

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

Medellín, agosto de 2020

Señora juez

MARIA CLARA OCAMPO

JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN

E. S. D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
RADICADO: 05001310301320190048500
DEMANDANTE: MARTHA DEL SOCORRO HOYOS Y OTROS
DEMANDADO: JAIRO AUGUSTO CASAS Y OTROS
REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA.

ANA MARIA MORALES PALACIOS, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.017.128.868 de Medellín, abogada titulada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 201.102 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada judicial del doctor **JAIRO AUGUSTO CASAS** también mayor, domiciliado y residente en Medellín, demandado en el proceso de la referencia, dentro de la oportunidad procesal por medio del presente escrito me permito contestar la demanda en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

AL HECHO 1: NO LE CONSTA a mi representado el parentesco de la señora NOELIA DE FATIMA TABORDA con el señor ANTONIO JOSE TABORDA. Aun así, por lo que se observa en los documentos que se anexan con la demanda, dichas personas efectivamente son hermanos.

AL HECHO 2: NO LE CONSTA a mi representado que la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS y el señor ANTONIO JOSE TABORDA contrajeron matrimonio el 3 de abril de 1982, ni que su unión matrimonial se mantuvo hasta el día de la muerte del señor ANTONIO JOSE TABORDA. Aun así, por lo que se observa en los documentos que se anexan con la demanda, dichas personas efectivamente fueron cónyuges.

AL HECHO 3: NO LE CONSTA a mi representado que de la unión de la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS y del señor ANTONIO JOSE TABORDA, nació la señora NATALIA TABORDA HOYOS el 28 de febrero de 1983. Aun así, por lo que se observa en los documentos que se anexan con la demanda, la señora NATALIA TABORDA HOYOS es la hija de la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS y del señor ANTONIO JOSE TABORDA.

1

Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114

25/08/2020 3:47pm

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

AL HECHO 4: NO LE CONSTA a mi representado la calidad en que se encontraba afiliada al sistema de seguridad social la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS. Deberá probarse.

AL HECHO 5: NO LE CONSTA a mi representado que la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS dependía económicamente del señor ANTONIO JOSE TABORDA, debido a que el mismo se encargaba de todos los gastos y obligaciones del hogar. Deberá probarse.

AL HECHO 6: NO LE CONSTA a mi representado que el señor ANTONIO JOSE TABORDA para la fecha de ocurrencia de los hechos, trabajaba como independiente ni que devengara un salario mensual de DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$ 2.921.250. Deberá probarse.

AL HECHO 7: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberán probarse. NO VEO LA HC DE ESTA CONSULTA

AL HECHO 8: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, conforme a la historia clínica que se anexa a la demanda, se observa que efectivamente el señor ANTONIO JOSE TABORDA ingresó el 31 de marzo de 2017 a la IPS CORPORACION COMFAMILIAR a las 12:14 pm y fue atendido a las 12:47 pm por la médica general DIANA AVENDAÑO debido a "un problema en el colon" tal y como lo relató el paciente. El paciente relata que lleva un cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, lo cual no le permite deambular con facilidad y que su dolor se exacerba con la alimentación.

Al examen físico, se relata la presencia de un abdomen distendido, doloroso en fosa iliaca derecha, blumberg¹ negativo, lo cual indica que no es clara la irritación peritoneal² tal y como lo consagra la profesional de la medicina. Se describe además rovsing³ negativo y peristaltismo⁴ lento. Se diagnostica "otros dolores abdominales y los no especificados", se consagra en observaciones la sospecha de abdomen agudo. Como plan se consagra que se valoró al paciente en conjunto con otro médico general, quien recomienda colonoscopia y estudio de anemia, y que, por

¹ El signo de Blumberg es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal. También es conocido como signo del rebote.

² La irritación peritoneal es el conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico.

³ El signo de Rovsing es el dolor que aparece en el cuadrante abdominal inferior derecho, cuando se palpa en el cuadrante abdominal inferior izquierdo.

⁴ Serie de contracciones musculares como oleadas que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

la localización del dolor y el antecedente de diabetes, se solicita la valoración por la especialidad idónea que es cirugía general por la sospecha de abdomen agudo atípico, lo que significa que no es clara su presentación y por lo mismo, su diagnóstico.

AL HECHO 9: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, conforme a la historia clínica que se anexa a la demanda, se observa que el señor ANTONIO JOSE TABORDA fue remitido a la CLINICA ESIMED – JUAN LUIS LONDOÑO el 31 de marzo de 2017 a las 17: 52 y fue atendido por medicina general a las 21:21 de ese mismo día.

Consta en la historia clínica que el médico general relata paciente de 4 días de evolución de dolor abdominal en flanco derecho. Al examen físico se describe un abdomen con peristalsis, blando con abundante panículo adiposo, dolor a palpación en fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Solicita valoración por cirugía general y da como posible diagnóstico apendicitis, toda vez que para ese momento el mismo era solo una sospecha.

En ese punto es importante indicar que el profesional idóneo para el diagnóstico y manejo de este tipo de cuadros es el cirujano general, especialidad a la que se interconsultó como consta en la historia clínica.

AL HECHO 10: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, conforme a la historia clínica que se anexa a la demanda, se observa que el señor ANTONIO JOSE TABORDA fue valorado por la cirujana general ISABEL CRISTINA HERRERA ese mismo día a las 22:28. Conforme a la historia describe que el paciente presenta dolor abdominal tipo cólico, dos días de constipación⁵, deposiciones diarreicas desde el día anterior: Consagra que el paciente manifiesta mejoría del dolor y disminución del perímetro abdominal. También consagra en la nota que hace dos días le habían realizado al paciente una ecografía abdominal la cual reporta esteatosis⁶ hepática e hipertrofia prostática⁷.

⁵ Estreñimiento.

⁶ Síndrome caracterizado por la presencia de depósitos de grasa en el hígado en pacientes sin consumo de alcohol y en ausencia de otras causas de enfermedad hepática.

⁷ Agrandamiento de la próstata, una condición común entre los hombres de más de 45 años de edad.

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

Al examen físico se describe un abdomen globoso, diastasis⁸ de los rectos abdominales, hay hallazgo de una hernia no dolorosa. Se describe dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha y que no había hallazgos de masas ni de signos de irritación peritoneal.

La galena refiere en el acápite de observaciones que se trata de un cuadro de un paciente con dolor abdominal, que presenta mejoría clínica, sin signos de irritación peritoneal y con ecografía que reporta hallazgos normales, e indica que se espera paraclínicos y evolución del dolor por lo cual NO ES CIERTO que esto se haya consagrado como diagnóstico ya que se consagró en observaciones. Vemos en la nota de la historia clínica que como diagnóstico la médica consagra "otros dolores abdominales y los no especificados".

AL HECHO 11: Se relatan varios hechos en el mismo numeral, motivo por cual me pronunciare frente a estos por separado.

NO LE CONSTA a mi representado lo relatado frente a la orden del tac, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que, conforme a nota del 1 de abril de 2017, hay constancia de orden médica por parte de cirugía general para la realización de un TAC⁹ total de abdomen para definir el diagnóstico y la conducta a seguir. Nota del médico EDRIKSON ALAN CABAS.

En este punto es pertinente indicar que debido a que la sintomatología que presentaba el paciente no era clara, se ordenó realizar TAC abdominal con el fin de tener un diagnóstico certero que permitiera definir el paso a seguir para el manejo.

En pacientes con un alto contenido adiposo en su abdomen cuando cursan un cuadro atípico de dolor abdominal, sin signos claros de abdomen agudo, la realización de un TAC es lo indicado pues esta es la ayuda diagnóstica idónea que permite trazar la línea de tratamiento del profesional. Cuando se presentan cuadros atípicos, que no dan elementos que sugieran un diagnóstico, se debe optar por realizar ayudas diagnósticas en pro de cuidar la salud del paciente toda vez que tratándose de pacientes con comorbilidades graves, como en este caso la diabetes, la obesidad y la hipertensión, resulta ser muy riesgoso someterlo a riesgos innecesarios como lo puede ser la realización de una laparotomía

⁸ separación de los músculos rectos del abdomen

⁹ La tomografía computarizada (TAC) del abdomen es un examen diagnóstico por imágenes que se utiliza para ayudar a detectar enfermedades del intestino delgado, del colon y de otros órganos internos, y generalmente se la utiliza para determinar la causa de un dolor al que no se le encuentra una explicación.

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

exploratoria a ciegas ya que la misma representa un alto riesgo de complicaciones y muerte.

NO LE CONSTA a mi representado lo relatado frente a la atención realizada a las 8:09 am del 1 de abril de 2017, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE, cirujano general, revisa al paciente a las 8:09 am del 1 de abril de 2017, el cual al examen físico describe que el abdomen del paciente para ese momento se encontraba blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal y con dolor a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha. Consagra en la historia que está pendiente el TAC ordenado. El diagnóstico para ese momento era "dolor abdominal localizado en parte superior".

La parte demandante omite referirse a la nota de las 19:54 realizada por el doctor JORGE MARIO TAMAYO. En dicha revisión se relata que el paciente refiere sentirse en mejores condiciones. Indica que hay mejoría del dolor posterior a deposiciones. Describe la presencia de un abdomen blando, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal.

Ese mismo día, es decir, el 1 de abril de 2017 a las 20:22 mi representado, doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, cirujano general, revisa por primera vez al paciente ANTONIO JOSE TABORDA. Describe que el mismo se encontraba estable y que presentaba mejoría del dolor. Como hallazgo se relata la presencia de un abdomen depresible, sin irritación peritoneal y consagra en la nota que se está a la espera de la realización del TAC. En esta atención se ve claramente que como diagnóstico se tenía para ese momento "dolor abdominal en estudio" y que se interroga "sospecha de apendicitis" toda vez que no era un cuadro típico de abdomen.

Si miramos detenidamente la atención de mi representado, el paciente para este día presentaba "*ab blando, depresible, sin irritación peritoneal*" y además consagra: "*en el momento mejoría del dolor abdominal*" es decir, el paciente no presentaba dolor ni alrededor del ombligo, ni mucho menos en la fosa iliaca derecha, lo que confirma que no presentaba signos sugestivos de apendicitis, razón por la cual su cuadro continua en estudio a la espera de la realización del TAC que fue ordenado en horas de la mañana de ese mismo día, 1 de abril de 2017.

AL HECHO 12: ES PARCIALMENTE CIERTO ya que se describe una atención incompleta.

De conformidad con la historia clínica, el día 2 de abril de 2017 a las 8:56 am mi representado, doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, cirujano general,

5

Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

nuevamente revisa al paciente. En esta oportunidad describe que el paciente se encontraba estable, tranquilo, sin dolor abdominal ni otros síntomas. Al examen físico describe la presencia de un abdomen blando, depresible, describe mínimo dolor en la fosa iliaca derecha y sin signos de irritación peritoneal. Consagra además que no presentaba patología quirúrgica aguda y que por lo mismo se estaba a la espera del TAC de abdomen para descartar apendicitis.

