

*Alejandra María Martínez ChauX*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

Medellín, septiembre de 2020

Señora Juez

**MARIA CLARA OCAMPO**

**JUEZ 13 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN**

E. S. D.

PROCESO: VERBAL  
DEMANDANTE: MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO Y OTROS  
DEMANDADOS: CAFESALUD EPS, ESIMED S.A Y OTROS  
RADICADO: 05001310301320190048500

**REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA.**

**ALEJANDRA MARÍA MARTÍNEZ CHAUX**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.872.769 de Envigado Antioquia, abogada titulada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 129.591 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como **apoderada judicial** del doctor **ERNEL ALBERTO DUQUE OCHOA**, domiciliado en Medellín, demandado en el proceso de la referencia, dentro de la oportunidad procesal por medio del presente escrito me permito dar respuesta a la **demanda**, en los siguientes términos:

#### **A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

1. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO. Dentro los anexos de la demanda, no se aporta documento que dé cuenta de ello.

Carrera 43A No. 1sur – 100 Edificio Sudameris piso 18  
Teléfonos: 315 15 00 - 268 10 98  
Medellín – Colombia

Recibido 10/09/2020 3:31pm

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

2. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO. En los anexos de la demanda, no se adjunta documento idóneo que lo acredite.
3. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO. No obstante, en los anexos de la demanda se acompaña registro civil de nacimiento que acredita que NATALIA TABORDA HOYOS es hija de los Señores ANTONIO JOSE TABORDA y MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO.
4. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO. Dentro los anexos de la demanda, no se aporta documento que dé cuenta de ello.
5. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO por tratarse de una situación ajena a él, deberá probarse.
6. Anti técnicamente se narran varios hechos en un mismo numeral, por lo que me pronuncio separadamente frente a cada uno de.

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO que para la fecha de ocurrencia de los hechos, el señor ANTONIO JOSE TABORDA trabajara como independiente administrando y transportando materiales para la construcción y escombros.

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO que el señor ANTONIO JOSE TABORDA condujera una volqueta de propiedad de la Señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO, ni que está hiciera parte de la sociedad conyugal

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO cuáles eran los ingresos del Señor ANTONIO JOSE TABORDA.

Por tratarse todos de hechos ajenos a mi representado, deberán probarse.

7. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, qué tipo de atención médica recibió el Señor ANTONIO JOSE TABORDA el 25 de marzo de 2017, ni el cuadro clínico

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

que lo llevó a consultar, toda vez que para esa fecha el doctor ERNEL DUQUE no prestó ningún tipo atención al paciente, ni con la demanda se allega historia clínica que dé cuenta la misma.

8. Anti técnicamente se narran varios hechos en un mismo numeral, por lo que me pronuncio separadamente frente a cada uno de ellos.

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO que el 31 de marzo de 2017 el señor ANTONIO JOSE TABORDA consultara por segunda vez a su IPS, toda vez que como ya se indicó en respuesta anterior, para esa fecha el doctor ERNEL DUQUE no prestó ningún tipo atención al paciente, ni con la demanda se allega historia clínica que dé cuenta de la misma.

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO el motivo de consulta, ni el cuadro clínico presentado por el paciente el 31 de marzo 2017, toda vez que no suministró ninguna atención al señor ANTONIO JOSE TABORDA en esa fecha.

No obstante lo anterior, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, el 31 de marzo de 2017 el señor ANTONIO JOSE TABORDA consultó en la IPS CORPORACIÓN COMFAMILIAR IPS ARGENTINA, manifestando como motivo de consulta tener un problema en el colon, y presentar un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal intenso, que no le permitía deambular con facilidad. **OMITE LA APODERADA DE LOS DEMANDANTES INDICAR que dicho dolor se exacerbaba con la alimentación y mejoraba con la evacuación,** lo cual se registra en la historia clínica anexa a la demanda, con ecografía de abdomen normal.

Al examen físico, específicamente en la revisión del abdomen, se encontró abdomen distendido, doloroso, con dolor en fosa iliaca derecha, con defensa y gran dolor a la palpación, bloomberg<sup>1</sup> negativo, no es clara la irritación peritoneal,

---

<sup>1</sup> El signo de Blumberg es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal. Puede ser característico, en la fosa ilíaca derecha, por ejemplo de una apendicitis. También es conocido como signo del rebote.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

peristaltismo muy lento, rovsing <sup>2</sup>negativo. El paciente fue valorado por la doctora DIANA AVENDAÑO en compañía del doctor ANDRES BAYONA, quien recomendó realizar colonoscopia y estudio de anemia, sin embargo, por tratarse de un paciente diabético crónico, que puede mostrar cuadro de abdomen agudo atípico, se decide remitir al servicio de urgencias, para que fuese evaluado por cirugía general, especialidad médica idónea, para realizar el diagnóstico, y manejo del abdomen agudo.

9. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO lo que se narra en este hecho respecto a la atención del paciente, el 31 marzo de 2017 en la clínica ESIMED JUAN LUIS LONDOÑO, toda vez que no tuvo ninguna participación en la misma.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, el Señor ANTONIO JOSE TABORDA ingresó a la clínica ESIMED JUAN LUIS LONDOÑO el 31 de marzo a las 17:52 horas, siendo evaluado por el médico general JORGE DIAZ PONCE, quien describe paciente de 69 años, con AP<sup>3</sup> de HTA<sup>4</sup> DM<sup>5</sup>, refiere presentar cuatro días de evolución de dolor abdominal en flanco derecho, sin otros síntomas gastrointestinales.

A la valoración se encontró hidratado, hemodinámicamente estable, en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con TA<sup>6</sup>: 120/80, FC<sup>7</sup> de 100 por minuto, FR de 18 por minuto, SATO<sup>8</sup> de 94%, T° <sup>9</sup>de 36.8, y específicamente en la evaluación del abdomen se describe peristaltismo presente, blando, con abundante panículo adiposo, doloroso a la palpación en fosa iliaca

---

<sup>2</sup> El signo de Rovsing es un signo que se encuentra durante la exploración física del abdomen y tiene gran importancia en pacientes con dolor abdominal agudo en quien se sospeche de tener apendicitis.

Es el dolor en el cuadrante abdominal inferior derecho cuando se hace la presión en un punto del cuadrante inferior izquierdo del abdomen

<sup>3</sup> Antecedentes personales

<sup>4</sup> Hipertensión arterial

<sup>5</sup> Diabetes mellitus

<sup>6</sup> Tensión arterial

<sup>7</sup> Frecuencia cardiaca

<sup>8</sup> Saturación de oxígeno

<sup>9</sup> Temperatura

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

derecha, con signos de irritación peritoneal, no se palpan megalias ni masas, puño percusión negativa bilateral.

Se solicitó evaluación por cirujano de turno sospecha apendicitis, hemograma, PCR y parcial de orina.

Aquí es importante reiterar que cirugía general, es la especialidad médica idónea, para el diagnóstico y manejo de abdomen agudo quirúrgico.

10. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quien no tuvo ninguna participación en la atención que se relata.

Aun así, la historia clínica anexa evidencia que el 31 de marzo a las 22:28 horas, el Señor ANTONIO JOSE TABORDA fue atendido por la cirujana General ISABEL CRISTINA HERRERA, a quien el paciente manifestó presentar cuadro de 4 días de evolución, con distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, haber presentado 2 días de constipación, haber tomado algo que no recordó, y desde el día anterior presentar deposiciones diarreicas, con mejoría del dolor y disminución del perímetro abdominal. Manifestó además haberse realizado dos días antes ecografía de abdomen que mostró esteatosis hepática e hipertrofia prostática. Es decir, sin hallazgos de importancia.

Al examen físico lo encontró alerta, afebril<sup>10</sup>, hidratado, frecuencia cardiaca de 80, abdomen globuloso, hernia epigástrica no encarcelada, no dolorosa, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, y en región inguinal derecha interrogada, no masas, ni signos de irritación peritoneal.

Registrando como opinión: “paciente con dolor abdominal, en el momento con mejoría clínica, sin signos de irritación peritoneal, con eco normal, se esperan paraclínicos y evolución del dolor.”

11. Anti técnicamente se narran varios hechos en un mismo numeral, por lo que me pronuncio separadamente frente a cada una de ellos.

---

<sup>10</sup> Sin fiebre

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

ES CIERTO que para el 1 de abril de 2017, a las 6:21 am se había ordenado por cirugía general, la realización de un TAC<sup>11</sup> de abdomen total para definir el diagnóstico y conducta. Tal y como se registra en la nota médica del doctor EDRIKSON ALAN CAVAS ROVIRA.

PARCIALMENTE CIERTO. Para las 8:09 am del 1 de abril de 2017, el paciente presentaba dolor a la palpación profunda. Sin embargo, omite la demandante indicar que, de acuerdo con el registro de historia clínica, para ese momento el paciente fue valorado por cirugía general, doctor ERNEL ALBERTO DUQUE, quien encontró paciente con 5 días de distensión abdominal, con dolor en fosa ilíaca derecha, constipación, que inició deposiciones abundantes y mejoró el dolor abdominal, sin fiebre. Reporte de paraclínicos: leucocitos: 18.100 neutrofilos: 62%, proteína C reactiva: parcial de orina normal, ecografía normal, hidratado, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, con dolor a la palpación profunda de fosa ilíaca derecha, y se deja la observación de que continuaba pendiente el TAC de abdomen ordenado, dado que los signos y síntomas presentados por el paciente, y los paraclínicos realizados no era concluyentes de ningún diagnóstico.

OMITE LA APODERADA DE LOS DEMANDANTES hacer alusión a la atención suministrada el 1 de abril a las 19:54 horas, por el médico JORGE MARIO TAMAYO HOYOS, quien describe que el paciente refiere sentirse en mejores condiciones, con deposiciones normales, con lo cual mejoró el dolor, sin diarrea ni vómito. Con abdomen blando, no doloroso, sin masas, ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.

PARCIALMENTE CIERTO. En la evaluación del 1 de abril a las 20:22 horas, continuaba pendiente la realización del TAC, omitiendo la apoderada de los demandantes precisar que para ese momento en que el paciente fue evaluado por el cirujano general JAIRO AUGUSTO CASAS, presentaba mejoría del dolor, IFC:

---

<sup>11</sup> Tomografía axial computerizada

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

(frecuencia cardíaca) 82, FR: (frecuencia respiratoria) 18, CP (capacidad pulmonar) normal, abdomen blando, depresible, sin irritación peritoneal, estable.

12. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO quien no participó de la atención del paciente el día 2 de abril de 2017.

No obstante ello, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, a las 8:56 horas del 2 de abril de 2017, el paciente fue evaluado nuevamente por el cirujano general JAIRO AUGUSTO CASAS, quien lo encontró estable, tranquilo, con frecuencia respiratoria de 19 y mínimo dolor en FID (fosa iliaca derecha), y deja constancia de que se continúa a la espera del TAC solicitado. Pues se insiste en que el cuadro clínico presentado por el paciente no era claro, y se requería la realización de la TAC para precisar el diagnóstico.

13. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO quien no participó de la atención del paciente el día 2 de abril de 2017.

Sin embargo de acuerdo con la historia clínica, el paciente fue evaluado el 2 de abril a las 18:23 horas por el médico especialista en cirugía general LUIS HUMBERTO AZAIN, y para ese momento presentaba signos vitales estables, frecuencia cardíaca de 74, frecuencia respiratoria de 18, tensión arterial 122/65, temperatura de 37°, saturación de oxígeno 95, abdomen blando, depresible, con dolor de predominio en fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, PSOAS<sup>12</sup> negativo, blumberg negativo. Pendiente TAC de abdomen, se continúa manejo por cirugía general.

14. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO quien no participó de la atención del paciente el día 3 de abril de 2017, a las 8:02 am.

No obstante ello, en la historia clínica del paciente se registra que a las 8:02 am del 3 de abril de 2007 el señor ANTONIO JOSE TABORDA, fue evaluado por la doctora CAROLINA ARENAS, médica especialista en cirugía general, a quien

<sup>12</sup> Es un signo positivo por apendicitis, consistente en dolor exacerbado a la extensión de la cadera derecha en decúbito lateral izquierdo y produce alivio al flexionar (relajar el musculo **psaos**). El

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

refirió presentar desde la madrugada dolor abdominal difuso, que ha aumentado de intensidad, asociado a distensión abdominal, un episodio de emesis. A la evaluación física lo encontró en aceptables condiciones generales, álgico, alerta, frecuencia cardiaca de 88, frecuencia respiratoria de 20, abdomen distendido, pero se deja deprimir, dolor difuso al palpar, con defensa voluntaria, pero sin signos de irritación peritoneal. Razón por la que al hacer el análisis señala la especialista: “paciente, reactivación del dolor abdominal, asociado a distensión, ahora con emesis. Al examen físico sin irritación peritoneal, pero con dolor y defensa voluntaria que hace aún más difícil la evaluación. Se insiste en la realización de TAC abdominal contrastado urgente para definir si cursa con patología quirúrgica que amerite intervención urgente. Se comenta con jefe de enfermería para insistir con trámite administrativo urgente. Si de aquí al medio día no se ha definido realización de TAC, se planteará llevar a laparoscopia diagnóstica y proceder según hallazgos, pero este no es el método diagnóstico de elección pues es invasivo. Se asocia a mayor comorbilidad, además teniendo en cuenta que se trata de paciente obeso, todos los riesgos son más elevados”.

De modo que la doctora CAROLINA ARENAS dejó claro que la intervención quirúrgica no es el método diagnóstico de elección, por ser invasivo, y significar someter al paciente a riesgos injustificados, máxime tratándose de su condición de obesidad que hace que todos los riesgos sean más elevados.

15.No le consta a mi representado, pues no fue quien suministró al paciente la atención médica referenciada.

Aun así, en la historia clínica se registra, que el paciente fue atendido el 3 de abril de 2017 a las 15:07 horas por el cirujano general CARLOS MANUEL PÉREZ MANTILLA, a quien el paciente refirió incremento del dolor abdominal tipo cólico, localizado en hemiabdomen inferior, náuseas, no vómito, diuresis normal en volumen y aspecto físico de la orina, flatos positivos, no deposición, no sensación de hipertermia, escalofrió, o diaforesis. Revisa los exámenes paraclínicos realizados el 31 marzo de 2017. Al examen lo encuentra alerta, orientado, colaborador, tranquilo, frecuencia cardiaca de 104, frecuencia respiratoria de 18, presión arterial de 121/74, temperatura de 37 C°, saturación de oxígeno de 91, con

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

abdomen distendido, marcadamente timpánico, ruidos intestinales positivos pero disminuidos, dolor a la palpación profunda **PRINCIPALMENTE en fosa ilíaca izquierda**, pero presente en todo el hemiabdomen inferior, no masas, no megalias, no claros signos de irritación peritoneal. Sospecha de **enfermedad diverticular complicada con diverticulitis** <sup>13</sup>, ordena líquidos y nuevos exámenes de control, inicia manejo antibiótico (Cefazolina- Metronidazol)., insiste en que **SE REQUIERE URGENTE LA REALIZACIÓN DEL TAC ABDOMINAL CONTRASTADO**, habla con la encargada de referencia quien afirma que se hará en la tarde, solicita cuadro hemático, PCR, electrolitos y gases arteriales.

16. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, en qué momento fue autorizada la realización del TAC de abdomen total contrastado, lo cierto es que dicha ayuda diagnóstica se ordenó desde el 1 de abril de 2017, y su autorización y gestiones correspondientes para su realización dependen de la institución hospitalaria y de la EPS del paciente, no de sus médicos tratantes.

Tampoco le consta a mi representado que no hubiera ambulancia disponible para trasladar el paciente a la institución a donde le realizarían el TAC, ni que la hija y la esposa del señor ANTONIO JOSE TABORDA hayan tenido que asumir el costo de una ambulancia de forma particular. Me atengo a lo probado.

17. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO lo manifestado a la señora NATALIA TABORDA respecto del lugar donde le realizaron el TAC de abdomen total al señor ANTONIO JOSE TABORDA, ni lo relacionado a la entrega de los resultados. No obstante ello, lo acostumbrado cuando se trata de pacientes hospitalizados en una institución diferente a aquella en la que se practica el examen, es que se envíen las imágenes directamente a la institución donde se encuentra hospitalizado el paciente, al igual que su lectura, una vez es realizada por parte del médico radiólogo. Aquí es importante precisar que el examen es realizado por un técnico e interpretado por un médico especialista en radiología.

---

<sup>13</sup> Los divertículos son bolsas abultadas y pequeñas que se pueden formar en el revestimiento de tu sistema digestivo. Por lo general, se encuentran en la parte inferior del intestino grueso (colon), cuando una o más de estas bolsas se inflama o se infecta, el trastorno se llama diverticulitis.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

18. PARCIALMENTE CIERTO. El 3 de abril a las 20:46 horas, el paciente fue valorado por el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE, médico especialista en cirugía general, momento para el cual el señor ANTONIO JOSE TABORDA, **tenía sospecha diagnóstica de diverticulitis**, lo cual correspondía con su cuadro clínico, por lo que se había ordenado antibiótico (cefalezina y Metronidazol) desde las horas de la tarde. El doctor ERNEL ALBERTO DUQUE encontró las imágenes del TAC, pero sin lectura, realizó una interpretación de las mismas, la cual fue correlacionada con el cuadro clínico del paciente, a quien en la evaluación física encontró con frecuencia cardíaca: 92 latidos/minuto, sin fiebre, hidratado, abdomen con dolor a la palpación profunda de **fosa ilíaca izquierda**, resto del abdomen blando, depresible, **sin signos de irritación peritoneal**. Continuó con sospecha diagnóstica de diverticulitis, ordenó continuar tratamiento antibiótico, líquidos endovenosos, no vía oral y dejó la observación de que se encontraba pendiente la lectura de TAC. Por lo tanto, no es cierto que el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE haya realizado erróneamente el diagnóstico de diverticulitis.

