 Resp/min Temp 36,3°C

#### EXAMEN FISICO

Regular estado general, afebril, con signos de dificultad respiratoria dados por tirajes sub e intercostales, palidez mucocutánea generalizada fontanelas normotensas, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, coanas permeables, mucosa oral húmeda, rosada, no alteraciones en paladar duro, pabellon auricular sin alteraciones, cuello móvil sin masas, no soplos carotídeos, toráx simétrico adecuada expansibilidad, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios con roncus en ambos campos pulmonares, abdomen blando, sin dolor aparente a la palpación, no se palpan masas, muñón umbilical sano, dos arterias y una vena, extremidades simétricas, eutróficas, móviles, sin edema, pulsos conservados, llenado capilar <2seg, neurológico sin déficit aparente.

20

## ANÁLISIS

Paciente masculino de 1 mes de edad quien consulta por presentar síntomas respiratorios con diagnósticos anotados con rayos x de ingreso con silueta cardíaca aparentemente aumentada, pero con rx rotada por lo cual se solicita el día de hoy rx de toráx para confirmación de diagnóstico, se solicitó al ingreso ecocardiograma que se encuentra dentro de límites normales, no trastornos de la eyección o en el miocardio.

Por el momento se considera continuar igual manejo médico debido a que se evidencia mejoría del estado general y neurológico. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

**06 de Abril de 2016 a las 3+27 pm.**

SS Terapia Respiratoria.

**07 de Abril de 2016 a las 12+16 pm**

Paciente en compañía de su mamá quien refiere verlo mejor, no se siente "tapadito".

Paciente de 1 mes y 16 días de edad con dx de:

Neumonía atípica vs síndrome broncoobstructivo  
cardiomegalia?  
síndrome anémico

## SIGNOS VITALES

TA 90/67 mmHg FC 120 Lat/min FR 24 Resp/min Temp 36°C

## EXAMEN FISICO

Regular estado general, afebril, con signos de dificultad respiratoria dados por tirajes sub e intercostales, palidez mucocutánea generalizada fontanelas normotensas, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, coanas permeables, mucosa oral húmeda, rosada, no alteraciones en paladar duro,

12/12

pabellon auricular sin alteraciones, cuello móvil sin masas, no soplos carotídeos, toráx simétrico adecuada expansibilidad, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios con roncus en ambos campos pulmonares, abdomen blando, sin dolor aparente a la palpación, no se palpan masas, muñón umbilical sano, dos arterias y una vena, extremidades simétricas, eutróficas, móviles, sin edema, pulsos conservados, llenado capilar <2seg, neurológico sin déficit aparente.

#### ANÁLISIS

Paciente de 46 días de edad quien se encuentra hospitalizado en el servicio de pediatría por componente respiratorio a quien se le solicita rx de control del día de ayer con la cual se descarta cardiomegalia, en el momento se encuentra hemodinámicamente estable, sin sirs, sin disnea, sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultación con escasas sibilancias al final de la espiración.

Se continúa igual manejo médico, pero se suspenden líquidos endovenosos, glucometria cada cambio de turno, vigilancia de la técnica de lactancia. Se explica a la madre quién refiere entender y aceptar.

#### PLAN

Se suspenden líquidos endovenosos

Demás órdenes médicas iguales

**08 de Abril de 2016 a las 9+20 am. SS Terapia Respiratoria.**

**08 de Abril de 2016 a las 11+47 am.**

Paciente en compañía de su madre quién **refiere ver mejoría del cuadro clínico de ingreso.**

Paciente de 1 mes y 17 días de edad con dx de:

1. Neumonía viral
2. Síndrome anémico

72

113 / 13

## SIGNOS VITALES

TA 67/41 mmHg FC 154 Lat/min FR 68 Resp/min T 36.4°C

Paciente de 1 mes de edad con diagnósticos anotados, en el momento con evolución clínica favorable, sin sirs, sin disnea, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, no reporte de picos febriles, tolerando la via oral, con suplencia de oxígeno a 0.5 l/min, con mejoría del tono de la piel, mas despierto, por el momento se considera continuar igual manejo médico instaurado, se explica a la mamá del paciente quien refiere entender y aceptar.

## PLAN

Igual manejo médico.

## 09 de Abril 2016 a las 1+32 pm

Mamá refiere verlo mejor, adecuado estado general, afebrile, niega otros síntomas.

Paciente de 1 mes y 17 días de edad con dx de:

1. Neumonía viral
2. Síndrome anémico

## SIGNOS VITALES

TA 48/55 mmHg FC 110 Lat/min FR 35 Resp/min Temp 36,8°C

Paciente con diagnóstico de neumonía de origen viral, con evolución clínica hacia la mejoría, sexto día de hospitalización, en el momento clínica y hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

Al examen físico persiste con movilización de secreciones desde ayer en destete progresivo de oxígeno. En manejo conjunto con terapia respiratoria. Se considera continuar destete. Resto de manejo igual. Se explica conducta a la mamá del paciente quien refiere aceptar y entender conducta.

127 19

**10 de Abril de 2016 a las 4+01 pm**

Paciente en buenas condiciones generales, en compañía de mamá, refiere verlo mejor, refiere persiste con requerimientos de oxígeno, niega picos febriles, niega dificultad respiratoria, niega alteraciones gastrointestinales, diuresis y deposiciones positivas de características normales.

Paciente de 1 mes y 17 días de edad con dx de:

1. Neumonía viral
2. Síndrome anémico

#### SIGNOS VITALES

TA 114/68 mmHg FC 150 Lat/min FR 28 Resp/min Temp 37°C.

#### EXAMEN FÍSICO

Paciente en buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria. Cabeza y cuello: conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias.

Torax: simétrico, normoexpansible, ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos, ruidos respiratorios conservados, con movilización de secreciones.

Abdomen: ruidos intestinales presentes, no distendido, blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin masas ni visceromegalias.

Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, pulsos distales presentes, llenado capilar menor de 2 segundos. Neurológico: alerta, colaborador, con buena interacción con el examinador, sin déficit neurológico aparente.

#### ANÁLISIS

Paciente masculino con diagnósticos de neumonía de origen viral, con evolución satisfactoria hoy día séptimo de hospitalización, en el momento estable clinica y hemodinámicamente, sin picos febriles documentados, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de dificultad respiratoria, con requerimiento de oxígeno suplementario.

15/18

Al examen físico persiste con movilización de secreciones, continúa con destete de oxígeno, en manejo conjunto con terapia respiratoria, se considera continuar destete de oxígeno sin embargo se inician trámites de oxígeno domiciliario. Resto de órdenes sin cambios. Se explica a mamá quien refiere entender y aceptar. Se aclaran dudas.

11 de Abril 2016 a las 3+27

Paciente en buenas condiciones generales, en compañía de mamá, refiere verlo en regular estado general, refiere persiste con requerimientos de oxígeno, niega picos febriles, niega dificultad respiratoria, niega alteraciones gastrointestinales. diuresis y deposiciones positivas de características normales.

Paciente con dx de:

1. Neumonía viral
2. Síndrome anémico

#### EXAMEN FÍSICO

Paciente en buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria. cabeza y cuello: conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias. Toráx: simétrico, normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos, ruidos respiratorios conservados, con movilización de secreciones y presencia de broncoobstrucción. Abdomen: ruidos intestinales presentes, no distendido, blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin masas ni visceromegalias. Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, pulsos distales presentes, llenado capilar menor de 2 segundos. Neurológico: alerta, sin déficit neurológico aparente.

#### ANÁLISIS

Paciente masculino de un mes y 20 días de edad quien se valoró la semana pasada encontrándose en muy mal aspecto general con dificultad respiratoria por lo cual teniendo en cuenta su grupo etario se manejo con tratamiento antibiótico triconjugado ampicilina sulbactam, amikacina y claritromicina, sin embargo estos fueron suspendidos al día siguiente (**por no cumplir con criterios para manejo con antibiótico**). Los resultados de los hemocultivos

Secretaría de Salud. Sede Administrativa. Calle 26 51-53.  
Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C. Tel.  
7491550

35

16/10

ordenados al ingreso ambos hemocultivos muestran un *straphylococo epidermidis* pero su antibiograma es completamente diferente. El urocultivo es negativo, durante su estancia desde el día de ayer nuevamente ha persistido con picos febriles y sintomatología respiratoria con disnea y tos paroxística en el momento su aspecto general nuevamente es muy regular con taquipnea se ausculta componente broncoobstructivo bilateral y se evidencia los episodios de tos paroxística igualmente por parte de terapia respiratoria se informa secreciones purulentas y es requerido aumento en la fracción inspirada de oxígeno, se solicita hemograma, con pcr y rx de toráx control con lo cual se tomara una conducta.

En días pasados tambien se tomo ecocardiograma realizado por cardiologia de adultos el cual reporta completamente normal el cual descarta CIA (comunicación interauricular), CIV (comunicación interventricular), ductus arterioso persistente. **(Diagnósticos diferenciales para sepsis neonatal).**

**11 Abril 2016 - 22+14 horas**

Paciente quién ha persistido con sintomatología respiratoria *pero no episodios febriles.*

Reporte de paraclínicos:

Hemograma: con leucocitosis 14.100, neutrofilia, sin linfopenia, anemia sin cambios con Hemoglobina 7.6, hematocrito 23%, plaquetas normales.

PCR muy positiva hasta 130.5

Rx de toráx con opacidad total del hemitoráx derecho posiblemente secundario a atelectasia masiva sin descartar proceso neumónico asociado. Glucometría actual 129mg/dl.

Signos vitales en el momento:

FC 165 Lat/min FR 50 Lat/min TA 99/43 mmHg TAM 58 mmHg Temp 36.6 SO2 97%.

2

157/77

Por lo anterior se decide:

Reiniciar cubrimiento antibiótico en esta ocasión de amplio espectro con clindamicina, ceftriaxona y claritromicina. Se deja canula nasal sellada, en reposo intestinal, *se inician trámites de remisión a unidad de cuidado intensivo pediátrico para manejo integral por falla respiratoria potencial*. Se explica claramente a la madre la situación actual y dice entender.

#### PLAN

1. Reposo intestinal.
2. Oxígeno por canula nasal sellada.
3. Clindamicina 50mg iv cada 6 horas (0).
4. Ceftriaxona 300mg iv cada 12 horas (0).
5. Claritromicina 50mg ivf cada 12 horas (0).

#### SEGUIMIENTO A REFERENCIA

11/04/2016 11:20:00 p.m. RECIBO DOCUMENTOS Y REFERENCIA

11/04/2016 11:21:00 p.m. ENVIO REFERENCIA AL CORREO

11/04/2016 11:50:00 p.m. LLAMO A COOMEVA 7480101 OP 3 LO COMENTO CON BIBIANA TIBACUY ME CONFIRMA EL CORREO E INICIAN TRAMITE

**DIAGNÓSTICO** – Neumonía Bacteriana

**12 Abril 2016 a las 8+46 am**

Paciente en evolución a falla respiratoria.

Aproximadamente 7:00am médico se traslada a unidad. Previa administración de fentanyl y vecuronio y bolo de cristaloides se realiza intubación endotraqueal con tubo número 4.0 fijo a 11.5cm, se adapta a ventilador mecánico en modo presión control, se ausculta con severo componente broncoobstructivo y mucosecretor, se realiza aspiración de abundantes secreciones purulentas.

37

Posteriormente previa asepsia y antiasepsia se pasa cateter venoso central 4fr de 8cm arrow yugular interno derecho sin complicaciones. se pasa sonda nasogástrica nelaton 10, pendiente pasar sonda vesical, se deja bajo sedorelajación profunda. Continúa igual manejo antibiótico descrito. Se solicitan paraclínicos de función multiorgánica, incluido hemocultivo y cultivo de secreción traqueal, se solicita rx de toráx, gases venosos centrales con acidosis respiratoria, no impresiona para trastorno en la perfusion tisular, lactato serico normal 1.8. electrolitos en máquina de gases normales, glucometría pendiente confirmar, se insiste en remisión para manejo integral en unidad de cuidado intensivo pediátrico ya que no contamos con este servicio en nuestra insititución.

Signos vitales al terminar la nota actual:

FC 175 Lat/min FR 24 Resp/min TA 94/54 mmHg TAM 67 mmHg Temp 36°C SO2 97% (1.0).

#### DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

1. Neumonía atelectásica derecha
2. Falla respiratoria potencial
3. Alto riesgo de bacteremia por germen gram positivo
4. Anemia moderada microcitica hipocrómica

#### PLAN

1. monitoreo continuo ucip.
2. ventilación mecánica dinámica.
3. reposo intestinal.
4. dad 5% 500ml mas cloruro de sodio 20ml mas cloruro de potasio 5ml pasar a 10ml/h. 5. fentnayl 500mcgr en 100ml de ssn pasar a 3.5ml/h.
6. vecuronio 10mg en 100ml de ssn pasar a 3ml/h.
7. clindamicina 35mg iv cada 6 horas (1).
8. ceftriaxona 180mg iv cada 12 horas (1).
9. claritromicina 30mg iv cada 12 horas (1).
10. gentamicina oftalmica 1 gota cada ojo cada 4

15/13

horas.

11. ranitidina 4mg iv cada 8 horas.
12. dipirona 120mg iv cada 6 horas.
13. solicitud de paraclínicos.
14. glucometría cada 6 horas.
15. pendiente remisión a unidad de cuidado intensivo pediátrico.
16. medicamentos para procedimientos: fentanyl 20mcgr iv y vecuronio 1mg iv dosis total.

**12 Abril 2016 9+52 am**

**BITACORA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES SERVICIO DE REFERENCIA**

**9+05 am:** SE LLAMA A COOMEVA AL 7480101 OPC 3 NO CONTESTAN EN LINEA

**9+42 am:** SE LLAMA A COOMEVA AL 7480101 OPC 3 NO CONTESTAN EN LINEA

**9+50 am:** SE ENVIA EVOLUCION DEL PACIENTE AL CORREO DE COOMEVA, ESTAMOS EN LA ESPERA DE PRONTA UBICACION POR PARTE DE LA ENTIDAD

**10+12 am:** SE LLAMA A COOMEVA SE COMENTA PACIENTE CON VIVIANA RINCON DE REFERENCIA INDICANDO CONTINUA PENDIENTE POR NO CAMAS EN LA RED DE LA EPS, ESTAMOS EN LA ESPERA DE PRONTA UBICACION POR PARTE DE LA ENTIDAD

**DIAGNÓSTICO:** Neumonía Bacteriana

**12 Abril 2016 3+42 pm** SS Terapia Respiratoria

**12 Abril 2016 a las 6+23 pm – Nota retrospectiva, Hora de atención 8+00.**

unidad de apoyo transitorio

59

160/20

(nota retrospectiva - hora atención 8:00)

Pte de 51 días con dx:

1. Neumonía nosocomial
2. Atelectasia masiva hemitoráx derecho
3. Choque séptico compensado

FC 160-190 Lat/min FR 24-30 Resp/min TA 62/30/40 - 95/55/67 mmHg S02 88-98%

Neurológico bajo efecto de sedación y relajación con fentanilo 4 ucg/kg/mto y vecuronio 75 ucg/kg/h. no movimientos anormales

Hemodinámico sin soporte inotrópico, llenado capilar 2 segs, pulsos centrales y periféricos simétricos de buena intensidad, precordio calmo.

Respiratorio soporte ventilatorio invasivo pip 20 peep 6 pmva 12 t insp 0.5 imv 30 FIO2 100%. buen nivel de oxigenación.

Infeccioso sirs modulado. no deterioro hemodinámico. foco infeccioso de origen pulmonar, probablemente de origen nosocomial. Signos de choque compensado.

Metabólico sin soporte nutricional. hematológico con hb < 7 gr/dl

Paciente con choque séptico compensado con foco pulmonar de probable origen nosocomial, con falla ventilatoria secundaria, por lo cual requirió apoyo ventilatorio, en el momento hemodinámicamente estable, pendiente remisión a tercer nivel.

**12 Abril 2016 11+04 pm**

Paciente de 51 días con dx:

1. Choque séptico compensado
2. Neumonía nosocomial
3. Falla ventilatoria secundaria

4

161/21

FC 123-170 Lat/min TA 67/32/44 - 98/61/72 mmHg SO2 92-98%

Neurológico bajo efecto de sedación y relajación con fentanilo y vecuronio Hemodinámico sin soporte inotrópico llenado capilar 2 segundos, buenos pulsos centrales y periféricos. Respiratorio soporte ventilatorio invasivo pip 17 peep 6 pmva 9 imv 30 FiO2 1.0, buen nivel de oxigenación. Infeccioso sirs modulado. Renal gu 3.3 cc/kg/h.

## ANÁLISIS

Paciente con choque séptico compensado con evolución favorable, ha permitido descenso de parámetros ventilatorios, hemodinámicamente estable. Pendiente remisión a tercer nivel.

**13 Abril 2019 4+00 am**

NOTA RETROSPECTIVA INICIO DE ATENCIÓN 01:45

**1:45 am:** presenta disminución de los valores de SO2 a pesar del soporte ventilatorio, se evidencia en el monitor taquicardia ventricular con pulso, por inestabilidad hemodinámica se decide cardioversión eléctrica en cuatro oportunidades con dosis creciente 1, 2 y 3 julios/kg con reversión a ritmo sinusal, se coloca dosis de amiodarona de 5 mg/kg.

**1:57 am:** presenta taquicardia ventricular sin pulso por lo cual se inicia rcp y desfibrilación con 2 julios/kg, luego de lo cual entra en actividad eléctrica sin pulso, se continua rcp y adrenalina dos dosis de 0.01 y 0.02 mg/kg con intervalo de 3 minutos, a las **2:13 am** revierte a ritmo sinusal, se piensa en la posibilidad de una miocarditis viral dada la presencia de arritmias.

**2:18 am:** presenta nuevamente actividad eléctrica sin pulso y se inicia rcp, se coloca una dosis de adrenalina de 0.02 mg/kg, a las **2:23 am** presenta nuevamente ritmo sinusal.

Se evidencian episodios de taquicardia ventricular no sostenida por lo cual se coloca segunda dosis de amiodarona de 5 mg/kg, *se toma rx de toráx q muestra compromiso alveolar del hemitoráx derecho sin cambios con respecto a el estudio anterior, no se evidencian fugas de aire.*

41

162/27

**2:36 am:** presenta actividad eléctrica sin pulso y se inicia rcp y se colocan 4 dosis de adrenalina con dosis de 0.01 y 0.02 mg/kg por espacio de 14 minutos luego de lo cual se obtiene pulso, se evidencia ritmo con probable origen en la unión auriculoventricular con conducción aberrante. Se inicia soporte inotrópico con adrenalina a dosis de 0.2 mcg/kg/minuto.

Paciente continúa con episodios de taquicardia ventricular no sostenida por lo que se coloca dosis de lidocaina a 1 mg/kg.

Se toman gases venosos centrales que muestran acidemia metabólica severa con hiperlactatemia.

**3:10 am:** presenta nuevamente actividad eléctrica sin pulsos, se inicia rcp con una dosis de adrenalina de 0.01 mg/kg sin obtener respuesta, se realiza rcp básico y avanzado por espacio de 8 minutos sin obtener respuesta, se verifica ritmo de asistolia, **se declara muerte clínica a las 3:18 am.**

#### **DIAGNÓSTICOS FINALES**

1. Neumonía nosocomial vs Neumonía por adenovirus
2. Falla ventilatoria secundaria
3. Miocarditis viral?

u

163 / 23

## SUSTENTACIÓN CIENTÍFICA

Resolución 1995/99

### "ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio."

164 / 79

**Guía de práctica clínica - para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia.**

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un conjunto de enfermedades transmisibles auto limitadas que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta el alveolo. Son enfermedades frecuentes en la infancia, en promedio un niño menor de 5 años sufre un promedio de tres a seis episodios de IRA, frecuencia que no es influenciada por su ubicación geográfica o condición social (1).

Dentro de esta definición pueden incluirse cuadros clínicos que afectan la región superior del aparato respiratorio (IRAs alta) como la rinitis aguda (resfriado común), la sinusitis, las infecciones del oído medio (otitis media aguda), la faringitis aguda o faringoamigdalitis, la epiglotitis, la laringitis. La mayoría de estas IRAs tiene una etiología viral: los rinovirus representan del 25% al 30%, virus sincitial respiratorio (RSV), virus de parainfluenza e influenza, metapneumovirus humano y los adenovirus representan del 25% a 35%, coronavirus y los virus no identificados representan del 35% al 50% (2).