De esta nota también se concluye que el paciente para la mañana del 2 de abril de 2017, tampoco presentaba signos sugestivos de apendicitis toda vez que solamente presenta un mínimo dolor en la fosa iliaca derecha, sin más signos asociados, toda vez que no tenía signos de irritación peritoneal. Por esta razón, al no contar con elementos claros que permitieran trazar una línea de manejo adecuado, insiste en la realización del TAC que es la ayuda diagnóstica por elección en este tipo de casos.

Es importante resaltar que según anotación del día 1 de abril realizada por el doctor JORGE MARIO TAMAYO, el paciente una vez realiza deposiciones presenta mejoría del dolor, razón por la cual mi representado, doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, debido al cuadro atípico del paciente, observa las evoluciones medicas consignadas en las notas de las evoluciones anteriores, lo que lo lleva a pensar que posiblemente se está ante un cuadro de apendicitis, pero también considera posible que el cuadro de dolor se deba a un problema de constipación ya que el dolor mejora cuando el intestino del paciente se evacua.

Al no presentar signos que hicieran pensar en una patología quirúrgica aguda, la atención de mi representado se ajusta a los protocolos médicos, máxime si se tiene en cuenta que solo había cursado un día desde que TAC de abdomen había sido ordenado y debido a que no tenía un cuadro claro que permitiera definir el diagnóstico pues no se presentaron cambios en su sintomatología significantes, es adecuada la conducta de ordenar que el paciente siguiera en observación para estudio de su dolor abdominal a la espera del TAC.

AL HECHO 13: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que el doctor LUIS HUMBERTO AZAIN, el día 2 de abril de 2017 a las 18:23 reviso al paciente y describe en su nota los antecedentes del mismo como lo era la hipertensión arterial, diabetes mellitus lo que explica la dependencia a la insulina y también describe el antecedente familiar de cáncer de colon, el que de entrada llama su atención toda vez que considera importante descartar la presencia del mismo. Describe además que para ese momento

6

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

presentaba abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Describe además que está pendiente el TAC para definir el manejo.

AL HECHO 14: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que la doctora CAROLINA ARENAS, cirujana general, el 3 de abril a las 8:02 am revisa al paciente, quien describe que el mismo presenta dolor difuso en el abdomen que ha aumentado de intensidad, asociado a distensión abdominal, un episodio de emesis¹⁰, sin deposiciones y con la presencia de flatos.

Se observa en su nota que describe la presencia de un abdomen distendido pero que se deja deprimir, dolor difuso con defensa voluntaria, pero sin irritación peritoneal. Además, indica que el dolor se reactiva, porque antes el mismo había disminuido, y por lo tanto consagra que para ese momento hay un aumento del dolor. Deja anotación de lo atípico del cuadro ya que no presentaba signos de irritación peritoneal pese a la presencia del dolor, lo que evidentemente dificulta una evaluación del caso. La profesional deja anotación que se insiste en la realización del TAC para definir el manejo, y puntualmente saber si el paciente debe ser intervenido quirúrgicamente por lo anómalo del cuadro. El diagnóstico para este momento consistía en "otros dolores abdominales y los no especificados" ya que no se tenía certeza de la patología que cursaba el paciente.

La cirujana consagra en su nota que se insistirá en la realización del TAC para saber el diagnóstico, ya que de intervenir al paciente con una laparotomía exploratoria¹¹ sin lograr la realización del TAC, resultaría complicado por lo invasivo que resulta la misma, debido a las comorbilidades que presenta al tratarse de un paciente obeso, diabético e hipertenso. Esto se le explica al paciente y a su acompañante.

AL HECHO 15: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que el 3 de abril de 2017 a las 15:07 el paciente es atendido por CARLOS MANUEL PEREZ, cirujano general, quien describe que el paciente relata aumento del dolor. Describe un abdomen distendido, dolor a la palpación profunda principalmente en la fosa iliaca izquierda, pero presente en todo el hemiabdomen. Resalta, incluso en mayúscula, que no son claros los signos de irritación peritoneal.

¹⁰ Vómito, expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago.

¹¹ La exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal no precisable por otros métodos.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

Manifiesta en su nota que el cuadro es sugestivo de enfermedad diverticular¹² complicada con diverticulosis.

En su nota insiste en la realización del TAC y consagra que se comunica con la parte administrativa quienes son los encargados de la gestión para la realización de este tipo de examen diagnóstico, quienes le informan que el TAC se realiza ese mismo día en horas más tarde. El profesional ordena paraclínicos y da la orden del suministro de antibióticos.

Se observa en su nota, que el profesional sospecha de la presencia de una diverticulitis, ya que el dolor en el momento de su evaluación se localiza en la fosa iliaca izquierda y en consecuencia ordena antibióticos que es el tratamiento para este tipo de patologías.

AL HECHO 16: NO LE CONSTA a mi representado en que momento fue autorizada la orden de realización del TAC. Deberá probarse.

Lo cierto es que el TAC se ordenó el 1 de abril de 2017. Los trámites de autorización y la efectiva realización del mismo no son competencia del personal médico, ya que es la EPS de cada paciente, quien autoriza la orden dada previamente y se encarga de la efectiva realización del mismo, toda vez que no en todas las instituciones se cuenta con los medios para la realización de ayudas diagnósticas requeridas.

Como ocurrió en el caso del paciente, el examen se realizó en otra institución, ya que en ESIMED- JUAN LUIS LONDOÑO, no se contaba con el equipo para realizar este tipo de exámenes diagnósticos. En este orden de ideas, los profesionales de la salud no tienen injerencia alguna en la autorización de un examen médico ni mucho menos en la efectiva realización del mismo, pues todo esto lo coordina la propia EPS del paciente dependiendo de su red de prestadores.

Tampoco le consta a mi representado que la clínica ESIMED - JUAN LUIS LONDOÑO no contara con ambulancia disponible para la realización del examen y mucho menos que la cónyuge e hija del paciente hayan sufragado este gasto de manera particular. Deberá probarse.

AL HECHO 17: NO LE CONSTA a mi representado que fue lo que se le dijo al señor JOSE ANTONIO TABORDA en la institución donde fue realizado el TAC relacionado al resultado del examen. Deberá probarse.

Vale la pena indicar que lo usual es que cuando se cuente con el resultado (lectura) del mismo, este es remitido a la institución donde se encuentra el paciente hospitalizado, ya que quien realiza el examen por lo

¹² La enfermedad diverticular se presenta cuando existe formación de pequeños sacos abombados (divertículos) que protuyen a través de las capas de ciertas estructuras del tubo digestivo.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

general es un técnico, pero quien lee la imagen es un radiólogo, es decir, un médico especialista en radiología.

AL HECHO 18: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste.

Aun así, se observa en la historia clínica que el 3 de abril de 2017 a las 20:46 el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE, cirujano general, revisa al paciente y refiere que el TAC ya se había realizado pero que no se contaba con la lectura del mismo.

El profesional hace una interpretación de las imágenes a su disposición lo cual correlaciona con el examen clínico del paciente. Describe que el abdomen presentaba dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, que el resto del abdomen estaba blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Realiza un diagnostico presuntivo de diverticulitis por el cuadro que presentaba el paciente para ese momento, pues es claro que como bien se observa en la historia clínica se deja constancia de que está pendiente la lectura del TAC y que se continuo manejo con antibióticos.

AL HECHO 19: NO ES UN HECHO. Lo descrito corresponde a una transcripción del documento que se adjunta con la demanda suscrito por el profesional JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO.

Aun así, es preciso indicar que el doctor JUAN RODRIGO MORENO en su análisis manifiesta que para el día 3 de abril el paciente presentaba signos de irritación peritoneal lo cual no es cierto. Las evaluaciones repetidas por los distintos cirujanos dan cuenta de la ausencia de signos de irritación peritoneal.

En la lectura de la historia se destaca que la apendicitis era un diagnóstico de trabajo, es decir, un diagnostico por confirmar por lo tanto no está indicado la realización de antibióticos en forma temprana.

AL HECHO 20: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el 4 de abril de 2017 a las 9:36 am el doctor LUIS FRANCISCO MIRANDA, cirujano general, revisa al paciente. En su nota de historia clínica se deja constancia que el paciente presenta mejoría en su dolor y que el abdomen se encontraba distendido, blando, depresible y sin irritación peritoneal. En ese momento el profesional no dispone de la lectura del TAC y en consecuencia, le ordena dieta líquida.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

AL HECHO 21: Se relatan varios hechos en el mismo numeral, motivo por cual me pronunciare frente a estos por separado.

NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el 5 de abril de 2017 a las 9:21 am el doctor LUIS FRANCISCO MIRANDA, cirujano general, revisa al paciente y describe que hay ausencia de dolor y sin fiebre. Describe que el abdomen estaba distendido, blando y depresible y sin irritación peritoneal. Indica que hay evolución lenta hacia la mejoría.

NO ES CIERTO que a las 15:54 pm de ese mismo día, mi presentado JAIRO AUGUSTO CASAS haya realizado la lectura del TAC. La apoderada de la parte actora desconoce que es el médico especialista en radiología el que realiza las lecturas de las imágenes diagnósticas, en este caso TAC. Como se anotó antes, en la institución donde realiza este examen, había quedado pendiente la lectura del mismo.

Conforme a la historia clínica, a las 15:54 pm mi representado, JAIRO AUGUSTO CASAS, al revisar el paciente encuentra que ya se cuenta con la lectura del mismo, es decir, ya existe un documento en el cual se relata los hallazgos evidenciados, el cual es suscrito por un especialista en radiología, quien consigna la interpretación medica que le da a la imagen obtenida. Por lo tanto, mi representado al revisar al paciente, consigna en la historia lo que en el informe de radiología se indica, que según la nota corresponde a hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Al revisar al paciente consigna abdomen distendido, con leve dolor. Debido al resultado reportado del TAC, realiza diagnóstico de apendicitis¹³ aguda.

Procede a programar cirugía consistente en apendicectomía¹⁴ con sospecha de peritonitis¹⁵. Consagra que explica al paciente el manejo.

AL HECHO 22: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el doctor CARLOS MANUEL PEREZ realiza nota clínica de la cirugía realizada a las 21:41 pm. En la misma describió un abdomen agudo quirúrgico y peritonitis de 4

¹³ La apendicitis es la inflamación del apéndice,

¹⁴ La apendicectomía es la técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice, habitualmente en casos de apendicitis aguda.

¹⁵ La peritonitis es la inflamación de la membrana que reviste la pared abdominal y recubre los órganos abdominales.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

cuadrantes por apendicitis aguda necrosada y perforada en tercio distal, plastrón periapendicular con obstrucción yeyunal secundaria. Indica en dicho informe que realiza el procedimiento de apendicectomía, liberación de adherencias, drenaje de peritonitis y lavado de la cavidad. El diagnóstico post operatorio consistió en una apendicitis aguda con peritonitis generalizada.