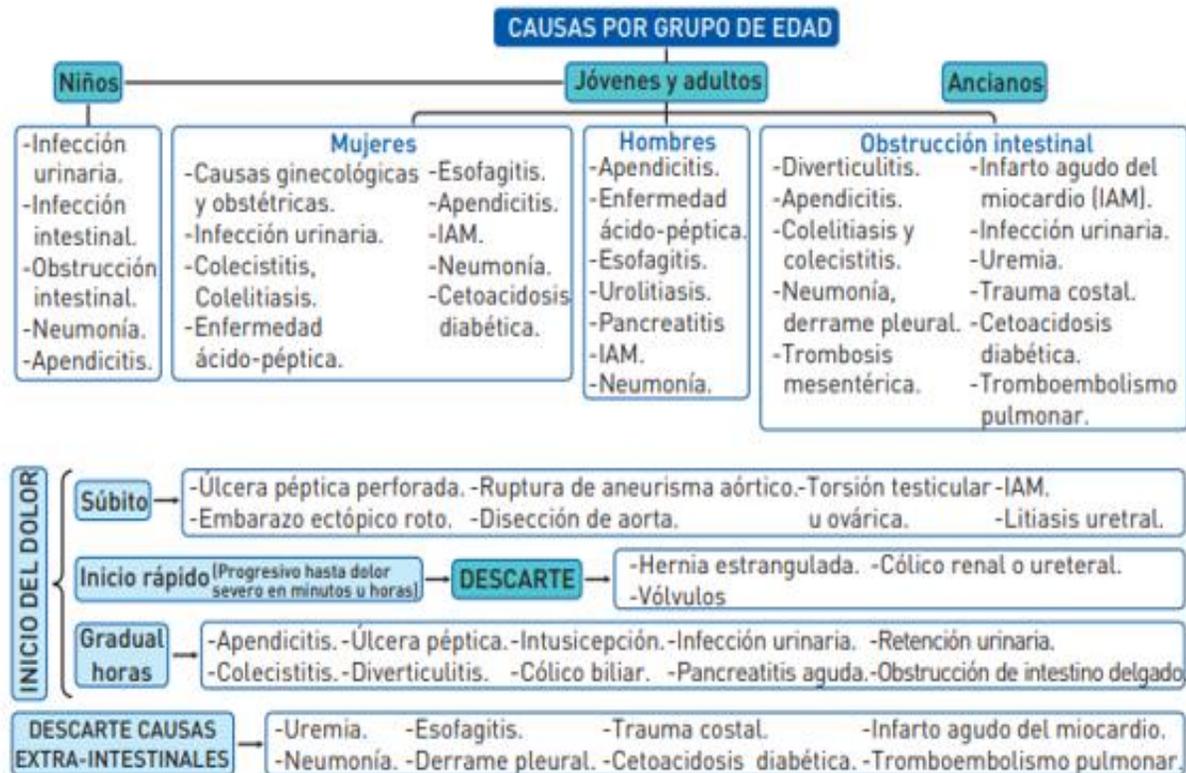
19. NO ES UN HECHO, sino la referencia a lo que se dice, es un aparte del dictamen pericial realizado por el doctor JUAN RODRIGO MORENO, sin embargo, esto no se encuentra en el documento adjunto a la demanda, y tampoco corresponde a la evidencia clínica del señor ANTONIO JOSE TABORDA, pues de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, para el 3 de abril de 2017, el dolor abdominal se localizaba en **la fosa iliaca izquierda, el paciente nunca presentó sintomatología típica de peritonitis, ni de ninguna otra patología que hiciera necesaria la realización de cirugía inmediata, y sólo hasta el 3 de abril en que se tuvo la presunción diagnóstica de diverticulitis requirió de manejo antibiótico.**

Siendo preciso indicar que la lista de diagnósticos diferenciales en el anciano con dolor abdominal, es extensa. Son muchas las patologías que se pueden presentar con dolor abdominal agudo y no todas requieren manejo quirúrgico, ni antibiótico.

Obsérvese la siguiente tabla, que nos ilustra sobre diferentes patologías que causan dolor abdominal, clasificadas por grupos de edad, toda vez que no suelen

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

ser las mismas en niños que en ancianos, ni las mismas en hombres que en mujeres.



Así mismo es importante destacar que iniciar antibióticos sin tener un diagnóstico claro de infección secundaria o sepsis intrabdominal puede enmascarar el cuadro clínico y crear resistencia bacteriana a los antibióticos. Además, en el paciente con sepsis de origen abdominal como la peritonitis es más importante el drenaje y control del foco para el control de la sepsis, pues el solo antibiótico no resuelve la sepsis.

Cabe anotar también que el drenaje y el control del foco infeccioso, se hace una vez se tiene el diagnóstico, y en este caso hasta el 5 de abril de 2017 no se tenía un diagnóstico de abdomen quirúrgico, ni mucho menos de sepsis.

20.No le consta a mi representado, quién no suministró al paciente la atención referenciada.

A pesar de ello, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, el 4 de abril de 2017 a las 9:36 horas, el señor ANTONIO JOSE TABORDA fue evaluado

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

por el médico especialista en cirugía general LUIS FRANCISCO MIRANDA RUÍZ, quien lo encontró con mejoría del dolor, sin fiebre, abdomen distendido, blando, depresible, sin irritación peritoneal, continuando con la presunción diagnóstica de diverticulitis, y considerando la evolución lenta hacia la mejoría, autorizó dieta líquida sin lácteos, y deambular en salas, y dejó constancia de que seguía pendiente el reporte oficial del TAC.

21. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no tuvo ninguna participación en ninguna de las atenciones mencionadas en este hecho.

Sin embargo, la historia clínica anexa a la demanda da cuenta de que el 5 de abril de 2017 a las 9:21 horas, el señor ANTONIO JOSE TABORDA fue evaluado por el doctor LUIS FRANCISCO MIRANDA, médico especialista en cirugía general, quien lo encontró sin dolor, sin fiebre, tolerando dieta, y a la evaluación del abdomen lo halló distendido, blando, depresible, sin irritación peritoneal, continuó con presunción diagnóstica de diverticulitis, y dada la evolución hacia la mejoría, no ordenó ningún cambio en el manejo.

Así mismo, en la historia clínica se registra que, para el 5 de abril a las 11 horas, en atención médica suministrada por el doctor FERNANDO MOISES TORRES el señor ANTONIO JOSE TABORDA presentaba tensión arterial de 128/65, saturación de oxígeno de 92 %, frecuencia respiratoria de 21, temperatura de 36.6 C°, **es decir signos vitales estables, como los tuvo durante todas las evaluaciones previas**, por lo cual no se pensó en sepsis para este día ni mucho menos antes.

Del mismo modo, la historia clínica da cuenta de que el 5 de abril de 2017, a las 15:53 horas, el doctor JAIRO AUGUSTO CASAS, médico cirujano general, evaluó al señor ANTONIO JOSE TABORDA, quien para ese momento presentaba abdomen distendido, con leve dolor. Revisó la lectura del TAC de abdomen que se había realizado al paciente el 3 de abril en otra institución, quedando pendiente su lectura por parte del médico radiólogo, la cual reportó hallazgos tomográficos compatibles con apendicitis aguda.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

Siendo necesario precisar que no fue en el doctor JAIRO AUGUSTO CASAS quien realizó la lectura del estudio tomográfico, como erróneamente se aduce en este hecho, toda vez que ésta se realizó por un médico radiólogo, especialidad médica idónea para tal efecto.

Con los anteriores hallazgos el doctor JAIRO AUGUSTO CASAS programa al paciente para apendicetomía por laparotomía, y por el tiempo de evolución del cuadro clínico tiene alta sospecha de peritonitis.

Ahora bien, en este punto es preciso llamar la atención del despacho, en cuanto a que sólo para el 5 de abril se conoció la lectura del TAC de abdomen realizada al señor ANTONIO JOSE TABORDA, la cual reportó hallazgos que no fueron evidenciados en la clínica del paciente. Obsérvese que hasta ese momento el paciente fue evaluado en 16 oportunidades por diferentes médicos, 10 de ellas por médicos especialistas en cirugía general, especialidad médica idónea para el diagnóstico y tratamiento de abdomen agudo quirúrgico, y en todas esas evaluaciones el señor ANTONIO JOSE TABORDA siempre estuvo estable hemodinámicamente, es decir con signos vitales normales, no presentó signos de irritación peritoneal, ni mostró cuadro clínico típico de apendicitis, ni de ninguna otra patología que hiciera necesaria su intervención quirúrgica, ni la instauración de antibióticos antes del momento en que se realizó, tratándose de un cuadro clínico atípico que dificultó su diagnóstico, siendo absolutamente necesario para ello la realización y lectura de la tomografía de abdomen total TAC<sup>14</sup> (oportunamente solicitada por los médicos tratantes, pero infortunadamente no realizada, ni leída oportunamente por el médico radiólogo, por temas administrativos). Siendo importante además precisar que por corresponder a un paciente obeso, de edad avanzada, con antecedentes de diabetes mellitus y hipertensión arterial llevarlo a cirugía, sólo para hacer el diagnóstico, cuando la cirugía dadas sus condiciones suponía mayor comorbilidad, riesgos más elevados de complicación y mortalidad, implicaba exponerlo a graves riesgos injustificadamente, siendo esto inconcebible en una institución de tercer nivel de

---

<sup>14</sup> Tomografía axial computarizada.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

complejidad como lo era la clínica Juan Luis Londoño-Esimed, que debía contar con tomógrafo y radiólogo disponible.

Téngase la plena seguridad que de haberse llevado el paciente a cirugía y de haberse comprobado la no necesidad de la misma, habiéndose materializado alguno de los riesgos que lo hubiera llevado a la muerte, hoy estarían los familiares del paciente demandando por haberlo sometido injustificadamente a la intervención quirúrgica.

De modo que, **en este caso, atendiendo las condiciones del paciente (edad avanzada, antecedentes de diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial) y el cuadro clínico que presentó en las diferentes atenciones médicas brindadas desde el 31 marzo del 2017 hasta el 5 de abril del 2017, la TAC era la única forma para llegar al diagnóstico de apendicitis**, razón por la que desde el 1 de abril, es decir pocas horas después de su ingreso a la clínica Esimed, en la primera atención que recibió por parte de la especialidad de cirugía general, le fue ordenada dicha ayuda diagnóstica, y si bien es cierto, llevarlo a cirugía sólo para realizar el diagnóstico era someterlo a riesgos injustificados, tampoco se materializó dicha acción, en razón de que su cuadro clínico, es decir los signos y síntomas que presentó en ningún momento hicieron necesaria una intervención quirúrgica, previo al conocimiento del resultado del TAC. No se tenga la menor duda, de que aún en ausencia del resultado del TAC si el paciente hubiese presentado signos y síntomas indicativos de patología quirúrgica, la misma se hubiese realizado inmediatamente. ¿Qué razón tendrían la totalidad de especialistas que atendieron al señor ANTONIO JOSE TABORDA para no intervenirlo quirúrgicamente, de saber que lo requería? Pensarlo es INCONCEBIBLE, y desconoce que la medicina es una profesión altruista, y que quien dedica su vida entera a su formación y práctica, lo hace para salvar vidas, no para dejar que la gente se muera.

22. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no participó en la atención médica que se relata. No obstante lo anterior, de acuerdo con la historia clínica anexa la demanda, NO ES CIERTO que a las 21:15 horas del 5 de abril, el doctor LUIS CARLOS HENAO, haya realizado el diagnóstico de apendicitis aguda, toda vez que dicho diagnóstico se realizó durante la intervención quirúrgica realizada al

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

señor ANTONIO JOSE TABORDA por el doctor CARLOS MANUEL PÉREZ MANTILLA, en cuya nota operatoria se registra como diagnóstico postquirúrgico: abdomen agudo quirúrgico. Peritonitis de cuatro cuadrantes por apendicitis aguda necrosada y perforada en tercio distal. Plastrón periapendicular con obstrucción yeyunal secundaria.

Procedimiento: Apendicectomía, liberación de adherencias, drenaje de peritonitis, lavado de cavidad.

Procedimiento que tiene la siguiente descripción:

*“Asepsia y antisepsia. Incisión mediana supra e infraumbilical. Disección hasta cavidad. Salida de abundante líquido purulento en los cuatro cuadrantes de la cavidad DEL QUE SE TOMA MUESTRA para Gram y cultivo. Se aprecia gran distensión de yeyuno. Drenaje del líquido purulento. Severo plastrón pericecal generador de la obstrucción, compuesto por íleon distal sigmoide y apéndice necrosada. LIBERACIÓN COMPLETA para confirmar perforación en tercio distal. Disección ligadura con seda y corte de mesoapéndice. Extracción de la pieza quirúrgica previa trasfixión de base con poliglactina 3 (0). LAVADO DE CAVIDAD CON DIEZ litros de cristaloides tibios. Se cierra pared con PDS (0). Piel abierta. No complicaciones. No sangrado. Conteo de compresas completo”.*

Traslado a uci, se solicita gram cultivo y antibiograma de líquido peritoneal, se envía a patología el apéndice cecal, se discutirá en conjunto con cuidados intensivos el esquema antibiótico.

23. NO ES UN HECHO, sino la referencia a un fragmento del dictamen pericial anexo a la demanda, que como se acreditará está plagado de errores.

En este punto es menester llamar la atención del despacho, respecto a que el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente a la clínica Juan Luis Londoño-Esimed, y el momento de la realización del diagnóstico de apendicitis, no se puede considerar aisladamente, sin tener en cuenta el cuadro clínico presentado por el paciente, sus signos y síntomas, cada una de las evaluaciones médicas recibidas,

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

y las actuaciones de los profesionales de la salud que lo atendieron cuidadosamente de acuerdo con el cuadro clínico presentado por el paciente, entre lo que se realizó la solicitud del TAC de abdomen total, a sólo poco horas de su ingreso a la institución, en la primera atención suministrada por la especialidad de cirugía general.

No se necesita hacer un gran esfuerzo para concluir que el tiempo transcurrido para la realización del diagnóstico incidió en la evolución posterior del paciente, pero lo que se requiere es establecer si atendiendo a las condiciones de tiempo y modo en que se presentaron las atenciones médicas al paciente, se tuvieron los criterios clínicos y paraclínicos para la realización del diagnóstico, y si ese tiempo que transcurrió para la realización del diagnóstico es imputable o no a negligencia, imprudencia o impericia de los diferentes profesionales de la salud que atendieron al paciente, o si correspondió a la presentación de un cuadro clínico atípico, sumado a la falta de gestión y diligencia por parte de ESIMED-clínica Juan Luis Londoño, y de la EPS CAFESALUD.

24. NO ES UN HECHO, sino una manifestación que se hace en el dictamen anexo a la demanda, que entre otras cosas esta descontextualizada, pues en el caso que nos ocupa, el señor ANTONIO JOSE TABORDA **nunca presentó cuadro clínico de sepsis, y por tanto no era mandatorio realizar manejo para esta condición**, antes de la apendicetomía del 5 de abril.
25. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no tuvo ninguna participación en el hecho que se relata.

Aun así, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, el 5 de abril de 2017 a las 23:01 horas, el paciente ingresa a UCI en posoperatorio inmediato de laparotomía más drenaje de peritonitis generalizada, por apéndice perforada, ingresa con soporte ventilatorio, hiperdinámico, con gases arteriales, con deuda metabólica y ventilatoria. En regular estado General, acoplado a ventilador. En manejo de sepsis abdominal por peritonitis perforada.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

26. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no tuvo ninguna participación en la atención que se relata en este hecho.

No obstante, de acuerdo con la historia clínica, para el 6 de abril de 2017, a las 11:29 horas, en que fue atendido por el doctor GUSTAVO ADOLFO VALENCIA, el paciente presentaba acidemia metabólica, falla renal aguda, con hipoxemia en gases arteriales, por lo que continuaba manejo médico. En la mañana progresó a shock séptico por lo que se inició norepinefrina, se continuó igual manejo antibiótico, y se estaba a la espera del reporte de cultivos tomados de la cavidad abdominal durante la cirugía.

27. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no suministró ninguna atención al paciente, después del 3 de abril.

Sin embargo, en la historia clínica se registra, por la doctora SANDRA GABRIELA ORTIZ el 7 de abril a las 7:33 horas, que el paciente comenzó a hacer picos febriles de 42°C desde el mediodía del día anterior, y para ese momento se encuentran en malas condiciones, febril, taquicárdico, oligúrico, con acidosis metabólica severa, leucocitosis de 21.000, creatinina de 7.8, potasio de 5.4, abdomen totalmente distendido, por lo que se programó urgente para laparotomía para lavado y proceder según hallazgos

28. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no brindó ninguna atención al paciente el día 8 de abril.

