



Medellín, Septiembre del 2020

Señor

JUEZ TRECE CIVIL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

E.S.D.

PROCESO : PROCESO VERBAL
DEMANDANTE : NATALIA TABORDA HOYOS Y OTROS
DEMANDADO : CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA Y OTROS
RADICADO : 2019-0485

DAVID ALEJANDRO VALENCIA AGUDELO, con tarjeta profesional 187.671 del C.S. de la Judicatura, identificado con cédula de ciudadanía número 15.370.917, en calidad de apoderado judicial del **Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA**, conforme al poder conferido me permito dentro del término legal contestar la demanda en los siguientes términos:

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1. NO NOS CONSTA, el parentesco existente entre la señora NOELIA DE FÁTIMA TABORDA y el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, deberá ser probada por la parte actora.

AL HECHO 2. NO NOS CONSTA, el vínculo matrimonial existente entre la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO y el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.

AL HECHO 3. NO NOS CONSTA, la fecha de nacimiento de NATALIA TABORDA HOYOS.

AL HECHO 4. NO NOS CONSTA, la afiliación de la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO en calidad de beneficiaria de su cónyuge ANTONIO JOSÉ TABORDA, deberá ser probada por la parte actora.

AL HECHO 5. NO NOS CONSTA, la dependencia económica de la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO con el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, ni tampoco quien sufragaba los gastos y las obligaciones del hogar, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas por la parte actora.

Carrera 43A No. 1Sur - 100 Piso 18 Edificio Torre Sudameris, Teléfono 3151500 EXT. (107) Fax 311 30 34 celular: 3212682002. Correo electrónico: asjume00@gmail.com o dvalenc3@hotmail.com. Medellín - Colombia

Recibido 14/09/2020 8:32am



AL HECHO 6. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

NO NOS CONSTA, las condiciones de trabajo del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA ni el salario que devengaba mensualmente, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas por la parte actora.

NO NOS CONSTA, 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.

AL HECHO 7. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA en la IPS CORPORACIÓN COMFAMILIAR por el Dr. FRANCISCO JAVIER MEJÍA MURILLO, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 8. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA en la IPS CORPORACIÓN COMFAMILIAR de ARGENTINA por la Dra. DIANA AVENDAÑO, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 9. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA en la CLINICA ESIMED JUAN LUIS LONDOÑO por el Dr. JORGE DIAZ PONCE, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 10. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por la Dra. ISABEL CRISTINA HERRERA, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 11. NO NOS CONSTA, la orden por cirugía general para la realización de un TAC al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, ni las condiciones de salud para el día 1 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 12. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 13. NO NOS CONSTA, la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. LUIS HUMBERTO AZAIN URBANO, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 14. ES PARCIALMENTE CIERTO, la parte actora solo hace mención del análisis, pero no hace referencia a la nota completa en la historia clínica al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA respecto a la atención



médica brindada el día 3 de abril de 2017, realizada por la Dra. CAROLINA ARENAS LÓPEZ, tal como consta en la historia clínica.

AL HECHO 15. ES PARCIALMENTE CIERTO, la parte actora solo hace mención del análisis, pero no hace referencia a la nota completa en la historia clínica al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA respecto a la atención médica brindada el día 3 de abril de 2017, por el Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, tal como consta en la historia clínica.

Es de anotar, que el paciente presentó cambios en su patrón de dolor por lo que se definió realizar paraclínicos de control e iniciar tratamiento antibiótico, se insistió en el requerimiento del TAC para aclarar el diagnóstico, debido a que el paciente continuaba sin signos de irritación peritoneal.

Ahora bien, las atenciones médicas siempre fueron siguiendo todos los protocolos médicos y la lex artis, actuando siempre de acuerdo a la condición clínica y física que presentaba el paciente, ya que no presentaba signos de irritación peritoneal.

AL HECHO 16. NO NOS CONSTA, la fecha de autorización de la ayuda diagnóstica TAC, ni la disponibilidad y costo de la ambulancia. Es de anotar, que los trámites administrativos no dependen del Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, sino por el contrario dependen de la EPS.

AL HECHO 17. NO NOS CONSTA, la información brindada a la señora NATALIA TABORDA sobre el resultado del examen del TAC, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas por la parte actora.

AL HECHO 18. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. ERNEL ALBERTO DUQUE, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 19. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Es de anotar, que el paciente no tenía una sintomatología de apendicitis, el cuadro era difuso, no tenía signos de irritación peritoneal o abdomen agudo quirúrgico que fuera indicativa de una cirugía inmediata.

AL HECHO 20. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.



NO NOS CONSTA, la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. LUIS FRANCISCO MIRANDA RUIZ, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas.