AL HECHO 23 y 24: NO ES UN HECHO. Lo descrito corresponde a una transcripción del documento que se adjunta con la demanda suscrito por el profesional JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO.

Aun así, como bien se ha expuesto a lo largo de esta contestación, lo presentado en el paciente consistió en un cuadro atípico, que requería el estudio de imágenes diagnósticas para poder ofrecerle un tratamiento indicado al tratarse de un paciente obeso, con comorbilidades que exigían de una precisión mayor en el diagnóstico. Vale la pena resaltar el pobre rendimiento, sensibilidad y especificidad del examen clínico en pacientes con dolor abdominal agudo como el que presento el señor ANTONIO JOSE TABORDA.

Es imperativo incluso en centros hospitalarios americanos la realización de TAC en pacientes con cuadros similares al que presentaba el paciente, lo que demuestra la importancia del apoyo en imágenes diagnósticas cuando el paciente no presenta un cuadro claro de irritación peritoneal que suponga la intervención quirúrgica inmediata.

Resulta cierto que en el manejo de la sepsis abdominal la identificación temprana del foco de infección, el inicio de antibióticos y el tratamiento quirúrgico son fundamentales para una adecuada evolución, sin embargo, como se ha expuesto en esta contestación, se evidencia en la historia clínica que en las diferentes evaluaciones médicas realizadas por los cirujanos que atendieron al paciente NO DAN CUENTA DE UNA SEPSIS. Una vez más se debe destacar que un cuadro inflamatorio abdominal puede deberse a múltiples patologías, algunas de manejo no quirúrgico ni que hacen necesario el envío de antibióticos.

AL HECHO 25: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que luego de la intervención quirúrgica, el doctor LUIS CARLOS HENAO realiza nota clínica a las 21:26 pm en la que se indica que el paciente sale de cirugía para la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se indica que la situación se le comenta al especialista. Dicha situación también se encuentra en la nota operatoria

11

*Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114*

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

realizada por el cirujano que intervino al paciente, doctor CARLOS MANUEL PEREZ, cirujano general.

Se observa en la historia que a las 23:01 se relata el ingreso del paciente a la UCI para el manejo de la sepsis abdominal que presentaba y posteriormente empezó a presentar falla multisistémica con deterioro de la función renal.

AL HECHO 26: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el día 6 de abril el paciente presenta shock séptico de conformidad con la nota del doctor GUSTAVO ADOLFO VALENCIA.

AL HECHO 27: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el día 7 de abril el paciente presenta picos febriles, taquicardia y fue programado para laparotomía con el fin de realizar lavado. Se inicia ese mismo día hemodiálisis, se transfunde glóbulos rojos y plasma.

AL HECHO 28: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el día 8 de abril el paciente presentaba falla multiorgánica, hemodinamicamente inestable y academia metabólica.

AL HECHO 29: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el día 9 de abril el paciente es intervenido nuevamente para lavado peritoneal y colocación de malla.

AL HECHO 30: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el 10 de abril se evidencia evolución hacia la mejoría.

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

AL HECHO 31: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que el paciente estuvo en la UCI en donde se realizaron intervenciones en su abdomen. En nota del día 23 de abril se describe que el paciente presentó parada cardiaca, se intentó reanimar sin éxito y fallece.

AL HECHO 32: NO ES UN HECHO. Lo descrito corresponde a una transcripción del documento que se adjunta con la demanda suscrito por el profesional JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO.

Aun así, no es cierta la conclusión a la que se llega por parte de la profesional por lo que ampliamente se ha expuesto en esta contestación, que procedo a recordar.

Lo presentado en el paciente consistió en un cuadro atípico, que requería el estudio de imágenes diagnósticas para poder ofrecerle un tratamiento indicado al tratarse de un paciente obeso, con comorbilidades que exigían de una precisión mayor en el diagnóstico. Vale la pena resaltar el pobre rendimiento, sensibilidad y especificidad del examen clínico en pacientes con dolor abdominal agudo como el que presentó el señor ANTONIO JOSE TABORDA.

Es imperativo incluso en centros hospitalarios americanos la realización de TAC en pacientes con cuadros similares al que presentaba el paciente, lo que demuestra la importancia del apoyo en imágenes diagnósticas cuando el paciente no presenta un cuadro claro de irritación peritoneal que suponga la intervención quirúrgica inmediata.

Resulta cierto que en el manejo de la sepsis abdominal la identificación temprana del foco de infección, el inicio de antibióticos y el tratamiento quirúrgico son fundamentales para una adecuada evolución, sin embargo, como se ha expuesto en esta contestación, se evidencia en la historia clínica que en las diferentes evaluaciones médicas realizadas por los cirujanos que atendieron al paciente NO DAN CUENTA DE UNA SEPSIS. Una vez más se debe destacar que un cuadro inflamatorio abdominal puede deberse a múltiples patologías, algunas de manejo no quirúrgico ni que hacen necesario el envío de antibióticos.

AL HECHO 33: NO ES UN HECHO. Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

13

Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

AL HECHO 34: NO LE CONSTA a mi representado lo relatado en este hecho, toda vez que la atención médica allí descrita no fue realizada por éste. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que pese a haberse brindados los tratamientos indicados al paciente durante su estancia hospitalaria, inclusive en la UCI, el mismo no respondió de manera favorable a los mismos, sin perder de vista que las comorbilidades previas del paciente son un factor importante en la no respuesta satisfactoria a los tratamientos.

AL HECHO 35: NO LE CONSTA a mi representado los supuestos perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se ocasionaron en favor a los demandantes, ni mucho menos que los mismos se hayan dado debido a una falta de atención oportuna por parte de mi representado en la atención del señor ANTONIO JOSE TABORDA. Deberá probarse.

Como se ha explicado, lo presentado con el paciente correspondió a un cuadro atípico, ya que no existían manifestaciones claras de la enfermedad lo cual requirió de la realización de la ayuda diagnóstica – TAC- para confirmar el diagnóstico, puesto que de operarse al paciente sin tener signos claros de irritación peritoneal y sin contar con una imagen que sugiriera la presencia de una apendicitis, el riesgo de muerte era altísimo debido a las comorbilidades previas del paciente como lo era su obesidad, diabetes, hipertensión arterial. Además, como bien se ha expuesto en esta contestación, los síntomas presentados por el paciente, pudieron explicarse por otras patologías como lo es la diverticulitis, y en caso de que este hubiera sido el diagnóstico, el tratamiento médico no operatorio es la elección. Una laparotomía exploradora como procedimiento diagnóstico es excesivamente invasivo con un riesgo alto de complicaciones asociadas, mayores en pacientes con comorbilidades como en el caso del señor ANTONIO JOSE TABORDA. En este orden de ideas, se requería de la realización del TAC para tener un panorama claro y justamente no someter al paciente a riesgos dado su estado previo de salud.

La demora en la realización del examen ordenado, no es competencia del personal médico sino de su EPS, quien es la que debe garantizar la realización de los exámenes, ayudas diagnósticas y procedimientos ordenados. Por lo tanto, una demora en la realización del mismo y en la lectura del mismo, no es imputable al actuar médico.

AL HECHO 36: NO ES UN HECHO. Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

Llama la atención la impresión técnica de la apoderada de la parte actora ya que el concepto de "peritonitis crónica" no aplica en este caso. Por lo demás, hago remisión a lo ya expuesto frente al cuadro atípico presentado por el paciente.

AL HECHO 37: NO ES UN HECHO. Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

Por lo demás, hago remisión a lo ya expuesto frente al cuadro atípico presentado por el paciente.

AL HECHO 38: NO LE CONSTA a mi representado los supuestos perjuicios extrapatrimoniales consistentes en la tristeza, angustia y desasosiego de los demandantes, ni mucho menos que los mismos se hayan dado debido a una falta de atención oportuna por parte de mi representado al señor ANTONIO JOSE TABORDA. Deberá probarse.

AL HECHO 39: NO LE CONSTA a mi representado los supuestos perjuicios patrimoniales en cabeza de la demandante MARTHA DEL SOCORRO HOYOS, ni mucho menos que los mismos se hayan dado debido a una falta de atención oportuna por parte de mi representado al señor ANTONIO JOSE TABORDA. Deberá probarse.

A LAS PRETENSIONES

Me opongo a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda, y objeto las cuantías solicitadas, toda vez que los perjuicios cuya indemnización se pretende tienen como fundamento unos supuestos fácticos que no corresponden con la realidad científica y médica. Además, no existió por parte del doctor JAIRO AUGUSTO CASAS una conducta culposa o negligente, durante la atención realizada al señor ANTONIO JOSE TABORDA de la cual se pueda inferir algún tipo de responsabilidad.

Por lo tanto, solicito al despacho se abstenga de reconocer las pretensiones solicitadas y se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

PETICIÓN ESPECIAL

Le solicito al despacho de manera respetuosa se de aplicación al numeral 1.1 del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de que se condene a la parte

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

demandante a pagar por concepto de agencias en derecho el 20% de las pretensiones negadas en la sentencia.

EXCEPCIONES DE MERITO

1. AUSENCIA DE CULPA

Es preciso afirmar que para lograr la existencia de responsabilidad civil médica se debe contar con tres presupuestos básicos los cuales comprende: daño, culpa y nexo causal, en donde si bien se presenta un daño, que consiste en la tórpida evolución y posterior muerte del paciente debido al progreso tórpido de su patología, no existe una actuar indebido, negligente o imperito por parte de mi representado que configure un nexo causal entre la aplicación de su profesión y lo ocurrido en el cuerpo del paciente, toda vez que mi representado es un profesional experto en la medicina, especialista en cirugía general, que cuenta con una experiencia de años y tiene la idoneidad suficiente para tratar este tipo de patologías.

En este orden de ideas, para que pueda hablarse de responsabilidad civil es necesario acreditar la existencia de un hecho culposo y es claro que en este caso no existió por parte de mi representado un hecho que pueda ser calificado como tal, toda vez que no se presentó alguna conducta incorrecta o inapropiada por parte de éste, pues mi representado actuó en todo momento de manera diligente, prudente y peritamente.

De conformidad con la historia clínica se observa que lo presentado por el paciente correspondió a un cuadro atípico, lo cual lo llevó a consultar por la presencia de dolor que desde el inicio requirió del manejo de la especialidad de cirugía general por lo inusual de los síntomas. Se debe tener en cuenta que se trata de un paciente obeso, con comorbilidades importantes como la diabetes, la hipertensión arterial y el antecedente de cáncer de colon de su madre.

Si se observa la historia clínica, los profesionales en sus evoluciones dan cuenta de la presencia de dolor en su abdomen, aunque el mismo se presentaba blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal, además de contar con una ecografía abdominal que no reportaba signos indicativos de apendicitis.