Aun así, en la historia clínica anexa la demanda se registra que para el 8 de abril a las 8:44 horas, el Señor ANTONIO JOSE TABORDA, se encontraba bajo ventilación mecánica, con trastorno de oxigenación moderado, severo trastorno ácido base, aunque con discreta mejoría por hemodiálisis realizada el día anterior, con nueva sesión de hemodiálisis ese día, con inestabilidad hemodinámica, recibiendo soporte vasopresor en destete, hemoglobina por debajo de la meta pero sin indicación de soporte transfuncional.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

29. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quien no brindó ninguna atención al paciente para el 9 de abril de 2017.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica anexa la demanda, en abril 9 de 2017 el paciente fue llevado nuevamente a cirugía para lavado peritoneal, y colocación de malla, y se continuó con tratamiento antibiótico de amplio espectro.

30. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no suministró ninguna atención al paciente el 10 de abril de 2017.

No obstante ello, de acuerdo con la historia clínica anexa la demanda, para el 10 de abril de 2017, el paciente presentaba evolución lenta hacia la mejoría, y específicamente se indica a partir de la nota de las 10:29 horas de ese día que el shock séptico estaba resuelto, continuando con falla renal aguda por lo que se continuó terapia de reemplazo renal.

31. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO, quién no suministró ninguna atención al señor ANTONIO JOSE TABORDA entre el 11 y el 23 de abril de 2017.

Aun así, según se observa en la historia clínica anexa la demanda, durante esos días se continuó con hemodiálisis, y el paciente estuvo en proceso de recuperación de su disfunción orgánica múltiple, (ver nota del 12 de abril a las 20:27 horas del doctor GUSTAVO ADOLFO VALENCIA). Continuó con función renal deteriorada a pesar de la terapia renal de reemplazo (hemodiálisis interdiaria). Y necesitó tres reintervenciones, una el 14 de abril para lavado de cavidad abdominal y retiro de bolsa de viaflex, otra el 15 de abril por evisceración y colocación de nueva bolsa de viaflex, y una última por evisceración, el 23 de abril, realizándose lavado peritoneal con retiro de malla, y colocación de nueva malla.

También se registra en la historia clínica del señor ANTONIO JOSE TABORDA, que el 23 de abril de 2017 a las 22:41 horas, presentó parada cardíaca, se inició reanimación básica y avanzada, se documentó ritmo actividad eléctrica sin pulso, se inició reanimación cardiopulmonar, y adrenalina según guías, después de 6

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

minutos se logró pulso. Se evidenció ritmo que progresó rápidamente a fibrilación ventricular por lo que se continuó con reanimación cardiopulmonar y se procedió a desfibrilar. Nuevamente se evidenció pulso y ritmo ideoventricular, se ordenó gluconato de calcio 3 dosis, nuevamente parada cardiaca. Se continuó reanimación cardiopulmonar y adrenalina. Después de 25 minutos y de no obtener respuesta se declaró muerte clínica. Se diligenció certificado de defunción. Hora de función 10:25 pm.

32. NO ES UN HECHO, sino la cita de un fragmento del dictamen pericial que se aportó con la demanda, que como ya se dijo ESTÁ FUERA DE CONTEXTO en la medida en que con antelación a la cirugía de apendicectomía realizada el 5 de abril, el paciente no tuvo cuadro clínico de sepsis (es decir no presentó signos o síntomas de Sepsis), y por tal razón no eran aplicables los principios fundamentales de la sepsis, esto es, la identificación temprana del foco causal, drenaje temprano del mismo, y el inicio temprano de antibióticos de amplio espectro.

TAMBIÉN ES UN DESACIERTO, afirmar que la espera de la realización y valoración de la ayuda diagnóstica TAC de abdomen contrastado, nada aportó en la toma de decisión temprana de llevar el paciente a cirugía, y que más bien lo que hizo fue retrasar la decisión de operar al paciente. Pues de acuerdo a lo observado en la historia clínica del señor ANTONIO JOSE TABORDA, fue precisamente el TAC de abdomen contrastado con su correspondiente lectura por parte de médico radiólogo, lo que evidenció hallazgos de apendicitis aguda, permitiendo llevar al paciente inmediatamente a cirugía. Recuérdese que la lectura del TAC es conocida el 5 de abril a las 15:54 horas, e inmediatamente fue programado para cirugía de apendicetomía por laparotomía, intervención quirúrgica que se realizó unas horas después.

Tampoco se puede perder de vista que hasta ese momento, el paciente fue evaluado en 16 oportunidades por diferentes médicos, 10 de ellas por médicos especialistas en cirugía general, y en todas esas evaluaciones el señor ANTONIO JOSE TABORDA siempre estuvo estable hemodinámicamente, es decir con signos vitales normales, no presentó signos de irritación peritoneal, ni mostró

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

cuadro clínico típico de apendicitis, ni de ninguna otra patología que hiciera necesaria su intervención quirúrgica, ni la instauración de antibióticos antes del momento en que se realizó. Tratándose de un cuadro clínico atípico que dificultó su diagnóstico, y que por corresponder a un paciente obeso, de edad avanzada, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, llevarlo a cirugía, sólo para hacer el diagnóstico, cuando la cirugía dadas sus condiciones suponía mayor comorbilidad, riesgos más elevados de complicación y mortalidad, implicaba exponerlo a graves riesgos injustificadamente.

De modo que, **en este caso, atendiendo las condiciones del paciente (edad avanzada, antecedentes de diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial), y el cuadro clínico que presentó en las diferentes atenciones médicas brindadas desde el 31 marzo del 2017 hasta el 5 de abril del 2017, la TAC era la única forma para llegar al diagnóstico de apendicitis**, razón por la que desde el 1 de abril, es decir pocas horas después de su ingreso a la clínica Esimed, en la primera atención que recibió por parte de la especialidad de cirugía General, le fue ordenada dicha ayuda diagnóstica, y si bien es cierto, llevarlo a cirugía sólo para realizar el diagnóstico era someterlo a riesgos injustificados, tampoco se materializó dicha acción, en razón de que su cuadro clínico, es decir los signos y síntomas que presentó en ningún momento hicieron necesaria una intervención quirúrgica, previo al conocimiento del resultado del TAC.

33. NO ES UN HECHO, sino una afirmación que desconoce los supuestos fácticos del caso que nos ocupa, fruto de una visión retrospectiva en la que no se logra desvincular el conocimiento posterior del diagnóstico de apendicitis con peritonitis.

Se insiste en que EL PACIENTE NO PRESENTÓ SIGNOS NI SÍNTOMAS INDICATIVOS DE SEPSIS, y es que, lo que se debe realizar es el análisis del cuadro clínico presentado por el paciente, y mirar a la luz de la ciencia médica, las condiciones de tiempo y modo en que se le brindaron cada una de las atenciones, pues como se ha indicado repetidamente, y se probará en el curso del proceso, el señor ANTONIO JOSE TABORDA no presentó un cuadro clínico de sepsis y por ende no era aplicable el manejo para la misma.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

Teniendo en cuenta la historia clínica, el paciente ingresa a la Clínica ESIMED Juan Luis Londoño el 31 de marzo de 2017 por sospecha de abdomen agudo, y tras ser valorado por cirujana se descarta este diagnóstico, cuando ella lo valora encuentra un paciente con dolor en fosa ilíaca derecha, pero sin signos de irritación peritoneal, lo mismo ocurre de los días 1 a 3 de abril, en los que el paciente refería mejoría del dolor y al examen físico se apreció dolor pero sin signos de irritación peritoneal, lo que para ese momento no justificaba el uso de antibióticos. Los antibióticos se inician de manera adecuada en la tarde del 3 de abril de 2017 tras la sospecha de diverticulitis, que es uno de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal y sugestivo dado el cuadro clínico y hallazgos al examen físico del paciente ese día.

34. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO quien no suministró ninguna atención al paciente con posterioridad al 3 de abril de 2017.

No obstante lo anterior, de acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, a pesar de haberse instaurado la hemodiálisis no se observó mejoría en la bioquímica renal, y persistían elevaciones en el BUN, y creatinina y la persistencia de niveles peligrosos de potasio (hiperkalemia) que fue un factor desencadenante en el desarrollo de actividad eléctrica sin pulso y fibrilación ventricular que desencadenaron en el fallecimiento del paciente.

35. Anti técnicamente se narran varios hechos en un mismo numeral, por lo que me pronuncio separadamente a cada uno de ellos

NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO qué tipo de perjuicios se hayan causado a los demandantes, por tratarse de un hecho ajeno a este. Deberán probarse.

Como se ha explicado en repetidas ocasiones, la demora en el diagnóstico de apendicitis correspondió a la presentación un cuadro clínico inespecífico que hizo difícil su diagnóstico, y a la falta de oportunidad en la realización y lectura de las imágenes del TAC de abdomen contrastado, ordenado pertinentemente al paciente, pocas horas después de su ingreso a la clínica Esimed Juan Luis Londoño, en la primera evaluación por cirugía general, y sobre la que se insistió

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

repetidamente por todos los demás profesionales de la salud que atendieron al paciente.

36. NO ES UN HECHO, sino una elucubración de la apoderada de la parte actora, por demás imprecisa, pues en el caso específico no es dable hablar de “peritonitis crónica”

Tampoco se puede afirmar que, de acuerdo con la literatura médica, se pueda establecer que en el caso del señor ANTONIO JOSE TABORDA de haberse realizado la intervención con antelación, SEGURAMENTE se hubiera evitado su muerte. No se puede pasar por alto, que las comorbilidades del paciente, esto es, su edad avanzada, su obesidad, su hipertensión arterial y su diabetes mellitus incidieron en su evolución y posterior deceso.

37. NO ES UN HECHO, sino una apreciación que realiza la apoderada la parte actora, que desconoce la realidad fáctica y científica del caso que nos ocupa.

Siendo importante indicar que precisamente haber considerado el tiempo de evolución del dolor abdominal con antelación a la primera consulta del paciente (una semana o 4 días), además de todo el cuadro clínico presentado por el señor ANTONIO JOSE TABORDA durante las diferentes atenciones médicas suministradas desde el 31 de marzo hasta el 5 de abril de 2017, hacía poco probable que se tratara de un cuadro de apendicitis, toda vez que típicamente el cuadro clínico de apendicitis inicia con dolor en epigastrio o periumbilical que en el transcurso de 4 a 6 horas acaba desplazándose a la FID, se hace constante y más intenso, aparece contractura muscular e irritación peritoneal, además de síntomas asociados como náuseas, vómitos, inapetencia y fiebre. Por tanto, NO ES CIERTO que el paciente haya tenido síntomas de apendicitis como se ha indicado en múltiples oportunidades. Se reitera el cuadro clínico presentado por el paciente fue inespecífico, lo cual hizo difícil su diagnóstico.

38. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO el vínculo afectivo que existía entre el Señor ANTONIO JOSE TABORDA y los demandantes, ni los perjuicios que hayan

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

padecido con ocasión de su muerte. Por tratarse de hechos ajenos a él, deberán probarse.

39. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADO que la Señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS dependiera económicamente del Señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, ni el tipo de perjuicios materiales que haya padecido con ocasión de su muerte, por tratarse de hechos ajenos a este. Me atengo a lo probado.

40. NO ES UN HECHO, sino la REITERACIÓN de una referencia a un fragmento del dictamen pericial anexo a la demanda, por lo que, para no adoptar la misma línea repetitiva de la demanda, me remito a lo expuesto en líneas precedentes frente a este aspecto.

41. NO ES CIERTO que se hayan presentado omisiones por parte de los profesionales de la salud que atendieron al paciente, a partir de la consulta inicial del 31 de marzo del 2017, ni que desde ese mismo momento el paciente tuviera indicación de intervención quirúrgica.

El hecho de que se haya solicitado y necesitado por los médicos tratantes, la realización de la tomografía de abdomen total y su lectura por parte de médico radiólogo, para precisar el diagnóstico en el paciente, no constituye una omisión, contrario a ello, corresponde a la conducta médica adecuada, en atención al cuadro clínico inespecífico del paciente, y al riesgo que suponía someterlo a una intervención quirúrgica dadas sus comorbilidades de urolitiasis, obesidad, edad avanzada, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

El tiempo transcurrido entre la orden médica y la realización del TAC, y la lectura de sus imágenes, no es atribuible a los médicos tratantes, quienes ordenaron oportunamente e insistieron reiteradamente en la necesidad de dicha ayuda diagnóstica, dada la dificultad diagnóstica que suponía la inespecificidad del cuadro clínico presentado por el paciente. Los trámites administrativos para la materialización de las órdenes médicas corresponden a la institución prestadora de salud, y la EPS del paciente, por tanto las deficiencias e inoportunidades en

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

estas, no pueden trasladarse los profesionales de la salud, quienes al igual que los usuarios, padecen las múltiples deficiencias del sistema de seguridad social nuestro, quedando muchas veces maniatados por la falta de recursos y trabas administrativas.

#### **Hechos del 41.1. al 41.6**

No es cierto que los Doctores JAIRO AUGUSTO CASAS, HUMBERTO AZAIN URBANO, CAROLINA ARENAS, CARLOS MANUEL PEREZ, ERNEL ALBERO DUQUE, Y LUIS FRANCISCO MIRANDA RUÍZ hayan tenido una actitud poco diligente al continuar con la espera del TAC y al no ordenar antibióticos, pues para cada una de sus atenciones no se tuvo la sospecha diagnóstica de apendicitis, dado que el cuadro clínico presentado por el paciente fue muy inespecífico, haciendo necesario pensar en la posibilidad de otros diagnósticos, y haciendo mandataria la realización del TAC para no someter al paciente a una intervención quirúrgica injustificadamente.

TAMPOCO ES CIERTO que el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE haya sido poco diligente al considerar la presunción diagnóstica de diverticulitis, ni que está fuera poco coherente con los registros clínicos de historia clínica, pues como ya se ha explicado en diferentes oportunidades, la diverticulitis es una de las patologías diferenciales en el anciano con dolor abdominal, máxime en el caso del señor ANTONIO JOSE TABORDA, quien para el 31 de marzo llevaba varios días de evolución (en unos apartes de la historia clínica se referencian 7 días de evolución, y en otros 4 días) mal localizado, que se exacerbaba con la alimentación y mejoraba con la evacuación, sin signos de irritación peritoneal, ni inestabilidad hemodinámica, y quien para el 3 de abril de 2017 localizaba el dolor en la fosa iliaca izquierda, posteriormente toleró la vía oral, y presentó mejoría del dolor.

#### **A LAS PRETENSIONES**

Nos oponemos a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda, toda vez que no existió por parte del doctor ERNEL ALBERTO DUQUE

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

OCHOA una conducta culposa, imperita, imprudente o negligente, durante la atención del Señor ANTONIO JOSE TABORDA, de la cual se pueda inferir algún tipo de responsabilidad por los perjuicios que se reclaman.

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

### **OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

De conformidad con el artículo 206 del CGP me permito objetar el juramento estimatorio que realiza la parte actora, toda vez que solicita un lucro cesante con fundamento en unos ingresos del Señor ANTONIO JOSE TABORDA los cuales no están acreditados con su declaración de renta. Así mismo, porque solicitan como daño emergente el Valor del dinero que se pagó para la realización del dictamen pericial anexo a la demanda, el cual no constituye un daño emergente, sino un gasto para el proceso que sólo en el hipotético evento en que salieran abantes las pretensiones de la demanda, deberá liquidarse como costas.

Respecto a las pretensiones por perjuicios extrapatrimoniales de conformidad con el inciso final del artículo 206 del Código General del Proceso **no hay lugar a juramento estimatorio** y por ende tampoco a la objeción del mismo, sin embargo, no deberá perderse de vista que se solicitan en cuantía desproporcionada, muy superior a los topes máximos reconocidos por la jurisprudencia de la sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

### **PETICION ESPECIAL No. 1**

### **COSTAS**

En consideración a la solicitud de costas realizada, respetuosamente solicito al despacho se de aplicación al numeral 1.1. del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de que se condene a la parte demandante a pagar por concepto de agencias en derecho el 20% de las pretensiones negadas en la sentencia.

## EXCEPCIONES DE MÉRITO

### AUSENCIA DE CULPA

Bien se sabe que para que se sea responsable civilmente debe existir entre otros elementos, un hecho culposo concreto del demandado, y en el caso que nos ocupa dicho hecho culposo no existió en el acto médico desplegado por el doctor ERNEL ALBERTO DUQUE en relación con la atención del señor ANTONIO JOSE TABORDA, ya que no se presentó ninguna conducta incorrecta o inapropiada de su parte.

Sin culpa no existe responsabilidad civil médica:

*“La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, a pesar de que sabía que era el indicado” /Sentencia del 26 de noviembre de 1986. M.P. Héctor Gómez Uribe- Subrayas propias)*

De acuerdo con la historia clínica anexa a la demanda, el Señor ANTONIO JOSE TABORDA fue evaluado, en dos ocasiones por el Doctor ERNEL ALBERTO DUQUE, médico especialista en cirugía general, la primera fue el 1 de abril de 2017 a las 8:09 am, momento para el cual, el paciente presentaba 5 días de distensión abdominal, con dolor en fosa ilíaca derecha, y **constipación, había iniciado deposiciones abundantes con lo que mejoró el dolor abdominal, sin**

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

**fiebre.** Reporte de paraclínicos: leucocitos: 18.100 neutrofilos: 62%, proteína C reactiva: parcial de orina normal, **ecografía de abdomen normal, hidratado, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal**, con dolor a la palpación profunda de fosa ilíaca derecha, y se deja la observación de que continuaba pendiente el TAC de abdomen ordenado, dado que los signos y síntomas presentados por el paciente, y los paraclínicos realizados no eran concluyentes de ningún diagnóstico.