Las IRAs altas son generalmente autolimitadas pero representan una proporción importante de las oportunidades de uso de los sistemas de salud ambulatorios, de los días de enfermedad en la infancia y de ausentismo escolar del niño y el laboral de los padres y/o cuidadores. En estos casos es más importante la complicación que las puede acompañar que la infección misma, por ejemplo estas infecciones virales agudas predisponen a los niños a infecciones bacterianas secundarias, tales como infecciones del oído medio (otitis media aguda y sordera como secuela), infección de los senos paranasales (sinusitis aguda y abscesos óseos y celulitis peri óseas), faringitis bacteriana por streptococo beta hemolítico (fiebre reumática aguda) e infecciones del tracto respiratorio inferior secundarias a la aspiración de secreciones y células infectadas (3). Estas de IRAs bajas son las que afectan las vías respiratorias inferiores, tráquea, bronquios y alveolos, siendo la bronquiolitis y la neumonía las infecciones más frecuentes de esta categoría.

En el caso de las IRAs bajas tipo neumonía, durante muchas décadas el virus del sarampión fue la causa de la mayor morbilidad y mortalidad por neumonía en niños de países en desarrollo, lugar del que fue desplazado gracias a la estrategia de vacunación. Hay una distribución de etiologías virales, que aunque está bajo revisión, propone que un 40% a un 50% de los casos de niños hospitalizados con neumonía en países desarrollados, son causados por agentes virales, entre los cuales el virus respiratorio sincitial con su comportamiento estacional es el más

165 / 25

frecuente, seguido de la influenza virus tipo 3, adenovirus y el influenza A.

Otros agentes responsables de la infección de las vías respiratorias inferiores incluyen coronavirus (síndrome respiratorio agudo severo), bocavirus entre otros (3).

Esta por establecerse el papel que ocupa en estos cuadros el virus de la influenza, especialmente en países en desarrollo (3). Hay un posible efecto facilitador entre la infección viral y la bacteriana, evidente en el aumento de casos de neumonía bacteriana por neumococo durante las epidemias de influenza y virus respiratorio sincitial.

Dentro de las etiologías bacterianas, la investigación reporta cómo las bacterias predominantes, al *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) con 20 serotipos que pueden causar enfermedad grave, pero cuya frecuencia varía según el grupo de edad y la ubicación geográfica y al *Haemophilus influenzae* (generalmente el tipo b, HIB). El neumococo sería responsable de 13%-34% de los casos de neumonía bacteriana, mientras que *Haemophilus influenzae* tipo b responde por 5%-42% (4-5). Estas cifras son difíciles de precisar porque las técnicas para identificar la etiología carecen de adecuada sensibilidad y especificidad (3).

Otra aproximación a la frecuencia de cada agente surge con la investigación posterior a la introducción de las vacunas. En el caso de neumococo, un estudio en Gambia encontró una reducción del 37% en la frecuencia de las neumonías identificadas con radiografía del tórax y un 16% de disminución en la mortalidad de estos casos (6). De forma ocasional, son reportados el *Staphylococcus aureus* y otros tipos de *Streptococcus* y con menos frecuencia también son reportados *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, pero se desconoce el papel que juegan estos agentes bacterianos de baja frecuencia en los casos de neumonía grave. La patogénesis de la neumonía se inicia con la colonización de la vía respiratoria superior por patógenos potenciales y la posterior aspiración de secreciones contaminadas con ellos; se incluye en la patogénesis también el carácter invasivo de algunos de los patógenos. La reacción inflamatoria secundaria produce exudado y colapso del parénquima pulmonar, con trastorno de la relación ventilación perfusión y con bastante frecuencia bacteremia y sepsis (3). Es muy difícil diferenciar un cuadro de neumonía de origen viral de uno de origen bacteriano ya sea con herramientas clínicas o radiológicas.

El otro cuadro que se incluye por frecuencia y gravedad entre las IRAs bajas es la bronquiolitis. Ésta es una condición propia de la lactancia, con su máxima frecuencia en el primer año de vida, frecuencia que disminuye entre el segundo y tercer año. Su presentación clínica consiste en taquipnea, tiraje, fiebre en un 30% de los casos y sibilancia; en su fisiopatología predomina una obstrucción inflamatoria de la pequeña vía aérea con hiperinflación y colapso de segmentos pulmonares, ocurriendo en forma simultánea. Estas características

45

conducen al niño a un estado de hipoxemia por trastorno en la relación ventilación perfusión, siendo clínicamente muy difícil diferenciar un episodio de bronquiolitis de uno de neumonía, excepto por el comportamiento estacional (estación de invierno o temporada de lluvias) y la habilidad para reconocer las sibilancias.

El virus respiratorio sincitial es el agente etiológico en el 70%-80% de los casos de bronquiolitis en las estaciones de invierno o periodos de lluvias (7-8). Otros agentes virales aislados son el parainfluenza tipo 3, el influenza, adenovirus y recientemente el metapneumovirus (9).

**Papel de la Infección Respiratoria Aguda en la morbimortalidad de los menores de cinco años.**

Después de las enfermedades y muertes que ocurren en el periodo neonatal y que representan una gran proporción de la enfermedad y muerte en niños menores de 5 años, la neumonía y la enfermedad diarreica aguda son las dos enfermedades transmisibles que con mayor frecuencia producen enfermedad y muerte en este grupo de edad.

La Organización Mundial de la Salud presenta las siguientes estimaciones sin margen de incertidumbre en un aproximado de 9 millones de niños muertos por año:

- 13% atribuidas a la diarrea,
- 19% a la neumonía,
- 9% a la malaria,
- 5% para el sarampión,
- 3% a causa del SIDA,
- 42% a causas neonatales (asfixia al nacer, bajo peso al nacer, y los trastornos derivados del período perinatal),
- 9% para otras causas diversas, incluyendo las enfermedades no transmisibles y lesiones (3, 10).

Por cualquiera de las dos distribuciones propuestas, la neumonía, produce alrededor de 1,8 a 2 millones de muertes en niños menores de 5 años y es la principal causa de muerte después del periodo neonatal en este grupo de edad (11).

La ubicación geográfica y la situación socioeconómica no intervienen en la ocurrencia de las IRAs en general, pero si modifican el riesgo de que se presenten los casos moderados y graves, como la neumonía y bronquiolitis (12-13).

Este comportamiento permite considerar la neumonía como una enfermedad prevenible y las muertes ocasionadas por ella como evitables, sin embargo a diferencia de lo ocurrido con la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al aplicar la

167/27

Terapia de Rehidratación Oral (TRO), la neumonía aún no dispone de una intervención que reduzca la mortalidad.

### **Evaluación de intervenciones y estrategias**

Se han identificado dos grupos de intervenciones efectivas para disminuir la ocurrencia y la mortalidad por neumonía: la vacunación y el manejo del caso. Pero también se reporta disminución gracias a la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de la vida, la suplementación con zinc y la reducción de la contaminación del aire de los domicilios. Sin embargo ninguna de ellas previene por completo la ocurrencia de la neumonía en los niños por lo que existe la necesidad de consolidar y aumentar el tratamiento efectivo de los casos, incluyendo el rápido acceso al uso de antibióticos.

A pesar del tamaño del problema de la mortalidad por neumonía, la atención sobre la investigación en intervenciones adecuadas disminuyó durante la pasada década; los pocos estudios se han enfocado en el desarrollo de vacunas contra neumococo y Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y su impacto sobre la ocurrencia y gravedad de la neumonía (5). Ello se debe al desequilibrio en la asignación de recursos para la investigación a favor de enfermedades como la infección por VIH y el SIDA, la tuberculosis y la malaria, en contra de otras enfermedades como la neumonía y la diarrea.

Se ha estimado que, de los recursos destinados al estudio de la enfermedad, solo un 1% fue destinado al desarrollo de estrategias para el adecuado manejo de casos, mientras que el 90% restante de los recursos fueron canalizados hacia el desarrollo e implementación de vacunas a través de la Alianza GAVI, y mecanismos de financiación como el International Finance Facility for Immunization (IFFI) y el Advanced Market Commitment (AMC) y esta inequitativa distribución de fondos se establece a pesar de que la eficacia esperada de las dos intervenciones es similar.

También contribuyen a la disminución del interés por la enfermedad otros factores: que es una enfermedad de niños de comunidades pobres, las múltiples etiologías de la enfermedad, la falta de consenso entre los expertos sobre el tratamiento adecuado en cada caso y el hecho de haberse incluido el manejo de casos dentro de la estrategia de Atención Integral a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

En marzo del 2007 la OMS realizó una reunión en Ginebra para establecer un Plan de Acción Global para la Neumonía (Global Action Plan for Pneumonia - GAPP), cuyo comité de expertos eligió cuatro escenarios en donde existen las mayores posibilidades de prevención:

- El manejo de casos (estrategia aiepi)
- La vacunación contra pneumococco y Haemophilus influenzae tipo b(hib)

47

168 / 28

- La salud ambiental (reducción de la contaminación del aire domiciliario por combustibles sólidos)
- La nutrición adecuada.

En opinión de los expertos es necesario que se desarrollen integralmente los siguientes aspectos:

- Una definición clara del problema
- Identificación de las intervenciones preventivas disponibles y evaluación de su efectividad
- Un plan para la implementación de estas intervenciones
- Una evaluación de sus posibles costos y beneficios económicos.

La iniciativa propone el manejo de casos como el eje principal de la estrategia y basa esta propuesta en los siguientes hechos:

- Casi todos los niños muertos por IRA, fueron niños con una neumonía,
- Los niños con neumonía necesitan una evaluación por un trabajador de salud capacitado,
- La neumonía podía distinguirse de otras infecciones del tracto respiratorio por el uso de los signos clínicos simples, tales como la frecuencia respiratoria y el tiraje,
- Muchas muertes por neumonía fueron causada por bacterias susceptibles de antibioticoterapia, por lo general *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*,
- Los niños con tos que no tienen la neumonía no deben recibir antibióticos, para reducir la presión de selección de microorganismos que desarrollen resistencia a los antimicrobianos,
- En los niños con neumonía, es frecuente la hipoxemia y cuando está presente se asocia con un mayor riesgo de muerte. Integrar todas estas intervenciones junto al manejo de casos, logra reducir la mortalidad por neumonía en un 17% (14).

En Colombia la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, pasó en una década de 36,25/100.000 habitantes a 19,12/100.000 habitantes, mostrando una reducción del 47%, coincidente en el tiempo con la introducción de dos estrategias específicas que se relacionan con las IRAs bajas:

- Vacunación sistemática contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), introducida en el esquema de vacunación nacional (programa ampliado de inmunización, PAI). Vacunación parcial contra el *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus) a los grupos de "riesgo" y progresivamente más general.
- Tratamiento de casos: al adoptar y adaptar los contenidos de la estrategia AIEPI para la atención de los niños menores de 5 años.

48

169 / 29

Aún así en el 2010 se reportaron 818 niños menores de 5 años muertos con una situación similar en la inequidad de la distribución de la muerte por neumonía: el 12,7% de las muertes por IRA (neumonía, bronquiolitis) sucedieron en menores de 5 años, el 72,4% de los casos en menores de un año; con diferencias en la ubicación de las muertes que se concentran en zonas de menores ingresos como: Amazonas (con tres veces la tasa nacional), Meta, Chocó, Caquetá y Córdoba (15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010, estableció que cada año mueren 7,6 millones de niños menores de cinco años, siendo la neumonía una de las principales causas, seguida por diarrea, paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida, donde la desnutrición afecta un tercio de esta población. La probabilidad de morir antes de los 5 años es 18 veces más alta en niños de países con ingresos económicos bajos que en niños que viven en países con ingresos económicos altos (18, 20-21). Se ha establecido que la mortalidad por neumonía alrededor del mundo es de 4 millones en niños, de las cuales el 90% ocurren en países en vía de desarrollo, siendo la etiología bacteriana la más importante (21). La incidencia mundial de neumonía ha sido estimada entre 1.000 y 12.000 por 100.000 niños; con un porcentaje de hospitalización que va del 22% al 50% (22). En América Latina y El Caribe, la Infección Respiratoria Aguda (IRA) está ubicada entre las primeras cinco causas de muerte en niños menores de 5 años y representa la principal causa de morbilidad y asistencia a los servicios de urgencias y consulta externa en la población pediátrica (23); se estima que más de 80.000 niños menores de 5 años mueren cada año por infecciones del tracto respiratorio bajo, de las cuales el 85% corresponde a NAC (20, 22).

ANÁLISIS.

De lo anterior se encuentra que:

- La historia clínica remitida para estudio, cumple con las características de la historia clínica según Resolución 1995/99 Art. 3, tal como lo exige el SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud), es decir, sin barreras de ACCESO, con la debida OPORTUNIDAD, con PERTINENCIA, SEGURIDAD y CONTINUIDAD.
- Se cumplieron los parámetros de diagnóstico y de tratamiento para la patología respiratoria presentada en el menor según lo indicado en la guía práctica clínica del Ministerio de Protección Social vigente para el año 2016.
- Los estudios clínicos y paraclínicos, las conductas médicas y demás procedimientos en la atención del paciente estuvieron acordes al nivel de complejidad de la patología presentada, según lo indicado en la lex artis. Los médicos de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA de segundo nivel, validaron las presunciones diagnósticas con las cuales se inició el trámite de remisión del paciente, principal Neumonía Bacteriana Vs Neumonía atípica, tomaron las medidas necesarias para continuar manejo, identificar el riesgo y ajustar la medicación y terapia según la evolución del paciente y enfrentaron las complicaciones sobrevinientes atípicas para la edad y patología del paciente que finalmente no pudieron vencer.
- El servicio de salud se prestó de forma continua, y en el orden lógico y cronológico requerido, lo cual se puede evidenciar en las diferentes atenciones, la complementación diagnóstica y terapéutica desde el ingreso.
- Se inician trámites de remisión para institución de mayor complejidad de forma oportuna cuando el paciente presenta descompensación y requiere manejo en UCIP, por no contar en nuestra institución con este servicio, se realiza lo indicado para esta situación, que es la remisión.

17/37

## CONCLUSIONES

Luego de revisar la historia clínica, Guía Práctica del Ministerio de Protección Social vigente para el año 2016 y nivel de complejidad de la institución, puedo decir que la atención brindada a el paciente fue la más adecuada, oportuna y eficaz de conformidad con los requerimientos del estado de salud del paciente y el nivel de complejidad de la institución.

En mi opinión, se cumplió con la lex artis médica durante todo la atención dada al paciente **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (q.e.p.d.)**, identificado con el registro civil **NUIP. 1.069.762.260** en la ESE Hospital San Rafael De Fusagasuga, Cundinamarca.

Elaboró.



ISTRIA BEATRIZ BARROS VALDERRAMA

Cedula de ciudadanía: 1.129.581.442 de Barranquilla

Registro medico 231061/2010

Dirección de correspondencia: Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1746 – 1772/1762 4.

CORREO ELECTRÓNICO: [ISTRIA.BARROS@CUNDINAMARCA.GOV.CO](mailto:ISTRIA.BARROS@CUNDINAMARCA.GOV.CO)

Celular: 3135589769

Secretaria de Salud. Sede Administrativa. Calle 26 51-53.  
Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321 Bogotá, D.C. Tel.  
7491550

51



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

172

Fusagasugá, 25 de Junio de 2019

**SUBGERENCIA CIENTIFICA C.INT.396-2019**

Doctora  
**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
AREA JURIDICA  
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Ver cuaderno #4

**ASUNTO: RESPUESTA OFICIO INT.2019-086**

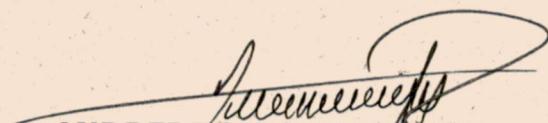
Cordial saludo,

De acuerdo a solicitud, me permito hacer entrega de los siguientes documentos:

1. Copia completa de la Historia Clínica, registro de las atenciones asistenciales al usuario **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (Q.E.P.D)** con número de documento de identidad NUIP 1.069.762.260 con fecha de ingreso 03 de Abril de 2016. (historia clínica medica, solicitudes, nota de enfermería, reporte de imágenes diagnosticas y resultados de laboratorios).
2. Certificación.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes.

Sin otro particular.

  
**ANDREI ROJAS MARTINEZ**  
Subgerente Científico

Copia: Archivo  
Folios Útiles: 1  
Anexos: 268 Folios  
Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Sub gerente Científico  
Elaboro: Adriana Cagua



OFICINA JURIDICA

26 JUN 2019

RECIBIDO Marianat HORA 8:46 AM  
RADICADO \_\_\_\_\_



173

**EL SUSCRITO SUBGERENTE CIENTÍFICO DE LA ESE HOSPITAL SAN  
RAFAEL DE FUSAGASUGA**

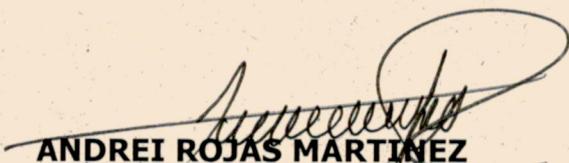
Ver cuaderno #4

**CERTIFICA**

Que la copia íntegra y completa de la Historia Clínica, en donde consta el registro de las atenciones asistenciales al usuario **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERO (Q.E.P.D)** con número de documento de identidad NUIP 1.069.762.260; (Historia Clínica Médica, Notas de Enfermería, Solicitudes, reporte de imágenes diagnósticas y resultados de laboratorios) es fiel copia tomada del original y se envía en medio físico.

La presente constancia se expide a los veinticinco (25) días del mes de Junio de 2019.

Cordialmente,

  
**ANDREI ROJAS MARTÍNEZ**  
**Subgerente Científico**

Copia: Archivo  
Folios Útiles: 1  
Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Sub gerente Científico  
Elaboro: Adriana Cagua

Señor  
JUEZ 2 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO  
GIRARDOT  
E. S. D.

16-JUL-19-11:39AM

JDO-2-ADH-CTO-GIRARDOT

REF. ACCION DE REPARACION DIRECTA DE DIANA MARCELA BAQUERO  
MEDINA Y OTROS CONTRA FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS. RAD 2018-  
362

En mi calidad de apoderada del DR FABIO ALBERTO CHAPARRO RUBIO, en  
adición a lo planteado previamente al contestar la demanda, de manera  
respetuosa me permito manifestar lo siguiente:

#### EXCEPCIONES

#### CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

Verificado el expediente se tiene que frente a mi mandante, ha ocurrido el  
fenómeno de la **Caducidad de la acción**; veamos porque:

1. El legislador ha establecido la figura de la caducidad con la finalidad de evitar que la responsabilidad pueda ser exigida de forma indefinida, es decir, pretende castigar a quien pudiendo reclamarla no lo haga dentro de un determinado paso del tiempo, pues así lo ha reiterado la jurisprudencia al decir que *"la caducidad es un fenómeno jurídico que se presenta en los eventos en que los personas dejan transcurrir el tiempo sin ejercen su derecho en el término establecido por la ley, y en consecuencia pierde su facultad de accionar ante la jurisdicción. Este término se consagra como uno de los desarrollos del principio de seguridad jurídica, puesto que asegura la existencia de un plazo objetivo para que el ciudadano pueda hacer efectivos sus derechos... La caducidad es una figura procesal que extingue la*

acción por el no ejercicio de la misma en el término perentorio establecido por el legislador"<sup>1</sup>.

2. En cuanto a la acción de reparación directa, el CPACA en su artículo 164 numeral 2 literal i tiene establecido que "cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia".
3. Como se puede inferir de la norma antes mencionada, para que una persona no pierda su facultad de accionar y solicitar la declaración de responsabilidad del Estado, tiene el deber de incoar la respectiva acción dentro de los dos años siguientes a la ocurrencia de la acción u omisión sobre el cual basa sus pretensiones.
4. En el presente asunto, tenemos que el DR CHAPARRO atendió al menor entre el 3 y 4 de abril de 2016, luego de esta última fecha, mi mandante no tuvo mas contacto con el paciente, quien continúa siendo atendido por otros profesionales, y fallece el 13 de abril de 2016; el demandante solicita audiencia de conciliación el 8 de septiembre de 2017 y es expedida certificación por parte de la Procuraduría el 7 de diciembre del mismo año.
5. El demandante contaba con dos años para presentar la demanda en contra de mi mandante, esto es hasta el 4 de abril de 2018, y si descontamos los 3 meses durante los cuales la Procuraduría tramitó la audiencia de conciliación, el término vencería el 4 de julio de 2018, más la demanda se interpuso el 12 de julio de 2018.
6. Es decir, si tenemos en cuenta la fecha en que el DR CHAPARRO brindó su última atención al paciente, esto es, el 4 de abril de 2016, así como la fecha de presentación de la demanda, resulta evidente que

---

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Sentencia del 29 de febrero de 2012, Rad. 25000-23-26-000-1993-09159-01 (20050), Cp. Olga Melida Valle de De la Hoz.