En este punto es pertinente indicar que debido a que la sintomatología que presentaba el paciente no era clara, se ordenó realizar TAC abdominal con el fin de tener un diagnóstico certero que permitiera definir el paso a seguir para el manejo.

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

En pacientes con un alto contenido adiposo en su abdomen cuando cursan un cuadro atípico de dolor abdominal, sin signos claros de abdomen agudo, la realización de un TAC es lo indicado pues esta es la ayuda diagnóstica idónea que permite trazar la línea de tratamiento del profesional. Cuando se presentan cuadros atípicos, que no dan elementos que sugieran un diagnóstico, se debe optar por realizar ayudas diagnósticas en pro de cuidar la salud del paciente toda vez que tratándose de pacientes con comorbilidades graves, como en este caso la diabetes, la obesidad y la hipertensión, resulta ser muy riesgoso someterlo a riesgos innecesarios como lo puede ser la realización de una laparotomía exploratoria a ciegas ya que la misma representa un alto riesgo de complicaciones y muerte.

Al día siguiente en que ingresa el paciente a la institución, mi representado doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, cirujano general, revisa por primera vez al paciente y describe en la nota de historia clínica que el mismo se encontraba estable y que **presentaba mejoría del dolor; relata la presencia de un abdomen depresible, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL y consagra en la nota que se está a la espera de la realización del TAC.** En esta atención se ve claramente que como diagnóstico se tenía para ese momento "dolor abdominal en estudio" y que se interroga "sospecha de apendicitis" toda vez que no era un cuadro típico de abdomen.

Si miramos detenidamente la atención de mi representado, el paciente no presentaba dolor ni alrededor del ombligo, ni mucho menos en la fosa iliaca derecha, lo que confirma que no presentaba signos sugestivos de apendicitis, razón por la cual su cuadro continúa en estudio a la espera de la realización del TAC que fue ordenado en horas de la mañana de ese mismo día, 1 de abril de 2017.

Al día siguiente, es decir, el 2 de abril de 2017, nuevamente mi representado revisa al paciente. En esta oportunidad describe se encontraba **estable, tranquilo, sin dolor abdominal ni otros síntomas. Al examen físico describe la presencia de un abdomen blando, depresible, describe mínimo dolor en la fosa iliaca derecha y SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.** Consagra además que no presentaba patología quirúrgica aguda y que por lo mismo se estaba a la espera del TAC de abdomen para descartar apendicitis. Es claro entonces que para ese momento el paciente tampoco presentaba signos sugestivos de apendicitis, por lo cual, al no contar con elementos claros que permitieran trazar una línea de manejo adecuado, se insiste en la realización del TAC que es la ayuda diagnóstica por elección en este tipo de casos.

Vale la pena resaltar que, conforme a la anotación que realiza el doctor JORGE MARIO TAMAYO, el paciente una vez realiza deposiciones presenta mejoría del dolor, razón por la cual mi representado, doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, debido al cuadro atípico del paciente, observa las

17

Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.

Teléfono 3151500 Ext. 114

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

evoluciones medicas consignadas en las notas de las evoluciones anteriores, lo que lo lleva a pensar que posiblemente se está ante un cuadro de apendicitis, pero también considera posible que el cuadro de dolor se deba a un problema de constipación ya que el dolor mejora cuando el intestino del paciente se evacua.

Antes de la realización del TAC, y, de hecho, antes de contar con la lectura del mismo, estas fueron las dos únicas atenciones realizadas por parte de mi representado. Frente a estas evaluaciones se puede afirmar que al no presentar signos que hicieran pensar en una patología quirúrgica aguda, la atención de mi representado se ajustó a los protocolos médicos, máxime si se tiene en cuenta que solo había cursado un día desde que TAC de abdomen había sido ordenado y debido a que no tenía un cuadro claro que permitiera definir el diagnóstico pues no se presentaron cambios en su sintomatología significantes, es adecuada la conducta de ordenar que el paciente siguiera en observación para estudio de su dolor abdominal a la espera del TAC.

Luego de esto, se observa que el paciente siguió en constante observaciones y debido a la mejoría de sus síntomas, incluso a la migración del dolor abdominal a la fosa iliaca izquierda, se piensa en un posible diagnóstico de diverticulitis por el cuadro que presentaba el paciente para ese momento, en el cual, pese a la realización del examen diagnóstico ordenado, no se contaba con la lectura del mismo. Cabe resaltar que en todo este tiempo las evaluaciones repetidas por los distintos cirujanos dan cuenta de la ausencia de signos de irritación peritoneal y de la mejoría en su cuadro.

El 5 de abril, mi representado al revisar al paciente en ronda, evidencia que ya se cuenta con la lectura del TAC y procede a consignar en la historia lo que en el informe de radiología se indica, que según la nota corresponde a hallazgos compatibles con apendicitis aguda, por lo cual realiza diagnóstico de apendicitis aguda y procede a programar cirugía consistente en apendicectomía con sospecha de peritonitis. Consagra que explica al paciente el manejo.

La cirugía tuvo como hallazgos una apendicitis aguda con peritonitis generalizada, por lo cual el paciente es trasladado a la UCI para su manejo. El paciente finalmente muere pese a ofrecérsele los tratamientos indicados, ya que no evoluciona de forma favorable, lo que es factible en situaciones como estas, máxime al tratarse de un paciente con comorbilidades importantes que inciden en la adecuada respuesta a los tratamientos instaurados.

Por lo que aquí se ha relatado, es claro que lo presentado en el paciente consistió en un cuadro atípico, que requería el estudio de imágenes diagnósticas para poder ofrecerle un tratamiento indicado al tratarse de

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

un paciente obeso, con comorbilidades que exigían de una precisión mayor en el diagnóstico. Vale la pena resaltar el pobre rendimiento, sensibilidad y especificidad del examen clínico en pacientes con dolor abdominal agudo como el que presento el señor ANTONIO JOSE TABORDA.

Es imperativo incluso en centros hospitalarios americanos la realización de TAC en pacientes con cuadros similares al que presentaba el paciente, lo que demuestra la importancia del apoyo en imágenes diagnósticas cuando el paciente no presenta un cuadro claro de irritación peritoneal que suponga la intervención quirúrgica inmediata.

Resulta cierto que en el manejo de la sepsis abdominal la identificación temprana del foco de infección, el inicio de antibióticos y el tratamiento quirúrgico son fundamentales para una adecuada evolución, sin embargo, como se ha expuesto en esta contestación, se evidencia en la historia clínica que en las diferentes evaluaciones médicas realizadas por los cirujanos que atendieron al paciente NO DAN CUENTA DE UNA SEPSIS. Una vez más se debe destacar que un cuadro inflamatorio abdominal puede deberse a múltiples patologías, algunas de manejo no quirúrgico ni que hacen necesario el envío de antibióticos.

Además, como bien se ha expuesto en esta contestación, los síntomas presentados por el paciente, pudieron explicarse por otras patologías como lo es la diverticulitis, y en caso de que este hubiera sido el diagnóstico, el tratamiento médico no operatorio es la elección. Una laparotomía exploradora como procedimiento diagnóstico es excesivamente invasivo con un riesgo alto de complicaciones asociadas, mayores en pacientes con comorbilidades como en el caso del señor ANTONIO JOSE TABORDA. En este orden de ideas, se requería de la realización del TAC para tener un panorama claro y justamente no someter al paciente a riesgos dado su estado previo de salud.

La demora en la realización del examen ordenado, no es competencia del personal médico sino de su EPS, quien es la que debe garantizar la realización de los exámenes, ayudas diagnósticas y procedimientos ordenados. Por lo tanto, una demora en la realización del mismo y en la lectura del mismo, no es imputable al actuar médico.

En este orden de ideas, se puede afirmar sin lugar a dudas que para el momento en que mi representado, doctor JAIRO AUGUSTO CASAS atendió al paciente, los síntomas que presentaba no eran indicativos de una apendicitis y mucho menos de una peritonitis. De hecho, los síntomas que presentaba no eran indicativos de un abdomen agudo que requiriera de una intervención quirúrgica.

La apendicitis es una inflamación del apéndice y es una de las entidades patológicas que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la

19

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

apendicitis aguda, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. Su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años.

La ubicación anatómica del apéndice es variada: puede localizarse sobre el aspecto posteromedial del ciego. La punta exhibe diferentes localizaciones: retrocecal 65,2%, pélvica 31%, subcecal 2,2%, paraileal 1% y paracólica 0,4%. Tales diferencias explican por qué en el examen físico los signos clínicos de la apendicitis aguda pueden ser muy difíciles de interpretar. El dolor es predominantemente en fosa iliaca derecha, pero muchas otras patologías pueden generar dolor en esta localización como es el colon, órganos femeninos y las vías urinarias y digestivas, dentro de las cuales está la diverticulitis y la constipación, que fueron patologías pensadas por los profesionales que atendieron al paciente debido a sus síntomas atípicos. Se resalta que incluso en muchas ocasiones cuando a hay sospecha de apendicitis, y se decide operar, se encuentra que el problema no era este, lo que en términos coloquiales se conoce como una "apendicectomía en blanco" que en casos de que así suceda en pacientes con comorbilidades previas graves, puede representar una alta mortalidad.

Es pertinente además resaltar que el diagnóstico no es una tarea fácil, ya que consiste en un proceso dinámico, que está en constante construcción según lo presentado en cada caso, por la similitud de los síntomas de las distintas patologías y la diferencia que se presenta en la respuesta en los organismos.

Así lo ha afirmado el Consejo de Estado¹⁶, al indicar:

"...En este sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones..."

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC12449¹⁷ donde se alude a la decisión también de Corte Suprema de Justicia, CSJ SC 26 de

¹⁶ Consejo de Estado. Sentencia del veintisiete (27) de noviembre del dos mil diecisiete (2017). Consejero Ponente Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Radicación número: 660012333000201300147 01 (52.993)

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del quince (15) de septiembre de dos mil catorce (2014). Magistrada Ponente MARGARITA CABELLO BLANCO. SC12449-2014. Radicación n° 11001 31 03 034 2006 00052 01

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01), al referirse al tema del diagnóstico indicó:

“Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así, por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él”

Por lo aquí descrito, es claro entonces que el doctor JAIRO AUGUSTO CASAS agotó todas y cada una de las conductas de diligencia y cuidado esperadas en la atención prestada al paciente ANTONIO JOSE TABORDA. El paciente lamentablemente presentó un cuadro atípico de apendicitis de difícil diagnóstico, la cual evoluciona de forma tórpida, a lo que influyó sus comorbilidades de base por tratarse de un paciente obeso, diabético, hipertenso que no respondió de manera adecuada a los tratamientos instaurados.

2. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL: EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA ACTUACION DE MÍ REPRESENTADO.