La segunda atención al paciente por parte del Doctor ERNEL ALBERTO DUQUE fue el 3 de abril a las 20:46 horas, momento para el cual el señor ANTONIO JOSE TABORDA, **tenía sospecha diagnóstica de diverticulitis**, lo cual correspondía con su cuadro clínico, por lo que se había ordenado antibiótico (cefalezina y Metronidazol) desde las horas de la tarde. El doctor ERNEL ALBERTO DUQUE encontró las imágenes del TAC, pero sin lectura, realizó una interpretación de las mismas, la cual fue correlacionada con el cuadro clínico del paciente, a quien en la evaluación física encontró con frecuencia **cardíaca: 92 latidos/minuto, sin fiebre, hidratado, abdomen con dolor a la palpación profunda de fosa ilíaca izquierda**, resto del **abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal**, continuó con sospecha diagnóstica de diverticulitis, ordenó continuar tratamiento antibiótico, líquidos endovenosos, no vía oral y dejó la observación de que se encontraba pendiente la lectura de TAC.

Observándose que en ambas atenciones la conducta del Doctor ERNEL ALBERTO DUQUE se ajustó al cuadro clínico presentado por el paciente, que **ni durante estas dos atenciones, ni en ninguna de las 16, que recibió el señor ANTONIO JOSE TABORDA desde su ingreso a la clínica Juan Luis Londoño-Esimed el 31 de marzo de 2017, hasta el 5 de abril de la misma anualidad, el paciente presentó sintomatología típica de peritonitis, ni de ninguna otra patología que hiciera necesaria la realización de cirugía inmediata, y sólo hasta el 3 de abril en que se tuvo la presunción diagnóstica de diverticulitis (la cual fue coherente con los signos y síntomas presentados por el paciente para ese momento), requirió de manejo antibiótico.**

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

Siendo imperioso reiterar que la lista de diagnósticos diferenciales en el anciano con dolor abdominal, es extensa, que son muchas las patologías que se pueden presentar con dolor abdominal agudo y que no todas requieren manejo quirúrgico, ni antibiótico. Así mismo, que iniciar antibióticos sin tener un diagnóstico claro de infección secundaria o sepsis intrabdominal, puede enmascarar el cuadro clínico y crear resistencia bacteriana a los antibióticos, y que en el caso específico por corresponder a un paciente obeso, de edad avanzada, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y urolitiasis, llevarlo a cirugía, sólo para hacer el diagnóstico, suponía mayor comorbilidad, riesgos más elevados de complicación y mortalidad, en definitiva exponerlo a graves riesgos injustificadamente.

De otro lado, cabe recordar que sólo hasta el 5 de abril se conoció la lectura del TAC de abdomen realizada al señor ANTONIO JOSE TABORDA, la cual reportó hallazgos que no fueron evidenciados en la clínica del paciente. Siendo importante no perder de vista que en todas las evaluaciones previas, el señor ANTONIO JOSE TABORDA estuvo estable hemodinámicamente, es decir con signos vitales normales, no presentó signos de irritación peritoneal, ni mostró cuadro clínico típico de apendicitis, ni de ninguna otra patología que hiciera necesaria su intervención quirúrgica, ni instauración de antibióticos antes del momento en que se realizó, tratándose de un cuadro clínico atípico que dificultó su diagnóstico, siendo absolutamente necesario para ello la realización y lectura de la tomografía de abdomen total TAC<sup>15</sup> (oportunamente solicitada por los médicos tratantes, pero infortunadamente no realizada, ni leída oportunamente por el médico radiólogo, por temas administrativos).

De modo que, **en este caso, atendiendo las condiciones del paciente (edad avanzada, antecedentes de diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, y urolitiasis), y el cuadro clínico que presentó en las diferentes atenciones médicas brindadas desde el 31 marzo del 2017 hasta el 5 de abril del 2017, la TAC era la única forma para llegar al diagnóstico de apendicitis,** razón por la que desde el 1 de abril, es decir pocas horas después de su ingreso a la clínica Esimed, en la primera atención que recibió el paciente por parte de la especialidad

---

<sup>15</sup> Tomografía axial computarizada.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

de cirugía General, le fue ordenada dicha ayuda diagnóstica, y si bien es cierto, llevarlo a cirugía sólo para realizar el diagnóstico era someterlo a riesgos injustificados, tampoco se materializó dicha acción, en razón de que su cuadro clínico, es decir los signos y síntomas que presentó en ningún momento hicieron necesaria una intervención quirúrgica, previo al conocimiento del resultado del TAC.

Al respecto es preciso traer a colación, lo señalado por la sala civil de la corte suprema de justicia, en sentencia del 26 de noviembre 2010, con ponencia del magistrado Pedro Octavio Munar, sobre el error de diagnóstico:

*“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.*

*En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en*

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

*consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.*

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

*Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.*

*En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> CSJ Civil, 26 de noviembre 2010, Pedro Octavio Munar, pp. 17-18

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

Expresado lo que antecede es necesario concluir que la no realización del diagnóstico de apendicitis con anterioridad al conocimiento de las imágenes del TAC de abdomen contrastado en el caso del señor ANTONIO JOSE TABORDA, no constituye culpa atribuible a sus médicos tratantes entre ellos el doctor ERNEL DUQUE.

Razones por las cuales deberá considerarse que, si no existe una conducta culposa por parte del demandado, se deberán desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

### **CUADRO CLINICO INESPECIFICO**

Se trató de un cuadro clínico inespecífico que hizo difícil su diagnóstico.

Teniendo en cuenta la historia clínica, el paciente ingresa a la Clínica ESIMED Juan Luis Londoño el 31 de marzo de 2017 por sospecha de abdomen agudo, y tras ser valorado por cirujana se descarta este diagnóstico, cuando ella lo valora encuentra un paciente con dolor en fosa ilíaca derecha, pero sin signos de irritación peritoneal, que además mejoraba con la evacuación, lo mismo ocurre de los días 1 a 3 de abril, en los que el paciente refería mejoría del dolor, me mejoraba con la evacuación, que luego se localizó en fosa iliaca izquierda y al examen físico se apreció dolor pero sin signos de irritación peritoneal, lo que para ese momento no justificaba el uso de antibióticos. Los antibióticos se inician de manera adecuada en la tarde del 3 de abril de 2017 tras la sospecha de diverticulitis, que es uno de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal y sugestivo dado el cuadro clínico y hallazgos al examen físico del paciente ese día.

Entre el 4 y el 5 de abril, el paciente continuó mejorando y toleró la vía oral, y siempre estuvo estable hemodinamicamente, todo lo anterior no es compatible con apendicitis aguda.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

## **HECHO DE UN TERCERO**

La falta de oportunidad en la realización y lectura del TAC de abdomen contrastado, ordenado oportunamente al paciente, pocas horas después de su ingreso a la clínica Esimed Juan Luis Londoño, en la primera evaluación por cirugía general, y sobre la que se insistió repetidamente por todos los demás especialistas que atendieron al paciente, dada la dificultad diagnóstica que suponía la inespecificidad del cuadro clínico que presentaba, es imputable a la institución prestadora de salud Juan Luis Londoño- ESIMED y la EPS CAFESALUD. Las deficiencias e inoportunidades de su parte, no pueden trasladarse a los profesionales de la salud, quienes al igual que los usuarios, padecen las múltiples insuficiencias del sistema de seguridad social nuestro, quedando muchas veces maniatados por la falta de recursos y trabas administrativas.

## **AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD**

Para efecto de una declaratoria de responsabilidad civil, no basta con la simple causalidad material, es necesario que exista una causalidad jurídica, entre el hecho reprochado al demandado y el perjuicio por cuya indemnización se reclama y en el caso que nos ocupa, no existe un nexo de causalidad jurídica entre el acto médico del doctor ERNEL ALBERTO DUQUE y el deceso del señor ANTONIO JOSE TABORDA.

## **EXCESIVA Y ERRADA SOLICITUD DE PERJUICIOS**

Se sabe que los procesos de responsabilidad civil, no pueden convertirse en fuente de enriquecimiento para quien los invoca, por lo tanto, el despacho en el evento hipotético de que deba liquidar perjuicios a favor de los demandantes, no deberá perder de vista que los perjuicios materiales solicitados en la modalidad de lucro cesante se cuantificaron con fundamento en unos ingresos del Señor ANTONIO JOSE TABORDA los cuales no están acreditados con su declaración

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

de renta. Así mismo, que solicitan como daño emergente el valor del dinero que se pagó para la realización del dictamen pericial anexo a la demanda, el cual no constituye un daño emergente, sino un gasto para el proceso, que sólo en el hipotético evento en que salieran abantes las pretensiones de la demanda, deberá liquidarse como costas.

De igual modo, no deberá perderse de vista que los perjuicios extrapatrimoniales, se solicitan en cuantía desproporcionada, muy superior a los topes máximos reconocidos por la jurisprudencia de la sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

## **GENÉRICA**

Reconózcase cualquier otra excepción que se encuentre debidamente probada al momento de la sentencia.

## **PRUEBAS**

### **CONTRADICCIÓN DE DICTAMEN APORTADO POR LA PARTE DEMANDANTE**

De conformidad con el artículo 228 del CGP, solicito la comparecencia a audiencia del Doctor Juan Rodrigo moreno Restrepo, médico cirujano General, que realizó el dictamen pericial aportado con la demanda, a efectos de realizar la contradicción del mismo.

## **PRUEBA PERICIAL**

De conformidad con el artículo 227 del CGP me permito manifestar que pretendo valerme de un dictamen pericial realizado por médico especialista en cirugía General, y dado que el término para contestar la demanda fue insuficiente para

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

aportarlo, comedidamente solicito su despacho concederme el término correspondiente para su aportación.

## INTERROGATORIO DE PARTE

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

## DOCUMENTALES

1. Diploma que otorga el título de médico y cirujano de la Universidad Pontificia Bolivariana, al señor Ernel Alberto Duque Ochoa, en el año 1994.
2. Diploma que otorga el título de especialista en cirugía General de la Universidad Pontificia Bolivariana, al señor Ernel Alberto Duque Ochoa, en el año 2002.
3. Literatura médica: “ **Apendicitis Aguda y sus Complicaciones**”. Gabriel Massafferro Fernandez y Juan Martín Costa Marsicano. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina. Universidad de la República de Uruguay, 2018.
4. Literatura médica: “**Presentación Clínica de la Apendicitis Aguda en Pacientes Inmunocomprometidos por Diabetes o VIH/sida**”. Guillermo Ponce de León - Ballesteros, Rafael Pérez-Soto, Karla Zuñiga –Posselt, y David Velásquez– Fernández. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “ Salvador Zubirán”, Departamento de cirugía, Ciudad de México, México. De acepta médica de México.
5. Literatura médica: “**Pruebas de Imagen y Apendicitis Aguda: Importancia Para la Calidad Asistencial**”. R. Fernández Lobato. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. Marzo de 2010. Revista de calidad asistencial. 2010; 25 (4). 183-185. Elsevier Doyma.

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

6. Literatura médica: **“Empleo, Eficacia y Repercusión Clínica del Apoyo Radiológico al Diagnóstico de la Apendicitis Aguda”**. osé Manuel Aranda-Narváez \*, Maria Custodia Montiel-Casado, Antonio Jesús González- Sánchez, Carolina Jiménez-Mazure, Marta Valle-Carbajo, Belinda Sánchez-Pérez y Julio Santoyo-Santoyo. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplante, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. Revista de Cirugía Española. 2013; 91 (9) : 574 – 578. Elsevier Doyma.

## TESTIMONIOS

Cítese a las siguientes personas quienes de acuerdo con el conocimiento personal de los hechos, su formación y experiencia darán claridad sobre los **aspectos técnico-científicos, y administrativos relevantes en el proceso, respecto a los hechos de la demanda y su contestación.**

ISABEL CRISTINA HERRERA, médica cirujana general, en calidad de testigo técnico, quien declarará sobre su atención al paciente, el cuadro clínico, evolución, diagnóstico y manejo en general durante su atención y durante toda su estadía en ESIMED. La testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre su atención y sobre los aspectos técnicos y administrativos relevantes del caso, relacionados con el cuadro clínico y diagnóstico del paciente, relatados en los hechos 7 al 41.6 de la demanda y la contestación. Se localiza en Calle 58 N ° 50C - 2 Prado Centro, Medellín, Antioquia. Correo electrónico isaherrera79@hotmail.com

JUAN FERNANDO GALLEGO, médico cirujano general, en calidad de testigo técnico, quien declarará sobre su atención al paciente, el cuadro clínico, evolución, diagnóstico y manejo en general durante su atención y durante toda su estadía en ESIMED. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre su atención y sobre los aspectos técnicos y administrativos relevantes del caso, relacionados con el cuadro clínico y diagnóstico del paciente, relatados en los hechos 7 al 41.6 de la demanda y la contestación. Se localiza en Dg. 75B ##2A-80/140, Medellín, Antioquia. Correo electrónico juanfergallego@hotmail.

*Alejandra María Martínez Chauχ*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*

JULIO ERNESTO GARCÍA LEÓN, médico cirujano general, en calidad de testigo técnico, quien declarará sobre su atención al paciente, el cuadro clínico, evolución, diagnóstico y manejo en general durante su atención y durante toda su estadía en ESIMED. El testigo fue médico tratante del paciente, por lo cual declarara sobre su atención y sobre los aspectos técnicos y administrativos relevantes del caso, relacionados con el cuadro clínico y diagnóstico del paciente, relatados en los hechos 7 al 41.6 de la demanda y la contestación. Se localiza en el teléfono 3148904652, y en el correo electrónico [jegl@une.net.co](mailto:jegl@une.net.co)

### **DEPENDIENTE JUDICIAL**

Me permito nombrar como dependiente judicial a YESICA MILENA ALZATE ARNERA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.000.404.640, egresada de derecho de la Universidad de Antioquia.

### **ANEXOS**

Los documentos relacionados en el acápite de pruebas, y el certificado de estudios de la señora YESICA MILENA ALZATE.

### **DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES**

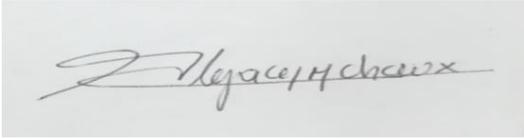
APODERADA: Carrera 43A No. 1 sur -100, Piso 18 de Medellín.  
Correo electrónico: [almamach483@gmail.com](mailto:almamach483@gmail.com), Tel 321 268 29 95  
Ernel Duque Ochoa: [ernelduque@yahoo.com](mailto:ernelduque@yahoo.com)

Del señor Juez,

Carrera 43A No. 1sur – 100 Edificio Sudameris piso 18  
Teléfonos: 315 15 00 - 268 10 98  
Medellín – Colombia

Recibido 10/09/2020 3:31pm

*Alejandra María Martínez Chaux*  
*Abogada U. de M.*  
*Especialista en Responsabilidad Civil Contractual*  
*Extracontractual y del Estado*



**ALEJANDRA MARÍA MARTÍNEZ CHAUX**

C.C. No. 43.872.769 de Envigado

T.P. No. 129.591 del C. S. de la J.

Carrera 43A No. 1sur – 100 Edificio Sudameris piso 18  
Teléfonos: 315 15 00 - 268 10 98  
Medellín – Colombia

Recibido 10/09/2020 3:31pm

Señor (a)  
**JUEZ 13 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN**  
E. S. D.

PROCESO: VERBAL  
DEMANDANTE: MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO Y OTROS  
DEMANDADOS: CAFESALUD EPS, ESIMED S.A Y OTROS  
RADICADO: 05001310301320190048500

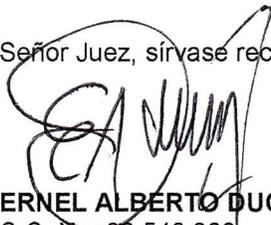
ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

**ERNEL ALBERTO DUQUE OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Medellín, identificado con la cédula de ciudadanía No. 98.548.366, por medio del presente escrito manifiesto que otorgo poder especial, amplio y suficiente a la abogada **ALEJANDRA MARIA MARTINEZ CHAUX**, mayor de edad, vecina de Medellín, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.872.769 de Envigado, y tarjeta profesional No. 129.591 del C.S de la J; para que en mi nombre y representación asuma la defensa de mis intereses dentro del proceso de la referencia.

Mi apoderada queda investida de todas las facultades necesarias para el correcto desempeño del cargo a las que alude el artículo 77 del CGP, en especial para interponer recursos, sustituir, desistir, reasumir, conciliar, transigir, recibir, formular tachas de falsedad documental y notificarse del auto admisorio de la demanda y recibir su traslado.