125/2

frente a mi mandante transcurrieron mas de dos años desde el momento en que el profesional adelantó la conducta que enrostra la parte actora y el momento en que es interpuesta la demanda.

7. Con todo lo argumentado, se puede concluir que en la presente acción operó la caducidad y la demanda en consecuencia debió rechazarse en lo que tiene que ver con mi mandante, al tenor del artículo 169 del CPACA.
8. Por lo anterior, solicito despachar favorablemente la excepción planteada, siendo evidente que frente a mi mandante, operó la caducidad contemplada en la norma.

#### **PRUEBAS**

1. En adición a las pruebas solicitadas inicialmente, de manera respetuosa me permito solicitar tener como prueba, el dictamen pericial rendido por perito idóneo, conforme a lo señalado al contestar la demanda.
2. Para el efecto allego el dictamen pericial rendido por la perito, DRA MARTA LUCIA RODRIGUEZ, junto con su hoja de vida acompañada de soportes de su preparación académica, y de experiencia, así como literatura médica impresa.
3. De igual manera, solicito tener como prueba los registros de enfermería que allego en copia, y que hacen parte de la historia clínica, los cuales, junto con los demás registros que obran en el expediente, documentan lo acontecido con el paciente.

Del Señor Juez, con todo respeto,

**SONIA MARCELA SÁNCHEZ ACOSTA**

C.C. 41.926.513 de Armenia

T.P. 81.623 del C.S.J.

# Curriculum Vitae

MARTHA LUCIA RODRIGUEZ LOPEZ

**Dirección:**

95 # 75 A 31  
BOGOTA, COLOMBIA

**Dirección de correspondencia:**

95 # 75 A 31  
BOGOTA, COLOMBIA

**Email:** [mlrodriguezlo@unal.edu.co](mailto:mlrodriguezlo@unal.edu.co)

**Teléfono:** +57-300-567-1803

---

**Educación:**

- **Universidad Nacional de Colombia** Bogotá, Colombia
  - MSc Epidemiología Clínica Julio 2019
  
- **Universidad Nacional de Colombia** Bogotá, Colombia
  - Medico cirujano 2014
  - Internado en investigación Instituto de Genética UNAL Enero - diciembre 2013
  - Opción de grado: Cursar materias de posgrado Maestría en genética humana UNAL 2013

**Experiencia en investigación:**

- *Design and validation of a new multivariate and focused index for measuring inequities in health based on the concentration index: Bogota, Colombia / Martha L. Rodriguez, Javier Eslava, (Marzo 2016-Febrero 2017)*
  - Construí el protocolo para el diseño y validación de un nuevo índice para la medición de equidad en salud basado en indicadores de la OMS.
  - Realice el análisis estadístico de grandes sets de datos utilizando STATA, R and Excel.
  - Presente los resultados en dos evento científico internacionales en modalidad Poster.

- 177
- *Lineamientos técnicos para la alimentación complementaria de niños menores de 2 años en Colombia: Bogotá, Colombia.* OPS – Universidad Nacional de Colombia, (Junio 2016)
    - Coordiné el equipo dedicado al componente de revisión sistemática.
    - Edite la propuesta metodológica para la revisión sistemática.
    - Evalué el riesgo de sesgo de los artículos incluidos en la revisión sistemática.
  
  - *Caracterización y evaluación inicial de la situación de los médicos especialistas en Colombia: Bogotá, Colombia;* Fernando Galvan, (Junio 2016-Julio 2016)
    - Analicé fuentes secundarias de información de los últimos 20 años relacionadas con la situación de los médicos especialistas en Colombia.
    - Presente un informe que compila los resultados arrojados en el análisis de información.

#### **Experiencia en Posiciones de Liderazgo:**

- *Maestría en Epidemiología Clínica; Universidad Nacional de Colombia,* Asistente de docencia (2014-2017)

#### **Experiencia Profesional:**

- Docente investigador: Fundación Universitaria Sanitas (Febrero 2019 a la fecha)
  - Impartir clases a estudiantes de posgrado en especialidades médicas en el área de epidemiología clínica.
  - Asesorar como metodóloga proyectos de grado de estudiantes de especialidades médicas.
  - Plantear y participar en proyectos de investigación.
  
- Instructor: Universidad Nacional de Colombia (Noviembre de 2017 hasta la fecha).
  - Diseñar los talleres correspondientes a muestreo probabilístico, muestreo no probabilístico, tamaño de muestra en estudios epidemiológicos y epidemiología molecular.

- PP
- Impartir los talleres a los estudiantes de la maestría en Epidemiología Clínica.
  - Solucionar dudas e inquietudes relacionadas con los temas impartidos en los talleres.

## Habilidades

- Manejo de Software:  
Microsoft Office, STATA, y R. Gestión de bases de datos en Access y SQL
- Manejo de bases de datos especializadas en ciencias de la salud.
- Conocimientos avanzados para el diseño y elaboración de revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Formación en herramientas bioinformáticas para análisis genético;
- Lenguaje:  
Inglés- Nivel avanzado.  
Francés: Nivel Intermedio.  
Japonés- Nivel básico.  
Chino mandarín: Nivel básico

## Publicaciones:

### Publicaciones Originales:

- Sánchez, N. F., Bonilla, L. P., **Rodríguez, M. L.**, Sandoval, G., Alzate, J. P., Valentina Murcia, N., ... & Eslava-Schmalbach, J. (2016). Frequency of bullying perceived in clinical practices of last year interns of a medicine school: cross sectional study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(3), 447-452.
- Valencia, C. A., **López, M. L. R.**, Barreto, A. Y. C., Rodríguez, E. G., & Díaz, C. E. A. (2017). Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer syndrome: identification and clinical characterization of a novel mutation in the FH gene in a Colombian family. *Familial cancer*, 16(1), 117-122.

### Presentación en Eventos Científicos Internacionales:

- **Martha Lucia Rodríguez López**, Javier Eslava. *Desing and Validation of a new multivariated and focused index for measuring inequities in health based*

129 4

on the concentration index. The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017). Agosto 20, 2017, Saitama, Japón.

- **Martha Lucia Rodríguez López**, Javier Eslava *Modified Concentration Index for Measuring Inequities in Health*. Second Asian Symposium on Education, Equity and Social Justice. Diciembre 20. Hiroshima, Japón.

### **Educación continuada:**

- Asistente Simposio de Residentes de Medicina de Urgencias "Evidencia actual en Patologías Frecuentes", diciembre 1 y 2 de 2011. Bogotá/Colombia
- Asistente Simposio de trasplante de Progenitores Hematopoyeticos en Pediatría, Julio 26 y 27 de 2012. Bogotá/Colombia.
- Asistente Simposio situaciones extraordinarias en consulta endocrinología, 7 y 8 de marzo del 2014 (12 Horas). Bogotá / Colombia.
- Asistente Taller de Herramientas bioinformáticas para Análisis Genético, del 23 al 25 de abril de 2015 (20 horas). Bucaramanga/Colombia
- Asistente al evento Construyendo una Epidemiología para el futuro con participación en el taller Logistic Regression, del 9 al 22 de Julio de 2015n (8 horas), Bogota/Colombia.

Martha Rodríguez  
e.c. 52718906.

120 A

Señor  
JUEZ 2 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
GIRARDOT

ACCION DE REPARACION DIRECTA DE DIANA MARCELA BAQUERO  
MEDINA Y OTROS CONTRA FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS. RAD  
2018-362

Referencia: dictamen pericial

**I. Motivo de la Peritación:**

Emitir concepto sobre bronconeumonía en paciente pediátrico – lactante menor.

**II: Documentos recibidos y analizados.**

Historia clínica Hospital San Rafael

**III. Técnicas empleadas:**

Análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos y metodología de revisión de la literatura en área de neumología pediátrica.

**IV. Idoneidad y experiencia del perito**

Medica cirujana egresada de la Universidad Nacional de Colombia, Epidemióloga Clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Docente adscrita a la Fundación Universitaria Sanitas en el área de investigación. Instructora en la maestría de epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

**Juramento**

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

AP / 8

También manifiesto que no he sido designado como perito médico en procesos anteriores o en el curso de procesos por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, así como tampoco he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

#### V. Resumen del caso

Se trata del caso de un paciente masculino de 1 mes y medio de edad valorado el día 3/4/2016 a las 21:45 en urgencias del Hospital San Rafael de Fusagasugá de mediana complejidad por el Dr. Chaparro médico General. El paciente consultaba por un cuadro clínico de 1 día de evolución al ingreso de síntomas respiratorios consistentes en estridor (Sonido agudo que se produce en la inspiración), disnea (dificultad para respirar) y tos seca, hiporexia (Baja en el deseo de comer, baja ingesta de alimentos). Con antecedentes de ser producto de un parto de 33,5 semanas de gestación con un BALLARD de 37 semanas y peso de 1848, requirió manejo en unidad de cuidados intensivos neonatales por taquipnea (respiración rápida que dificulta el intercambio de oxígeno) transitoria del recién nacido y retardo en el crecimiento intrauterino. El Dr. Chaparro encontró a un paciente con FC 166, FR 42, Temperatura 36, peso 3680, sat 96, en el examen físico con roncus (Son ruidos que parecen ronquidos y ocurren cuando el aire queda obstruido o el flujo de aire se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias) bilateral sin estertores), por lo que el Dr. Chaparro considero que se trataba de una enfermedad de la tráquea y los bronquios e inicio manejo dejándolo en observación con micronebulización con adrenalina y solución hipertónica por tres veces y solicita Rx de tórax, para revalorar más tarde. El Dr. Chaparro revalora el paciente el 4/4/2016 a la 1:04 y encuentra la radiografía de tórax con signos de atrapamiento aéreo, infiltrados intersticiales difusos, edema peribronquial, consolidacion apical izquierda, en el examen físico con tos congestión y disnea, tirajes intercostales, crépitos bilaterales, por lo que considera que se trata de un caso de neumonía y solicita interconsulta a pediatría y deja oxígeno a 1 lt min. La respuesta a interconsulta por parte de pediatría fue el mismo 4/4/2016 a las 4+26, donde se ordena manejo hospitalario por parte del servicio de pediatría. Desde entonces son ellos quienes manejan al paciente y el Dr. Chaparro no vuelve a tener contacto con el menor.

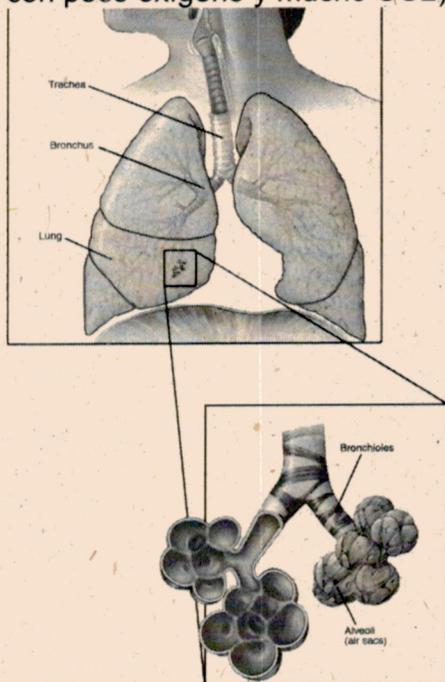
El paciente recibe manejo en pediatría con antibiótico y oxígeno. Luego, por inadecuada evolución se sospechó la presencia de anemia, la cual se dio tratamiento con una buena evolución inicial por lo que el día 4 de abril le retiran el esquema de antibiótico, el día 10 de abril los pediatras a cargo inician destete de oxígeno y se considera manejo de oxígeno domiciliario. El día 11 de abril de 2016 la situación del paciente empeora necesitando nuevamente inicio de oxígeno y cubrimiento antibiótico y se consideró la necesidad de cuidados intensivos pediátricos, por problemas administrativos en la consecución de cama de cuidados intensivos pediátricos se manejó en la UCI de adultos, el paciente finalmente fallece el día 13/4/2016 a

las 3:18, en espera de traslado a unidad de cuidados intensivos pediátricos.

## Respuesta a las preguntas realizadas por la defensa

### 1. ¿Qué es bronquiolitis?

R: Es una enfermedad que generalmente se presenta en bebés o niños muy pequeños que causa congestión e inflamación en los bronquiolos (vías pequeñas donde se cambia el aire rico en oxígeno por aire con poco oxígeno y mucho CO<sub>2</sub>) del pulmón.



Tomado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchiolitis/symptoms-causes/syc-20351565>

### 2. ¿Que causa la bronquiolitis?

R: La causa más usual de la bronquiolitis es una infección viral. Varias clases de virus pueden causar bronquiolitis.

### 3. ¿Cuáles son los síntomas de bronquiolitis?

R: Son síntomas similares a los de un resfriado común al inicio de la enfermedad, como congestión nasal, fiebre baja, tos, rinorrea (moqueo). Cuando la enfermedad avanza, el paciente puede experimentar dificultad para respirar y presentar un sonido en la respiración similar al de un silbato, al que llamamos sibilancias.

### 4. ¿Como se diagnostica la bronquiolitis?

R: El diagnóstico es principalmente clínico, es decir que en gran medida la valoración del aspecto, la respiración y otros signos y síntomas pueden conducir al médico a este diagnóstico. En ocasiones y de acuerdo a la condición de los pacientes se pueden realizar pruebas complementarias como Radiografía de tórax, panel viral, entre otros.

183 10

5. **¿Cual fue la impresión diagnostica inicial del Dr. Chaparro?**  
R: La impresión diagnostica inicial del Dr. Chaparro fue bronquiolitis.
6. **¿Ordeno el Dr. Chaparro alguna de estas pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico? ¿De ser afirmativa su respuesta por favor indique cuál?**  
R. Si. El Dr. Chaparro ordeno una radiografía de tórax.
7. **¿Que hallazgos se reportan en el informe de esta radiografía?**  
R. Se reporta atrapamiento aéreo, infiltrados intersticiales difusos, edema peribronquial, consolidación apical izquierda.
8. **Cuando el Dr. Chaparro reporto los resultados de esta radiografía ¿realizo nuevamente examen físico al paciente?**  
R: Si
9. **¿Cuál era el estado del paciente durante esta valoración?**  
R: El Dr. Chaparro reporta un paciente con regular hidratación, tranquilo, colaborador, no luce tóxico, no luce séptico, Tirajes (cuando se ve como los músculos de las costillas tiran hacia adentro<sup>1</sup>)
10. **De acuerdo a su base de conocimientos y experiencia, ¿con que diagnostico son compatibles estos hallazgos?**  
R. Estos hallazgos son compatibles con el diagnostico de bronconeumonía<sup>2</sup>.
11. **¿Qué impresión diagnostica hizo el Dr. Chaparro posterior a estos hallazgos clínicos y radiológicos?**  
R: Bronconeumonía
12. **¿Que es la bronconeumonía?**  
R. La bronconeumonía también conocida como neumonía, es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar. Esta enfermedad es causa frecuente de morbilidad y mortalidad<sup>3</sup>.
13. **¿Cuál fue la conducta del Dr. Chaparro al hacer diagnóstico de bronconeumonía?**  
R: El Dr. Chaparro inicio soporte con oxígeno y solicito interconsulta a pediatría.
14. **¿Es esta conducta apropiada y por qué?**  
R. Si, el pediatra es el profesional idóneo para el manejo de este paciente.

15. **¿Cuanto tiempo transcurrió entre la solicitud de interconsulta con pediatría y la valoración por esta especialidad?**

R. Dos horas. A pesar de que la nota de valoración por pediatría se realizó a las 4am, en las notas de enfermería consta que el paciente fue valorado por el pediatra a las 03:20 am.

16. **¿Qué conducta tomo el pediatra posterior a la valoración de este paciente?**

R. El pediatra ordeno que el paciente fuera hospitalizado en el servicio de pediatría.

17. **¿El Paciente continuo bajo el cuidado del Dr. Chaparro?**

R. No. El servicio de pediatría fue responsable del cuidado del paciente desde el momento que se ordena su hospitalización el 4 de abril de 2016 a las 04+27.

18. **¿Cuánto tiempo permaneció el menor hospitalizado en el servicio de pediatría?**

R. Aproximadamente 9 días.

19. **¿Qué edad gestacional tenía el paciente al momento de su nacimiento?**

R: 33.5 semanas de gestación.

20. **¿Este se considera un nacimiento a término?**

R. No, es un nacimiento prematuro.

21. **¿Tiene alguna relación la neumonía con la prematuridad?**

R. Si, la neumonía o bronconeumonía es la causa de muerte más frecuente en pacientes prematuros menores de 5 años<sup>4</sup>.

22. **¿Sería posible establecer un nexo de causalidad entre la atención dispensada por el Dr. Chaparro y la muerte del paciente?**

R. No.

23. **Por favor justifique su respuesta anterior**

R. El paciente estuvo bajo el cuidado del Dr. Chaparro por aproximadamente 3 horas en las que el realizo un diagnóstico acertado y solicito su manejo por especialistas en pediatría. El menor no se encontraba inestable o seriamente descompensado cuando fue valorado por pediatría y su evolución tórpida y fallecimiento se presentó un largo tiempo después de su contacto con el Dr. Chaparro.

24. **Si o no el Dr. Chaparro actuó de acuerdo a la lex artis en la atención dispensada a este menor**

185 17

**R:** Si. El Dr. Chaparro actuó de forma oportuna y perita y realizo todas las acciones posibles para garantizar la seguridad y bienestar del paciente.

## **VI. Conclusiones**

1. El Dr. Chaparro recibió a un lactante en el servicio de urgencias con un cuadro de dificultad respiratoria al cual valoro de forma adecuada y acorde con la información recopilada en esta evaluación inicial realizo impresión diagnostica de bronquiolitis.
2. El Dr. Chaparro inicio manejo de acuerdo a la impresión diagnostica consignada y decidió solicitar una radiografía de tórax a fin de confirmar su diagnóstico inicial.
3. Al recibir el resultado del examen solicitado, apenas 2 horas después de su valoración inicial, ajusto medidas de soporte con oxígeno y solicito interconsulta por pediatría a fin de garantizar una atención especializada para el menor.
4. En el momento en que se realiza la valoración inicial por pediatría apenas 3 horas posteriores a su solicitud, se decide hospitalizar en este servicio a fin de que el paciente continúe su manejo por esta especialidad, además de exámenes complementarios.
5. El Dr. Chaparro no debe ni puede continuar al cuidado de este paciente, ya que ahora él se encuentra fuera de su servicio de urgencias hospitalizado en el servicio de pediatría.
6. El Dr. Chaparro actuó de acuerdo a la lex artis al enfocar al paciente, hacer una impresión diagnostica plausible y complementar la misma con la ayuda de radiografías que lo condujeron a un diagnostico final acertado. Además, fue prudente y perito cuando solicito apoyo a los especialistas de pediatría al sospechar un proceso de neumonía en el menor. Una vez se dio orden de hospitalización el paciente no volvió a tener contacto con el Dr. Chaparro.
7. El paciente falleció mucho tiempo después de la atención dispensada por el Dr. Chaparro, presentando una evolución tórpida.

## **VII. Bibliografía**

1. Biblioteca nacional de MEDicina de USA. Tiraje intercostal: MedlinePlus enciclopedia médica.  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003322.htm>. Accessed May 20, 2019.
2. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Neumonía Adquirida En La Comunidad*.  
<http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>. Accessed May 20, 2019.
3. Luis Carlos Ochoa D V, Ricardo Posada DS, Felipe Restrepo DN, Patricia Aristizábal LM. *Atencion Integrada a Las Enfermedades Prevalentes En La Infancia (AIEPI)*. <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiapi.pdf>. Accessed May 20, 2019.
4. Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., Mendoza Tascón, L. I.,

Handwritten initials or marks in the top right corner.

Guatibonza, A., Deyfilia, M., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342.