Entre las conductas realizadas por el doctor JAIRO AUGUSTO CASAS y la complicación padecida por el señor ANTONIO JOSE TABORDA, no es posible erigir una relación de causalidad que haga imputable el daño, toda vez que mi representado al momento de la atención de la paciente no tenía elementos claros que le permitieran diagnosticar con precisión la presencia de una apendicitis debido al cuadro clínico atípico que presentaba como se ha expuesto a lo largo de esta contestación. De este modo, no puede atribuirse ninguna responsabilidad a mi representado por la situación que padeció el paciente.

Al no evidenciarse relación alguna entre el hecho reprochado a la demandada y el perjuicio cuya indemnización se pretende, no existe un nexo causal que permitan imputar la responsabilidad a mi representado, ya que lo presentado en este caso, esto es, la muerte del paciente, no son

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

consecuencia de una falta de diligencia en la prestación del servicio médico que realizó mi representado al paciente.

Los síntomas que presentó el paciente en las dos atenciones previas a la lectura del TAC, es decir, el 1 y 2 de abril, no eran indicativos de una apendicitis ya que se trataba de un mínimo dolor en su abdomen que incluso había mejorado, y que al examen físico se evidenciaba un abdomen blando, depresible y SIN IRRITACIÓN PERITONEAL y consagra en la nota que se está a la espera de la realización del TAC, con el agravante que existía una ecografía abdominal previa sin signos sugestivos de apendicitis. Por lo tanto, mi representado no incurrió en ninguna omisión o negligencia que se le pueda reprochar ya que perfectamente se podía esperar la evolución del paciente y la realización del TAC para saber el paso a seguir.

Si se observa además que, en las posteriores consultas, el cuadro clínico tampoco sugirió la presencia de una apendicitis pues no se evidencio signos de irritación peritoneal. La última vez que mi representado vio al paciente, fue cuando se contaba con la lectura del TAC que sugirió la presencia de una apendicitis por lo cual ordena el manejo quirúrgico.

En este escenario se deberá desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda por falta de los elementos estructurales de la misma cual es la certeza sobre la relación causa efecto o lo que es lo mismo ausencia de NEXO CAUSAL.

3. TASACION EXCESIVA DE PERJUICIOS

Hay que tener claro que los procesos de responsabilidad civil médica, no pueden convertirse en ningún caso en fuente de enriquecimiento para quien los invoca, por lo tanto, en el evento hipotético de que se deba liquidar perjuicios a favor de la parte actora, el despacho no deberá perder de vista que los perjuicios en la cuantía en que están solicitados superan por mucho los topes máximos que reconoce la jurisprudencia.

Pues bien, si el Despacho analiza las pretensiones podrá concluir que las mismas no se compadecen con los parámetros establecidos por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en el caso de los perjuicios extra patrimoniales y, por lo tanto, su estimación resulta excesiva.

En conclusión, solicito respetuosamente al Despacho que, en el remoto evento de encontrar responsables a los demandados, tenga en cuenta los parámetros jurisprudenciales establecidos.

4. GENERICA

Ana María Morales P.

*Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit*

Solicito comedidamente, se sirva reconocer todas aquellas excepciones de mérito que no se hubieren formulado y que se logren probar en el desarrollo del proceso.

PRUEBAS

✓ INTERROGATORIO DE PARTE

Cítese a la parte demandante para que en la oportunidad señalada por el despacho absuelvan el interrogatorio que en forma verbal o escrita les formularé.

También me reservo el derecho de interrogar a los litisconsortes facultativos, es decir, a los representantes legales de las entidades demandadas de conformidad con el artículo 203 del Código General del Proceso.

✓ DECLARACION DE PARTE

De conformidad con el artículo 165 y 191 inciso final del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte que realizaré a mi representado y a los demás codemandados.

✓ DOCUMENTALES

Me permito aportar al proceso, con fines probatorios, los siguientes documentos:

- Artículo científico: ¿Son necesarias las ayudas imaginológicas para el diagnóstico de apendicitis? CARLOS HERNANDO MORALES URIBE, MIGUEL ANDRÉS NEIRA RINCÓN, LUIS FRANCISCO PÉREZ MONTAGUT. Revista IATREIA UdeA /VOL 17/No.3/SEPTIEMBRE/2004
- Artículo científico: Guías para el manejo de urgencias Tomo II. Ministerio de la protección social. Diverticulitis.

✓ TESTIMONIAL -TESTIGOS TÉCNICOS

Cítese a las siguientes personas quienes declararán sobre la idoneidad profesional que represento, darán claridad al despacho de acuerdo con su especialidad y experiencia profesional respecto de los hechos de la demanda, contestación y demás aspectos técnicos relevantes del

23

*Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114*

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

proceso. Además, darán cuenta de cómo era el funcionamiento en la entidad demandada para la fecha de los hechos.

- ISABEL CRISTINA HERRERA, cirujana general, en calidad de testigo técnico, quien declarara sobre los procedimientos realizados al paciente y su respectiva evolución. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre las actuaciones realizadas por ella y sobre los aspectos técnicos relevantes del caso relacionados con lo presentado por el paciente de que tratan los hechos 8 al 39 de la demanda y la contestación. Se localiza en Calle 58 N ° 50C - 2 Prado Centro, Medellín, Antioquia. Correo electrónico isaherrera79@hotmail.com
- SANDRA GABRIELA ORTIZ, cirujana general, en calidad de testigo técnico, quien declarara sobre los procedimientos realizados al paciente y su respectiva evolución. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre las actuaciones realizadas por ella, y sobre los aspectos técnicos relevantes del caso relacionados con lo presentado por el paciente de que tratan los hechos 8 al 39 de la demanda y la contestación. Se localiza en Cl. 78b #7521, Medellín, Antioquia. Correo electrónico som402002@yahoo.com
- JUAN FERNANDO GALLEGO, cirujano general, en calidad de testigo técnico, quien declarara sobre los procedimientos realizados al paciente y su respectiva evolución. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre las actuaciones realizadas por él, y sobre los aspectos técnicos relevantes del caso relacionados con lo presentado por el paciente de que tratan los hechos 8 al 39 de la demanda y la contestación. Se localiza en Dg. 75B ##2A-80/140, Medellín, Antioquia. Correo electrónico juanfergallego@hotmail.com
- GUSTAVO ADOLFO VALENCIA GONZÁLEZ. Internista, en calidad de testigo técnico, quien declarara sobre los procedimientos realizados al paciente y su respectiva evolución. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre las actuaciones realizadas por él, y sobre los aspectos técnicos relevantes del caso relacionados con lo presentado por el paciente de que tratan los hechos 8 al 39 de la demanda y la contestación. Se localiza en Cl. 78b #7521, Medellín, Antioquia. Correo electrónico gavalenciago@unal.edu.co

CONCEPTO O CRITERIO DE EXPERTO

Cítese a la siguiente persona quien declarara sobre los procedimientos realizados al paciente y su respectiva evolución. El testigo declarara sobre

24

Carrera 43ª N. 1 Sur 100 Oficina 1801.
Teléfono 3151500 Ext. 114

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

los aspectos técnicos relevantes del caso relacionados con lo presentado por el paciente.

- Juan Camilo Correa Cote. Cirujano general, quien se localiza en la Cra. 65B #30-25. Correo electrónico jcccote@gmail.com

La anterior prueba se solicita de conformidad con la sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION CIVIL, Sentencia SC9193-2017, Radicación nº 11001-31-03-039-2011-00108-01 del 28 de junio de 2017, M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ en donde se trata el tema del testigo técnico y de concepto de experto. En dicha oportunidad la Corte indicó:

“El testigo técnico en nuestro ordenamiento procesal es aquella persona que, además de haber presenciado los hechos, posee especiales conocimientos técnicos, científicos o artísticos sobre ellos (art. 227 C.P.C., inc. 3º; y art. 220 inc. 3º C.G.P.), cuyos conceptos y juicios de valor limitados al área de su saber aportan al proceso información calificada y valiosa sobre la ocurrencia de los hechos concretos que se debaten.”

Más adelante, **“Los conceptos o criterios de los expertos y especialistas son medios de prueba no regulados expresamente en el estatuto adjetivo, pero perfectamente admisibles y relevantes en virtud del principio de libertad probatoria que rige en nuestro ordenamiento procesal (art. 175 C.P.C.; y art. 165 C.G.P.), en la medida que son útiles para llevar al juez conocimiento objetivo y verificable sobre las circunstancias generales que permiten apreciar los hechos; no se oponen a la naturaleza del proceso; no están prohibidos por la Constitución o la ley; y el hecho alegado no requiere demostración por un medio de prueba legalmente idóneo o especialmente conducente”.**

Teniendo en cuenta lo anterior, se solicita el criterio de experto, por de mi representado para que en audiencia declaren sobre los aspectos técnicos de la patología presentada por el paciente, toda vez que, al no existir tarifa legal, se considera prudente contar con otros medios de prueba.

DEPENDIENTE JUDICIAL

Me permito designar como dependiente judicial a YESICA MILENA ALZATE ARNERA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.000.404.640, estudiante de Derecho de la Universidad de Antioquia.

ANEXOS

Los documentos enunciados en el acápite de pruebas

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit

NOTIFICACIONES

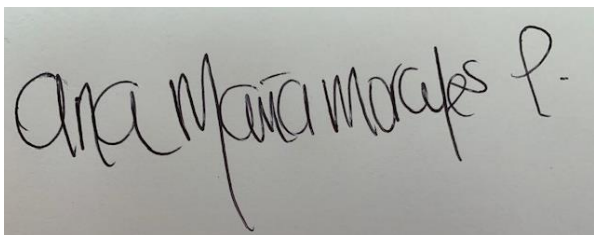
La suscrita apoderada:

Carrera 43ª No 1sur – 100 edificio Torre Sudameris piso 18

anmamopa509@gmail.com

teléfono 3148897882 y 3212683150

Del Señor Juez,

A handwritten signature in black ink on a light gray background. The signature reads "Ana María Morales P." in a cursive script.

ANA MARIA MORALES PALACIOS

C.C. 1.017.128.868 de Medellín

T.P. 201.102 del C.S.J.

¿Son necesarias las ayudas imaginológicas para el diagnóstico de apendicitis?

CARLOS HERNANDO MORALES URIBE¹, MIGUEL ANDRÉS NEIRA RINCÓN²,
LUIS FRANCISCO PÉREZ MONTAGUT²

RESUMEN

HAY UN AUMENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS imaginológicos en la evaluación de los pacientes con dolor abdominal agudo. El ultrasonido y la tomografía computarizada tienen gran valor en pacientes con sospecha de apendicitis aguda. La tomografía tiene una mayor sensibilidad y una alta especificidad. La mayor utilidad de ambos estudios se obtiene en el grupo de pacientes en quienes después de la evaluación inicial la probabilidad de apendicitis es indeterminada.