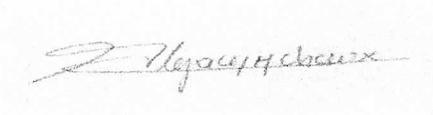
Correo electrónico de apoderada judicial: almamach483@gmail.com

Señor Juez, sírvase reconocerle personaría para actuar



**ERNEL ALBERTO DUQUE OCHOA**  
C.C. No. 98.548.366

Acepto



**ALEJANDRA MARIA MARTINEZ CHAUX**  
C.C. No. 43.872.769 de Envigado  
T.P. No. 129.591 del C. S. de la J.



# La Universidad Pontificia Bolivariana

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia  
en nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,  
teniendo en cuenta que

## Ernel Alberto Duque Ochoa

Cédula de ciudadanía No. 98.548.366 Expedida en ENVIGADO  
curso y aprobó en la Facultad de

### Medicina

los estudios exigidos por las normas legales y reglamentarias  
vigentes, le confiere el título de:

### Médico y Cirujano

En testimonio de ello le otorga el presente documento en Medellín el  
día 7 del mes de DICIEMBRE del año 1.996

Registro según Documento 2150 de 1995  
Folio 0226 Libro 10-P  
Fecha agosto 22 de 2002  
*Carolina Herrera*  
Secretaría General

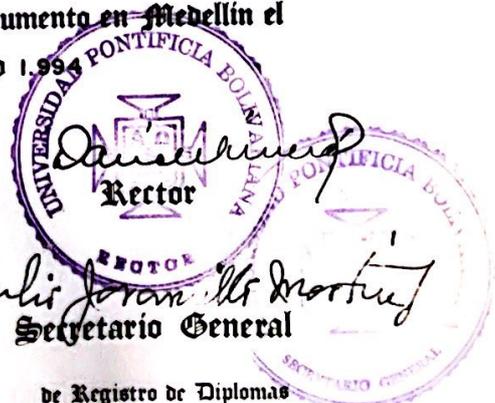
Gran Canciller

*Alvaro Echavarría*  
Decano



Anotado al folio 0226  
Refrendado en

del Libro 10-P  
el 22 de agosto



de Registro de Diplomas  
de 19 2002.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA  
Recorrido según Ley para todos los efectos  
legales 5-0697 12 Jun. 1996  
Resolución N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Universidad Pontificia Bolivariana

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN EJECUTIVA NO. 48 DEL 22 DE FEBRERO 1937 MINISTERIO DE GOBIERNO

teniendo en cuenta que

## Ernel Alberto Duque Ochoa

Cédula de ciudadanía No. 98'548.366 Expedida en Envigado (Ant.)

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales reglamentarias vigentes, le confiere el título de

## Especialista en Cirugía General

En testimonio de ello le expide el presente diploma  
en Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia  
el día 27 del mes de Septiembre del año 2002

*R. D.*  
El Rector

*M.*  
El Decano

*Carolina Helena Cortés*  
El Secretario General

Registro según Decreto 2150 de 1995  
Folio 0893 Libro 04-A  
Fecha Sept 23 de 2002  
*Carolina Helena Cortés*  
Secretario General

Anotado al folio 0893 del libro 04-A de registro de diplomas  
refrendado en Medellín el 23 de Sept. de 2002

09761



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina  
Universidad de la República. Uruguay 2018

## APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES

Dr. Gabriel Massaferrero Fernández  
Dr. Juan Martín Costa Marsicano

### Introducción

Se define a la apendicitis aguda (AA) como un cuadro abdominal determinado por un proceso inflamatorio agudo primario del apéndice cecal, que puede comprometer parte o la totalidad de este órgano.

Resaltamos la importancia de esta patología dado que es el cuadro agudo de abdomen quirúrgico más frecuente, porque su diagnóstico es eminentemente clínico, pasible de una rápida evolución patológica con las consecuentes complicaciones que de ella pueden derivar, su resolución es quirúrgica y su morbi-mortalidad es baja si su diagnóstico y tratamiento son precoces.

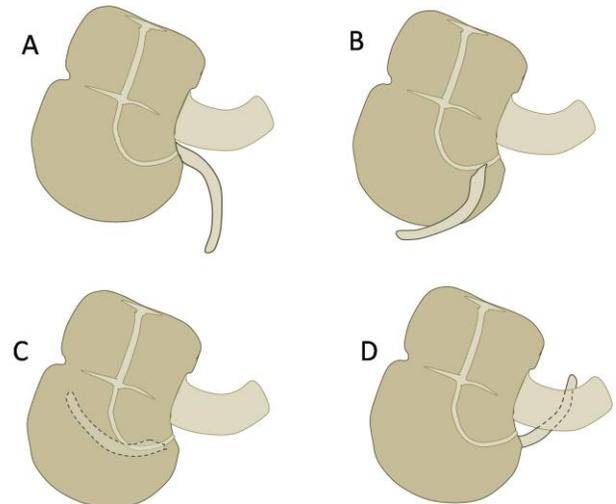
### Epidemiología

Si bien la AA se puede presentar a lo largo de toda la vida, su incidencia máxima se da entre los 10 y 30 años de edad con un leve predominio en el sexo masculino en una proporción 3:2 con respecto al sexo femenino. Su presentación en las edades extremas de la vida es menos frecuente, pero la misma cursa de forma más indolente o solapada lo que deriva con mayor frecuencia en diagnósticos erróneos y tratamientos tardíos.

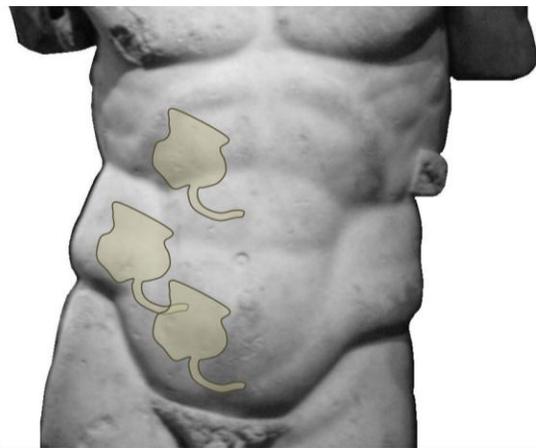
### Reseña anatómica

Es importante destacar algunos elementos anatómicos que pueden explicar elementos patológicos y clínicos de esta enfermedad. El apéndice cecal es un órgano en involución, tubular, de terminación ciega, que mide unos 7-8 cm de largo y unos 3-4mm de ancho. Su base de implantación está por debajo de la válvula

ileo-cecal, en la unión de las tres tenias del colon, y su localización es variable dependiendo de la ubicación del ciego. La punta del mismo también puede variar y esto puede explicar las diferentes formas de presentación como luego analizaremos.



Disposiciones del apéndice: A. Latero-cecal interno. B. Latero-cecal externo. C. Retrocecal. D. Retromesentérico



Variaciones en la topografía cecoapendicular: subhepática, fosa ilíaca derecha y pelviana.

### Etiología

Se vincula a un proceso infeccioso bacteriano que en la mayoría de los casos pero no en todos, está asociado a una obstrucción de la luz del apéndice. Existen factores incidentales como edad, raza, sexo y herencia, y factores predisponentes como parásitos intestinales, infecciones intestinales, patología de órganos

vecinos, cuerpos extraños endógenos (fecalitos) y exógenos (intraperitoneales).

Las causas de obstrucción de la luz apendicular se pueden dividir en endoluminales, parietales y extraparietales. Dentro de las endoluminales los coprolitos son las más frecuentes (35%), otros cuerpos extraños (1%), parásitos (0,8%) y bario entre otros. Dentro de las parietales la hiperplasia de los folículos linfoides (60%) y tumores de apéndice tipo el carcinoide (1%). Las causas extraparietales son más raras y se mencionan los tumores o metástasis en órganos vecinos.

### Anatomía patológica

Es clásico afirmar que en la AA no existe una correlación clínico-patológica exacta; esto significa que el estado o el cuadro del paciente no siempre se corresponde con el estado patológico del apéndice. Pacientes muy sintomáticos pueden presentar estadios precoces en lo anatomopatológico y por el contrario pacientes oligosintomáticos pueden presentar estadios avanzados e incluso la perforación del apéndice.

Los estadios anatomopatológicos de la apendicitis son 4 siendo sus características:

- Apendicitis edematosa: secreción y acumulación de mucus.
- Apendicitis flemonosa o supurativa: infiltrado de PMN, exudado purulento hacia la luz; aspecto engrosado, tumefacto, friable, recubierto de pseudomembranas.
- Apendicitis gangrenosa: gruesas áreas de ulceración hemorrágica en la mucosa, necrosis gangrenosa, afección de todas las capas.
- Apendicitis perforada: zonas de necrosis supurativa, abscesos intramurales con perforación parietal.

### Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de la AA es muy proteiforme en su presentación ya que está influenciado por

diversos factores, entre los que destaca la variable situación anatómica del apéndice. Si bien está bien descrito su cuadro clínico típico, existen presentaciones bizarras y larvadas que llevan a confusiones y retrasos diagnósticos y terapéuticos. Por esta razón siempre debe tenerse presente su sospecha en los cuadros de dolor abdominal agudo.

El principal síntoma presente en el 100% de los casos es el dolor abdominal. Los restantes elementos característicos de esta patología son acompañantes, y como tales, pueden estar presentes o no. Vale decir, no es planteable desde el punto de vista clínico una AA sin dolor abdominal ya que es el hilo conductor de este planteo diagnóstico.

El cuadro clínico típico se presenta en la mitad de los casos y se conoce como el *esquema o tríada de Murphy*, caracterizado por una secuencia de dolor, náuseas o vómitos y luego fiebre que suele instalarse en un lapso de 12-24 horas.

- El dolor inicialmente centro-abdominal, epigástrico o a veces difuso, en la evolución característicamente *migra* hacia la fosa ilíaca derecha donde se localiza. Si bien puede ceder parcialmente con analgésicos, siempre mantiene expresión al examen físico, por lo que no debe dudarse en calmar a los pacientes que consultan por dolor abdominal; reportes de estudios clínicos no han demostrado que la analgesia enmascare los hallazgos del examen físico que conducen al diagnóstico de AA.
- La anorexia suele acompañar al dolor. Aunque es raro que un paciente con una apendicitis aguda tenga apetito, su presencia no invalida el diagnóstico. La instalación de náuseas y algún vómito suelen suceder al inicio del dolor.
- Finalmente aparece la fiebre que inicialmente no suele ser elevada.

Pueden existir elementos clínicos que orienten a alguna topografía particular de la apendicitis.

Disuria, pujos y tenesmos vesicales, que se explican por irritación vesical en las apendicitis pelvianas; dolor irradiado al flanco derecho o sobre la cresta ilíaca en las apendicitis laterocecales externas. Las apendicitis retrocecales dependiendo de su topografía pueden provocar dolor lumbar o psoítis. La localización subhepática puede remedar el cuadro clínico de una colecistitis aguda. Distensión abdominal uniforme, detención del tránsito intestinal para materias y gases, se asocian a la hipertermia en la denominada “oclusión febril” de las apendicitis retromesentéricas. Si bien infrecuente, puede existir un debut más o menos abrupto en forma de cólico apendicular, así como también cuadros solapados que simulan enterocolitis.

Los hallazgos al examen abdominal varían desde la presencia de dolor a la palpación profunda de la fosa ilíaca derecha, hasta signos de reacción peritoneal localizada como dolor a la decompresión y defensa. Se han descrito múltiples signos:

- Dolor en el punto de Mc Burney, el mismo se encuentra en un punto que se topografía en la unión del 1/3 distal con los 2/3 proximales de una línea que va de la espina ilíaca anterosuperior al ombligo.
- Al inicio del cuadro puede observarse resistencia parietal voluntaria por dolor; en la evolución se vuelve involuntaria o refleja (*defensa*) como signo de reacción peritoneal localizada. Finalmente el grado máximo de expresión, el denominado “vientre en tabla” característico de las peritonitis difusas. La *ley de Stokes* explica la parálisis del músculo liso (íleo) y contractura del músculo estriado por el contacto con una serosa inflamada. Es importante tener presente que los “signos peritoneales” pueden no estar presentes o ser tardíos cuando la localización del apéndice no contacta con el peritoneo parietal (retrocecal, retromesentérica).
- Signo de Rovsing es el dolor que aparece en el cuadrante abdominal inferior derecho, cuando se

palpa en el cuadrante abdominal inferior izquierdo.

- 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.
- Masa dolorosa en FID, en los casos de plastrón o absceso apendicular.
- Tacto rectal doloroso a derecha

A efectos de reducir el margen de error se han propuesto distintos scores diagnósticos para la AA, evaluando la presencia de los síntomas y signos que se han descrito. El más reconocido es el score de Alvarado. Se utiliza como guía para el médico general y consta de la asignación de puntaje a los signos presentes en el paciente, separando tres grupos: un score inferior a 3-4 aleja el planteo de apendicitis con una sensibilidad de 96%, un score entre 4 y 6 sugiere una sospecha clínica razonable y recomienda la realización de una tomografía computada, y un score de 7 o más permite establecer con elevada sensibilidad el planteo de apendicitis aguda, por lo que se recomienda la consulta con el cirujano.

#### Score de Alvarado

Dolor en el cuadrante inferior derecho 2 puntos.  
 Temperatura elevada (mayor a 37,3 °C) 1 punto.  
 Defensa en FID 1 punto.  
 Dolor que migra a FID (Esquema de Murphy) 1 punto.  
 Anorexia 1 punto.  
 Náuseas o vómitos 1 punto.  
 Leucocitosis mayor a 10000 1 punto.  
 Desviación a izquierda de la leucocitosis 1 punto.

En suma, los pacientes que presentan un esquema de Murphy típico son diagnosticados clínicamente como AA, pero considerando que existen diagnósticos diferenciales de cuadros no quirúrgicos, este diagnóstico puede requerir de estudios de imagen.

#### Diagnósticos diferenciales

Distintas condiciones que se presentan como cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha deben

ser consideradas dentro de los diagnósticos diferenciales a saber:

*Adenitis mesentérica*

*Enfermedad inflamatoria pélvica*

*Rotura de folículo de De Graff*

*Torsión anexial*

*Gastroenterocolitis aguda*

*Diverticulitis de Meckel, diverticulitis cecal*

*Cáncer de ciego complicado*

*Apendagitis o torsión de apéndice epiploico*

*Infección urinaria*

Como puede observarse el abanico de diagnósticos diferenciales se amplía en las mujeres en edad reproductiva, donde la enfermedad inflamatoria pélvica, rotura folicular y torsión anexial, pueden presentarse como cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha. Por esto es relevante interrogar datos de la esfera ginecológica: fecha de última menstruación, si los ciclos son regulares, ingesta de ACO, flujo genital y/o dolor pelviano previo. Los cuadros de origen ginecológico no suelen acompañarse de repercusión digestiva marcada ni de elementos claros de reacción peritoneal localizada, aunque pueden estar presentes.

Las infecciones urinarias, sobre todo las pielonefritis, pueden presentarse con dolor en el cuadrante inferior derecho. Normalmente el dolor comienza o se irradia a la fosa lumbar, asocian síndrome urinario bajo y la fiebre puede ser elevada lo cual no es lo más característico en las apendicitis agudas.

La adenitis mesentérica, la diverticulitis de Meckel y la diverticulitis cecal pueden ser indistinguibles desde el punto de vista clínico de las apendicitis agudas y el hallazgo termina siendo en general intraoperatorio.

### **Apendicitis complicada**

Al menos tres factores influyen en la evolución hacia una presentación complicada de la AA. La localización anatómica retrovisceral alejada de la pared abdominal, la infección apendicular de

rápida progresión y la formación de adherencias viscerales que bloqueen el foco.

### *Apendicitis perforada*

Entre un 10-20% de las AA se presentan al momento de la cirugía con una perforación apendicular. Pero cuando el diagnóstico se retrasa y la cirugía se lleva a cabo luego de las 48 horas del inicio de los síntomas, este porcentaje se incrementa en forma significativa. No todas las AA evolucionan espontáneamente hacia la perforación; ésta parecería estar más vinculada a las apendicitis obstructivas. La apendicitis perforada se asocia a peritonitis localizada o difusa y mayor morbimortalidad posoperatoria.

### *Apendicitis asociada a masa palpable*

La presencia de una masa palpable en el cuadrante inferior derecho del abdomen, suele observarse en pacientes que llevan más de 72 horas del inicio de los síntomas sugestivos de AA. En estos casos, el foco infeccioso-inflamatorio apendicular es bloqueado por un proceso plástico adherencial en el que participan el epiplón y vísceras adyacentes (ceco-ascendente y delgado), que logra limitar su progresión al peritoneo libre. En ocasiones se observa luego de tratamiento antibiótico indicado ante la presunción diagnóstica de infección urinaria o genital.

La AA asociada a masa puede corresponder esencialmente a dos formas clínicas. Una es el denominado “*plastrón apendicular*” que suele evolucionar en forma indolente hacia la resolución clínica con tratamiento conservador. La otra es el “*absceso apendicular*” en el que la masa con pus colectado se asocia a elementos de actividad infecciosa (fiebre, taquicardia, leucocitosis) y suele requerir drenaje percutáneo o quirúrgico.

Las formas complicadas con *pileflebitis* (trombosis séptica portal) y *abscesos hepáticos* (hígado apendicular de Dieulafoy) son entidades graves actualmente muy raras.