AL HECHO 21. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

NO NOS CONSTA, la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. LUIS FRANCISCO MIRANDA RUIZ el día 5 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA el día 5 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 22. NO NOS CONSTA, el diagnóstico y la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. LUIS CARLOS HENAO OSPINA el día 5 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 23. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Es de resaltar, que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA ingresó con cuadro clínico inespecífico de dolor abdominal, sin signos de abdomen agudo, sin irritación peritoneal ni un foco claro de proceso séptico.

AL HECHO 24. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Se reitera, que desde el ingreso del paciente no había certeza del diagnóstico por el tiempo de evolución, las características del cuadro y los hallazgos al examen físico y el paciente tampoco se encontraba séptico en el momento de la intervención.

AL HECHO 25. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

Carrera 43A No. 1Sur - 100 Piso 18 Edificio Torre Sudameris, Teléfono 3151500 EXT. (107) Fax 311 30 34 celular: 3212682002. Correo electrónico: asjume00@gmail.com o dvalenc3@hotmail.com. Medellín - Colombia



NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el Dr. LUIS CARLOS HENAO OSPINA para el día 5 de abril de 2017 a las 23.01, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

Se reitera, que NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

AL HECHO 26. NO NOS CONSTA, la atención médica brindada al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA por el galeno GUSTAVO ADOLFO VALENCIA GONZÁLEZ, toda vez que es una atención ajena a mi representado, por lo tanto, deberá ser probada.

AL HECHO 27. NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA para el día 7 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 28. NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA para el día 8 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 29. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA para el día 9 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

Se reitera, que NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

AL HECHO 30. NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA para el día 10 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

AL HECHO 31. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.



NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA entre los días 11 al 23 de abril de 2017, toda vez que es una atención ajena a mi representado.

Ahora bien, cuando mi representado el DR. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA evaluó al paciente no presentaba signos de irritación peritoneal, las atenciones médicas siempre fueron siguiendo todos los protocolos médicos y la lex artis, de acuerdo siempre a la condición clínica y física que presentaba el paciente, por lo tanto, no existe relación de causalidad fáctica ni jurídica entre la muerte del paciente y la atención medica brindada por mi representado.

AL HECHO 32. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por el perito del CENDES, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Es de resaltar, que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA ingresó con cuadro inespecífico de dolor abdominal, sin signos de abdomen agudo, sin irritación peritoneal ni un foco claro de proceso séptico. Dentro de las guías de manejo, para aclarar el diagnóstico, está indicado la realización de una tomografía, pues de esto depende definir el diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno.

AL HECHO 33. NO ES CIERTA, la mala praxis al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA; todo lo contrario, el diagnostico de sepsis se hizo cuando el paciente fue ingresado a la UCI y ya previamente se habían inicio los antibióticos, por lo tanto, las atenciones médicas siempre fueron siguiendo todos los protocolos médicos y la lex artis, razón por la cual no existió falla en la prestación del servicio, ya que se actuó de acuerdo siempre a la condición clínica y física que presentaba la paciente.

AL HECHO 34. NO NOS CONSTA, las condiciones de salud del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA para este hecho, toda vez que es una atención ajena a mi representado y a otra especialidad.

AL HECHO 35. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

NOS NOS CONSTAN, los perjuicios materiales y extrapatrimoniales aducidos por la parte actora, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas por la parte actora.

Es de resaltar, que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA ingresó con cuadro inespecífico de dolor abdominal, sin signos de abdomen agudo, sin irritación peritoneal ni un foco claro de proceso séptico. Dentro de las guías de manejo, para aclarar el diagnóstico, está indicado la



realización de una tomografía, pues de esto depende definir el diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno. Sin embargo, intervenir al paciente sin el resultado del TAC no era lo indicado pues no había claridad en la etiología del cuadro clínico presentado, no había signos de irritación peritoneal que indicaran una cirugía emergente y este paciente en particular tenía un alto riesgo quirúrgico por su estado de obesidad, diabetes, hipertensión y sus alteraciones asociadas.

AL HECHO 36. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por la parte actora, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Es de anotar, que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA no presentó un cuadro típico de apendicitis, pues refería aumento de dolor abdominal que no localizaba y un episodio de emesis, con abdomen distendido pero depresible, dolor difuso al palpar, con defensa voluntaria, pero sin irritación peritoneal. Resaltándose que este paciente en particular tenía un alto riesgo quirúrgico por su estado de obesidad, diabetes, hipertensión y sus alteraciones asociadas.

AL HECHO 37. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por la parte demandante, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Se reitera, que desde el ingreso del paciente no había certeza del diagnóstico por el tiempo de evolución, las características del cuadro y los hallazgos del examen físico.