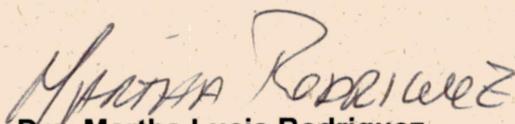
### INFORMACION DEL PERITO

Numeral	
1	NOMBRE COMPLETO Y CEDULA Martha Lucia Rodriguez CC: 52718906
2	DIRECCIÓN, NUMERO DE TELÉFONO Y DEMÁS DATOS QUE FACILITEN LA LOCALIZACIÓN Dirección: Kr 95 No 75 A 31 Celular: 3005671803 E-mail: mlrodriguezlo@unal.edu.co
3	PROFESIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS  Medica Cirujana. Universidad Nacional de Colombia  Epidemióloga Clínica Universidad Nacional de Colombia
4	LISTA DE PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA MATERIA DEL PERITAJE QUE EL PERITO HAYA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS <b><u>SOLO SI LAS TUVIERE.</u></b>  <ul style="list-style-type: none"><li>• Sánchez, N. F., Bonilla, L. P., <b>Rodríguez, M. L.</b>, Sandoval, G., Alzate, J. P., Valentina Murcia, N., ... &amp; Eslava-Schmalbach, J. (2016). Frequency of bullying perceived in clinical practices of last year interns of a medicine school: cross sectional study. <i>Revista de la Facultad de Medicina</i>, 64(3), 447-452.</li><li>• Valencia, C. A., <b>López, M. L. R.</b>, Barreto, A. Y. C., Rodríguez, E. G., &amp; Díaz, C. E. A. (2017). Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer syndrome: identification and clinical characterization of a novel mutation in the FH gene in a Colombian family. <i>Familial cancer</i>, 16(1), 117-122.</li></ul>
5	LISTA DE CASOS EN LOS QUE HAYA SIDO DESIGNADO COMO PERITO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS, LA LISTA DEBE INCLUIR JUZGADOS NOMBRE DE LAS PARTES, APODERADOS DE LAS PARTES Y LA MATERIA SOBRE LA

107

	CUAL VERSO EL DICTAMEN
6	No he sido designado en procesos en curso por el misma parte o por el mismo apoderado de la parte.  NO
7	No me encuentro incurso en las causales contempladas en el artículo 50 del Código General del Proceso.  NO
8	No aplica.
9.	No aplica.
10	En este mismo escrito se relacionan y adjuntan los documentos utilizados para la elaboración del dictamen.

Atentamente



**Dra. Martha Lucia Rodriguez**  
**Magister en Epidemiologia Clínica**  
**CC 52718906**

88  
S

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52718906

RODRIGUEZ LOPEZ  
APELLIDOS

MARTHA LUCIA  
NOMBRES

MARTHA RODRIGUEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1981

SAN GIL  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67  
ESTATURA

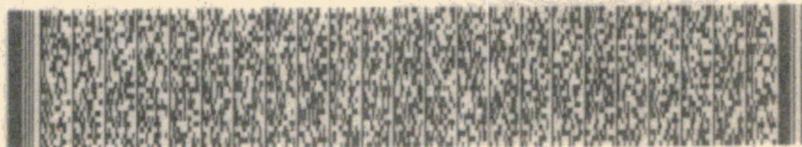
O+  
G.S. RH

F  
SEXO

21-JUN-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500102-42083794-F-0052718906-20010410

0693401094A 02 093452796



La salud es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARTHA LUCIA RODRIGUEZ LOPEZ

C.C. 52718906



MEDICO

Universidad Nacional De Colombia

Bogota D.C.

Grado: 16/12/2014

Rethus: 05/02/2019



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 RH. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

189 18

170 / 7

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

*Médica Cirujana*

A

*Martha Lucia Rodríguez López*

*C.C. 52.718.906 de Bogotá D.C.*

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 16 días del mes de diciembre de 2014

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 2804, Folio 87 del Libro de Diplomas No. 4  
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0143979

19/11/14



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 2698

El consejo de Facultad en su sesión del día 20 de noviembre de 2014 - Acta No. 40

CONSIDERANDO QUE

Martha Lucia Rodríguez López

C.C. 52.718.906 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Medica Cirujana

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 143979 consignado en el Registro No. 2804, Folio 87 del Libro No. 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad

de Bogotá D.C., a los 20 días del mes de noviembre de 2014

PRESIDENCIA  
Consejo de Facultad

SECRETARÍA  
Consejo de Facultad

5/26/17



**McGill**

*Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health*

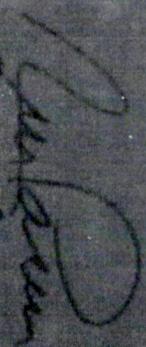
*This is to certify that*

**Ms. Martha Rodriguez**

*Was Registered in the 2017 Epidemiology Summer Session  
and participated in the following course*

*EPIB 654 Pharmacoepidemiology 4 (Pharmacoeconomics)*

*May 29 to June 1, 2017*

  
Gilles Paradis, MD  
Professor and Chair



2  
173



In recognition of being selected by your peers as a presenter during the 2015

Second Asian Symposium on Education, Equity and Social Justice.

*Modified Concentration Index For Measuring Inequities In Health*

**Martha Lucia Rodriguez**

National University of Colombia, Colombia

Takayuki Yamada  
INTESDA  
Chairman, EQUIS 2015



Presented at EQUIS 2015  
The KKR Hotel, Hiroshima, Japan  
December 20-22, 2015

2  
194



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS  
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

con el apoyo del Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual  
Certifican que:

*Martha Lucía Rodríguez López*

Asistió al evento:

## CONSTRUYENDO UNA EPIDEMIOLOGÍA PARA EL FUTURO

y participó en el taller

*Logistic Regression*

Realizado(s) del 9 al 12 de junio de 2015  
Intensidad: 8 horas

EDDAY CORTÉS REYES  
Secretario Académico  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia



Apoio: *Cochrane*  
Servicio de Transferencia de Evidencia

OSCAR ALEXANDER GUEVARA CRUZ  
Coordinador  
Maestría en Epidemiología Clínica  
Universidad Nacional de Colombia



<http://wce2017.umin.jp>

**The 21st International Epidemiological Association (IEA)  
World Congress of Epidemiology (WCE2017)**

**August 19(Sat)-22(Tue), 2017**

Venue **Sonic City, Saitama, JAPAN** Tokyo Area

会場 **ソニックシティ(さいたま市)**

President **Yosikazu Nakamura, MD, MPH, FFPH**

会長 **中村 好一 (自治医科大学 公衆衛生学 教授)**

5<sup>th</sup> September, 2017

Ms. Martha Lucia Rodriguez  
Universidad Nacional de Colombia  
Carrera 45 # 26-85

Dear Ms. Martha Lucia Rodriguez:

**Subject: Letter of certification on presenting at IEA-WCE2017**

Thank you for attending the 21<sup>st</sup> International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE 2017) which was held on 19<sup>th</sup> to 22<sup>nd</sup> of August, 2017 at Saitama, Japan. This letter serves to confirm that you have delivered your presentation at this congress with details as follows:

Presenter Name: **Ms. Martha Lucia Rodriguez**

Abstract Number: **1439**

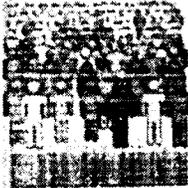
Abstract Title: **Design and validation of a new multivariate and focused index for Measuring Inequities In Health based on the concentration index**

Thank you for your attention.

Sincerely yours,

Yosikazu Nakamura, MD, MPH, FFPH  
Congress President

196 27



Facultad de Ciencias de la Salud &  
Centro de Investigaciones en Ciencias de la  
Salud y Psicosociales



CERTIFICA QUE

*Martha Lucía Rodríguez López*

Asistió al Taller "Herramientas Bioinformáticas para Análisis Genético" realizado del 23 al 25 de Abril de 2015 en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, con una intensidad de 20 horas.



*[Signature]*  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud

*[Signature]*  
Director  
Centro de Investigaciones en Ciencias  
de la Salud y Psicosociales

*[Signature]*  
Profesor Visitante  
Karolinska Institutet - KI



**CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE RODRIGUEZ LOPEZ MARTHA LUCIA  
CEDULA DE CIUDADANIA. 52.718.906**

La suscrita Jefe de la Unidad Administrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia - NIT 899.999.063-3, una vez verificado en el Sistema Financiero QUIPU certifica que la señora **RODRIGUEZ LOPEZ MARTHA LUCIA** identificada con Cédula de ciudadanía No. **52.718.906** celebró con la Institución los contratos que se relacionan a continuación:

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Orden de Prestación de Servicios
<b>No. DE CONTRATO</b>	1193
<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	2069
<b>FECHA DE INICIO:</b>	10/06/2016
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	30/06/2016
<b>OBJETO GENERAL:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN COMO PROFESIONAL, DENTRO DEL COMPONENTE DE REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL PROYECTO: "DESARROLLO DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS EN COLOMBIA"</li> </ul>	
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>COORDINAR EL EQUIPO DE TRABAJO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA, DURANTE LA BÚSQUEDA, SELECCIÓN, ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.</li> <li>ASISTIR Y PARTICIPAR EN LA REUNIÓN DE VALIDACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA NACIONAL DE LINEAMIENTOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS, ACADEMIA Y EXPERTOS NACIONALES.</li> <li>RESPONDER POR EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y ENTREGARLOS EN FORMA ORDENAD AL CONCLUIR EL CONTRATO</li> <li>REVISAR Y AJUSTAR LA PROPUESTA METODOLÓGICA DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y REALIZAR LOS AJUSTES PERTINENTES DESDE SU CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA.</li> <li>ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS MESAS TÉCNICAS DEL PROCESO DE VALIDACIÓN Y AJUSTE DE LA PROPUESTA NACIONAL DE LINEAMIENTOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS ACADEMIA Y EXPERTOS NACIONALES.</li> <li>CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LA CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD DEL CONTRATO ABSTENIÉNDOSE DE DIVULGAR PUBLICAR COMUNICAR DOCUMENTO CORRESPONDENCIA, DECISIONES Y ÓRDENES REFERENTES AL CONTRATO CON CARÁCTER CONFIDENCIAL Y RESTRINGIDO CUMPLIENDO CON LAS NORMAS.</li> <li>APOYAR EL ADECUADO DESARROLLO DEL PROYECTO EN LOS ASUNTOS QUE SEAN RELACIONADOS A SU ROL.</li> <li>ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU PERTINENCIA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PROYECTO Y FORMULACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</li> <li>EVALUAR LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LAS PUBLICACIONES PROPUESTAS PARA INCLUIR EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA METODOLOGÍA DEL PROYECTO.</li> <li>SOCIALIZAR LA METODOLOGÍA DE REVISIÓN SISTEMÁTICA CON EL EQUIPO DE TRABAJO.</li> </ol>	
<b>VALOR TOTAL</b>	\$ 3,000,000.00

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Orden de Prestación de Servicios
<b>No. DE CONTRATO</b>	1203
<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	2069
<b>FECHA DE INICIO:</b>	09/06/2016
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	30/07/2016
<b>OBJETO GENERAL:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL PROYECTO: " CARACTERIZACIÓN INICIAL Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN COLOMBIA"-DEL DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA I SEMESTRE 2016.</li> </ul>	



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA

**CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE RODRIGUEZ LOPEZ MARTHA LUCIA  
CEDULA DE CIUDADANIA. 52.718.906**

<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</b>	
1.	ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS SOBRE ESTUDIOS DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA ESTABLECIDA EN EL PROYECTO.
2.	ELABORAR EL INFORME FINAL DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROYECTO.
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>\$ 4,336,666.00</b>

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Orden de Prestación de Servicios
<b>Nº. DE CONTRATO</b>	1301
<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	2069
<b>FECHA DE INICIO:</b>	17/11/2017
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	30/11/2017

**OBJETO GENERAL:**

- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR TALLERES EN EL MARCO DEL PROYECTO: "AÑO 2017 - MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA II SEMESTRE 2017".

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

1. DESARROLLAR TALLER DE MUESTREO Y PROBABILÍSTICO.
2. DESARROLLAR TALLER SOBRE ESPECIALES DE MUESTREOS Y PROBABILÍSTICO.

<b>VALOR TOTAL</b>	<b>\$ 4,200,000.00</b>
--------------------	------------------------

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Orden de Prestación de Servicios
<b>Nº. DE CONTRATO</b>	1454
<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	2069
<b>FECHA DE INICIO:</b>	07/12/2017
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	31/01/2018

**OBJETO GENERAL:**

- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO: "2017-EXT PROPUESTA PARA LA ESTRUCTURACION TECNICA Y OPERATIVA DE UN MODELO DE EXCELENCIA PARA LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD - RISS DE BOGOTA D.C."

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

1. DEFINIR LINEAMIENTOS PARA EL COMPONENTE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO POR CADA SISS DE LA RISS ADSCRITA A LA SDS DE BOGOTÁ, EN EL MARCO DE LAS RIAs MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER, QUE INTEGREN A LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (IES) DE MANERA SOLIDARIA Y COOPERATIVA EN LA GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN, DE PREGRADO Y POSGRADO, A LOS PROCESOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DE LA RED, EN BENEFICIO DE TODOS LOS ACTORES, Y QUE GENERE INDICADORES DE CALIDAD Y EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN AL USUARIO, HACIA LA CALIDAD DEL SERVICIO, EL RESPETO POR LA DIGNIDAD DEL PACIENTE Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DOCENTE EN CADA CENTRO ASISTENCIAL Y LOS PLANES DE DELEGACIÓN PROGRESIVA ARTICULADOS CON EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL COMPONENTE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.
2. ANALIZAR LOS AVANCES ACTUALES DEL COMPONENTE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN DE LAS ÁREAS RELACIONADAS CON LAS RIAs MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER, ESTABLECER ESTRATEGIAS DE TRABAJO INTEGRADO Y COLABORATIVO CON LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Y OTRAS IES PARA FORTALECER ESTE COMPONENTE EN COORDINACIÓN CON EL CENTRO DISTRITAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD (CDEIS) DE LA SDS.
3. ANALIZAR LOS PARÁMETROS ACTUALES DEL NÚMERO DE ESTUDIANTES POR ACTIVIDAD, SERVICIO HOSPITALARIO, NIVEL DE FORMACIÓN, HORARIO, ETC., ASÍ COMO DEL PERSONAL QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471 Piso 1º, Oficina 134

Telefax: Conmutador: (+57-1) 316 5000 Ext. 15121 Fax: 15123

Correo electrónico: uniam\_fm bog@unal.edu.co

Bogotá, Colombia, Sur América



**CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE RODRIGUEZ LOPEZ MARTHA LUCIA  
CEDULA DE CIUDADANIA. 52.718.906**

- Y APOYO A LA DOCENCIA QUE PRESTAN SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER.
4. ANALIZAR EL INVENTARIO EXISTENTE DE LOS RECURSOS PARA LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO EN LOS SERVICIOS QUE CONFORMARÍAN LAS RIAS MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER INCLUIDA LA CAPACIDAD INSTALADA PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA EN LAS SUBREDES Y LOS RECURSOS QUE DESTINAN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS.
  5. ANALIZAR LAS NORMAS Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE APOYAN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DE LOS SERVICIOS QUE CONFORMARÍAN LAS RIAS MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER, INCLUYENDO EL REGLAMENTO DE PRÁCTICAS FORMATIVAS, PLAN DE DELEGACIÓN PROGRESIVA DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES PARA LOS ESTUDIANTES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN, EL NÚMERO DE ESTUDIANTES POR ACTIVIDADES Y POR NIVEL DE FORMACIÓN, PROGRAMA DE INDUCCIÓN, ENTRE OTRAS.
  6. IDENTIFICAR LAS ACTIVIDADES, SEGÚN EL PLAN DE PRÁCTICAS FORMATIVAS DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN, SUSCEPTIBLES DE DELEGAR PROGRESIVAMENTE PARA LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS POR LOS ESTUDIANTES Y LOS SERVICIOS DONDE SE DEBEN REALIZAR DENTRO DE LA RIAS MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER.
  7. IDENTIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE SE DESARROLLAN Y QUE FACILITAN LA EJECUCIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER COMO LA ASIGNACIÓN Y EL USO DE SALONES, LOCKERS, DESCANSO Y OTRAS CONDICIONES DE BIENESTAR.
  8. IDENTIFICAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO DENTRO DE LA RED PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER Y ANALIZAR LOS INDICADORES QUE PERMITEN SU SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN
  9. ANALIZAR EN CADA SUBRED DE SS EL DESARROLLO DEL CONVENIO ACTUAL EN CON CADA UNO DE LOS ACTORES.
  10. ANALIZAR ACORDE A LA CAPACIDAD INSTALADA, DEMANDA DE SERVICIOS, NIVEL DE FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y DEMÁS VARIABLES LOS RECURSOS ACTUALES PARA LA GESTIÓN DE LA DOCENCIA EN CADA SUBRED DE SS.
  11. ANALIZAR EN TERRENO CON LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PRESENTES EN CADA SUBRED LOS RECURSOS INSTITUCIONALES PARA LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES
  12. ANALIZAR LOS RECURSOS ACTUALES DE FORMACIÓN CONTINUA EN LA RISS
  13. ANALIZAR EN CADA SISS LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
  14. ANALIZAR CON EL TALENTO HUMANO DE LAS RIAS MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA Y PLANTEAR UNA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN.
  15. ANALIZAR LOS COMPONENTES EXISTENTES ACTUALMENTE DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA SDS Y LAS 4 SISS
  16. IDENTIFICAR LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN, EN EL ÁREA MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER O RELACIONADOS, DE LA RISS, SDS Y SISS, CON EL FIN DE ESTABLECER ACERCAMIENTOS PARA PLANTEAR LINEAMIENTOS DE TRABAJO INTEGRADO Y COLABORATIVO ENTRE ELLOS Y LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Y OTRAS IES EN EL ÁREA MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER O ÁREAS ASOCIADAS COMO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENTRE OTRAS.
  17. CONOCER Y ANALIZAR LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PRIORIZADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, GESTACIÓN, POBLACIÓN INFANTIL, POBLACIÓN FEMENINA, POR PARTE DEL CDEIS DE LA SDS.
  18. CONOCER Y ANALIZAR LAS LÍNEAS DE TRABAJO INSTAURADAS PARA LA GESTIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS EN EL ÁREA MATERNO INFANTIL Y DE LA MUJER.
  19. ANALIZAR CON LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE CADA SUBRED DE SS. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN EL MARCO DE LOS PROCESOS ACTUALES Y SUS PROPUESTAS DE MEJORAS Y FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.
  20. APOYAR LA DIRECCIÓN DEL CONVENIO Y A LOS DEMÁS COORDINADORES EN EL LEVANTAMIENTO, INTEGRACIÓN, RETROALIMENTACIÓN, ANÁLISIS, Y EN LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SEAN NECESARIAS PARA CUMPLIR CON EL CONVENIO 1197 DEL 2017.
  21. REALIZAR LAS VISITAS DE CAMPO NECESARIAS PARA EL LOGRO DEL OBJETO DE LA ODS Y DEL CONVENIO 1197.
  22. PRESENTAR ACTAS, FOTOS Y DEMÁS REGISTROS DE LAS VISITAS Y REUNIONES SOSTENIDAS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
  23. PRESENTAR UN INFORME PRELIMINAR DE AVANCE DEL DIAGNÓSTICO, ACORDE A LAS NECESIDADES QUE SE DEBEN CUBRIR CON LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EN EL MARCO DEL CONVENIO.
  24. ASISTIR A LAS REUNIONES DE TRABAJO CITADAS POR EL COORDINADOR DEL ÁREA O POR DIRECTOR DEL CONVENIO.
  25. PRESENTAR LOS INFORMES QUE SEAN NECESARIOS PRODUCTO DE LA ODS Y DEL CONVENIO 1197, PREVIO AL PAGO, EN MEDIO FÍSICO Y DIGITAL.

VALOR TOTAL

\$ 7.000.000.00

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471 Piso 1º, Oficina 134

Telefax: Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext: 15121 Fax: 15123

Correo electrónico: uniadm\_fmbog@unal.edu.co

Bogotá, Colombia, Sur América



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE RODRIGUEZ LOPEZ MARTHA LUCIA  
CEDULA DE CIUDADANIA. 52.718.906**

TIPO DE CONTRATO	Orden de Prestación de Servicios
Nº. DE CONTRATO	252
ÁREA CONTRATANTE	2069
FECHA DE INICIO:	16/04/2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	29/06/2018
OBJETO GENERAL:	<ul style="list-style-type: none"><li>• PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR LOS TALLERES A LOS ESTUDIANTES DE LA MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA</li></ul>
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. DESARROLLAR TALLERES SOBRE MUESTREO Y PROBABILISTICO, ESPECIALES DE MUESTREOS Y PROBABILISTICO, TAMAÑO DE MUESTRA EN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y MÉTODOS NO PROBABILISTICOS, DISEÑO Y APLICACIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS MÓDULOS DE MUESTREO Y EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR.</li><li>2. RESOLVER DUDAS E INQUIETUDES DE LOS PARTICIPANTES</li></ol>
VALOR TOTAL	\$ 8,300,000.00

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 15 días del mes de mayo de 2018.