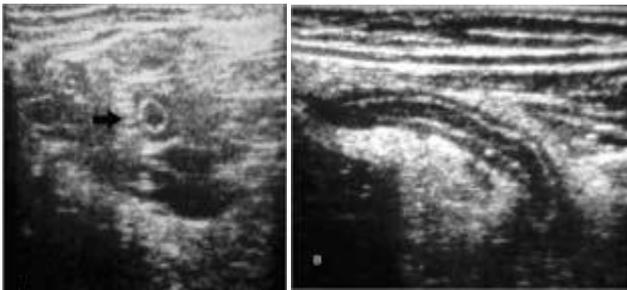
## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

El *hemograma* suele demostrar una leucocitosis moderada, pero su ausencia no descarta el diagnóstico de AA.

El *examen de orina* puede mostrar elementos de irritación vesical como hematuria y leucocitos pero sin elementos de infección como nitritos o esterasas leucocitarias.

### Ecografía

Su disponibilidad y bajo costo la hacen ampliamente utilizada, pero su rendimiento es bajo dado que es técnico dependiente y la localización del apéndice puede hacerla parcialmente visible. Su sensibilidad en el mejor de los casos se acerca a 70% y su especificidad es mayor cerca del 90%. También es útil para realizar diagnósticos diferenciales con patología ginecológica en la mujer. Son criterios diagnósticos un diámetro transversal del apéndice mayor de 6 mm, la presencia de un fecalito, hiperecogenicidad de la grasa periapendicular, colecciones o líquido periapendicular, y el dolor a la compresión con el transductor.



Ecografía abdominal: doble halo.

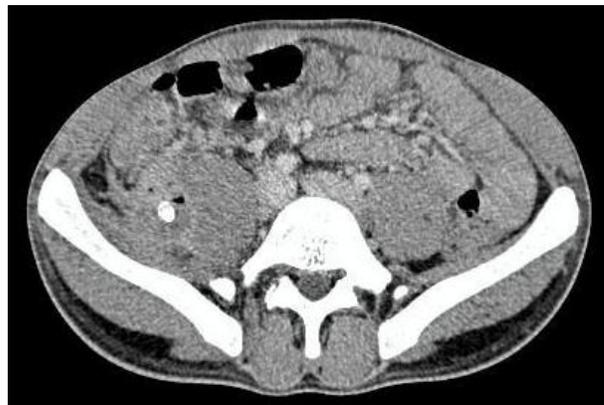
### Tomografía computada (TC)

Es ampliamente utilizada dado que cuenta con una sensibilidad ronda el 90-95% y especificidad entre 91-100% en diferentes series; actualmente tiene amplia disponibilidad y un costo razonable para su rendimiento. Algunos centros de salud de primer nivel la realizan de forma sistemática en cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha a efectos de disminuir el número de apendicectomías innecesarias. En el Uruguay no se utiliza en forma sistemática pero es el

método diagnóstico de elección ante una duda razonable y en pacientes de riesgo incrementado. Dentro de los signos tomográficos de AA se destacan el diámetro aumentado apendicular (> 8mm), paredes engrosadas, fecalito en la luz, edema pericecal, líquido libre, alteración de la grasa periapendicular, gas extraluminal, entre otros. Puede establecer el diagnóstico de complicaciones con implicancias terapéuticas como la diferenciación de un absceso o un plastrón apendicular. Eventualmente permite realizar diagnósticos diferenciales como una diverticulitis de Meckel, diverticulitis cecal, cáncer de ciego complicado y apendagitis.



Engrosamiento parietal y edema periapendicular.



Apendicolito en fosa ilíaca derecha

### Laparoscopia

Si bien es el método de mayor sensibilidad dado que permite observar las características macroscópicas del apéndice, implica un procedimiento anestésico-quirúrgico cuya indicación es

definida por el equipo quirúrgico a cargo del paciente.

### TRATAMIENTO

El tratamiento curativo de la apendicitis aguda es quirúrgico. Si bien existen reportes de tratamiento antibiótico exclusivo en series de pacientes seleccionados, el manejo conservador dista de ser la conducta recomendada por la comunidad quirúrgica internacional.

El manejo preoperatorio comienza con la suspensión de la vía oral y la administración de antibióticos de amplio espectro para cubrir la flora entérica más frecuentemente responsable de la infección como la E. Coli, la klebsiella y proteus entre otros. Se recomienda el uso de aminopenicilinas con inhibidores de la beta-lactamasa, a saber la ampicilina-sulbactam o amoxicilina-clavulánico, a dosis estándar de 1,5 gr intravenoso cada 6 horas. Si presenta alergia a las aminopenicilinas se puede utilizar la ciprofloxacina, una quilonona, a dosis de 400mg intravenoso cada 12 hs.

Concomitantemente se administra analgesia acorde al cuadro cínico del paciente, utilizando un plan progresivo y de potencia ascendente. Siempre es de rigor interrogar posibles alergias a los mismos para modificar la pauta. Se comienza con AINES de potencia moderada como el Ketoprofeno a dosis de 100mg IV, pudiendo escalar a derivados sintéticos de la morfina como el Tramadol a dosis de 100mg. El aporte hidroelectrolítico dependerá del estado de hidratación del paciente y de la demora con la que se realizara la cirugía.

La oportunidad de la cirugía es de urgencia, tomando el tiempo necesario para corregir eventuales alteraciones hidroelectrolíticas, comorbilidad o la espera de ayuno en casos no complicados.

Las directivas quirúrgicas son reseca el apéndice y realizar la toilette peritoneal respectiva si esta fuera necesaria; el abordaje puede realizarse por vía laparotómica o laparoscópica. Esta última se considera

actualmente la vía de abordaje de elección por que ofrece una mejor visualización de la cavidad peritoneal, provoca menor trauma parietal y dolor postoperatorio, menor morbilidad parietal precoz y alejada, y un reintegro más rápido a las actividades habituales. La utilización de drenajes peritoneales queda supeditada a los hallazgos y al criterio del cirujano actuante.

Los abscesos apendiculares, según la situación anátomo-clínica, pueden ser manejados con drenajes percutáneos guiados por imágenes.

### Riesgos y complicaciones

Los riesgos de la apencicectomía suelen ser bajos, aunque se incrementan en AA complicadas y evolucionadas en las que pueden provocarse lesiones viscerales accidentales y/o hemorragia.

Dentro de las complicaciones postoperatorias destacan por su frecuencia las infecciosas. La infección de sitio quirúrgico superficial (infección de la o las heridas operatorias), es la más común. Le sigue la infección profunda representada por colecciones peritoneales postoperatorias. La fístula cecal, consecuencia de una falla de ligadura del muñón apendicular, es una complicación infrecuente pero digna de mención, ya que puede requerir de una nueva intervención para su resolución.

Las complicaciones alejadas, ya sean parietales (eventración) o viscerales como la oclusión por bridas, son infrecuentes desde la expansión del abordaje laparoscópico.

### Pronóstico

Depende de la etapa evolutiva en el que se encuentre el cuadro, la presencia de complicaciones y de la demora en instaurar su tratamiento. La apendicitis no perforada tiene una mortalidad del 0,2%, mientras que la perforada puede llegar hasta un 3%. La edad avanzada eleva el riesgo de muerte, así como la presencia de enfermedades asociadas. Las causas de muerte suelen estar relacionadas a las

complicaciones de la sepsis de origen abdominal y peritonitis persistente.

#### **REFERENCIAS**

Peranteau W, Smink D. Acute appendicitis. En Maingot's Abdominal Operations. 12th Edition. Ch V, pag. 623.

Maa J, Kirkwood K. El apéndice. En Sabiston Textbook of Surgery. 20 Edición. Sección X, Capítulo 49. 1333.

Wray C, Kao L et al. Acute appendicitis: Controversies in diagnosis and management. En Current Problems in Surgery 50 (2013) 54.

Terasawa T, Blackmore C, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic Review: Computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. Ann Intern Med. 2004;141:537.

Salom A. Apendicectomía laparoscópica. Valor diagnóstico y terapéutico de la laparoscopia y la videocirugía en la apendicitis aguda. Ed Académica Española. 2016

# Presentación clínica de la apendicitis aguda en pacientes inmunocomprometidos por diabetes o VIH/sida

Guillermo Ponce de León-Ballesteros, Rafael Pérez-Soto, Karla Zúñiga-Posselt y David Velázquez-Fernández

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Departamento de Cirugía, Ciudad de México, México

## Resumen

**Introducción:** Los pacientes inmunocomprometidos presentan respuesta inflamatoria limitada que puede retrasar el diagnóstico de la apendicitis aguda (AA). **Objetivo:** Evaluar si el inmunocompromiso puede afectar el curso clínico y evolución de la AA. **Método:** Análisis retrospectivo, comparativo, de pacientes sometidos a apendicectomía por AA: con VIH, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y sin otra patología. **Resultados:** Se revisaron 128 pacientes con AA intervenidos quirúrgicamente (53.6 % del sexo femenino), edad media de 42.5 años, 15 (11.7 %) tenían diagnóstico de VIH, 47 (36.7 %) de DM2 y 66 (51.6 %) no cursaban con otra enfermedad. La proporción de leucocitosis fue menor en el grupo con VIH (66.7 %;  $p = 0.007$ ). En los pacientes con VIH y DM2 se registró mayor tiempo de evolución:  $66.9 \pm 61.2$  y  $90.1 \pm 144$  horas ( $p \leq 0.001$ ), mayor tiempo de estancia hospitalaria:  $11.1 \pm 17.1$  y  $6.5 \pm 4.1$  días ( $p \leq 0.0001$ ), mayor tasa de complicaciones: 20 y 23.8 % ( $p = 0.036$ ). La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico superficial y profunda. La hemicolectomía derecha fue más frecuente en el grupo con VIH (20 %,  $p = 0.017$ ). No se registró mortalidad. **Conclusiones:** La inmunodepresión afecta el curso clínico y evolución de la AA.

**PALABRAS CLAVE:** Apendicitis aguda. VIH. Diabetes mellitus. Inmunocompromiso. Complicaciones quirúrgicas.

## Abstract

**Introduction:** Immunocompromised patients experience limited inflammatory response, which can delay acute appendicitis (AA) diagnosis. **Objective:** To assess if immunosuppression can affect AA clinical course and evolution. **Method:** Comparative, retrospective analysis of patients with HIV or type 2 diabetes mellitus (DM2) or with no other pathology who underwent appendectomy for AA. **Results:** A total of 128 patients with AA who were surgically intervened were assessed (53.6% were of the female gender); mean age was 42.5 years, 15 (11.7%) had been diagnosed with HIV infection, 47 (36.7%) with DM2 and 66 (51.6%) had no other disease. The proportion of leukocytosis was lower in the HIV group (66.7%;  $p = 0.007$ ). Patients with HIV and DM2 had longer evolution time (HIV  $66.9 \pm 61.2$ , DM2  $90.1 \pm 144$  hours;  $p \leq 0.001$ ), longer hospital length of stay (HIV  $11.1 \pm 17.1$ , DM2  $6.5 \pm 4.1$  days;  $p \leq 0.0001$ ), and a higher rate of complications (HIV 20%, DM2 23.8%;  $p = 0.036$ ). The most common complication was superficial and deep surgical site infection. Right hemicolectomy was more common in the HIV group (20%;  $p = 0.017$ ). There was no mortality registered. **Conclusions:** Immunosuppression affects AA clinical course and evolution.

**KEY WORDS:** Acute appendicitis. HIV. Diabetes mellitus. Immunocompromised. Surgical complications.

### Correspondencia:

Guillermo Ponce de León-Ballesteros  
E-mail: guillermopl@hotmail.com

Fecha de recepción: 03-11-2017  
Fecha de aceptación: 11-12-2017  
DOI://dx.doi.org/10.24875/GMM.17003839

Gac Med Mex. 2018;154:473-479  
Disponible en PubMed  
www.gacetamedicademexico.com

## Introducción

La apendicitis aguda (AA) es la principal urgencia quirúrgica en el mundo, por lo que constituye en un problema de salud importante. La prevalencia de apendicitis aguda en la población general es de 0.1 % y el riesgo de padecerla es de 8 %, mientras que en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) la prevalencia es de 0.6 a 3.6 %.<sup>1-3</sup> Además, la incidencia de AA se ha incrementado en los países en desarrollo, probablemente debido al aumento de los casos de VIH/sida.<sup>1</sup> La mortalidad asociada con AA ha disminuido históricamente a partir de que se describió su tratamiento quirúrgico, de 26 % a menos de 0.2 por cada 100 000 habitantes en la actualidad. Sin embargo, la presencia de comorbilidades y de AA complicada o perforada puede aumentar la mortalidad hasta a 5 %. En los pacientes con VIH/sida con AA complicada llega a ser de 22 %.<sup>1</sup>

Algunos reportes indican que la mayor incidencia de AA en los pacientes con VIH/sida podría relacionarse al hecho de que el apéndice vermiforme es un órgano blanco del virus.<sup>2</sup> Asimismo, hasta 30 % de los cuadros en dichos pacientes se relaciona con alguna comorbilidad, principalmente infecciosa, por ejemplo sarcoma de Kaposi, infección por citomegalovirus, *Mycobacterium sp.*, *Cryptosporidiosis* y *Salmonella typhi*, entre otras.<sup>3</sup>

Los pacientes con VIH/sida con diagnóstico de AA en promedio tienen mayor edad que la población general. Algunas diferencias clínicas cuando se comparan estos pacientes con controles sin otra patología además de la AA son la menor frecuencia de leucocitosis (34.6 % *versus* 87 %, respectivamente), menor frecuencia de fiebre (46.1 a 55 % *versus* 66.5 %, respectivamente).<sup>1,3-5</sup>

Se ha reportado mayor tasa de complicaciones perioperatorias en pacientes con VIH/sida, entre las más comunes infección del sitio quirúrgico, retraso o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, mayor tasa de AA complicada (AA perforada, peritonitis generalizada, absceso intraabdominal), mayor tiempo de estancia intrahospitalaria y mayor mortalidad.<sup>1,3-5</sup>

Los pacientes con VIH/sida presentan 15 veces más riesgo de apendicitis aguda perforada que la población general, siendo este el principal predictor de mortalidad.<sup>6</sup>

En cuanto a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), esta se asocia con mayor tasa de complicaciones. El mal

control de la enfermedad se relaciona con la mayoría de las complicaciones. La glucosilación de las inmunoglobulinas es el principal mecanismo por el cual se encuentra afectado el sistema inmunológico, además de que existe alteración en la función de los polimorfonucleares, adherencia leucocitaria y disminución en la quimiotaxis y fagocitosis.<sup>7</sup>

Al igual que los pacientes con VIH/sida, los pacientes con DM2 con diagnóstico de AA tienen edad mayor que la población general, así como mayor tasa de complicaciones, de frecuencia de AA complicada y de estancia hospitalaria.

La mayor tasa de complicaciones puede estar asociada con el retraso del diagnóstico, alteraciones en el sistema inmunológico o la presencia de comorbilidades relacionadas o desencadenadas por el VIH/sida y la DM2.<sup>7</sup>

La tasa de complicaciones es mayor en los grupos con VIH/sida y DM2 en comparación con la población general, como ya se mencionó. La tasa de AA complicada en los pacientes con VIH/sida es de 8 a 33 % y en los pacientes con DM2 de 22.6 a 64.8 %, mientras que lo reportado para los pacientes sin otras enfermedades es de 3.5 a 19 %.<sup>1,5,7,8</sup> La peritonitis generalizada en los pacientes con VIH/sida se ha reportado hasta en 31 %, en los pacientes diabéticos en 18 a 22.6 %, <sup>7-10</sup> mientras que en la población general en 2 a 8 %, por lo que se concluye que estos grupos tienen hasta 15 veces más riesgo de presentar AA complicada.

El objetivo de este estudio fue evaluar si el inmunocompromiso puede afectar el curso clínico y evolución de los pacientes con AA en relación con individuos sin otras enfermedades, además de comparar dos grupos diferentes de pacientes con inmunocompromiso y AA.

## Método

Estudio observacional, retrospectivo, con alcance comparativo-correlacional. Fue llevado a cabo en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas "Salvador Zubirán", centro de tercer nivel de atención en México. Se analizaron diversas variables: edad, sexo, síntomas y signos, diagnóstico clínico e histopatológico, resultados de laboratorio, hallazgos transoperatorios, técnica quirúrgica y complicaciones posoperatorias. Los pacientes fueron mayores de 18 años y se distribuyeron de la siguiente forma: grupo con VIH (15 pacientes), grupo con DM2 (47 pacientes) y grupo de pacientes aparentemente sin otra condición además de la AA (66 controles) y en quienes no se tenía

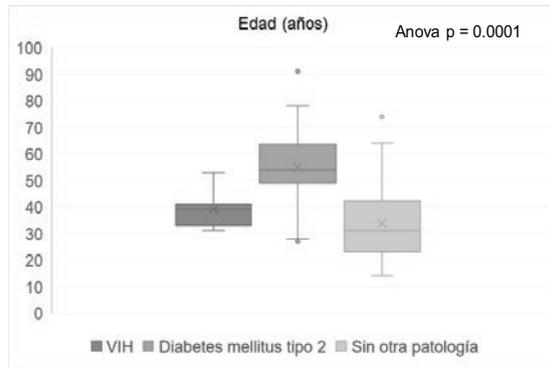


Figura 1. Edad promedio de los grupos.

evidencia de alguna enfermedad previa; todos fueron intervenidos quirúrgicamente por AA en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Zubirán” entre 1990 y 2013. En los pacientes con VIH/sida se analizaron otras variables como el tratamiento antirretroviral, clasificación de la enfermedad con base en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, carga viral y cuenta celular de linfocitos CD4+ al momento del diagnóstico de la AA.