Se puede concluir de los estudios clínicos que no hay pruebas del beneficio de la ecografía como estudio rutinario en pacientes con sospecha de apendicitis.

PALABRAS CLAVE

APENDICITIS AGUDA (DIAGNÓSTICO)

ECOGRAFÍA

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

.....
1. Profesor Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Cirujano asistencial, Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín, Colombia).

2. Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2004

Fecha de aceptación: 21 de julio de 2004

En la evaluación de los pacientes con dolor abdominal agudo, se observa con bastante frecuencia la solicitud, por parte de los médicos generales y los cirujanos, de estudios imaginológicos complementarios para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda. En la evaluación de los pacientes con sospecha de apendicitis los médicos tratantes suelen solicitar cuadro hemático, proteína C reactiva (PCR), citoquímico de orina y, en las últimas dos décadas, en muchos de los casos, ultrasonido abdominal y en otros, tomografía axial computarizada. ¿Cuál es la explicación de esta práctica tan común? ¿Las escuelas de medicina la enseñan? ¿Es una práctica derivada del desarrollo tecnológico? ¿El médico tiene temor a equivocarse y a que esto dé lugar a demandas medicolegales? El diagnóstico más común entre los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con dolor abdominal agudo es apendicitis (1). En Estados Unidos se realizan más de 250.000 apendicectomías cada año (1). En los países desarrollados se le ha practicado apendicectomía aproximadamente al 8% de la población (2).

Son bien conocidas las graves complicaciones que se derivan del retraso en el diagnóstico de la inflamación aguda del apéndice y en la consecuente intervención quirúrgica; entre ellas, el aumento del número de casos de perforación con las subsiguientes tasas más altas de morbilidad y mortalidad (3,4); también está claro que el diagnóstico clínico de apendicitis aun apoyado en las pruebas diagnósticas disponibles, no ofrece una sensibilidad mayor del 80% ni una especificidad que supere el 85%. Para evitar las complicaciones aludidas, se acepta la extirpación de un 15-25% de apéndices normales (apendicectomías negativas) (5,6) cuya proporción es aún mayor en los ancianos, los niños y las mujeres jóvenes (7); infortunadamente, algunas de estas intervenciones sobre apéndices sanos tienen alta tasa de morbilidad e, incluso, pueden llevar a la muerte del paciente (8).

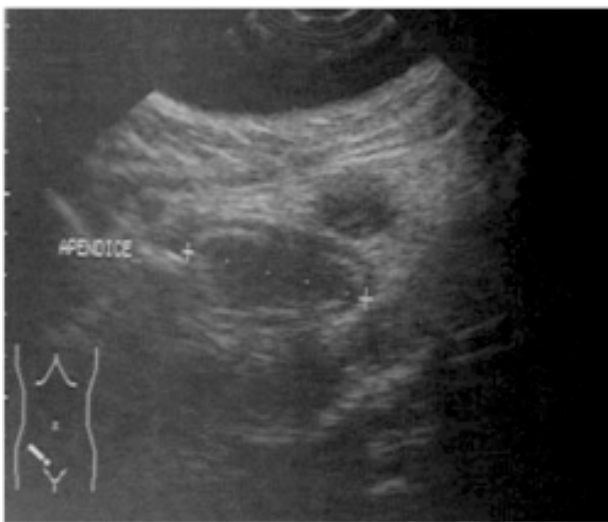
Para mejorar la precisión diagnóstica se han utilizado distintas ayudas paraclínicas: la evaluación de la respuesta inflamatoria con el leucograma y la PCR, la utilización de sistemas de puntaje, el diagnóstico asistido por computador y estudios imaginológicos (9). En casos de presentación clínica inespecífica se puede optar por observar al paciente durante un tiempo variable (6 a 12 horas), sin que esto aumente el riesgo de perforación, o utilizar ayudas imaginológicas.

ULTRASONIDO

La ecografía abdominal ha demostrado su utilidad en la evaluación de pacientes con sospecha de cólicos biliares, diverticulitis aguda, enfermedades ginecológicas y masas abdominales (10). Sin embargo, su valor ante la sospecha de apendicitis aguda es controvertido (10). Desde mediados de los años ochenta del siglo XX se utiliza el ultrasonido como ayuda imaginológica para el diagnóstico de la apendicitis. En 1986, Puylaert describió que el apéndice se puede visualizar usando la técnica de compresión en la fosa ilíaca derecha con un transductor de alta resolución (11). La técnica ecográfica con compresión elimina la interferencia del gas y reduce la distancia del apéndice al transductor. Los hallazgos sonográficos estandarizados que sugieren inflamación aguda del apéndice son: el signo de la diana, el apéndice en forma de salchicha con un diámetro usualmente mayor de 6 mm; líquido cecal, absceso pericecal, coprolito, engrosamiento de la pared, apéndice no compresible y fijo y líquido en el fondo de saco de Douglas (12) (Figura Nº 1). Hasta mediados de la década de los años 90 del siglo XX, se consideraba que el resultado del examen era negativo si el examinador no lograba identificar el apéndice (13,14). Ahora, el resultado negativo consiste en la visualización e identificación del apéndice normal. No identificar el apéndice o no encontrar un diagnóstico diferencial se interpreta como un examen no

concluyente, lo que debe conducir a un examen imaginológico diferente o a la toma de una decisión independiente de las imágenes (14). El diagnóstico diferencial imaginológico incluye entidades como enfermedad de Crohn, absceso tuboovárico, tiflitis, diverticulitis del sigmoides y tumores apendiculares, del ciego y del sigmoides (15).

Figura N° 1
ULTRASONIDO EN APENDICITIS



Apendicitis aguda: imagen de la diana de márgenes regulares y simétricas, con lumen ampliamente distendido, que no colapsa con la compresión y sin peristalsis.

Las ventajas de este método son las siguientes: se requiere una curva de aprendizaje corta pues se puede alcanzar una alta precisión después de los primeros 20 pacientes; es un estudio de bajo costo, no utiliza radiación ionizante, se realiza con poca o ninguna preparación del paciente y se puede repetir; sin embargo, es dependiente del evaluador y de la resolución del ecógrafo utilizado (16).

Hay una gran variabilidad en el desempeño de la ultrasonografía para el diagnóstico de apendicitis aguda, porque depende de la fase de la enfermedad

en que se practique la evaluación (17). La frecuencia con que se lleva a cabo una ecografía apendicular en pacientes con sospecha de apendicitis aguda varía entre 16-85% (17). En algunos centros se hace ecografía en pacientes con alta probabilidad de apendicitis; en otros, en pacientes con diagnóstico poco probable y en un tercer grupo se la lleva a cabo en todos los pacientes, independientemente de la probabilidad clínica del diagnóstico (17-19).

En distintos estudios prospectivos se reporta un excelente desempeño del ultrasonido para el diagnóstico de apendicitis, con unas cifras promedio de sensibilidad del 86% y especificidad del 96% (18,19), cifras reproducibles incluso por grupos en los cuales la ecografía es efectuada por cirujanos con corto entrenamiento específico (20). Sin embargo, otros estudios multicéntricos presentan una sensibilidad tan baja como del 30% (17), lo cual indica que los resultados se correlacionan fuertemente con la experiencia del examinador.

El análisis individual de los signos ecográficos de apendicitis demuestra que sólo el signo de la diana tiene valor diagnóstico importante; los otros hallazgos no tienen importancia diagnóstica como criterios individuales.

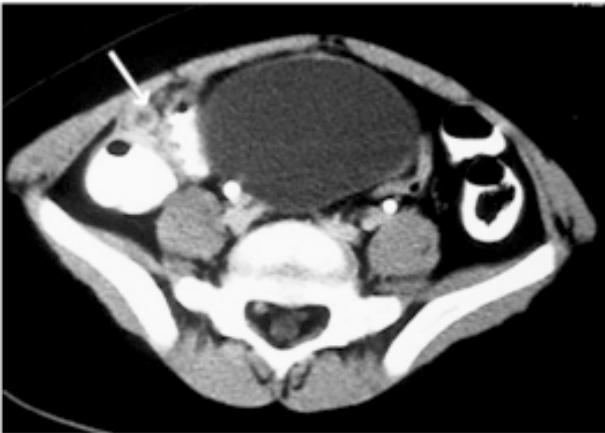
En un estudio multicéntrico, prospectivo, que involucró a 870 pacientes de 11 servicios quirúrgicos de Alemania y Austria, con el objetivo de evaluar la eficacia y el beneficio clínico de la ecografía del apéndice en la práctica clínica rutinaria, no se observó correlación de los hallazgos ultrasonográficos del apéndice con la certeza diagnóstica del médico, ni con los porcentajes de apendicectomías negativas o de apendicitis perforadas (17).

Una revisión sistemática de la literatura demostró que la ecografía no se debe usar en pacientes con signos y síntomas típicos de apendicitis, debido al porcentaje de falsos negativos, y también recomendó no usarla como método de tamización en pacientes con baja probabilidad diagnóstica, debido a la baja prevalencia de la enfermedad y al alto porcentaje de falsos positivos en este grupo de enfermos. Estableció además que la mayor utilidad del estudio es en el grupo de pacientes en quienes la probabilidad de apendicitis después de la evaluación inicial es indeterminada (21). Otros estudios posteriores apoyan estas conclusiones (14, 22, 23).

tal, inflamación periapendicular, “grasa sucia” en el cuadrante inferior derecho o la presencia de un coprolito (1) (Figuras Nº 2 y 3). El examen tiene algunas limitaciones técnicas en los pacientes con poca grasa intrabdominal.

La mayoría de los estudios son retrospectivos o reportes de casos. Solo algunos de los prospectivos tienen grupo control. La revisión de los estudios prospectivos que evalúan la TC en el diagnóstico de apendicitis revela que tiene un excelente desempeño. La sensibilidad varía entre 77-100%, la especificidad de 83-100% y la precisión de 88-98%. El porcentaje de diagnósticos alternativos que

Figura Nº 2
TC CON TRIPLE CONTRASTE EN APENDICITIS



Apéndice con pared engrosada (flecha) que capta el medio de contraste (signo de la diana).

Figura Nº 3
TC CON TRIPLE CONTRASTE EN APENDICITIS



La flecha señala cambios inflamatorios periapendiculares

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

Los hallazgos tomográficos usados para el diagnóstico imaginológico de la apendicitis aguda son: diámetro del apéndice mayor de 6 mm con inflamación periapendicular, falta de opacificación del apéndice con material de contraste oral o rec-

se puede encontrar oscila entre 6-36%. Se concluye que la TC evita cirugías y hospitalizaciones innecesarias y previene el retraso en los diagnósticos y las intervenciones quirúrgicas (1). Como en los estudios de ecografía, estas cifras varían según la probabilidad clínica del diagnóstico en los pacientes a quienes se les practique el examen (24,25).