Firma

**ANGELA MARÍA RAMÍREZ OROZCO**

Jefe de Unidad (e)

Tel. 3165000- Exts. 15123

Clara Jenneth Martínez Acosta.

20/29



#### **Autores**

---

**Doctor Luis Carlos Ochoa V.**

Pediatra y Puericultor Clínica León XIII, Coordinador de la Red de Programas de Atención al Niño, Estrategia AIEPI en el Seguro Social Regional Antioquia, Coordinador de Postgrado de Pediatría en la U.P.B. y Profesor de la Facultad de Medicina de la UPB.

**Doctor Ricardo Posada S.**

Pediatra Neumólogo, Coordinador de Postgrados Clínicos de la Facultad de Medicina del CES, Profesor de Postgrado en Pediatría del CES y de la UPB.

**Doctor Felipe Restrepo N.**

Pediatra, Coordinador encargado del Departamento de Pediatría de la Clínica León XIII, Profesor de la Facultad de Medicina de la UPB.

**Lic. Patricia Aristizábal M.**

Trabajadora Social Clínica León XIII, Coordinadora de la Red de Maltrato Infantil en el Seguro Social Seccional Antioquia.

Este material ha sido tomado y adaptado de varias fuentes: Curso Clínico de AIEPI genérico de la Organización Panamericana de la Salud, el curso clínico adaptado para Colombia, la Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia, así como una amplia bibliografía de la Organización Mundial de la Salud, de la OPS y de otras fuentes; además de la experiencia proporcionada durante cinco años en la puesta en marcha y seguimiento de esta estrategia.

Con el apoyo de:

**SUSALUD**

202 ✓ 29

### **Medidas específicas**

- Mínima alteración: evitar estímulos que aumenten ansiedad.
- Oxígeno humidificado con sistemas de bajo o alto flujo, buscando saturación > de 92%.
- Manejo de fiebre y deshidratación si las hay.
- Nebulización : 1) Epinefrina racémica: 0,05 ml/Kg. de solución al 2.25% diluída en 3 ml de SSN. Dosis máxima: 0,5 ml cada 30 minutos, bajo monitorización, vigilar taquicardia grave, 2) es equivalente a nebulizar 5 ampollas de adrenalina por cada sesión de nebulización. Si después de 3 dosis en 90 min no hay mejoría significativa, se debe considerar intubación. Observar mínimo 4 horas después de la última MNB, pues puede haber un efecto de rebote.
- Corticosteroides: aunque discutidos, en casos severos se puede considerar su uso: Dexametasona 0,6 mg. /Kg. en dosis única ya sea IM ó IV.
- Control de la vía aérea - Indicaciones para intubación.
- Intensidad creciente de las retracciones.
- Empeoramiento del estridor.
- Menor estridor, pero aumento del jadeo respiratorio.
- Sensorio alterado.
- Empeoramiento de la hipoxia, la hipercarbia o ambas

**Nota:** NO están indicados los antibióticos, salvo en aquellas condiciones en las que se evidencia cuadro de infección bacteriana como la epiglotitis o sobreinfección como sería el caso de la traqueitis bacteriana.

## **Infecciones Respiratorias Agudas Inferiores Neumonías y Bronconeumonías**

### **Definición**

Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar . El compromiso localizado a un lóbulo se denomina clásicamente neumonía lobar; cuando el proceso está limitado a los alvéolos contiguos a los bronquios o se observan focos múltiples, se denomina bronconeumonía. Para efectos prácticos el término neumonía engloba ambos conceptos.

### **Epidemiología**

Como se ha mencionado previamente, las neumonías y bronconeumonías son causa frecuente de morbilidad y desafortunadamente también de mortalidad en especial en poblaciones con factores de riesgo elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo o en la presencia del niño, contaminación intra y extra domiciliaria, etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos el riesgo de neumonías bacterianas.

### **Etiología**

La etiología de las IRA de vías aéreas inferiores en los niños es viral en la mayoría de casos. Cuando estamos frente a situaciones en las cuales hay predominio de compromiso alveolar como son la neumonía y bronconeumonía, en países en desarrollo y en especial ante poblaciones con factores de alto riesgo, la etiología bacteriana llega a predominar sobre los virus; la frecuencia relativa de diversos patógenos, varía según el contexto en que se adquirió la infección; en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus* el 9%; deben tenerse en mente la *Chlamydia trachomatis* en niños entre los 2 y 4 meses de edad y el *M. pneumoniae*, en mayores de 5 años los cuales, por lo general ocasionan una enfermedad leve. Se estima que los bacilos entéricos gramnegativos y *Pseudomona aureginosa*, son causas poco frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad y por el contrario, son responsables de más del 50% de las neumonías hospitalarias o neumonías nosocomiales.

### **Clínica**

Su intensidad, severidad o gravedad, es muy variable. La tos, la fiebre la polipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar signología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o

2007/30

zonas comprometidas; el malestar general y el compromiso del estado general varía según la severidad del cuadro clínico.

Enfoque según diagnóstico de severidad y según diagnósticos nosológicos

Como mencionamos previamente el programa de atención en IRA, como estrategia mundial de las organizaciones de salud OPS, OMS y UNICEF (planteado en el contexto de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI), tienen como objetivo fundamental disminuir la mortalidad, buscando elementos que faciliten la atención en los diferentes niveles. Para ello es clara la importancia de aplicar el enfoque según diagnóstico de severidad, con los indicadores que muestran la mayor sensibilidad y especificidad, pero que además sean sencillos de aplicar.

La clasificación para el manejo estándar de casos de IRA esta basada en signos claramente definidos que orientan ante todo dos decisiones de tratamiento: Prescribir o no antimicrobianos y tratar al niño en la casa o referirlo para su hospitalización.

Como la auscultación del tórax en condiciones ideales y por personal muy calificado, predice tan sólo alrededor de la mitad los casos de neumonía en niños, se buscan otros signos que son mejores pronosticadores, de acuerdo a estudios clínicos multicéntricos:

- Respiración rápida
- Tiraje
- Signos de enfermedad muy grave

La respiración rápida, o taquipnea es un indicador sensible y específico de la presencia de neumonía. Se considera que la frecuencia respiratoria esta elevada cuando:

- La frecuencia respiratoria es de **60 o más veces por minuto** en lactantes menores de 2 meses.
- La frecuencia respiratoria es más de **50 o más veces por minuto** en los lactantes de 2-11 meses.
- La frecuencia respiratoria es de **40 o más veces por minuto** en niños de 1-4 años.

El tiraje subcostal persistente en el niño mayor de 2 meses es el indicador clínico con mejor sensibilidad y especificidad para definir una neumonía que altere la distensibilidad pulmonar, y requiere de oxígeno suplementario en el manejo básico, implicando, salvo consideraciones especiales, manejo hospitalario.

Los indicadores de mayor sensibilidad para un cuadro de IRA, con riesgo alto de muerte son: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía o bronconeumonía:

Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses, vomita todo.

- **Neumonía grave:** cuadro clínico de IRA más retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave y/o estridor en reposo.
- **Neumonía:** cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencia de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave.
- **No neumonía:** cuadro clínico de IRA, sin ninguno de los indicadores para los otros niveles de severidad.

Es frecuente encontrar componente bronco-obstructivo, en un niño con infección respiratoria aguda; dicha broncoobstrucción produce aumento de la frecuencia respiratoria y tiraje, lo cual puede generar confusión con el diagnóstico de neumonía; este componente debe evaluarse y tratarse para lograr adecuada interpretación a los indicadores de severidad; especial consideración debe tenerse con los casos que presentan cuadros recurrentes. Una nueva evaluación después de un manejo adecuado en especial del componente broncoobstructivo debe llevar a una reclasificación del nivel de severidad para cada caso en particular.

200/31

## Neumonía

Clasificación y manejo del niño de 2 meses a 4 años

Signos de gravedad	Clasifique	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> <li>No puede beber</li> <li>Convulsiones</li> <li>Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o desnutrición grave.</li> <li>Vomita todo</li> </ul>	<b>Enfermedad muy grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización e inicio antibiótico indicado.</li> <li>Trate la fiebre.</li> <li>Trate la sibilancia</li> <li>Interconsulta con pediatra o especialista</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiraje</li> <li>Estridor en reposo</li> </ul>	<b>Neumonía grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización e inicio antibiótico indicado.</li> <li>Trate la fiebre.</li> <li>Trate la sibilancia</li> <li>Interconsulta con pediatra o especialista.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No tiene tiraje.</li> <li>Respiración rápida (50 x minuto o más, si tiene de 2 a 11 meses; 40 x minuto o más, si tiene de 1 a 4 años).</li> </ul>	<b>Neumonía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicie antibiótico indicado</li> <li>Trate la fiebre</li> <li>Trate la sibilancia</li> <li>Control diario, si el paciente no mejora evalúe cambio de antibiótico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No tiene tiraje.</li> <li>No tiene respiración rápida (menos de 50 x minuto, si el niño tiene de 2 a 11 meses; menos de 40 por minuto si tiene de 1 a 4 años).</li> </ul>	<b>No es neumonías o resfriado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si tose más de 15 días, evalúe y trate otros problemas.</li> <li>Cuidado en la casa.</li> <li>Trate la fiebre.</li> <li>Control en 2 días para , o antes si empeora o sigue igual.</li> </ul>

## Lactante pequeño (de una semana hasta 2 meses de edad)

Signos de enfermedad grave	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dejó de alimentarse o</li> <li>Convulsiones o</li> <li>Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o</li> <li>Quejido o</li> <li>Estridor en reposo o</li> <li>Sibilancia o</li> <li>Fiebre (38.0 °C) o temperatura baja (menos de 36.0 °C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización urgente y administración de antibiótico indicado**</li> <li>Interconsulta con especialista</li> </ul>

<b>Signos de neumonía grave</b>	<b>Manejo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiraje grave o</li> <li>• Respiración rápida (60 x minuto o más)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización URGENTE. Y administración de antibiótico indicado **</li> <li>• Interconsulta con especialista</li> <li>• Mantenga al bebé abrigado</li> </ul>
<b>No es neumonía: tos o resfriado</b>	<b>Manejo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene tiraje grave y</li> <li>• No tiene respiración rápida (menos de 60 x minuto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir a la madre para cuidado en casa : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener el bebé abrigado.</li> <li>- Amamantarlo con frecuencia.</li> <li>- Limpiarle la nariz si la obstrucción interfiere con la alimentación.</li> </ul> </li> <li>• Regresar rápidamente si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respira con dificultad.</li> <li>- Respira rápidamente.</li> <li>- Es difícil alimentarlo.</li> <li>- La salud del bebé empeora.</li> </ul> </li> </ul>

Todo niño evaluado por una Infección Respiratoria Aguda, debe ser vinculado de inmediato a un programa de crecimiento y desarrollo de niño sano, una vez finalice su tratamiento.

Dichos diagnósticos de severidad independiente que puedan incluir en sí varias entidades permiten una orientación oportuna de los niños con IRA para definir un manejo de atención inicial; dichos indicadores son los mínimos que deben incluirse en un caso de IRA evaluado en cualquiera de los niveles de atención, pero cuando el caso es valorado por un médico y mucho más mientras mayor sea el nivel de experiencia y de entrenamiento en el manejo de niños, dichos indicadores deben estar complementados de acuerdo a cada situación y caso en particular, de los demás aspectos de evaluación médica, buscando complementar el diagnóstico de severidad propuesto en el programa IRA, con un diagnóstico nosológico lo más preciso posible, de acuerdo a la necesidad de cada caso, teniendo siempre en mente el racionalizar los recursos empleados en la búsqueda de dicho diagnóstico.

### **Exámenes paraclínicos**

Si bien un porcentaje importante de los niños con IRA en especial los de manejo ambulatorio, pueden tratarse sin la necesidad de realizar exámenes

205 31

paraclínicos, en algunas condiciones, en base a un análisis individual del médico tratante, se debe definir la justificación o no de ayudas paraclínicas, buscando precisar algún aspecto en particular; no obstante se debe tener presente que la interpretación de los Rx de tórax, el CH y la P.C reactiva, para diferenciar entre neumonía viral y bacteriana, debe ser realizada cuidadosamente y a la luz de todos los datos en conjunto. En los casos que ameriten manejo hospitalario, dada la severidad del caso, existe mayor justificación para acudir a apoyo diagnósticos paraclínicos diversos, pero es muy importante individualizar cada situación, buscando al máximo un equilibrio entre el costo beneficio de cada uno de ellos, para un caso en particular.

### **Tratamiento de la Neumonía**

Enfermedad muy grave equivalente a neumonía en paciente séptico.

Es indicación de hospitalización; amerita al máximo aclarar patología de base.

#### **Medidas de soporte:**

Oxigenoterapia según requerimientos idealmente con base a control de oximetría de pulso buscando saturaciones mayores de 90%; con preferencia por sistemas de bajo flujo (cánula nasal), líquidos IV y aporte nutricional de acuerdo a las características de cada caso en particular, manejo de la fiebre ( $T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$ ) y desobstrucción nasal.

#### **Antibióticos :**

- **< 2m:** oxacilina (200 mg/k/día) c/6h y gentamicina (6 mg/k/día) c/12h. Evalúe justificación de cefalosporinas de 3a. generación.
- **2m: 1)** cloranfenicol (100mg/kg/día) c/6h + oxacilina (200mg/Kg/d) c/6h  
2) cefotaxime (200 mg/k/día) C/6h + oxacilina (200 mg/k/día) c/6h.  
3) ceftriaxona (100 mg/k/día) 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores.

Trate "agresivamente" en forma simultánea el síndrome broncoobstructivo si lo tiene.

Manejo idealmente por pediatra y con valoración por infectología y/o neumología y/o UCI pediátrica, según análisis individual de cada caso.

En **infecciones bacterianas graves**, si no es posible realizar interconsulta con pediatra o especialista, administrar penicilina sódica cristalina cada 6 horas MÁS gentamicina cada 8 horas. En niños menores de una semana, administrar gentamicina cada 12 horas.

### **Neumonía grave**

- Hospitalice
- **Medidas de soporte:** Semejantes a la anterior situación
- **Antibióticos :**
  - < 2 m: ampicilina (200mg/kg/d) c/6h y gentamicina(6 mg/k/día) c/12h x 4 d.
  - 2 m: penicilina cristalina (200.000 U/k/día) o ampicilina (200 mg/k/día) repartidas en dosis de c/6h x 4 a 7 días.
  - Considere opción al cuarto día de continuar VO amoxicilina (100 mg/k/día) repartida en dosis de c/8h hasta completar 10 días. Manejo simultáneo de SBO si lo tiene.

### **Neumonía inicial**

- Manejo ambulatorio si las características familiares lo permiten.
- Medidas de soporte en casa: manejo de la fiebre, continuar alimentación, administración abundante de líquidos fraccionados; recomendar desobstrucción nasal frecuente según necesidad.
- No se recomiendan antitusivos ni vaporizaciones ni terapia respiratoria .
- Indicar signos de alarma.
- Antibióticos : Los cuatro (4) antibióticos a considerar en primera línea son :
  - Trimetoprim-sulfametoxazol - Amoxicilina
  - Ampicilina - Penicilina Procaínica

#### **Dosis y esquemas de administración en manejo ambulatorio**

<b>Antibiótico</b>	<b>Dosis y vía de administración</b>
Penicilina procaínica	50.000 unidades por Kg., una dosis diaria durante 7 días. Administración: vía intramuscular.
Amoxicilina	80-90 mg/kg/día, repartida en 3 dosis diarias. Administración vía oral x 7 días.
Ampicilina	200 mg/kg/día en 4 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días.
Trimetoprim-Sulfametoxazol	10 mg/kg/día, tratamiento repartido en 2 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. (Evite el Trimetopim Sulfa en lactantes prematuros menores de un mes)

206 33

La neumonía debe tratarse con cualquiera de estos antibióticos durante siete días. Estos son eficaces contra el *S. Pneumoniae*, incluyendo en las cepas parcialmente sensibles a la penicilina y el *H. influenzae*, que son la causa más frecuente.

La penicilina benzatínica, administrada como dosis intramuscular única de larga acción, no produce los niveles sanguíneos necesarios para inhibir el *H. influenzae*. La penicilina V (fenoximetil-penicilina) y la eritromicina tampoco logran alcanzar niveles adecuados contra el *H. influenzae*. Por esta razón no son antibióticos de primera línea recomendados en el tratamiento empírico de la neumonía. El cloranfenicol y la penicilina cristalina se reservan para el tratamiento hospitalario.

### **Atención educativa para el hogar**

Enseñanza a la madre para el cuidado en el hogar de los niños de 2 meses a 4 años con Infecciones Respiratorias:

- **Enseñar a los padres la administración correcta del antibiótico**
- **Alimentar al niño:** Durante la enfermedad darle al niño mayor de 4 meses comidas blandas variadas y apetitosas que más le gustan a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia. Es ideal continuar con la lactancia materna, explicando a la madre que si disminuye el tiempo de toma, debe aumentar la frecuencia. Se debe incrementar la alimentación posterior a la enfermedad para recuperar la pérdida de peso por la misma, esto se logra ofreciendo una comida adicional diaria.
- **Aumentar los líquidos:** El niño con IRA, pierde más líquido de lo normal, especialmente si tiene fiebre, por tanto se debe ofrecer líquidos adicionales.
- **Limpiar las fosas nasales:** es importante mantener las fosas nasales permeables, lo cual se logra realizando lavado con solución salina o mezcla preparada en casa (a cuatro onzas de agua hervida agregue media cucharadita tintera de sal), aplique un goterado de esta solución en cada fosa nasal, cada tres o cuatro horas o a necesidad. No usa vasoconstrictores tópicos o sistémicos.

- **Aliviar la Tos:** La madre puede suavizar la garganta y aliviar la tos con remedios caseros como té o miel con limón. Siendo la tos uno de los mecanismos de defensa del pulmón, **no** están indicados el uso de **antitusivos expectorantes o mucolíticos**. Por otro lado no cabe duda que un adecuado estado de hidratación es el mejor mucolítico. Tampoco deben usarse sustancias grasosas volátiles y petroladas ni las mentoladas.
- **Vigilar los signos de alarma:** Es la recomendación más importante sobre la atención en el hogar, vigilar en el niño los signos que indican que puede tener una neumonía e instruir para que consulte inmediatamente si:
  - La respiración se hace difícil
  - La respiración se acelera
  - El niño tiene incapacidad para beber
  - La salud del niño sigue igual o empeora.
- **Asistir al control.** Debe evaluarse el niño con neumonía a los dos días o antes, si existe justificación médica para ello, y decidir si ha empeorado, esta igual o está mejorando.

**Enseñanza para el cuidado en el hogar para un niño menor de dos meses:**

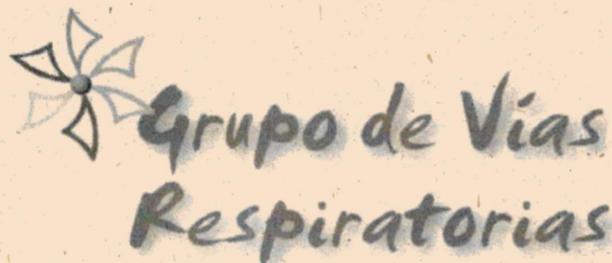
- Mantener abrigado.
- Continuar la lactancia.
- Limpiar la nariz con solución salina como se indicó para el niño mayor de 2 meses, idealmente tibia previamente, en especial aplicarla antes de dar alimentación y NUNCA en el periodo postprandial inmediato.
- Estar muy atento a la aparición de signos de peligro, en especial, disminución de la ingesta de alimentos.
- Consultar de inmediato ante cualquier inquietud.

## **Bronquiolitis**

### **Definición**

Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años.

2017 34



Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Protocolos del GVR  
(P-GVR-8-gr)

## NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

### Guía Rápida

#### El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía

**Autor:**

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

**Redactores:**

M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano  
José Murcia García  
M<sup>a</sup> Teresa Asensi Monzó

**Revisión por pares:**

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda Garcia Merino (Asturias), Alfonso Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias).

**Fecha de publicación:**

8 de febrero de 2013

**Cómo citar este protocolo:**

Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad .  
Protocolos del GVR (publicación P-GVR-8-gr) [consultado día/mes/año]. Disponible en:  
<http://acpap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/protocolos-del-gvr> □

## Puntos clave

### Etiología

- ✦ La **edad es el mejor predictor de la etiología (B+)**: Los virus suelen afectar a niños menores de 3 años. Neumococo supone la primera causa de neumonía bacteriana en la infancia, con una incidencia similar en distintas edades (20-40%). *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae* afectan principalmente a niños mayores de 5 años y adolescentes.