Se incluyeron todos los pacientes en quienes se realizó apendicectomía abierta o laparoscópica con VIH/sida en el periodo mencionado; en cuanto a los pacientes control y con DM2, la muestra se obtuvo de forma probabilística y sistemática a partir de la lista de todos los pacientes intervenidos por AA en el mismo periodo (833 pacientes), con al menos una relación de 3:1 respecto a los pacientes con VIH. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, neoplasias hematológicas o sólidas, enfermedades autoinmunes, bajo inmunosupresión farmacológica o con otro tipo de inmunocompromiso.

El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS Statistics versión 20.0 y Excel. Se realizó análisis estadístico no paramétrico debido a la muestra recolectada. Para la comparación de las variables dimensionales se realizó prueba de t de Student y Anova; para las ordinales y categóricas, prueba de tau de Kendall y chi cuadrado, respectivamente. Se consideró estadísticamente significativa una  $p \leq 0.05$  o de 5 % (error  $\alpha$ ) para una prueba de hipótesis de dos colas.

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos (referencia 1142).

## Resultados

De los 128 pacientes, 67 eran hombres (53.6 %) y 58 mujeres (46.4 %), con edad de  $42.5 \pm 15.8$  años, rango

de 18 a 91; 15 (11.7 %) tenían diagnóstico de VIH, 47 (36.7 %) de DM2 y 66 (51.6 %) fueron controles. El grupo control fue significativamente más joven (33.67 años *versus* 39 años de los pacientes con VIH *versus* 54.74 años en aquellos con DM2,  $p \leq 0.001$ ) (Figura 1). Del grupo de pacientes con VIH 13/15 (86.6 %,  $p = 0.007$ ) eran hombres, mientras que 19/47 (40.4 %) en el grupo con DM2 y 36/66 (54.5 %) en el control.

Se encontró que todos los pacientes con VIH estaban recibiendo terapia antirretroviral. En cuanto a las enfermedades asociadas con VIH/sida, un paciente tenía diagnóstico reciente de infección diseminada por citomegalovirus y tres, antecedente de tuberculosis pulmonar, sin embargo, en ninguno se pudo determinar si la AA estaba relacionada con estos diagnósticos. En uno, el reporte histopatológico definitivo fue tumor carcinoide de apéndice y en el resto, AA. Los pacientes con menor cuenta de linfocitos CD4+ tuvieron menor frecuencia de leucocitosis comparados con los demás pacientes del grupo, sin significación estadística (Anova  $p = 0.47$ ). Los pacientes que no presentaron leucocitosis fueron catalogados conforme a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en estadio 3 por sus cuentas actuales o previas de linfocitos CD4+. Una carga viral detectable ni el número de copias estuvieron correlacionados con algún factor pronóstico o complicación (chi cuadrado  $p = 0.31$ ) (Tabla 1).

Las variantes demográficas, así como los datos clínicos y perioperatorios en los diversos grupos se describen las Tablas 2 y 3. La proporción de leucocitosis fue menor en el grupo con VIH: 66.7 % *versus* 85.1 % en el grupo con DM2 y 85.7 % en el grupo control (chi cuadrado  $p = 0.007$ ), sin embargo, no hubo diferencia entre el grupo con DM2 y el control ( $p = 0.9$ ) (Figura 2).

En cuanto a la presentación clínica, una menor proporción de los pacientes con VIH presentaron dolor abdominal difuso: 60 % *versus* 83 % del grupo con DM2 y 89 % del control (chi cuadrado,  $p = 0.022$ ), así como de dolor en la fosa iliaca derecha: 80 % *versus* 98 % del grupo con DM2 y 94 % del control (chi cuadrado,  $p = 0.046$ ). El tiempo de evolución fue superior en los pacientes con VIH y DM2 respecto a los controles:  $66.9 \pm 61.2$ ,  $90.1 \pm 144$  y  $28 \pm 22.6$  horas, respectivamente (Anova  $p \leq 0.001$ ) (Figura 3). Una mayor proporción de pacientes con VIH y DM2 tuvieron fiebre en relación con los controles: 20, 27.7 y 11.3 %, respectivamente (chi cuadrada  $p = 0.09$ ), sin alcanzar significancia.

La presentación de AA complicada fue mayor en el grupo con DM2: 50 % *versus* 26.7 % grupo con VIH y 27.3 % en el grupo control (chi cuadrado  $p = 0.004$ ),

Tabla 1. Características de los pacientes con VIH y apendicitis aguda

Paciente	Clasificación OMS	Carga viral	CD4+	Leucocitos previos AA	Leucocitos AA	Comorbilidades	Hallazgo transoperatorio	Hemicolectomía	Estancia hospitalaria (días)	Complicaciones
1	A2	-	366	ND	19 600	-	Absceso intraabdominal	Sí	4	Sangrado > 500 mL
2	A3	-	577	6 800	18 200	-	AA	-	2	
3	A1	-	761	6 200	14 500	-	AA	-	2	
4	A3	-	337	5 300	8 600	CMV	AA	-	2	
5	A3	-	180	4 600	10 900	-	Apéndice perforado	-	9	ISQ
6	A2	14 700	283	3 900	11 100	MTb	AA	-	5	
7	C3	-	65	2 100	3 300	-	AA	-	67	
8	A2	-	633	7 800	12 200	-	AA	-	5	
9	C3	-	565	ND	17 500	-	AA	-	2	
10	A2	-	764	7 000	19 730	-	Absceso intraabdominal	-	30	ISQ Reoperación
11	A2	51 627	308	5 100	18 700	-	AA	-	3	
12	C3	-	423	5 000	14 800	-	AA	-	3	
13	C3	78	441	5 200	6 500	-	AA Tumor carcinoide	Sí	13	ISQ
14	C3	-	329	5 200	8 000	MTb	Absceso intraabdominal	Sí	6	Sangrado 1200 mL
15	C3	2 500	99	3 200	2 100	MTb	AA	-	13	

AA = Apendicitis aguda, CMV = Citomegalovirus, MTb = *Mycobacterium tuberculosis*, ISQ = Infección de sitio quirúrgico

así como la presencia de absceso intraabdominal: 39.1 % *versus* 20 % en el grupo con VIH y 9 % en el control (chi cuadrado  $p = 0.001$ ), sin embargo, la AA perforada no demostró diferencia entre los grupos, pese a ser de mayor frecuencia en el grupo control: 18.2 % *versus* 6.7 % en el grupo con VIH y 10.9 % en el grupo con DM2 (chi cuadrado  $p = 0.37$ ) (Figura 4). Fueron catalogados con AA complicada 26 % de los pacientes con VIH: tres pacientes con absceso intraabdominal y uno con AA perforada.

El abordaje laparoscópico fue empleado con mayor frecuencia en el grupo control, con una diferencia significativa: 36.4 % *versus* 13.3 % en el grupo con VIH y 13 % en el grupo con DM2, chi cuadrado  $p = 0.011$ ). En un paciente del grupo con VIH (6.7 %), el abordaje laparoscópico tuvo que convertirse a apendicectomía abierta, en cinco (10.9 %) del grupo con DM2 y en dos (3 %) de los controles (chi cuadrado  $p = 0.24$ ). En la Figura 5 se muestran los porcentajes del tipo de abordaje empleado en los grupos. La necesidad de realizar hemicolectomía derecha fue

mayor para el grupo con VIH, respecto a los otros grupos: 20 % *versus* 6.3 % en grupo con DM2 y 1.5 % en grupo control (chi cuadrado  $p = 0.017$ ).

La indicación de hemicolectomía derecha en dos pacientes (13.3 %) del grupo con VIH fue por absceso intraabdominal y afección de la base del apéndice vermiforme y en uno (6.6 %) por sospecha de tumor, en el cual el diagnóstico histopatológico fue tumor carcinoide apendicular. La hemicolectomía derecha se realizó por plastrón abscedado en el grupo con DM2, mientras que en el único paciente que la requirió en el grupo control fue por afección importante del ciego. El tiempo quirúrgico también fue significativamente mayor para el grupo con VIH: 112.9 minutos *versus* 99.4 en el grupo con DM2 y 77.7 en el control (Anova  $p = 0.037$ ) (Figura 6), así como el sangrado intraoperatorio, con significación estadística:  $214.2 \pm 364.4$  mL *versus*  $162.02 \pm 254.9$  y  $33 \pm 29.3$  mL en los grupos con DM2 y control, respectivamente (Anova  $p = 0.001$ ).

La proporción de complicaciones posoperatorias fue mayor en los grupos con VIH y DM2: 20 y 23.8 %,

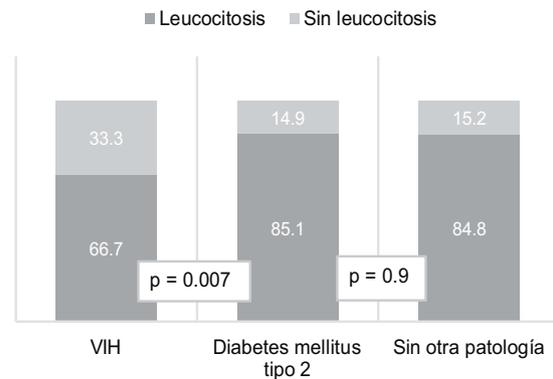
**Tabla 2. Descripción de las características demográficas y clínicas de pacientes con apendicitis aguda**

Característica	Grupo 1 VIH/sida	Grupo 2 DM2	Grupo 3 Control	p
Edad (años)	39	54.74	33.67	≤ 0.001
Leucocitosis (%)	66.7	85.1	85.7	0.007
Fiebre (%)	20	27.7	11.3	0.09
Tiempo de evolución (horas)	66.87	90.07	28	0.001
Dolor en FID (%)	80	98	94	0.046
Dolor abdominal difuso (%)	60	83	89	0.022
Rebote (%)	73	83	77	0.64
Migración del dolor (%)	60	68	75	0.43
Nausea (%)	80	74	86	0.3
Vomito (%)	60	45	62	0.19
Hiporexia (%)	100	81	84	0.19
Escala Alvarado (media)	7.13	7.87	7.63	0.32

**Tabla 3. Descripción de las características perioperatorias de pacientes con apendicitis aguda**

Característica	Grupo 1 VIH/sida	Grupo 2 DM2	Grupo 3 Sanos	p
AA no complicada (%)	73.3	50	72.7	0.035
AA perforada (%)	6.7	10.9	18.2	0.37
Absceso intraabdominal (%)	20	39.1	9	0.001
Tiempo quirúrgico (minutos)	112.86	99.37	77.7	0.037
Hemicolectomía derecha (%)	20	6.3	1.5	0.016
Sangrado (mL)	214.17	162.02	33	0.001
Transfusión (%)	20	6.7	2	0.021
Reoperación (%)	6.7	0	0	0.025
Estancia hospitalaria (días)	11.07	6.47	3.3	≤ 0.0001
Complicaciones (%)	20	23.8	4.8	0.036

respectivamente, *versus* 4.8 % en el grupo control (chi cuadrado  $p = 0.036$ ). Todos los pacientes del grupo con VIH presentaron una infección del sitio quirúrgico superficial; en el grupo con DM2, cuatro (8.6 %) presentaron absceso intraabdominal y siete (14.9 %), infección del sitio quirúrgico superficial. En el grupo control, dos

**Figura 2. Proporción de leucocitosis por grupo. Chi cuadrado al comparar el grupo control con los grupos con VIH y diabetes mellitus tipo 2.**

pacientes (3 %) presentaron infección del sitio quirúrgico superficial y uno (1.5 %), absceso intraabdominal. Los grupos con VIH y DM2 tuvieron mayor tiempo de estancia hospitalaria:  $11.1 \pm 17.1$  y  $6.5 \pm 4.1$  días, respectivamente, *versus*  $3.2 \pm 4.1$  días en el grupo control (Anova  $p \leq 0.0001$ ). No hubo mortalidad en ningún grupo. El análisis *post-hoc* comparando el porcentaje de complicaciones en los grupos con VIH y DM2 mostró poder  $\beta$  de 83.9 % y error  $\alpha$  de 0.05.

## Discusión

Nuestro estudio demostró que los pacientes con VIH y DM2 tuvieron mayor edad, lo que concuerda con lo descrito en otros estudios.<sup>1,7</sup>

En cuanto a la presentación clínica, los dos grupos estudiados presentaron mayor tiempo de evolución; los pacientes con VIH, menor proporción de dolor abdominal difuso y en la fosa iliaca derecha y menor frecuencia de leucocitosis (66.7 %). En los estudios previos en los que se compararon pacientes con VIH/sida y pacientes sin otra patología además de AA, estos últimos presentaron con mayor frecuencia leucocitosis: 87 % *versus* 34.6 y 88 %, así como fiebre: 66.5 % *versus* 46.1 y 55 %.<sup>1,4,5</sup> En nuestra serie, los pacientes con VIH tuvieron mayor proporción de fiebre que el grupo control, sin ser estadísticamente significativa. Otros datos clínicos como la migración del dolor, anorexia, náusea, vómito y rebote no fueron significativas en cuanto a la frecuencia de presentación, tal como reportaron Gliti *et al.*<sup>1</sup>

En los pacientes con DM2 se observaron mayor proporción de AA complicada (50 %), mientras que en el grupo con VIH el porcentaje fue similar al del grupo control (25.6 y 27.3 %, respectivamente), sin embargo,

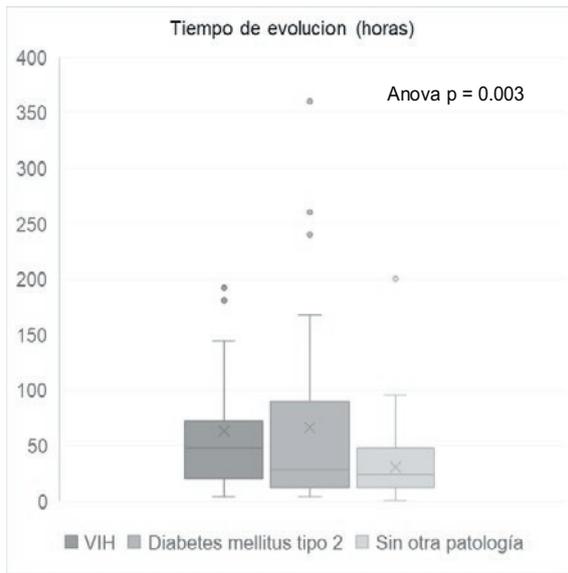


Figura 3. Tiempo de evolución del cuadro clínico por grupo.

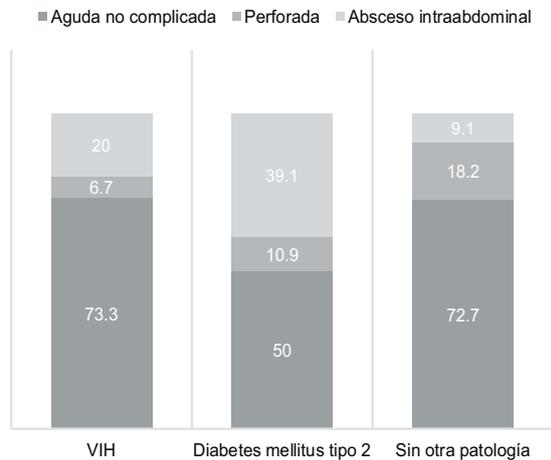


Figura 4. Proporción de apendicitis aguda no complicada y complicada (perforada/absceso intraabdominal) por grupo.

un porcentaje mayor de pacientes con VIH requirieron hemicolectomía derecha (20 %). La alta frecuencia de AA complicada en el grupo control no concordó con lo reportado en otras series, probablemente debido a que el lugar donde se llevó a cabo el estudio es un centro de tercer nivel y los pacientes suelen presentar complicaciones. De los pacientes con DM2 que presentaron AA complicada, 39.1 % fue por absceso intraabdominal y 10.9 % AA por perforación, mientras que 20 % de los pacientes con VIH presentaron absceso intraabdominal y 5.6 % AA perforada.

En 2008, Tsai *et al.* compararon a 71 pacientes con DM2 que desarrollaron AA *versus* pacientes sin DM2 y AA; los primeros tuvieron mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la AA, mayor tiempo de estancia ( $11 \pm 1.1$  días *versus*  $4.4 \pm 0.1$  días

$p = 0.001$ ) y mayor proporción de AA complicada (64.8 %). La mayor tasa de complicaciones puede estar en relación con el retraso del diagnóstico, alteraciones en el sistema inmunológico o la presencia de comorbilidades relacionadas con DM2 (enfermedad micro o macrovascular y nefropatía).<sup>7</sup> Nuestros hallazgos en los pacientes con VIH correlacionaron con los encontrados en otras series, en las cuales se ha reportado una tasa de AA complicada de 8 a 33 %, incluso se ha reportado un riesgo 15 veces mayor de AA perforada que en la población general.<sup>1,5,8</sup>

Los pacientes con VIH y DM2 mostraron más complicaciones posoperatorias (infección del sitio quirúrgico superficial, absceso intraabdominal), así como mayor tiempo operatorio y de estancia hospitalaria. Se ha reportado que hasta 11.5 % de los pacientes con VIH presentan infección del sitio quirúrgico, más que la población general, en la cual es de 2 a 4 %; en nuestra serie fue de 20 %.<sup>1</sup> En los pacientes diabéticos también se ha descrito mayor proporción de infección del sitio quirúrgico: Sivrikos *et al.* registraron 6.1 %; en nuestro grupo con DM2 fue de 14.9 y 8.6 % de infección a órganos y espacios.<sup>10</sup>

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, en los pacientes con VIH se ha reportado un promedio de 4.4 a 9.3 días, mayor que en la población general.<sup>4,5</sup> No es diferente para los pacientes con DM2 en quienes se describe de 2.5 a 11 días, además es mayor para los casos de AA complicada (4 a 11 días).<sup>7,10</sup> En nuestra serie, la estancia hospitalaria para los grupos con VIH/sida, DM2 y control fue de 11, 6.47 y 3.24 días, respectivamente, similar a la descrita en la literatura.