AL HECHO 38. Dado que en este hecho se hace relación a varias situaciones diferentes, le daremos respuesta puntual a cada una separadamente.

NO NOS CONSTA, los perjuicios morales supuestamente sufridos por el grupo familiar del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.

NO NOS CONSTA, como era la relación familiar entre el grupo familiar del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.

AL HECHO 39. NO NOS CONSTA, la dependencia económica de la señora MARTHA DEL SOCORRO HOYOS GIRALDO con el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, ni tampoco quien sufragaba los gastos y las obligaciones del hogar, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas por la parte actora.



AL HECHO 40. NO NOS CONSTAN, las conclusiones emitidas por la parte actora, por lo tanto, dichas aseveraciones deberán ser probadas. Debe aclararse que la atención médica fue realizada conforme a las pautas indicadas, en forma perita y correcta según la sintomatología del paciente.

Es de anotar, que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA no presentaba signos y síntomas clínicos típico de apendicitis, en tanto solo refería aumento de dolor abdominal que no localizaba y un episodio de emesis, además, presentó abdomen distendido pero depresible, dolor difuso al palpar, con defensa voluntaria, sin irritación peritoneal, reiterándose, que este paciente en particular tenía un alto riesgo quirúrgico por su estado de obesidad, diabetes, hipertensión y sus alteraciones asociadas.

AL HECHO 41 AL 46: NO ES CIERTO, que los galenos Dr. JAIRO AUGUSTO CASAS, Dr. HUMBERTO AZAIN URBANO, Dra. CAROLINA ARENAS, Dr. CARLOS MANUEL PEREZ, Dr. ERNEL ALBERO DUQUE y el Dr. LUIS FRANCISCO MIRANDA RUÍZ hayan tenido una actitud omisiva. Es de anotar, que en ninguna de las atenciones médicas se tuvo la sospecha diagnóstica de apendicitis, debido que el cuadro clínico presentado por el paciente fue tórpido, haciendo esta situación, necesario la realización del TAC para no someter al paciente a una intervención quirúrgica innecesaria. Debiendo insistir en que el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA no presentaba signos y síntomas clínicos típico de apendicitis, en tanto solo refería aumento de dolor abdominal que no localizado, y un episodio de emesis; además, presentó abdomen distendido, pero a la vez depresible, dolor difuso al palpar, con defensa voluntaria, sin irritación peritoneal.

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y a cada una de las pretensiones enunciadas en esta demanda puesto que no tienen fundamento médico-científico, toda vez que no se estructura responsabilidad civil imputable al Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, quien obró de manera adecuada en la atención médica del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA. No evidenciándose un actuar, negligente, imperito o imprudente, ni generándose ningún tipo de responsabilidad, atribuible a mi prohijado.

Aunado a lo anterior, solicito al despacho, además de abstenerse a conceder las pretensiones referenciadas, condenar en costas y agencias en derecho a la parte activa del presente proceso.



EXCEPCIONES DE MÉRITO

AUSENCIA DE CULPA (DILIGENCIA Y CUIDADO):

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, y 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 haber aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado"*

Una de las innumerables razones para que los médicos en sus amplios conocimientos sólo sean responsables por obligaciones de medio y no de resultado, se debe a que su ejercicio profesional recae exclusivamente sobre el cuerpo humano, el cual es impredecible por su propia naturaleza y con reacciones diferentes frente a cada paciente, de allí que cada uno requiera una atención distinta, por más similares que sean los diagnósticos, luego no es posible determinar con antelación y certeza cuál será la evolución a obtener; por lo tanto, si llegáramos al absurdo de que los médicos tendrían que responder en todos los casos por una evolución determinada el ejercicio de la profesión médica desaparecería por el riesgo que su ejercicio traería consigo.

Por ende, para que exista lugar a indemnización de perjuicios en materia civil, se requiere que concurren todos los elementos que estructuran la responsabilidad civil, entre ellos un hecho culposo imputable al demandado, y que sea la causa adecuada del daño, y en el caso que nos ocupa dicho hecho culposo no existió, incluso en la demanda no existe ningún juicio de reproche concreto de la actuación de mi poderdante el Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA.

Así las cosas, al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA se le realizaron los procedimientos oportunos, siempre velando por la salud de este, dándosele manejo conforme a protocolos médicos. Ahora bien, el paciente ingresó con cuadro inespecífico de dolor abdominal, sin signos de abdomen agudo, sin irritación peritoneal ni un foco claro de proceso séptico. Dentro de las guías de manejo, para aclarar el diagnóstico, está indicado la realización de una tomografía, ayuda diagnóstica indispensable y necesaria para definir el diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno. Pues intervenir al paciente sin haber realizado la TAC y sin el resultado de dicho procedimiento, desde la ciencia médica no era lo indicado, dado que no había claridad en la etiología del cuadro clínico, no evidenciándose signos de irritación peritoneal que indicaran una cirugía emergente en este paciente en particular, toda vez que



presentaba un alto riesgo quirúrgico por su estado de obesidad, diabetes, hipertensión y sus alteraciones asociadas.