### Diagnóstico

- ✦ El **diagnóstico es fundamentalmente clínico**:
  - En menores de 5 años con fiebre, la taquipnea es el signo clínico más útil para diferenciar infecciones respiratorias de vías altas o bajas. La ausencia de taquipnea descarta la existencia de neumonía con una probabilidad del 85% (97,4% para menores de 2 años) **(B+)**.
  - En niños menores de 5 años, los datos de más valor para el diagnóstico son la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O<sub>2</sub> menor de 93-94%.
  - Clásicamente se han descrito dos formas clínicas de neumonía **(Tabla I)**: típica, más propia de neumonía bacteriana y atípica relacionada con etiología vírica, *Mycoplasma* y *Clamidia pneumoniae*.
- ✦ La **Rx de tórax** es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico de certeza de neumonía, pero no está indicada realizarla de forma rutinaria en todos los casos **(A-)**.
  - Se recomienda obviar el estudio radiológico en niños con fiebre sin taquipnea salvo que otros datos del paciente lo justifiquen **(B+)**.
  - La proyección frontal suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de neumonía **(B-)**.
  - Existen fundamentalmente dos patrones radiológicos (alveolar más propio de etiología bacteriana, e intersticial atribuido a vírica) pero no existen datos radiológicos patognomónicos de una etiología concreta y es la edad del niño la que tiene más correlación con el agente causal que la imagen radiológica.
- ✦ Las **pruebas complementarias** de laboratorio aportan poca información y no se recomiendan en AP.
- ✦ No se recomienda solicitar estudios microbiológicos en AP **(D)**.
- ✦ El **pulsioxímetro** debe estar disponible en AP **(D)**.

*Handwritten signature and initials*

- La Sat O<sub>2</sub> es uno de los patrones más sensibles para establecer la gravedad.
  - El pulsioxímetro se debe mantenerse durante al menos 30 segundos de registro estable.
  - Se recomienda remitir al hospital si la Sat O<sub>2</sub> es < de 92% (B+).
- ✦ **Mantoux:** realizar ante sospecha clínica o epidemiológica. No indicado de forma rutinaria ante cualquier neumonía en AP, pero además de los ambientes marginales, cada vez más se deben tener en cuenta los viajes y movimientos migratorios de población de áreas de alta prevalencia (D).
- ✦ La **gravedad** de la neumonía debe valorarse en función de:
- Estado general del paciente
  - El compromiso respiratorio.
  - La Sat O<sub>2</sub> ≤ 92-93%

### Tratamiento

- ✦ **Medidas generales:** antitérmicos para controlar la fiebre. No se recomienda fisioterapia (A-). Los antitusígenos, mucolíticos o expectorantes tampoco están recomendados (D).
- ✦ En **niños previamente sanos**, incluso en menores de 2 años, **sin criterios de gravedad**, poca afectación clínica, entorno familiar informado y colaborador y con alta accesibilidad a los recursos sanitarios, puede ser aceptable una actitud expectante si tratamiento antibiótico (C).
- ✦ **Los demás niños con NAC que no cumplan los requisitos descritos** deben recibir tratamiento antibiótico empírico (C), en función de la sospecha etiológica, edad del niño y resistencias bacterianas (Tabla II).
- ✦ **Si se sospecha etiología bacteriana**, el neumococo es el agente más probable y amoxicilina el antibiótico de elección (B+).
- ✦ En **niños mayores de 5 años** con sospecha de neumonía por *chlamydia* o *mycoplasma* el tratamiento de elección son los macrólidos (D).
- ✦ El tratamiento con antibióticos orales en pacientes con NAC leve/moderada es eficaz y seguro (A+).

### Criterios de ingreso hospitalario

- Edad < de 6 meses.
- Apariencia de enfermedad grave: inestabilidad hemodinámica, afectación del estado de conciencia, convulsiones...
- Dificultad respiratoria marcada.
- Necesidad de oxigenoterapia. Sat O<sub>2</sub> constantemente menor de 91%.

- Enfermedades subyacentes.
- Vómitos y deshidratación que dificulten el tratamiento por vía oral.
- Falta de respuesta al tratamiento empírico.
- Dudas en la cumplimentación terapéutica.
- Problema social.

### Seguimiento

- ✦ Se recomienda control clínico a las 24-48 horas o más tarde en función de la evolución.
- ✦ No se recomienda realizar **Rx de control** en niños previamente sanos con buena evolución clínica (**B+**).
- ✦ Ante una neumonía persistente o recurrente se debe plantear también otro diagnóstico.

### Medidas preventivas

- Lactancia materna (**B+**).
- Evitar el humo de tabaco (**B-**).
- Limitar la transmisión de infecciones respiratorias: lavado de manos (**A-**), retrasar la entrada en la guardería.
- Vacunación: es la medida de prevención con mayor impacto (**B+**).
  - Gripe: anual a partir de los 6 meses, a niños de riesgo.
  - H influenzae b: Incluida en calendario de vacunación infantil de forma sistemática.
  - Neumococo conjugada: Se recomienda administrar aunque no se encuentre actualmente incluida en los calendarios vacunales de todas las comunidades.

602  
36

Tabla I. Características de la neumonía\*

Neumonía típica	Neumonía atípica
Comienzo súbito	Comienzo gradual
Fiebre > 38,5°C	No fiebre o febrícula
Tos productiva	Tos seca
Escalofríos, dolor costal, dolor abdominal, herpes labial	Cefalea, mialgias, artralgias
Auscultación de condensación focal (hipoventilación, soplo tubárico, crepitantes)	No focalidad en la auscultación (a veces sibilancias)
Rx: condensación lobar o segmentaria, derrame pleural	Rx: predomina patrón intersticial

\*Orientan hacia una u otra etiología, pero no son patognomónicas.

La neumonía típica es más propia de etiología neumocócica y *H influenzae* y la atípica de virus, *Mycoplasma* y *Chlamydia*.

Tabla II. Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Atención Primaria.

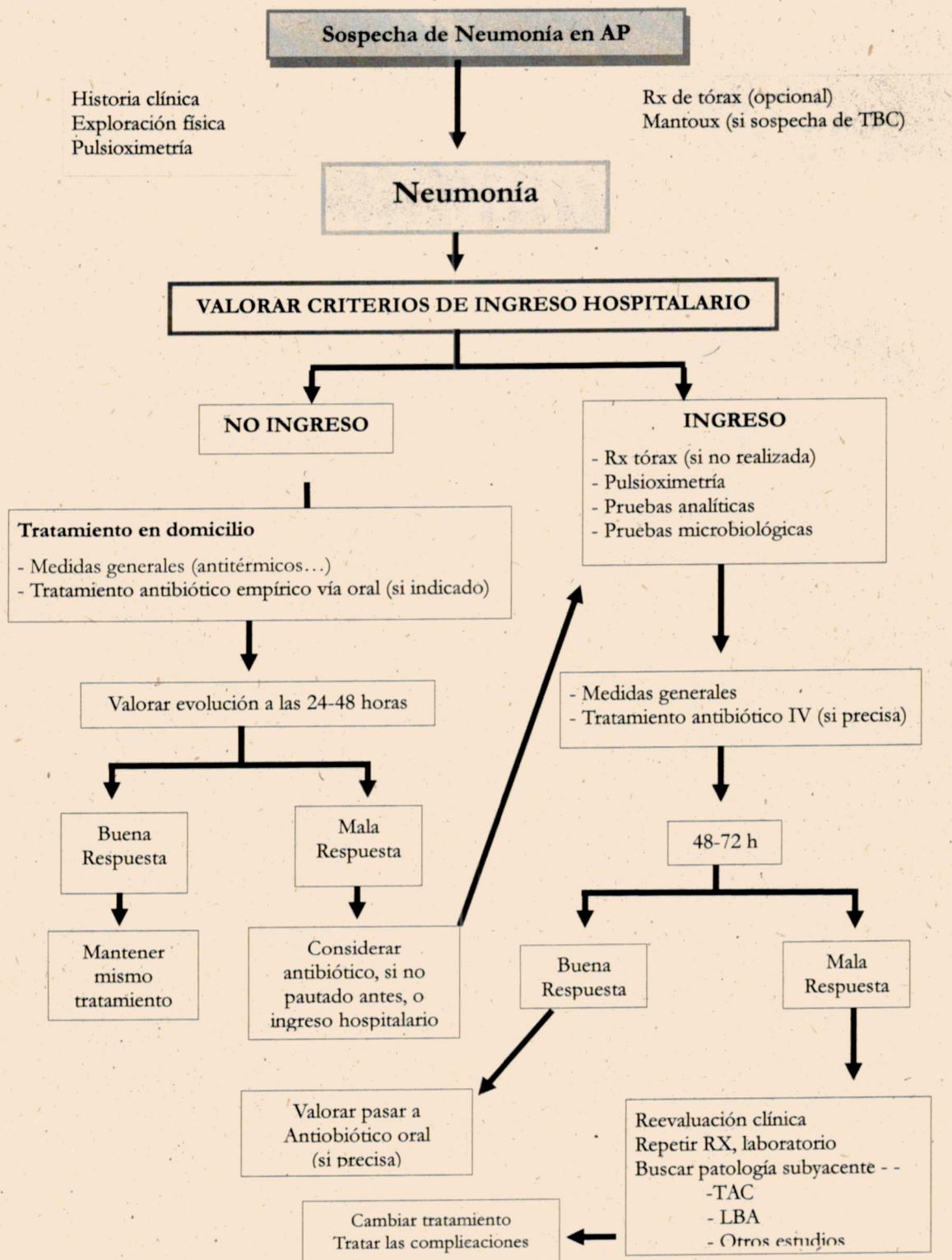
Edad	Datos Clínicos	Agente más frecuente	Tratamiento Ambulatorio	
			Elección	Alternativa
3 MESES a 5 AÑOS	VACUNADO <i>H. Influenzae b</i>	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilina oral (50-100 mg/Kg/día, en 3 dosis)*#	
	NO VACUNADO <i>H. Influenzae b</i>	<i>H. influenzae b</i> y <i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilina/clavulánico oral (50-100 mg/Kg/día de amoxicilina y hasta 10 mg/Kg/día de ac. clavulánico, en 3 dosis)*# o Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día, en 2 dosis)*	Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día en 2 dosis) o Ceftriaxona IM (50-100 mg/Kg/día, en 1 dosis)
> 5 AÑOS (HASTA 18 AÑOS)	NEUMONÍA TÍPICA	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilina oral (50-100mg/Kg/día, en 3 dosis)*# (máx 6 g/día)	Cefuroxima axetilo oral (30mg/Kg/día en 2 dosis) (máx 500 mg/12 h)
	NEUMONÍA ATÍPICA	<i>M. Pneumoniae</i> <i>C. Pneumoniae</i>	Claritromicina: 7 días (15 mg/Kg/día en 2 dosis) (máx 1000 mg/día). o Azitromicina: 3 días (10 mg/Kg/día en 1 dosis) (máx 500 mg/día) o 5 días (10 mg/Kg/día el primer día y 5 mg/kg/día 4 días)	Sólo en casos muy seleccionados: Cefpodoxina proxitelo oral (10 mg/Kg/día, en 2 dosis) o Cefprozil oral (15-30 mg/Kg/día, en 2 dosis) o Ceftriaxona IM (50-100 mg/Kg/d, en 1 dosis)
	NO CLASIFICADA	Cualquiera de los anteriores	Amoxicilina oral (50-100 mg/Kg/día, en 3 dosis)# + Macrólido	Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día, en 2 dosis) + Macrólido

\*En general en NAC no complicada se recomienda tratamiento antibiótico empírico durante 7 días.

# En función de resistencias de la zona.

210 / 32

### Algoritmo de Actuación ante Neumonía Adquirida en la Comunidad en la edad pediátrica



21/3

Institutos Nacionales de la Salud / Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Tiraje intercostal

Dirección de esta página: //medlineplus.gov/spanish/ency/article/003322.htm

## Tiraje intercostal

El tiraje intercostal se da cuando los músculos entre las costillas tiran hacia dentro. El movimiento casi siempre es un signo de que la persona tiene un problema respiratorio.

El tiraje intercostal es una emergencia.

### Consideraciones

La pared torácica es flexible, lo cual ayuda respirar normalmente. El tejido rígido llamado cartilago fija las costillas a el hueso del pecho (esternón).

Los músculos intercostales son los músculos entre las costillas. Durante la respiración, estos músculos normalmente se contraen y jalan la caja torácica hacia arriba. El tórax se expande y los pulmones se llenan de aire.

El tiraje intercostal se debe a la reducción en la presión del aire dentro del tórax. Esto puede suceder si la vía respiratoria alta (tráquea) o las pequeñas vías respiratorias de los pulmones (bronquiolos) están parcialmente obstruidas. Como resultado, los músculos intercostales se retraen hacia dentro, entre las costillas, cuando usted respira. Este es un signo de las vías respiratorias bloqueadas. Cualquier problema de salud que cause un bloqueo en las vías respiratorias ocasionará tiraje intercostal.

### Causas

El tiraje intercostal puede ser causado por:

- Una severa, reacción alérgica de todo el cuerpo llamada Anafilaxia
- Asma
- Inflamación y acumulación de moco en las vías aéreas más pequeñas de los pulmones (bronquiolitis)
- Problema para respirar y tos de perro (crup)
- Inflamación del tejido que tapa la tráquea (epiglotitis)
- Cuerpo extraño en la tráquea
- Neumonía
- Un problema pulmonar en recién nacidos llamado síndrome de dificultad respiratoria

- Acumulación de pus en los tejidos por detrás de la garganta (absceso retrofaríngeo)

## Cuándo contactar a un profesional médico

Busque atención médica de inmediato si se presenta tiraje intercostal. Esto puede ser signo de vías aéreas bloqueadas, que rápidamente se puede convertir en una situación que ponga en peligro la vida.

Igualmente, busque atención médica si la piel, labios o las uñas se tornan moradas, o si la persona se torna confusa, somnolienta, o es difícil despertarla.

## Lo que se puede esperar en el consultorio médico

En una emergencia, el equipo de atención médica primero tomará medidas para ayudarlo a respirar. Usted puede recibir oxígeno, medicamentos para reducir la hinchazón, y otros tratamientos.

Cuando usted pueda respirar mejor, el proveedor de atención médica lo examinará y le hará preguntas acerca de los síntomas y la historia médica, como:

- ¿Cuándo empezó el problema?
- ¿Está mejorando, empeorando, o se mantiene igual?
- ¿Ocurre todo el tiempo?
- ¿Notó algo significativo que pudiera haber causado una obstrucción de las vías aéreas?
- ¿Qué otros síntomas se presentan, como piel de color azul, sibilancias, sonido chillón al respirar, tos o dolor de garganta?
- ¿Ha inhalado algo hacia la vía respiratoria?

Los exámenes que se pueden hacer incluyen:

- Gasometría arterial
- Radiografía de tórax
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Oximetría de pulso para medir el nivel de oxígeno en la sangre

## Nombres alternativos

Retracciones de los músculos del tórax

## Referencias

Brown CA, Walls RM. Airway. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 1.

Roosevelt GE. Acute inflammatory upper airway obstruction (croup, epiglottitis, laryngitis, and bacterial tracheitis). In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 385.

## Última revisión 5/20/2018

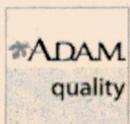
Versión en inglés revisada por: Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

### ¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission ([www.urac.org](http://www.urac.org)). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la poliza de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: [www.hon.ch](http://www.hon.ch)).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.



U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 03 junio 2019

213/40

## Artículo Especial

# Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro

Luis Alfonso Mendoza Tascón<sup>1,2</sup>, Diana Isabel Claros Benítez<sup>2</sup>, Laura Isabel Mendoza Tascón<sup>2</sup>, Martha Deyfilia Arias Guatibonza<sup>1</sup>, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Hospital San José de Buga. <sup>2</sup>Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, Unidad Central del Valle del Cauca. Tuluá. Colombia.

## RESUMEN

La prematuridad es un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan, además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención. A nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos nacen prematuros. Sus determinantes son múltiples. En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos. Es por ello que la prevención y el tratamiento de la prematuridad debe ser una política pública obligada para todas las naciones, e involucra a muchos actores. Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconceptionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal.

**PALABRAS CLAVE:** *Prematuridad, determinante de la salud, morbilidad y mortalidad neonatal*

## SUMMARY

Prematurity is a serious public health problem by the high morbidity and mortality also generated high economic and social costs caused by its staff. Globally, about one in ten infants born prematurely. Its determinants are numerous. In preterm birth are involved in addition to biological determinants, which are the responsibility of the health sector and which are the responsibility of the state, such as political, environmental, social and economic determinants. That is why prevention and treatment of prematurity should be a public policy required for all nations, and involves many actors. The strategies used to prevent and treat premature birth are spacious and range from preconception care, to care delivery and newborn in the postnatal period.

**KEY WORDS:** *Prematurity, determinant of health, neonatal morbidity and mortality*

## INTRODUCCIÓN

Las circunstancias en que las personas viven y trabajan, afectan la salud de los individuos. Se estima que los determinantes sociales y ambientales tienen dos veces el impacto en la calidad de

la atención en salud y en la salud en general de un individuo, que los otros determinantes (1).

Son varios los determinantes que pueden afectar el embarazo en adolescentes y adultas, como, pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, acceso a servicios

de salud y de atención primaria, tecnología en salud, cohesión social, percepción de discriminación/inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior (2).

La prematuridad es uno de los resultados de estos determinantes de la salud, el cual se convierte además, en un determinante importante de mortalidad y morbilidad neonatal, con consecuencias a largo plazo (3-5). Los niños que nacen prematuros no sólo tienen mayor mortalidad y morbilidad en el periodo neonatal, si no en etapas posteriores de la vida, resultando en enormes costos (6,7), de ahí que sea concebida como de alta prioridad para la salud pública en algunos países.

### DEFINICIONES

- *Prematuridad*: Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual (8,9). Se subdivide en extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-5,3%), muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%) y moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%). Entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36 semanas) (10,11).

- *Determinante de la salud*: Son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Estos se pueden dividir en dos grupos: 1. Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos; 2. Los que son de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado, en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos, y de promoción y actuación directa en otros. Estos incluyen: a. Aquellos relacionados con los estilos de vida y conductas de salud (toma de decisiones y hábitos de vida, drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios, etc.); b. Factores del medio ambiente (físico, químico, biológico, psicosocial, cultural, etc.); c. Factores relacionados con los aspectos biológicos y genéticos (herencia, maduración, envejecimiento, sistemas internos complejos, etc.); d. Los relacionados con los sistemas de asistencia sanitaria (prevención, curación, rehabilitación, accesibilidad a servicios de salud, mala utilización de los recursos, etc.) (12,13).

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

*Prevalencia de la prematuridad*: Para el año 2005, se estimó que 9,6% (cerca de 12,9 millones) de todos los nacimientos fueron prematuros. Aproximadamente 85% de esta carga se concentró en África y Asia, donde 10,9 millones de nacimientos fueron prematuros. Alrededor de 0,5 millones se dieron en Europa y el mismo número en América del Norte, mientras que 0,9 millones se produjeron en América Latina y El Caribe (ALC). Las tasas más elevadas se produjeron en África con 11,9% y América del Norte con 10,6%. En Europa fue de 6,2%, con la tasa más baja (9). En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) los partos prematuros representan el 12,5% de todos los nacimientos, es decir, cada minuto nace un prematuro en ese país (14). Para algunos países de ALC en 2010, la situación es similar (Tabla I) (15).

**Tabla I**  
**NACIMIENTOS PREMATUROS**  
**POR CADA 100 NACIMIENTOS**

País	% nacimientos prematuros
Costa Rica	13,6
El Salvador	12,8
Honduras	12,2
Belice	10,4
Uruguay	10,1
Nicaragua	9,3
Brasil	9,2
Bolivia	9,0
Colombia	8,8
Panamá	8,1
Venezuela	8,1
Argentina	8,0
Paraguay	7,8
Guatemala	7,7
Perú	7,3
México	7,3
Chile	7,1
Cuba	6,4
Ecuador	5,1

*Morbilidad*: Los niños que nacen prematuramente tienen mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Estos se ven afectados por

diferentes complicaciones y morbilidades asociadas al parto prematuro y que se extienden a través de los años de vida, afectando la niñez y la etapa adulta, resultando en enormes costos físicos, psicológicos y económicos (Tabla II) (6,7,11). Las estimaciones indican que en 2005 los costos para EUA solamente en términos de gastos médicos, educativos y pérdida de productividad asociada al

parto prematuro, fueron superiores a US\$ 26,2 mil millones (16). Para este mismo año, los promedios de los costos médicos del primer año de atención hospitalaria y ambulatoria, eran cerca de 10 veces mayor para prematuros (US\$32.325) que para neonato a término (US\$ 3.325). La estancia media fue 9 veces más larga para un neonato prematuro (13 días), que uno a término (1,5 días) (11).