Nuestro estudio tuvo diversas limitaciones debido a que fue retrospectivo y se realizó en un solo centro y con una muestra pequeña de pacientes con VIH, sin embargo, en el análisis *post-hoc* comparando el porcentaje de complicaciones obtenidas en los grupos con VIH y DM2 su obtuvo un poder  $\beta$  de 83.9 % con un error  $\alpha$  de 0.05.

## Conclusiones

Los pacientes con VIH o DM2 con AA mostraron mayor tiempo de evolución, lo que implicó retraso en el diagnóstico, mayor frecuencia de complicaciones posoperatorias y mayor tiempo de estancia hospitalaria en comparación con los sujetos del grupo control. La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico. La inmunodepresión afecta el

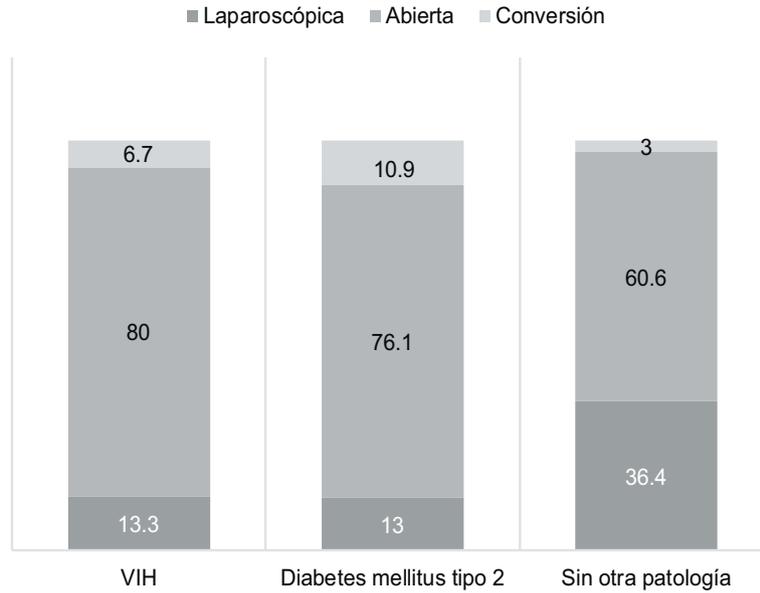


Figura 5. Proporción de los abordajes quirúrgicos empleados y conversión por grupo.

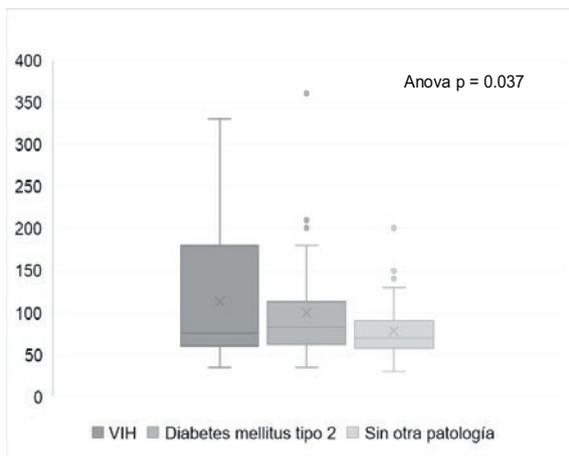
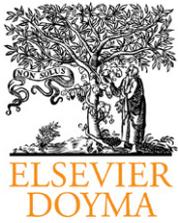


Figura 6. Tiempo quirúrgico en minutos por grupos.

curso clínico y evolución de los pacientes con AA. La evaluación cuidadosa y temprana y el tratamiento quirúrgico oportuno pueden abatir la mayor frecuencia de complicaciones.

## Bibliografía

1. Giiti G, Mazigo H, Heukelbach J, Mahalu W. HIV, appendectomy and postoperative complications at a reference hospital in Northwest Tanzania: cross-sectional study. *AIDS Res Ther.* 2010;7:47.
2. Mueller GP, Williams RA. Surgical infections in AIDS patients. *Am J Surg.* 1995;169:34S-38S.
3. Crum-Cianflone N, Weekes J, Bavaro M. Appendicitis in HIV-infected patients during the era of highly active antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2008;9:421-426.
4. Whitney TM, Macho JR, Russell TR, Bossart KJ, Heer FW, Schecter WP. Appendicitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Surg.* 1992;164:467-470.
5. Liu K, Shyu J, Uen YH, Chen TH, Shyr YM, Su CH, et al. Acute appendicitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Chin Med Assoc.* 2005;68:226-229.
6. Cooperman M. Complication of appendectomy. *Surg Clin North Am.* 1983;63:1233-1247.
7. Tsai S, Hsu C, Chen S, Lin YY, Chu SJ. Complicated acute appendicitis in diabetic patients. *Am J Surg.* 2008;196:34-39.
8. Salzman DJ, Williams RA, Gelfand DV, Wilson SE. The surgeon and AIDS: twenty years later. *Arch Surg.* 2005;140:961-967.
9. Aldeen T, Horgan M, Macallan DC, Thomas V, Hay P. Is acute appendicitis another inflammatory condition associated with highly active antiretroviral therapy (HAART)? *HIV Med.* 2000;10:252-255.
10. Sivrikoz E, Karamanos E, Beale E, Teixeira P, Inaba K, Demetriades D. The effect of diabetes on outcomes following emergency appendectomy in patients without comorbidities: a propensity score-matched analysis of National Surgical Quality Improvement Program database. *Am J Surg.* 2015;209:206-211.



# Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



## EDITORIAL

### Pruebas de imagen y apendicitis aguda: importancia para la calidad asistencial

### Imaging tests and acute appendicitis: the importance of quality health care

R. Fernández Lobato

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

Recibido el 5 de marzo de 2010; aceptado el 10 de marzo de 2010

La apendicitis aguda es la patología urgente más frecuente dentro de los servicios de cirugía general, y la indicación quirúrgica más común en niños y jóvenes. Es además la primera técnica quirúrgica que realiza el especialista en formación por la sencillez de la técnica en casos no complejos y por su importante estandarización.

Su diagnóstico se ha basado en la clínica hasta hace 20 años, pasando a la utilización de pruebas complementarias de imagen hace pocos años.

Valorando criterios clínicos como la presencia de dolor en el cuadrante inferior derecho abdominal, náuseas, vómitos y fiebre, junto a leucocitosis con desviación izquierda<sup>1</sup>, el índice de apendicetomías en blanco alcanza al 15–20%, siendo más elevado en los niños sobre todo menores de 5 años<sup>2</sup>, adultos mayores de 60 años, pacientes con obesidad y mujeres jóvenes en edad fértil.

Tanto la tasa de apendicetomías normales como la de apendicitis perforada se consideran un indicador de calidad de la prevención según la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*)<sup>3</sup> y el ingreso en pediatría por apendicitis perforada como un índice de calidad en la actividad de los servicios, teniendo ambas entidades correlación entre sí y siendo inversamente proporcionales.

Su importancia cara al coste económico de los sistemas de salud también es muy relevante, considerando que en EE.UU. se realizaron en 1997 unas 261.134 apendicetomías, de las que en blanco fueron 39.901 casos. Si consideramos la estancia hospitalaria de estos casos (coste de 18.780

dólares) que es superior a la de casos con apendicitis aguda (coste de 10.584 dólares), así como su morbilidad y mortalidad<sup>1</sup>, se estimó su coste total en 741.5 millones de dólares<sup>4</sup> en ese año. Por tanto tenemos entre manos un problema de diagnóstico no cierto con consecuencias de cirugía innecesaria, complicaciones y mortalidad evitables, que tiene una alta repercusión tanto a nivel personal como económico.

Para evitar este problema, una alternativa es dejar evolucionar unas horas y realizar una reevaluación del proceso, pero el riesgo real es el desarrollo de una perforación o gangrena apendicular con las consecuencias negativas que esto conlleva para el paciente.

Con el objetivo de mejorar estas situaciones, sin incremento de laparotomías en blanco, surge a primeros de los años 90 la posibilidad de realizar pruebas de imagen que pueden determinar el grado de inflamación apendicular. La ecografía abdominal, gracias al desarrollo tecnológico en los tipos de sondas y a la compresión focalizada, comenzó a poder discriminarse había o no apendicitis aguda. Sin embargo su sensibilidad y su especificidad no eran todo lo deseables, siendo además su interpretación radiológodependiente, presentando problemas de visualización en determinados pacientes, como por ejemplo los obesos. Sin embargo posee varias ventajas como la mayor disponibilidad de la técnica por parte de los hospitales y su menor precio, por lo que es la más se realiza en la práctica habitual, tal como muestran en su estudio Rodríguez-Cuellar et al<sup>5</sup>.

Por otro lado la ecografía sí parece útil para descartar los casos que no tienen apendicitis aguda, no considerándose

Correo electrónico: rfernandez.hugf@salud.madrid.org

aceptable actualmente considerar como apéndice normal, la que no se visualiza, defecto que ha conllevado a graves errores en el pasado<sup>6</sup>.

Es en 1997 cuando se comienza a utilizar la TAC abdominal sin contraste como medio diagnóstico en casos de sospecha de apendicitis en los que ya se ha realizado una ecografía y esta es dudosa, además de considerarse la prueba de elección en pacientes con obesidad importante.

La TAC presenta mayor sensibilidad y especificidad (94 y 95% respectivamente) que la ecografía (86 y 81% en cada caso)<sup>1,6</sup>. Cuando se realiza la TAC de manera estandarizada en el 95% de los pacientes como es la tendencia en EE.UU., la reducción de laparotomías en blanco baja del 13–15% al 4,5–5%<sup>5</sup>. Por ese motivo algunas aseguradoras, consideran más rentable realizar una TAC con un coste de 396 dólares que sufragar una cirugía innecesaria con un valor superior de 5.786 dólares<sup>7</sup>.

Casos especiales son las mujeres en edad fértil (15–45 años) en donde la duda diagnóstica es mayor<sup>1</sup>, por lo que en este grupo poblacional está más indicada la realización de la TAC, siendo una actuación coste efectiva con un ahorro que alcanza los 1.412 dólares por paciente<sup>6,8</sup>. La realización de una laparoscopia diagnóstica de manera rutinaria en estas pacientes respecto a su realización de modo selectivo, se describe como de utilidad al reducir las apendicectomías innecesarias al 5%, su morbilidad y el alto coste que conlleva<sup>9</sup>. Por tanto, el acceso laparoscópico sería aconsejable en todas las mujeres con dolor en fosa iliaca derecha con severidad suficiente como para precisar una exploración quirúrgica.

Otro tipo de pacientes que requieren un especial manejo son los niños. Con el uso de la TAC se reduce la tasa de apendicectomía negativa a 3,0–5%<sup>2,10</sup> así como la de apendicitis perforada del 35–38% al 10%. Sin embargo es obligado proseguir y determinar el estudio más efectivo que amplíe los beneficios en el manejo de la sospecha de apendicitis al tiempo que se minimice el efecto potencial de la radiación en la edad infantil. La resonancia nuclear magnética puede que tenga un papel importante en esta línea y que sustituya a la TAC en el futuro, pero aún está en periodo de evaluación<sup>11</sup>.

En estudios de metanálisis publicados<sup>6</sup> se concluye que no se ha demostrado la utilidad del TAC de rutina para el diagnóstico de la apendicitis aguda, siendo obligado evaluar el coste y la posible demora en el diagnóstico como elementos determinantes. Sí existen estudios de coste efectividad en niños que apoyan la tesis de que ante dudas tras la evaluación clínica la primera exploración debe ser la ecografía y si no aporta datos aclaratorios, debe realizarse una TAC<sup>12</sup>.

Parece que en el entorno europeo este es el protocolo de actuación habitual, considerándose cierto que la realización de pruebas de imagen complementarias ante un diagnóstico dudoso de apendicitis aguda, reduce tanto las apendicitis perforadas al 11,7% como las apendicectomías negativas que llegan al 9,6%<sup>5</sup>. Estaría indicada por tanto la ecografía como menos agresiva desde el punto de vista de radiación ionizante, y ante resultados negativos o la no visualización del apéndice, realizar una TAC, tal como describe Rodríguez-Cuellar con ecografía en el 54,6% y TAC en el 10,2%, y ambas en el 8,8%. Deben manejarse de manera personalizada los niños, mujeres jóvenes y pacientes con obesidad mórbida, tal como hemos comentado anteriormente.

Un tema polémico es hasta qué punto y en determinados pacientes es incorrecto realizar una apendicetomía aunque el apéndice cecal en el estudio histopatológico posterior sea normal. Existen patologías por adherencias, apendicolitos impactados o la denominada apendicopatía neuropática en que se resuelve el cuadro clínico extirpando el apéndice aunque este no albergue proceso inflamatorio agudo. Es más, se aconseja incluso extirpar la apéndice para evitar cuadros reincidentes posteriores o procesos no visibles microscópicamente<sup>13</sup>.

Estamos ante un problema de salud importante que afecta al diagnóstico con implicaciones en la indicación quirúrgica, y alto coste personal y económico. Por ello, nuestra obligación como clínicos y gestores, es promover un protocolo diagnóstico sobre la apendicitis aguda, que demuestre con estudios científicos contrastados cual es la mejor opción para reducir al mínimo tanto la tasa de apendicectomías normales como las perforadas, con los mínimos riesgos de radiación posibles y con el menor coste económico.

Será tanto mayor el nivel de calidad asistencial para los pacientes, cuanto mayor sea el nivel de eficacia y eficiencia que alcancemos en este punto en nuestros hospitales.

## Bibliografía

1. Del Cura JL, Oleaga L, Grande D, Vela AC, Ibañez AM. Indicación de las técnicas de diagnóstico por la imagen en la sospecha de apendicitis aguda: propuesta de protocolo diagnóstico. *Radiología*. 2001;43:478–89.
2. Callahan M, Rodríguez D, Taylor G. CT of appendicitis in children. *Radiology*. 2002;224:325–32.
3. AHRQ quality indicators. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals - volume, mortality, and utilization [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007.
4. Flum DR, Koepsell Th. The clinical and economical correlation of misdiagnoses appendicitis. *Arch Surg*. 2002;137:799–804.
5. Rodríguez-Cuellar E, Gutiérrez Andreu M, Gómez Rodríguez P, Alcalde Escribano J, Cruz Vigo F. Impacto de los métodos de diagnóstico por imagen en la apendicectomía de urgencia. *Rev Calid Asist*. 2010, doi: 10.1016/j.cali.2009.12.007.
6. Weston AR, Jackson TJ, Blamey S. Diagnosis of appendicitis in adults by ultrasonography or computed tomography: a systematic review and meta-analysis. *Int J Tech Asses Health Care*. 2005;21:368–79.
7. Schuler JG, Shortleeve MJ, Goldenson RS, Perez-Rosello J, Perlmutter R, Thorsen A. Is there a role for abdominal computed tomographic scans in appendicitis? *Arch Surg*. 1998;133:373–7.
8. Morse BC, Roettger RH, Kalbaugh CA, Blackhurst DW, Hines Jr WB. Abdominal CT scanning in reproductive-age women with right lower quadrant abdominal pain: does it reduce negative appendectomy rates and healthcare costs? *Am Surg*. 2007;73:580–4.
9. Garbarino S, Shimi SM. Routine diagnostic laparoscopy reduces the rate of unnecessary appendicectomies in young women. *Surg Endosc*. 2009;23:527–33.
10. Ponsky TA, Huang ZJ, Kittle K, Eichelberger MR, Gilbert JC, Brody F, et al. Hospital- and patient-level characteristics and the risk of appendiceal rupture and negative appendectomy in children. *JAMA*. 2004;292:1977–82.
11. Cobben L, Goot I, Kingma L, Coerkamp E, Puylaert J, Blickman J. A simple MRI protocol in patients with

- clinically suspected appendicitis: results in 138 patients and effect on outcome of appendectomy. *Eur Radiol.* 2009;19:1175-83.
12. Wan MJ, Krahn M, Ungar WJ, Caku E, Sung L, Medina LS, et al. Acute apendicitis in young children: cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis. A Markov decision analytic model. *Radiology.* 2009;250:378-86.
13. Ekeh AP, Wozniak CJ, Monson B, Crawford J, McCarthy MC. Laparoscopy in the contemporary management of acute appendicitis. *Am J Surg.* 2007;193:310-4.