Se citan con frecuencia hallazgos equívocos en la TC que no siempre los autores incluyen en los cálculos de las características operativas de la prueba, lo cual significa una clara limitación para interpretar los resultados de los diferentes estudios clínicos.

CONCLUSIONES

El uso indiscriminado de la ecografía en abdomen agudo no traumático incrementa el trabajo del personal, prolonga la estancia hospitalaria y posiblemente retrasa el tratamiento, aumentando los costos hospitalarios.

La mayor utilidad de la ecografía se obtiene en el grupo de pacientes en quienes después de la evaluación inicial la probabilidad de apendicitis sigue siendo indeterminada. Tiene especial valor en niños y mujeres embarazadas.

La TC tiene un excelente desempeño para el diagnóstico de la apendicitis aguda pero su uso no puede ser indiscriminado y debe limitarse a los pacientes con presentaciones clínicas atípicas.

El mayor valor de las imágenes diagnósticas en pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda radica en la posibilidad de demostrar la enfermedad en pacientes con cuadros clínicos equívocos y en la de aclarar diagnósticos diferenciales.

SUMMARY

ARE IMAGING PROCEDURES NECESSARY FOR DIAGNOSING APPENDICITIS?

Diagnostic imaging is being increasingly used in the assessment of acute non-traumatic abdominal pain. Ultrasound and computed tomography investiga-

tions are of great value in patients with suspected appendicitis. Computed tomography seems to have a higher sensitivity than ultrasound and a high specificity. Both of them are most useful in patients who have an indeterminate probability of disease after the initial evaluation.

From clinical studies it can be concluded that there is no proven benefit of routine ultrasound scanning of the appendix in patients with suspected acute appendicitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. NEUMAYER L, KENNEDY A. Imaging in appendicitis: a review with special emphasis on the treatment of women. *Obstetr Gynecol* 2003; 102: 1.404-1.409.
2. ADDISS DG, SHAFFER N, FOWLER BS, TAUXE RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 910-925.
3. PUYLAERT JBCM, RUTGERS PH, LALISANG RI, DE VRIES BC, VAN DER WERFT SDJ, DORR JPJ, et al. A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis. *New Engl J Med* 1987; 317: 666-669.
4. GRAFF L, RUSSELL J, SEASHORE J, TATE J, ELWELL A, PRETE M, et al. False-negative and false-positive errors in abdominal pain evaluation. Failure to diagnose acute appendicitis and unnecessary surgery. *Acad Emerg Med* 2000; 11: 244-255.
5. FLUM DR, MORRIS A, KOESPELL T, DELLILINGER EP. Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? A population-based analysis. *JAMA* 2001; 286: 1.748-1.753.
6. BIRNBAUM BA, WILSON SR. Appendicitis at the milenium. *Radiology* 2000; 215: 337-348.
7. PAULSON EK, KALADY MF, PAPPAS TN. Suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2003; 348: 236-242.

8. VELANOVICH V, SATAVA R. Balancing the normal appendectomy rate with the perforated appendicitis rate. *Am Surg* 1992; 58: 264-269.
9. KÖRNER H, SÖNDENAA K, SÖREIDE J, ANDERSEN E, NYSTED A, LENDE TH. Structured data collection improves the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1998; 85: 341-344.
10. RAMAN S, SOMASEKAR K, WINTER RK, LEWIS MH. Are we overusing ultrasound in non-traumatic acute abdominal pain? *Postgrad Med J* 2004; 80: 177-179.
11. PUYLAERT J. Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology* 1986; 158: 355-360.
12. PUYLAERT JBCM. Ultrasonography of the acute abdomen: gastrointestinal conditions. *Radiol Clin N Am* 2003; 41: 1.224-1.227.
13. STYRUD J, JOSEPHSON T, ERIKKSON S. Reducing negative appendectomy: evaluation of ultrasonography and computer tomography in acute appendicitis. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 65-68.
14. RETTENBACHER T, HOLLERWEGER A, GRITZMANN N, GOTWALD T, SCHWAMBERGER K, ULMER H, et al. Appendicitis: should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease? *Gastroenterology* 2002; 123: 992-998.
15. RIPOLLÉS T, MARTÍNEZ-PÉREZ MJ, MOSROTE V, SOLAZ J. Diseases that simulate acute appendicitis on ultrasound. *Br J Radiol* 1998; 71: 94-98.
16. JEFFREY R. In patients with right lower quadrant pain, is sonography or CT the preferred imaging technique for initial evaluation. *Am J Roentgenol* 1995; 164: 1.547-1.548.
17. FRANKE C, BOHNER H, YANG Q, OHMANN C, ROHER HD. Acute Abdominal Pain Study Group. Ultrasonography for diagnosis of acute appendicitis: Results of a prospective multicenter trial. *World J Surg* 1999; 23: 141-146.
18. OOMS HW, KOUMANS RK, KANG Y, PUYLAERT JB. Ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1991; 78: 315-318.
19. WADE DS, MORROW SE, BALSARA ZN, BURKHARD TK, GOFF WB. Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis compared with the surgeon's clinical impression. *Arch Surg* 1993; 128: 1.039-1.044.
20. ZIELKE A, HASSE C, SETTER H, KISKER O, ROTHMUND M. "Surgical" ultrasound in suspected acute appendicitis. *Surg Endosc* 1997; 11: 362-365.
21. ORR RK, PORTER D, HARTMANN D. Special contributions: ultrasonography to evaluate adults for appendicitis: decision making based on meta-analysis and probabilistic reasoning. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 644-650.
22. GARCÍA-AGUAYO FJ, GIL P. Sonography in acute appendicitis: diagnostic utility and influence upon management and outcome. *Eur Radiol* 2000; 10: 1.886-1.893.
23. HORTON MD, COUNTER SF, FLORENCE MG, HRART MJ. A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient. *Am J Surg* 2000; 179: 379-381.
24. EGE G, AKMAN H, SAHIN A, BUGRA D, KUZUCU K. Diagnostic value of unenhanced helical CT in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Radiol* 2002; 75: 721-725.
25. WIJETUNGA R, TAN BS, ROUSE JC, BIGG-WITHER GW, DOUST BD. Diagnostic accuracy of focused appendiceal CT in clinically equivocal cases of acute appendicitis. *Radiology* 2001; 136: 670-675.



DIVERTICULITIS AGUDA

Rafael García Duperly, MD
Sección de Cirugía de Colon y Recto
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis aguda es causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Los pacientes se presentan con cuadros variables que van desde dolor abdominal leve sobre el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, hasta cuadros severos de franca irritación peritoneal y estados sépticos.

Tanto la etiología como la historia natural de la diverticulosis y la enfermedad diverticular son todavía motivo de investigación y de discusión y no han sido totalmente aclaradas.

La incidencia de la diverticulosis y de la enfermedad diverticular aumenta con la edad, hasta ver cómo en la población mayor de 50 años en las naciones occidentales se convierten en un hallazgo común.

La diverticulosis ocurre en el colon izquierdo, con preferencia por el sigmoide, y es extremadamente rara en el colon ascendente.

TERMINOLOGÍA

Divertículo: es el prolapso de la mucosa a través de la pared muscular del intestino grueso (colon).

Diverticulosis: implica la presencia de uno o más divertículos sin causar sintomatología.

Enfermedad diverticular: incluye todos los casos en que los divertículos causan manifestaciones clínicas como sangrado o inflamación.

Diverticulitis: se produce por micro o macro perforación de un divertículo, la cual puede ser simple o complicada, bajo la forma de perforación libre, abscesos, peritonitis generalizada, obstrucción, fístulas a otros órganos o sangrado.

EPIDEMIOLOGÍA

La diverticulosis a menudo es asintomática, con baja incidencia en zonas rurales de África, América Latina y ciertas zonas de Asia, y alta en los países occidentales. La relación mujeres a hombres es de 3:2; es más frecuente en hombres por encima de los 50 años y en mujeres por encima

de los 70, y rara en menores de 20; 20% de la población por debajo de 50 años presenta divertículos, mientras que 85% de las personas por encima de los 80 los tienen. Alrededor de 20% de los pacientes con divertículos va a presentar en algún momento un episodio de diverticulitis aguda.

ETIOPATOGENIA

Los divertículos se ubican preferencialmente sobre el borde antimesentérico del colon sigmoide, entre la tenia mesocólica y las dos tenias antimesocólicas.

En la diverticulosis la herniación lleva consigo a la arteria, que queda entonces sujeta a irritación y trauma por el bolo fecal, con el peligro de erosión y ruptura. Este parece ser el mecanismo fisiopatológico de la hemorragia.

Los divertículos se originan por dos factores principales:

1. Aumento en la presión intraluminal del colon.
2. Debilidad de la pared intestinal.

El estreñimiento juega un papel por retención del bolo fecal, que causa aumento en la presión intraluminal, lo cual produce hipersegmentación y herniación de la mucosa a través del punto más débil, que es la entrada de los vasos a través de la muscular, entre las arteria lateral y mesentérica.

Cuando se ocluye el cuello del divertículo se produce incremento de la presión en la luz y sobreinfección, que causa micro o macroperforación, que a su vez lleva a la diverticulitis aguda. En la mayoría de los casos la perforación es autolimitante, por cuanto los divertículos están orientados hacia el mesenterio del colon y la perforación queda localizada y "sellada" por la reacción inflamatoria local, sin llegar a producir peritonitis generalizada. En estos casos se puede desarrollar un verdadero absceso con sus correspondientes manifestaciones clínicas.

CLASIFICACIÓN

Se han utilizado múltiples clasificaciones para estadificar la enfermedad, pero las más utilizadas son dos:

- La clínica de la Universidad de Minnesota.
- La de Hinchey que utiliza la tomografía axial computadorizada para clasificarla en estadios.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE MINNESOTA

1. No inflamación.
2. Inflamación crónica.
3. Inflamación aguda con o sin microabscesos.
4. Absceso pericólico o mesentérico.
5. Absceso pélvico.
6. Peritonitis fecal o purulenta.

CLASIFICACIÓN ESCANOGRÁFICA DE HINCHEY

Estado I Diverticulitis asociada con absceso pericólico.

Estado II Diverticulitis asociada con absceso distante (pélvico o retroperitoneal).

Estado III Diverticulitis asociada con peritonitis purulenta.

Estado IV Diverticulitis asociada con peritonitis fecal.

Los casos repetidos de inflamación causan fibrosis de la pared del colon y estrechez de la luz. Ocasionalmente los abscesos invaden la pared de los órganos vecinos causando fístulas; las más comunes son a la vejiga y a la vagina.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

La mayoría de los pacientes con diverticulosis es asintomática, aunque algunos desarrollan hemorragia digestiva baja como una de sus complicaciones graves, y es esta una de las razones de consulta a los servicios de urgencias.