**Tabla II**  
**IMPACTO A LARGO TÉRMINO DE LOS SOBREVIVIENTES PREMATUROS**

Impacto a largo término de los sobrevivientes prematuros		Compromisos	Frecuencia en sobrevivientes
Resultado a largo término	Deterioro visual	Ceguera o alta miopía después de la retinopatía de la prematuridad. Hipermetropía	25% de todos los prematuros extremos. También afecta a otros prematuros pobremente monitorizados en las terapias de oxígeno.
	Deterioro auditivo	Pérdida auditiva de diferente grado	5-10% de prematuros extremos.
	Enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad	Alta o moderada dependencia al oxígeno en casa.	40% de prematuros extremos.
	Enfermedad cardiovascular	Incremento de la presión arterial; reducción de la función pulmonar; incremento de los índices de asma; falla en el crecimiento en la infancia, ganancia de peso acelerada en la adolescencia.	Pendiente determinar la magnitud de la carga.
Neurodesarrollo/efectos conductuales	Trastornos de ejecución de la marcha leve	Impedimentos específicos del aprendizaje, dislexia, disminución de logros académicos.	Pendiente determinar la magnitud de la carga
	Moderado a severo retardo global del desarrollo.	Deterioro cognitivo moderado a severo; deterioro motor y parálisis cerebral.	Dependientes de la edad gestacional y calidad de los cuidados neonatales.
	Secuelas psiquiátricas y conductuales	Desorden de hiperactividad y déficit de atención; aumento de trastorno de ansiedad y depresión.	Pendiente determinar la magnitud de la carga
Efectos familiares, económicos y sociales	Impacto sobre la familia; impacto sobre los servicios de salud; intergeneracional	Compromiso psicosocial, emocional y económico; costos de la atención en salud; riesgo de parto prematuro en la descendencia	Variación de acuerdo a los riesgos, factores de la atención, discapacidad y estado socioeconómico

**Mortalidad:** De todas las muertes neonatales en la primera semana de vida y que no se relacionan con malformaciones congénitas, 28% están asociadas a prematuridad (17). En la mayoría de países de ingresos medios y altos del mundo, la prematuridad es la principal causa de muerte infantil (18). Un 75-80% de las muertes perinatales ocurren en <37 semanas de edad gestacional (19-21) y aproximadamente 40% de estas muertes ocurren en <32 semanas (22), siendo la sepsis y otras enfermedades infecciosas las principales causas de muerte neonatal (23). Las complicaciones secundarias al parto prematuro, son la causa directa más importante de mortalidad neonatal, siendo responsable de 35% del total de las muertes a nivel mundial, con 3,1 millones de muertes al año y la segunda causa de muerte más común en <5 años después de la neumonía (18).

### DETERMINANTES DEL PARTO PREMATURO

Las causas del parto prematuro se pueden dividir en dos subgrupos: 1. Parto prematuro espontáneo: Inicio espontáneo del trabajo de parto o después de la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO). 2. Parto prematuro indicado por un proveedor de salud: Inducción del trabajo de parto o parto por cesárea antes de las 37 semanas de gestación completas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales (24).

**Determinantes del parto prematuro espontáneo.** Este es de origen multifactorial, resultado de la interacción de varios factores que activan la contractilidad uterina antes de que se completen las 37 semanas de gestación.

La RPMO en embarazos simples, es responsable de 8,5-51,2% y el trabajo de parto espontáneo de 27,9%-65,4% de todos los partos prematuros. Para EUA, 69% de los partos prematuros fueron espontáneos (25). Sin embargo, estos factores varían según la edad gestacional (26) y según factores sociales y ambientales, pero en la mayoría de los casos, las causas permanecen sin identificar (27).

Varios factores han sido implicados, entre ellos el antecedente de parto prematuro previo, (28) la edad de la madre (<20 años o >35 años), el periodo intergenésico corto y un índice de masa corporal bajo (29,30). Un factor importante asociado al parto prematuro es el embarazo múltiple, que aumenta el riesgo de parto prematuro en casi 10 veces, cuando se le compara con embarazos simples (31).

El embarazo múltiple varía entre los grupos étnicos (1 de cada 40 mujeres de África Occidental a 1 en 200 mujeres en Japón), aumenta a medida que la gestante es de mayor edad e incrementa con el aumento de la concepción asistida (32).

Las patologías infecciosas en la madre, juegan un papel importante en la ocurrencia del parto prematuro, incluyendo, infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis, colonización materna por *Streptococcus* del grupo B, entre otros (33-35).

La insuficiencia de cuello uterino se ha asociado a infección uterina ascendente. (36). Otros factores asociados con el aumento de riesgo de parto prematuro son el tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, así como la enfermedad periodontal (37). La enfermedad periodontal, en especial la periodontitis apical crónica, se ha encontrado asociada al parto prematuro de muy bajo peso (ORa 3,52; IC 95%: 1,01-12,32) (38).

Se discute el papel que juega la etnicidad, pero esta se ve influenciada por factores socioeconómicos y estilos de vida, así como por la genética (39). Las anomalías congénitas son otra causa importante de parto prematuro espontáneo, mientras la prematuridad ocurre con mayor frecuencia en varones (40).

**Determinantes del parto prematuro indicado por el proveedor de salud.** Entre los embarazos simples, los partos indicados representan 20%-38,3% de todos los nacimientos. Entre los embarazos simples en EUA, 31% de los nacimientos prematuros son el resultado de una indicación o decisión médica (del trabajo de parto o de la cesárea) (25).

Barros y cols (41), describen que los 12 grupos de nacimiento prematuros según las condiciones maternas, fetales o placentarias en orden de frecuencia son: causa desconocida (30%), preeclampsia (11,8%), embarazo múltiple (10,4%), infección extrauterina (7,7%), corioamnionitis (7,6%), sangrado de segundo y tercer trimestre del embarazo (6,2%), sospecha de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) (5,8%), sepsis perinatal (5,5%), sangrado temprano (4,8%), muerte fetal anteparto (3,7%), sufrimiento fetal (3,4%) y condición materna grave (3,1%). Otras causas incluyen, rotura uterina, colestasis, enfermedades maternas de origen renal, hipertensión arterial crónica, obesidad, anemia, asma, enfermedad tiroidea, desnutrición, deficiencia de micronutrientes, diabetes crónica y gestacional, depresión y violencia contra la mujer (11,39,42,43). Los tratamientos de fertilidad aumentan tanto el parto prematuro espontáneo, como el indicado por los proveedores de salud (42,43).

Ananth y cols (39), describen entre neonatos <35 semanas, que la preeclampsia sola, se constituyó en la principal causa de parto prematuro indicado con 10,4%. Sin embargo, esta se puede asociar a otras condiciones e indicar el nacimiento antes de las 37 semanas, como a RCIU (5,6%), sufrimiento fetal (3,1%), RCIU y sufrimiento fetal

(2,6%), desprendimiento prematuro de placenta (0,8%), y a diferentes combinaciones de estas (0,2-0,5%). El sufrimiento fetal solo, indicó el nacimiento prematuro en 11,4%. Este sufrimiento fetal se puede asociar a otras complicaciones e indicar el nacimiento prematuro, como cuando se asocia a RCIU (3,3%), desprendimiento prematuro de placenta (1,6%) y RCIU con desprendimiento prematuro de placenta (0,5%). La RCIU sola, indicó el nacimiento prematuro en 5%, y cuando este se asoció a desprendimiento prematuro de placenta ocasionó el 1,4% de los partos prematuros indicados. El desprendimiento prematuro de placenta solo, indica el 6,8% de todos los partos prematuros.

*Determinantes sociales del parto prematuro.* Desde la declaración de Alma-Ata, las naciones y los actores internacionales, se han comprometido, e incluso abogado por "una salud para todos" en los últimos años (44). A pesar de la mejoría en algunos sectores de la salud, persisten algunos indicadores de inequidad en salud en los sectores de la sociedad más desfavorecidos (45), donde millones de personas llevan niveles de vida deficientes e incluso se ven expuestas a riesgos totalmente prevenibles (44,45,46). Datos de 86 países de bajos y medianos ingresos; informan que estas inequidades persisten y afectan principalmente a los grupos más vulnerables, incluyendo mujeres y niños. En salud, las mayores brechas detectadas son la atención médica especializada (diferencia de un 80% entre la población más rica y más pobre), inadecuada atención prenatal con un mínimo de 4 visitas a los centros de salud durante el embarazo (diferencia del 25% entre los subgrupos más y los menos educados), además de las inequidades en la adopción de métodos de planificación familiar (45).

*Varias categorías de determinantes afectan la salud.* Los atributos de la enfermedad que son influenciados por la posición social (estado financiero, marginalidad social, desempleo a largo plazo, entorno físico, entorno laboral, etc.); factores que pueden alterar las consecuencias de la enfermedad en términos de supervivencia, capacidad funcional y calidad de vida (naturaleza de la enfermedad/lesión, desigualdad en la utilización de los servicios de salud, ausencia de personal de salud, limitaciones logísticas, etc.) (45-48); deficiencia de servicios de salud en sectores de difícil acceso geográfico, como áreas rurales, donde hay ausencia de profesionales de la salud e insuficiente suministro continuo de insumos, incluyendo medicamentos (44-46). Un estudio realizado en Escocia, empleando el "Scottish Index of Multiple Deprivation", "Carstairs index" y "Social Class Based on Occupation", identificó que las tasas de embarazo adolescente afectaron principalmente a la población más desfavorecida desde

los determinantes socioeconómicos (49).

El acceso a la anticoncepción en adolescentes y mujeres adultas, se ha identificado como una de las medidas protectoras contra el parto prematuro. Rodríguez y cols (50), evaluaron el impacto de la cobertura y uso de anticonceptivos dentro de los 18 meses posteriores a un nacimiento en la prevención del parto prematuro. Estos autores encontraron que, dentro de la cohorte evaluada, 9,75% de partos fueron prematuros. Identificaron que la cobertura de anticonceptivos resultó ser protectora contra los nacimientos antes de la semana 37. Por cada mes de cobertura de anticonceptivos, las probabilidades de un parto prematuro disminuyeron 1,1% (OR 0,989; IC95%: 0,986-0,993).

El control prenatal (CPN) adecuado se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. Las últimas recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence (51,52), dan más importancia a otros indicadores de calidad de la atención prenatal, que al número de visitas durante este, con al menos seis visitas considerado como óptimo. Esto surge del hecho de que no han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la morbilidad neonatal y materna, cuando se han completado más de seis visitas, siempre y cuando los demás indicadores de calidad se cumplan (es decir, primera visita antes de la semana 12, suplementos de ácido fólico antes de la semana 8 y los análisis de sangre correspondientes) (53,54). El estudio realizado por Paz-Zuleta y cols (55), describe que el pobre cumplimiento de la atención prenatal es el principal factor de riesgo independiente asociado al parto prematuro (ORa 17,05; IC 95%: 3,92-74,24) y bajo peso al nacer (ORa 6,25; IC 95%: 1,28-30,46). Los factores de riesgo social fueron importantes de manera independiente para el bajo peso al nacer (ORa 5,42; IC 95%: 1,58-18,62). Mendoza y cols (56), describen que la adolescencia (ORa 1,85; IC 95%: 1,44-2,39), escolaridad <11 años (ORa 1,39; IC 95%: 1,14-1,71), carencia de marido o compañero estable (ORa 2,20; IC 95%: 1,74-2,79), carencia de seguridad social en salud (ORa 2,76; IC 95%: 1,95-3,90) y gravidez  $\geq 2$  (ORa 1,70; IC 95%: 1,38-2,14), fueron los determinantes asociados a una mala adherencia al CPN. Esta mala adherencia al CPN se asoció a prematuridad y/o bajo peso al nacer (ORa 1,66; IC 95%: 1,33-2,06) y a mortalidad neonatal (ORa 2,81; IC 95%: 1,47-5,38). Redding y cols (57), evaluaron los resultados de un programa de acceso a salud comunitaria, utilizando agentes de salud comunitarios, para identificar a mujeres en riesgo de tener pobres resultados en el parto, conectarlos a los servicios de salud y servicios sociales para su

atención y seguimiento. Encontraron una reducción del riesgo de nacimientos de bajo peso en el grupo intervenido por los agentes comunitarios (6,1% vs 13%), convirtiéndola en una medida protectora (ORa 0,35; IC 95%: 0,12-0,96).

El desplazamiento y la migración afectan principalmente a comunidades en situaciones socioeconómicas pobres y de violencia. Y son estas poblaciones, donde existe un mayor riesgo de inequidades entre los diferentes determinantes sociales, lo cual coloca a las mujeres, principalmente a las gestantes, en posiciones de riesgo social y vulnerabilidad, (58-61) afectando los resultados neonatales (62-64).

### PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

La reducción de los nacimientos prematuros y la mejora de la supervivencia infantil son objetivos ambiciosos. Para lograr estos objetivos, se requiere de la colaboración y coordinación entre gobiernos, donantes nacionales y locales, Naciones Unidas y otros organismos multilaterales, sociedad civil, comunidad empresarial, profesionales e investigadores, todos trabajando juntos para avanzar en la inversión, implementación, innovación e intercambio de información (Tabla III) (11).

Hay nuevos objetivos que buscan reducir las tasas de mortalidad debidas a complicaciones del parto prematuro. Para los países con un nivel de tasa de mortalidad neonatal actual  $\geq 5$  por cada 1.000 nacidos vivos, la meta es reducir la mortalidad por nacimientos prematuros en un 50% entre 2010 y 2025. Para los países con un nivel donde la tasa de mortalidad neonatal actual  $< 5$  por cada 1.000 nacidos vivos, el objetivo es eliminar las muertes prevenibles de prematuros, centrándose en la atención equitativa para todos y la calidad de la atención, para minimizar a largo plazo la discapacidad (11). La reducción de la carga generada por el parto prematuro tiene una doble vía: La prevención y la atención (11).

#### Reducción del parto prematuro

*Prevención del parto prematuro:* Las intervenciones con efecto probado para la prevención del parto prematuro se agrupan en el periodo preconcepcional y en la atención prenatal.

*Cuidados preconcepcionales.* Brindan atención a las mujeres y parejas antes y entre las gestaciones (Tablas IV, V, VI) (11).

*Intervenciones de la atención prenatal.* Existen un conjunto de intervenciones prioritarias e intervenciones basadas en la evidencia durante el embarazo, cuya finalidad es reducir las tasas de nacimientos prematuros y mejorar los resultados neonatales (Tablas VII, VIII) (11).

#### Reducción de la mortalidad en neonatos prematuros

*Atención del parto prematuro:* Incluye el empleo de tocolíticos, corticosteroides prenatales, antibióticos para la ruptura prematura y prolongada de membranas ovulares, corioamnionitis y otras infecciones en la madre (11).

*Atención del neonato prematuro:* Incorpora una adecuada reanimación neonatal; atención del neonato en una unidad neonatal integral cuando sea requerido; soporte nutricional y apoyo especial a la alimentación, lactancia materna exclusiva; utilización del Método Madre Canguro para neonatos de peso al nacer  $< 2000$  g; cuidados del cordón umbilical con clorhexidina y cuidados de la piel; manejo seguro del soporte de oxígeno; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de la hiperbilirrubinemia; atención a las complicaciones del prematuro en especial las respiratorias y las infecciosas, entre otras (11).

### CONCLUSIONES

La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan. Para su prevención, no basta solo las medidas de salud, se deben elaborar políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, especialmente entre las mujeres, los neonatos y diferentes subgrupos de niños. Si bien es cierto, que las políticas en salud por sí solas no ocasionan cambios individuales, si pueden proporcionar soluciones para hacer frente a algunos mecanismos que facilitan las inequidades en salud. De otro lado, se deben realizar intervenciones dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, atendiendo sus necesidades en salud sexual y reproductiva, incluyendo educación sexual, uso de anticonceptivos, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, prevención de embarazos no deseados, atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto. La prevención y tratamiento de la prematuridad, es una de las estrategias más importantes tenidas en cuenta para reducir la mortalidad neonatal e infantil.

2/6 / 43

Tabla III  
ACCIONES COMPARTIDAS PARA HACER FRENTE A LOS PARTOS PREMATUROS

Papel primario y Papel secundario: Apoyo a los esfuerzos	Gobiernos y políticos	Países donantes	Naciones Unidas y otros organismos multilaterales	Sociedad civil	Comunidad empresarial	Trabajadores de la salud e investigadores	Académicos e investigadores
Invertir	*	*	*	*	*		*
Garantizar intervenciones en pre-maturos y hacer inversiones proporcionales basadas en la investigación, de acuerdo a la carga de salud.							
Implementar	*		*	*	*	*	*
Planificar e implementar estrategias de prevención del nacimiento prematuro a nivel global y de cada país, con la finalidad de reducir la prematuridad y la mortalidad neonatal.							
Introducir programas para garantizar la cobertura de intervenciones basadas en la evidencia, en particular para reducir la mortalidad del prematuro.							
Innovar	*		*	*	*	*	*
Realizar investigación para apoyar la prevención y tratamiento del nacimiento prematuro.							
Seguir una agenda de investigación, para comprender la mejor manera de ampliar las intervenciones.							
Informar	*		*	*	*	*	*
Mejorar significativamente la captura de datos, los registros y la presentación de informes de nacimientos prematuros, ajustándose en la definición.							
Crear conciencia en todos los niveles que el parto prematuro es un problema de salud pública.							

\*Participación

**Tabla IV**  
**MARCO CONCEPTUAL PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL**

Tipo de intervención	Características	Intervenciones
Inmediata	Factores de riesgo biomédico y estilos de vida	Planificación reproductiva. Espaciamiento de los nacimientos. Uso de anticonceptivos. Dieta sana, actividad física, suplementación con micronutrientes. Detección y manejo de enfermedades crónicas. Inmunización, detección y tratamiento de enfermedades infecciosas. Optimización de la salud psicológica. Prevención y tratamiento de abuso de sustancias como tabaco, alcohol y drogas psicoactivas.
Intermedias	Familia, estructuras comunitarias formales y no formales	Servicios de salud esenciales. Cuidados para niñas, adolescentes y mujeres. Adecuada nutrición.
Subyacente	Entorno físico, social, contexto económico y político	Medio ambiente saludable. Empoderamiento de la mujer. Mujeres con independencia financiera. Educación femenina. Prevención de la violencia contra niñas, adolescentes y mujeres adultas.

**Tabla V**  
**INTERVENCIONES PRIORITARIAS DURANTE EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL PARA REDUCIR LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS**

*Servicios de cuidado preconcepcional para la prevención del parto prematuro para todas las mujeres*

- Prevenir el embarazo en la adolescencia.
- Prevenir los embarazos no deseados y promover el espaciamiento de los nacimientos y embarazos no planeados.
- Optimizar el peso antes del embarazo.
- Promover una nutrición saludable, incluyendo la administración de suplementos/fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales.
- Promover la vacunación de niños y adolescentes.

*Servicios de cuidado preconcepcional para las mujeres con factores de riesgo especiales que aumentan el riesgo de parto prematuro*

- Tamización para diagnosticar y tratar trastornos de la salud mental y prevenir la violencia en la pareja.
- Prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- Promover el abandono del consumo de tabaco y limitar la exposición al humo de segunda mano.
- Tamización para diagnosticar y tratar las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial.

2/12 44

**Tabla VI**  
**ACCIONES ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO PARA REDUCIR EL RIESGO DE PARTO PREMATURO**

---

*Invertir y planificar*

---

- Evaluar la necesidad de la oferta de los servicios de atención antes de la concepción y de oportunidades en el sistema de salud local para ser brindados.
- Utilizar todas las oportunidades para llegar a las niñas, mujeres y parejas, con mensajes preconceptionales, que comienza en la escuela y que se extiende hasta los centros de salud y lugares comunitarios. La salud antes de la concepción también debe involucrar a los niños y hombres, para mejorar su salud y para involucrarlos en garantizar mejores resultados para las mujeres y las niñas.