En la diverticulitis aguda el principal síntoma es dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (con una frecuencia de 93 a 100%), con fiebre (57 a 100%) y leucocitosis (69 a 83%). Puede palparse masa en el examen pélvico o rectal. En algunos casos se presentan síntomas urinarios como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical por la vecindad con la cúpula de la vejiga; 85% de los episodios ocurre en el sigmoide.

Para poder estadificar la enfermedad y establecer su manejo se recomienda realizar procedimientos diagnósticos adicionales como los siguientes:

ENDOSCOPIA

La colonoscopia está contraindicada en la fase aguda, por el peligro de convertir una perforación contenida en una perforación libre, sea por el mismo instrumento o por la insuflación de aire para la realización del procedimiento. Se debe practicar una vez terminado el proceso agudo, a fin de diferenciarlo de enfermedad inflamatoria intestinal, lesión tumoral o para evaluar una estrechez. Ocasionalmente hay necesidad de realizarla en la fase aguda cuando hay sangrado abundante (que no es frecuente) o alta sospecha de lesión neoplásica; en tal caso se deberá insuflar el mínimo posible de aire.

ESTUDIOS CON MEDIO DE CONTRASTE

Enema con contraste hidrosoluble

Es un estudio simple y seguro en pacientes con sospecha de diverticulitis. Tiene una sensibilidad de 94%, especificidad de 77% con falsos negativos de 2 a 15%. Los principales hallazgos son:

- **Diverticulosis** con o sin espasmo.
- **Peridiverticulitis**, en que se observa una clara irregularidad del sigmoide con grandes estrecheces o con obstrucción y extravasación del medio de contraste con formación de masa pericólica, absceso u obstrucción.

Enema de bario doble contraste

Da un mejor delineamiento de la mucosa pero debe ser realizado después de que haya cedido la inflamación local. Tiene especificidad de 86%. Está

contraindicado en casos de neumoperitoneo o de inestabilidad hemodinámica.

Es importante anotar que estos medios diagnósticos no determinan si existe inflamación o no, pues tan solo evidencian la presencia de divertículos o de algún tipo de complicación como fístulas o estenosis.

Ultrasonografía (US)

Ha demostrado sensibilidad de 84 a 98% y especificidad de 80 a 97%, con valor predictivo positivo de 76%. Es un procedimiento de valor diagnóstico, pero también terapéutico para el drenaje percutáneo de abscesos, con una certeza de detección de 90 a 97%.

Los hallazgos principales a la US son engrosamiento de la pared e hiperecogenicidad del colon por inflamación; también se realiza para excluir patología pélvica o ginecológica. La principal desventaja es que no diferencia entre enfermedad de Crohn, carcinoma, linfoma y diverticulitis aguda. Su principal desventaja es que depende mucho de la experiencia y habilidad del operador. Estos exámenes se recomiendan cuando no hay disponibilidad de TAC.

Tomografía axial computadorizada (TAC)

Es el mejor método diagnóstico y se utiliza como estudio inicial en el paciente en quien se sospecha diverticulitis aguda. Localiza y estadifica la enfermedad. Sirve para guiar el drenaje percutáneo de colecciones y para el seguimiento posterior. Tiene sensibilidad de 90 a 95%, especificidad de 72% y falsos negativos de 7 a 21%. Diagnostica el engrosamiento de la pared del colon cuando está por encima de los 4 mm, lo mismo que los cambios en la grasa pericólica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dependiendo de la forma de presentación, se hace diagnóstico diferencial con un grupo de entidades muy diversas como:

1. Carcinoma.
2. Colitis ulcerativa.

3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis isquémica.
5. Enfermedad pélvica inflamatoria.
6. Pielonefritis.
7. Apendicitis.

La entidad más importante para descartar es el carcinoma, y para ello tienen gran valor los estudios radiológicos y endoscópicos.

COMPLICACIONES DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

La principal complicación es el **absceso** y/o el **flemon**, que se presentan en 10 y 50% de los pacientes con diverticulitis.

La **obstrucción** del colon ocurre en 10% de los casos y se debe a los episodios repetidos de diverticulitis con desarrollo de fibrosis y disminución del calibre de la luz.

Los abscesos pericólicos también producen obstrucción por compresión extrínseca. Otra de las complicaciones es la formación de fístulas que resultan de la erosión del absceso hacia un órgano vecino, más comúnmente a la vejiga y a la vagina.

En la diverticulitis aguda rara vez se presenta sangrado como complicación.

TRATAMIENTO

El manejo depende del estado en que se encuentre el paciente con diverticulitis aguda. Los estados Minessota I-IV y Hinchey I-II son de manejo médico, mientras que el Minessota V y los Hinchey III-IV son de manejo quirúrgico.

MANEJO MÉDICO

El tratamiento inicial se fundamenta en reposo intestinal, líquidos endovenosos y antibióticos con espectro que cubra microorganismos Gram negativos y anaerobios.

En presencia de un absceso, se procede con el drenaje por vía percutánea, idealmente dejando un catéter tipo Malecot o similar para drenaje continuo, porque la incidencia de reproducción del absceso es alta.

Un segundo episodio puede presentarse en algo menos del 30% después de una adecuada respuesta al tratamiento médico; pero la frecuencia de un tercer episodio es de 58 a 90%. La incidencia de complicaciones también aumenta con los subsiguientes episodios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Aproximadamente un 20% de los pacientes que han presentado diverticulitis aguda terminan en cirugía. La resección debe ser llevada en el sentido proximal hasta la parte no comprometida o complicada del intestino, y en el distal hasta el tercio superior del recto.

En realidad son pocos los pacientes que, habiendo sufrido un ataque de diverticulitis aguda y tratados médicamente, desarrollan recurrencia.

Las indicaciones para cirugía electiva en enfermedad diverticular, según la Sociedad Americana de Colon y Recto son:

1. Dos o más episodios de diverticulitis asociados con dolor abdominal, fiebre, masa abdominal y leucocitosis.
2. Episodio de diverticulitis con extravasación del medio de contraste, síntomas obstructivos o urinarios.
3. Más de dos episodios confirmados de diverticulitis aguda severa que requieran hospitalización.
4. Pacientes inmunocomprometidos o consumidores crónicos de corticoides.
5. Un solo episodio de diverticulitis en personas menores de 50 años.

Aunque la recurrencia se asocia con edad joven, la baja tasa de recurrencia es un argumento en contra de la colectomía electiva luego de un tratamiento no operatorio exitoso de un ataque de diverticulitis aguda (Broderick-Villa et al, 2005).

Por ello la indicación 5, de colectomía en personas menores de 50 años es muy discutible, y múltiples autores piensan que no existe mayor diferencia y que se deben observar los mismos parámetros. Nuestro pensamiento es que estos pacientes tienen una perspectiva de vida más larga, y por lo tanto mayor probabilidad de nuevos episodios con mayor riesgo quirúrgico, por lo cual les recomendamos operar después del primer episodio.

Se recomienda llevar a cabo la resección electiva 6 a 8 semanas después del episodio agudo, cuando la inflamación haya cedido. El procedimiento de elección es la resección primaria con anastomosis.

En el episodio agudo, la indicación absoluta de cirugía es en la clasificación de Minnesota el estado V, y en la de Hinchey los estados III y IV, o sea la perforación libre con peritonitis purulenta o fecal y el paciente con absceso que no responde al tratamiento médico.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas, pero los principios básicos deben ser el control de la sepsis, la resección del tejido enfermo, la restauración de la continuidad intestinal con ostomía de protección o sin esta. Tales técnicas son:

Procedimiento en tres tiempos: inicialmente se realiza colostomía en el colon transverso y drenaje del absceso, posteriormente resección del segmento con o sin anastomosis, y por último cierre de la colostomía. Rara vez se practica en la actualidad.

Procedimiento en dos tiempos: es el procedimiento de elección cuando existe perforación y peritonitis: se reseca completamente el segmento enfermo y se logra un mejor control del proceso séptico.

En este grupo existen varias alternativas:

- Exteriorización con resección, colostomía y fístula mucosa.
- Resección con colostomía y cierre del muñón rectal (Procedimiento de Hartman).

- Resección con anastomosis primaria, ostomía de protección.
- Resección con anastomosis primaria.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Se utiliza cada vez más para el manejo de la enfermedad diverticular. Inicialmente se utilizó únicamente para diagnóstico en casos dudosos, y posteriormente para procedimientos electivos de resección con anastomosis primaria; pero actualmente han aparecido reportes de su uso en diverticulitis perforada con peritonitis.

En la actualidad se la considera como el procedimiento ideal para cirugía electiva por sus beneficios frente a los procedimientos abiertos. La resección laparoscópica se considera apropiada en pacientes seleccionados.

RECURRENCIA DE LA DIVERTICULITIS DESPUÉS DE LA RESECCIÓN

Un 7% de los pacientes presenta enfermedad diverticular recurrente, y 20% requieren nueva resección.

La principal causa de la ocurrencia es la resección incompleta del sigmoide y la realización de la anastomosis en el sigmoide distal, dejando la zona de aumento de presión con el uso del colon sigmoide para realizar la anastomosis. Se debe usar el recto para disminuir el riesgo de recurrencia.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, et al. Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: prospective evaluation of 420 patients. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1363-7.
2. Broderick-Villa G, Burchette RJ, Craig Collins J, et al. Hospitalization for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch Surg* 2005; 140:576-83.

3. Farrell RJ, Farrell JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:475-96.
4. Gooszen AW, Gooszen HG, Veerman W, et al. Operative treatment of acute complications of diverticular disease: primary or secondary anastomosis after sigmoid resection. *Br J Surg* 2001; 167:5-9.
5. Guzzo J, Hyman. Diverticulitis in young patients: is resection after a single attack is always warranted? *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1187-91.
6. Janes S, Meagher A, Frizelle FA. Elective surgery after acute diverticulitis. *Br J Surg* 2005; 92:133-42.
7. Marinella MA, Mustafa M. Acute diverticulitis in patients 40 years of age and younger. *Am J Emerg Med* 2000; 18:140-2.
8. Meagher AP, Frizelle FA, Janes S. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:683-5.
9. O'Riordan JM, O'Connell PR. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:402-3.
10. Papagrigoriadis S, Macey L, Bourantas N, et al. Smoking may be associated with complications in diverticular disease. *Br J Surg* 1999; 86:923-6.
11. Patiño JF. Enfermedad diverticular del colon. En *Lecciones de Cirugía*. Patiño JF. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2001.
12. Rafferty J, Shellito P, Neil H, and the Standards Committee of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for Sigmoid Diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:939-44.
13. Schilling MK, Maurer CA, Kollmar O, et al. Primary vs. secondary anastomosis after sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey Stage III and IV): a prospective outcome and cost analysis. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:699-703.
14. Simpson J, Spiller R. Colonic diverticular disease. *Clin Evid* 2005; 14:543-50.
15. Zeitoun G, Laurent A, Rouffet F, et al. Multicentre, randomized clinical trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis. *Br J Surg* 2000; 87:1366-74.