---

*Implementar*

---

*Aprovechar las oportunidades a través de los programas existentes (incluidos los programas no sanitarios) a:*

- Educar a las mujeres y las parejas en edad reproductiva para tener un plan reproductivo que incluya la edad del primer embarazo, método para prevenir los embarazos no deseados y número de hijos que desean tener.
- Ampliar los programas de desarrollo personal y de desarrollo de habilidades, para negociar un comportamiento sexual seguro en la adolescencia. Adaptar intervenciones preconcepción para maximizar la adherencia por los adolescentes.
- Implementar la cobertura universal de vacunación infantil y de refuerzo de las enfermedades infecciosas que causan resultados adversos en el embarazo.
- Tamizar y tratar enfermedades infecciosas, particularmente infecciones de transmisión sexual.
- Fomentar una alimentación sana y el ejercicio para prevenir, tanto el bajo peso, como la obesidad en niñas y mujeres.
- Promover la seguridad alimentaria de las comunidades y los hogares. Ampliar los programas de nutrición para incluir niñas y adolescentes, especialmente para las mujeres con bajo peso, proporcionar suplementos de calorías de proteínas y micronutrientes. Una forma rentable de asegurar niveles adecuados de consumo de micronutrientes sería promulgar enriquecimiento a gran escala de alimentos de primera necesidad.
- Implementar políticas de salud pública para reducir el número de hombres y mujeres en edad reproductiva que usan tabaco.
- Implementar estrategias para el desarrollo comunitario y la reducción de la pobreza.
- Garantizar el acceso universal a la educación para empoderar a las niñas y mujeres con conocimientos básicos y habilidades que necesitan para tomar decisiones por sí mismas, como cuando acceder a la atención en salud.

---

*Aumentar proporcionalmente*

---

- Promover un método anticonceptivo eficaz para las mujeres/parejas, para espaciar los embarazos con 18 a 24 meses de diferencia.
- Tamización para condiciones crónicas, especialmente diabetes e hipertensión arterial, y referencia al centro de salud para su atención tan pronto como sea posible, para mejorar los resultados neonatales.

---

*Informar y mejorar la cobertura y calidad de los programas*

---

- Desarrollar indicadores para la vigilancia de la línea de base y para monitorear el progreso en la atención previa a la concepción.
- Incluir el parto prematuro entre los indicadores de seguimiento.

---

*Innovar y emprender investigaciones aplicación*

---

- Invertir en la investigación y el enlace a la acción.
-

**Tabla VII**  
**INTERVENCIONES PRIORITARIAS E INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA**  
**DURANTE EL EMBARAZO, PARA REDUCIR LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS**  
**Y PARA BENEFICIAR AL NEONATO PREMATURO**

---

*Los servicios prestados durante la atención prenatal*

---

- Paquete básico de intervenciones para todas las mujeres embarazadas.
- Intervenciones situacionales (por ejemplo, identificación y tratamiento de la malaria, la tuberculosis y el VIH).
- Intervenciones adicionales como sea necesario (por ejemplo, de comportamiento, apoyo social e intervenciones financieras, intervenciones nutricionales que incluyen la administración de suplementos de calcio).

---

*Atención de las mujeres embarazadas en mayor riesgo de parto prematuro, incluyendo*

---

- Identificación y tratamiento de la enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Monitoreo de los embarazos múltiples.
- Administración de progesterona para prolongar el embarazo.
- Identificación y tratamiento de las anomalías estructurales (insuficiencia de cuello uterino).

---

*Atención de mujeres en trabajo de parto prematuro, incluyendo*

---

- Tocolíticos para frenar el trabajo.
- Corticosteroides prenatales para reducir la mortalidad en los recién nacidos.
- Antibióticos para la ruptura prematura y prolongada de membranas para prevenir la infección neonatal.
- Suministro de sulfato de magnesio para la neuro-protección del recién nacido.

---

*Intervenciones de la comunidad*

---

- Promover la atención del parto prenatal calificado para todas las mujeres.
- Disminuir la exposición al tabaco.

---

*Intervenciones de política*

---

- Políticas de apoyo a la maternidad sin riesgos y acceso universal a la atención prenatal.
  - Regular los horarios de trabajo y las condiciones laborales de la gestante.
  - Establecer políticas profesionales y hospitalarias para regular los tratamientos de infertilidad y reducir las tasas de natalidad por cesárea y la inducción temprana del trabajo de parto.
-

28/45

**Tabla VIII**  
**ACCIONES DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENIR O GESTIONAR EL PARTO PREMATURO**

*Invertir y planificar*

- Asegurar políticas nacionales y directrices existentes que proporcionen una adecuada protección de las mujeres embarazadas, con acceso universal a la atención integral prenatal, del parto, obstétrica de emergencia y atención postnatal.
- Asignar recursos suficientes para la prestación de la atención prenatal de alta calidad y equitativa, y la eliminación de las barreras a la atención, tales como pagos de los usuarios.

*Implementar*

- Aprovechar las oportunidades y los recursos, los enfoques y las oportunidades de formación de los programas existentes (incluidos los programas no sanitarios).
- Asegurar la existencia de un sistema de referencia funcional, sistemas de contratación justos, formación adecuada y supervisado, servicios de alta calidad para todas las mujeres embarazadas. Informar a las comunidades sobre la importancia de la atención prenatal, del parto y la atención postnatal para todas las mujeres, y los signos de alarma que incluyen el reconocimiento temprano de parto prematuro.

*Informar y mejorar el programa en cuanto a cobertura y calidad*

- Mejorar los registros y los datos, aumentar la supervisión y evaluación de programas para mejorar la calidad del servicio y el alcance a las poblaciones más pobres y vulnerables.
- Dar prioridad a la aplicación de la investigación, para promover aquellas intervenciones que resultan eficaces en diferentes contextos y en diferentes grupos de población.

*Innovar y emprender investigaciones*

- Invertir en investigación para el descubrimiento de la biología básica del embarazo normal y anormal, los determinantes genéticos de parto prematuro, y la investigación epidemiológica sobre factores de riesgo maternos, para proporcionar la evidencia necesaria para el desarrollo de estrategias eficaces de prevención y tratamiento.

**REFERENCIAS**

1. Garg A, Dworkin PH. Surveillance and screening for social determinants of health: the medical home and beyond. *JAMA Pediatr.* 2016;170(3):189-90.
2. Maness SB, Buih ER. Associations between social determinants of health and pregnancy among young people. *Public Health Rep.* 2016;131(1):89-99.
3. International classification of diseases and related health problems. 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Huddy CL, Johnson A, Hope PL. Educational and behavioral problems in babies of 32–35 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2001;85(1):F23-8.
5. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics* 2004;114:372-6.
6. Petrou S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. *BJOG* 2005;112:10-5.
7. Petrou S, Mehta Z, Hockley C, Cook-Mozaffari P, Henderson J, Goldacre M. The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *Pediatrics* 2003;112:1290-7.
8. WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;56:247-53.
9. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* 2010;88(1):31-8.
10. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013;10(Suppl 1):S2.
11. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm

- Birth. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. Geneva, 2012.
12. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
  13. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per.* 2011;28(4):237-41.
  14. Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews TJ. Preliminary births for 2004: Infant and maternal health. Health e-stats. Released November 15, 2005. Acceso: 27-01-2016. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelimbirths04/prelimbirths04health.htm>.
  15. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Datos de estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la tasa de nacimientos prematuros en el año 2010. Acceso: 28-01-2016. Disponible en: [www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index.html)
  16. PeriStats [online database]. White Plains, NY: March of Dimes; 2006. Acceso: 27-01-2016. Disponible en: <http://www.marchofdimes.com/peristats/>
  17. Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006;35:706-18.
  18. Liu L, Johnson H, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn J, Ruden I, et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012;379:2151-61.
  19. Goldenberg RL, Jobe AH. Prospects for research in reproductive health and birth outcomes. *JAMA* 2001;285:633-9.
  20. Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA* 2000;284:843-9.
  21. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths - what is progressing and what is not? *Semin Perinatol* 2010;34:371-86.
  22. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002;360:1489-97.
  23. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why? *Lancet* 2005;365:891-900.
  24. Goldenberg RL, Gravett MG, Iams J, Papageorghiu AT, Waller SA, Kramer M, et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:113-8.
  25. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *Obstet Gynecol* 2005;105:1084-91.
  26. Steer P. The epidemiology of preterm labour. *BJOG* 2005;112(Suppl 1):1-3.
  27. Menon R. Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:590-600.
  28. Plunkett J, Muglia LJ. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. *Ann Med* 2008;40:167-95.
  29. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371:75-84.
  30. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med* 2010;362:529-35.
  31. Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG* 2006;113:528-35.
  32. Felberbaum RE. Multiple pregnancies after assisted reproduction - international comparison. *Reprod Biomed Online* 2007;15 (Suppl 3):53-60.
  33. Simonsen KA, Anderson-Berry AL, Delair SF, Davies HD. Early-onset neonatal sepsis. *Clin Microbiol Rev.* 2014;27(1):21-47.
  34. Chan GJ, Lee A, Baqui AH, Tan J, Black RE. Prevalence of early-onset neonatal infection among newborns of mothers with bacterial infection or colonization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2015; 15:118.
  35. Polin RA. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Pediatrics.* 2012;129(5):1006-15.
  36. Lee SE, Romero R, Park CW, Jun JK, Yoon BH. The frequency and significance of intraamniotic inflammation in patients with cervical insufficiency. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(6):633.e1-8.
  37. Gravett MG, Rubens CE, Nunes TM. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10 (Suppl 1):S2.
  38. Mendonca AS, Figueiredo AE, Oliveira LM, Ferreira F, Pinheiro V, Fróes K, et al. Association between chronic apical periodontitis and low-birth-weight preterm births. *J Endodontics.* 2015;41(3):353-7.
  39. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006;19:773-82.
  40. Zeitlin J, Saurel-Cubizolles MJ, De Mouzon J, Rivera L, Ancel PY, Blondel B, Kaminski M. Fetal sex and preterm birth: are males at greater risk? *Hum Reprod* 2002;17:2762-8.
  41. Barros FC, Papageorghiu AT, Victora CG, Noble JA, Pang R, Iams J, et al. The distribution of clinical phenotypes of preterm birth syndrome implications for prevention. *JAMA Pediatr.* 2015;169(3):220-9.
  42. Patel RR, Steer P, Doyle P, Little MP, Elliott P. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *Int J Epidemiol.* 2004;33:107-13.
  43. Kalra SK, Molinaro TA. The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity. *Semin Reprod Med.* 2008;26:423-35.
  44. Park K (ed). Health care of the community. In: Textbook of Preventive and Social Medicine. 20th ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot Publishers; 2009; 793 4.
  45. WHO. State of Inequality: Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: WHO Press; 2015.
  46. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C; Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M, et al. Health inequality - Determinants and policies. *Scand J Public Health* 2012;40(Suppl 8):12 105.

47. Chen L, Wu Y, Coyte PC. Income related children's health inequality and health achievement in China. *Int J Equity Health* 2014;13:102.
48. Ataguba JE, Akazili J, McIntyre D. Socioeconomic related health inequality in South Africa: Evidence from General Household Surveys. *Int J Equity Health* 2011;10:48.
49. McCall SJ, Bhattacharya S, Okpo E, Macfarlane GJ. Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: a temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:49-54.
50. Rodriguez MI, Chang R, Thiel de Bocanegra H. The impact of postpartum contraception on reducing preterm birth: findings from California. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:703.e1-6.
51. WHO. Department of Reproductive Health and Research. Randomized Trial WHO antenatal care: a manual for the implementation of the new antenatal care model; 2003. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf). Acceso: 25/2/2012.
52. Antenatal care routine care for healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Clinical Guideline 62;2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>. Acceso: 11/9/2012.
53. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD000934. Acceso: 29-01-2016. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000934/pdf>
54. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357:1551-64.
55. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, et al. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. *PLOS ONE* 10(3):e0120765.
56. Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(4):306-15.
57. Redding S, Conrey E, Porter K, Paulson J, Hughes K, Redding M. Pathways Community Care Coordination in Low Birth Weight Prevention. *Maternal Child Health J* 2015;19(3):643-50.
58. Reijneveld SA. Reported health lifestyles and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:298-304.
59. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51:1573-93.
60. Borrell C, Muntaner C, Sola J, Artazcoz L, Puigpinos R, Benach J, et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(5):e7.
61. Malmusi D, Borrell C and Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610-9.
62. Rodriguez C, Regidor E, Gutierrez-Fisac JL. Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49:38-42.
63. Sparks PJ. Do biological, sociodemographic, and behavioral characteristics explain racial/ethnic disparities in preterm births? *Soc Sci Med*. 2009;68:1667-75.
64. Garcia-Subirats I, Perez G, Rodriguez-Sanz M, Salvador J, Jane M. Recent immigration and adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain. *Matern Child Health J*. 2011;15:561-9.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA**  
890680025

Fecha Actual : viernes, 26 abril 2019

### REGISTRO DE ENFERMERÍA

Sin filtro de turno.

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: VIVAS BAQUERO DAVID SANTIAGO      Identificación: 1069762260      Sexo: Masculino  
 Fecha Nacimiento: 20/febrero/2016      Edad Actual: 3 Años \ 2 Meses \ 6 Días      Estado Civil: Soltero  
 Dirección: CARRERA 8 #1-52 NORTE      Teléfono:  
 Procedencia: FUSAGASUGA      Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: COOMEVA EPS      Régimen: Regimen\_Simplificado  
 Plan Beneficios: COOMEVA EPS - REGIMEN SUBSIDIADO      Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL I  
 No Historia Clínica: 1069762260      Nombre Paciente: VIVAS BAQUERO DAVID SANTIAGO      Ingreso: 882251  
 Fecha de Registro: 03/abril/2016      Área de Servicio: 105 - URGENCIAS PEDIATRICAS PROCEDIMIENTOS

**BALANCE DE ENFERMERÍA**

**CONTROL DE MEDICAMENTOS**

Medicamento: 1518010015      ADRENalina x 1 ml ampolla  
 Presentación: MILILITROS      Concentración: 1

HORA	RESPONSABLE:	Se_Realizo	OBSERVACIONES:	TP:	CANTIDAD:
	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA				3,00

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

Tipo de Actividad: PR\_Otros

Hora	Observación	Responsable	TP:
09:50 p.m.	MICRONEBULIZACIONES ASI 3 CC DE SSN MÁS 0.5 MGS DE ADRENALINA MÁS 1 CC DE CLORURO DE SODIO EN NÚMERO DE TRES. 1 CADA 30 MINUTOS Y REVALORAR	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA	

Tipo de Actividad: PR\_Traslados

Hora	Observación	Responsable	TP:
09:50 p.m.	SE TRASLAD BEBE ARADIOLOGIA PARA TOMA DE RX DE TORAX	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA	

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

Nº Solicitud: 1669403      Estado: Confirmado      Nº Suministro: 00000000778176  
 Responsable: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA

Código	Medicamento	Cantidad
1518020422	Micronebulizador Adulto (Equipo)	1,00
1518020381	Jeringa Desechable 5 cm	1,00

No Historia Clínica: 1069762260 Nombre Paciente: VIVAS BAQUERO DAVID SANTIAGO <sup>2</sup> Ingreso: 882251

Hora	Observación	Responsable	TP:
01:05 a. m.	se deja mensaje a doctor perez sobre la interconsulta con enfermer yury nariño.	LUZ MARINA CRUZ PRIETO	39612311

Tipo de Actividad: PR\_Laboratorios

Hora	Observación	Responsable	TP:
03:45 a. m.	SE SANGR PARA CH PENDEINT ERTEPROTE,	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA	39612311

Tipo de Actividad: OT\_Canula\_Nasal

Hora	Observación	Responsable	TP:
03:30 a. m.	POR CANULA NASAL A2 LT X MINUTO.	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA	39612311

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

N° Solicitud: 1669442 Estado: Confirmado N° Suministro: 00000000778251  
 Responsable: LUZ MARINA CRUZ PRIETO

Código	Medicamento	Cantidad
1518030726	Tiras de Glucometria	1,00

N° Solicitud: 1669459 Estado: Confirmado N° Suministro: 00000000778282  
 Responsable: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA

Código	Medicamento	Cantidad
1518020070	Cateter Intravenoso de Seguridad 24	1,00
1518020009	Adaptador PRN (Tapon Heparinizado)	1,00
1518020380	Jeringa Desechable 3 cm	1,00
1518020175	Canula Nasal Oxigeno Pediatrica	1,00
1518020365	Humidificadores Desechables.	1,00
1518010017	Agua Esteril x 500 cc.	1,00
1518020290	Electrodo Para EKG Pediatrico Autoadhesi	1,00

N° Solicitud: 1669472 Estado: Confirmado N° Suministro: 00000000778301  
 Responsable: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA

Código	Medicamento	Cantidad
1518020290	Electrodo Para EKG Pediatrico Autoadhesi	2,00

Handwritten initials and a large number '3' in the top right corner of the page.

No Historia Clínica: 1069762260      Nombre Paciente: VIVAS BAQUERO DAVID SANTIAGO      Ingreso: 882251  
 Fecha de Registro: 04/abril/2016      Área de Servicio: 105 - URGENCIAS PEDIATRICAS PROCEDIMIENTOS

BALANCE DE ENFERMERÍA

GLUCOMETRÍAS

HORA:	12:55 a. m.	RESULTADO:	98,00 mg/dl	CANTIDAD:	1,0000	INSULINA:	
		TIPO INSULINA:	Ninguna	UNIDADES:	0,0000	VIA:	Ninguno
		OBSERVACION:	se informo a medico				

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA:	03:20 a. m.	TITULO:	NOTA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		
<p>NINO QUE SE ENCONTRABA COMO AMBULATORIO RECIBE INTERCONSULTA PRO DR PEREZ PEDAATRYRA DE TURNO QUIEN ORDENA COLOCAR OXIGENO POR CANULA NASALA 2 LT X MINUTO. ANALIZAR VEAN SE CANALIZA VENA NE DROS D E MANO IZQUIERDA. COON YELCO NO 24 Y S ESANGRA PARA CH. S EDEJA CATEETER PERMEABLE. SE PASA AREANIMACION Y SE MONITORIZA. SIGNOS VITALES. SE REGSITRAN. PENDEINTE NUEVA VALORACION MEIDCA CON RPEORTE DE CH Y TOMAR ECOCERDIODRAMA. SE A VIZA AJEFE D ETRUNO</p>					

Resp. Nota: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA TP: 39612311 Fecha Registro: 4 de abril de 2016 3:20 a. m.

HORA:	04:00 a. m.	TITULO:	NOTA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		
MADRE LACTA AEWL BEBE					

Resp. Nota: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA TP: 39612311 Fecha Registro: 4 de abril de 2016 4:00 a. m.

HORA:	04:30 a. m.	TITULO:	NOTA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		
<p>NINO CONTINUA EN REANIMACION EN COMPANIA D ELA MAMA. SIGNOS VITLAES DENTRO D PERAMETROS NORMALES.</p>					

Resp. Nota: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA TP: 39612311 Fecha Registro: 4 de abril de 2016 4:30 a. m.

HORA:	05:50 a. m.	TITULO:	NOTA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		
MADRE LACTA A EL BEBE.					

Resp. Nota: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA TP: 39612311 Fecha Registro: 4 de abril de 2016 5:30 a. m.

HORA:	05:55 a. m.	TITULO:	CIERRE DE TURNO	IMPORTANCIA:	Importante
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		
<p>QUEDA NINO AN LA UNIDAD EN CAMILLA EN SALA DE RENIMACION CON OXIGENO POR CANULA NASALA 2 LT X MINUTO. CON CATEETR PERMEABLE EN MEMBRO SUPERIPOOR IZQUIERDO. CON MONITORIZACION CONTINUA PEDEINTE REPROYTE DE CH Y SANGRE PERISFERICA. Y PENDEINTE ECOCERDIODRAMA. Y NUEVA VALORACION OR PEDAATRIA.</p>					

Resp. Nota: MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA TP: 39612311 Fecha Registro: 4 de abril de 2016 5:35 a. m.

CONTROL DE VENUPUNCION

	FECHAS	SITIO:	MSI	INDICACION:	Cateter Salinizado
Traslado:		RESPONSABLE:	MARIA DEL CARMEN BENAVIDES DE JARA		
Suspension:		GRADO FLEBITIS:	Vacio		
Canalización:	04/04/2016 03:58 a. m.	OTRA CAUSA:			
Seguimiento:		DESCRIPCION:	PERMEABLE		
Curación:		OBSERVACIONES:			
Cambio Equipo:					

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Tipo de Actividad: RN\_Valoracion\_Especialista