Ahora bien, La Corte Constitucional en la T-508-19ha definido el derecho al diagnóstico como la facultad que tiene todo paciente "(...) de exigir de las entidades prestadoras de salud la realización de los procedimientos que resulten precisos con el objetivo de establecer la naturaleza de su dolencia, para que, de esa manera, el médico cuente con un panorama de plena certeza sobre la patología y determine las prescripciones más adecuadas, encaminadas a lograr la recuperación de la salud, o, al menos, asegurar la estabilidad del estado de salud del afectado"¹⁰⁷¹.

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC1244917 donde se alude a la decisión también de Corte Suprema de Justicia, CSJ SC 26 de noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01), al referirse al tema del diagnóstico indicó:

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

Se reitera, que las atenciones médicas siempre estuvieron ajustadas a los protocolos médicos y la lex artis, razón por la cual no existió culpa en el actuar de mi representado, ya que se actuó de acuerdo al cuadro clínico que presentaba el paciente. En consecuencia, si los demandantes no logran acreditar el actuar negligente, imprudente o imperito de la profesional de la salud que representó, ésta no estará obligada a resarcir los perjuicios alegados.

ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA-CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS

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



La lex artis es el estricto acatamiento a disposiciones de orden médica y técnica y aun de aquellas reglas que sin estar mencionadas expresamente, forman parte de la "Vete rata consuetudo" o sea de las costumbres y que deben gravitar ostensiblemente como indicadores de la conducta médica.

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

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

En el presente caso, la atención médica brindada por el Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, se ciñó a cabalidad a todos los lineamientos técnicos científicos en relación al cuadro clínico que presentaba el paciente, tal y como se puede observar en las anotaciones de la historia clínica se insistió en la orden de realizar el TAC abdominal con el fin de tener un diagnóstico certero que permitiera definir el paso a seguir para el manejo del paciente, teniendo en cuenta su cuadro inespecífico de dolor abdominal, sin signos de abdomen agudo, sin irritación peritoneal ni un foco claro de proceso séptico.

En consecuencia, si los demandantes no logran acreditar una mala práctica médica, así como un actuar negligente, imprudente o imperito del profesional de la salud, éste no estará obligado a resarcir los perjuicios alegados, que si bien pueden existir al no ser imputables al Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA no son susceptibles de resarcimiento, por tal motivo se deberá exonerar de toda responsabilidad civil médica a mi poderdante.

IMPROCEDENCIA DE IMPUTACIÓN JURÍDICA DEL DAÑO.

El daño como requisito de la responsabilidad civil es uno de los elementos fundantes y que no puede haber asomo de duda frente a dicha responsabilidad, debe estar plenamente acreditado en el proceso y



así mismo como presupuesto ontológico, no es imputable (*como atribución jurídica*) al demandado puesto que, el daño desenlace final no tuvo su causa en el actuar del Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA.

Teniendo en cuenta lo desarrollado en el presente escrito de contestación, es prudente establecer que no existen elementos que lleven a determinar la imputabilidad de la muerte del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA que presuntamente alegan los demandantes, derivada de la atención médica brindada por mi representado, toda vez que como se evidencia en la Historia Clínica, el paciente no presentó un cuadro típico de apendicitis, en tanto solo refería aumento de dolor abdominal que no localizaba y un episodio de emesis, además, presentó abdomen distendido pero depresible, dolor difuso al palpar, con defensa voluntaria, sin irritación peritoneal. Teniendo este paciente en particular un alto riesgo quirúrgico por su estado de obesidad, diabetes, hipertensión y sus alteraciones asociadas, por lo tanto no existe ningún juicio de reproche frente al actuar de mi representado en la atención médica.

Así las cosas, el Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, atendió los requerimientos que se le hiciera en su área de la salud con respecto al señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, estando la conducta ajustada a las guías y protocolos médicos, por tal motivo no hay daño que deba ser reparado por mi poderdante.

Es de resaltar, que el supuesto daño que se alega en el libelo genitor, no reviste los criterios de imputabilidad necesarios en contra de mi representado, toda vez que como se reitera, su actuar fue diligente, perito, cuidadoso y con sujeción al deber objetivo de cuidado, cumpliendo a cabalidad con la obligación de medio que trae implícito el ejercicio médico, empleando todos los recursos disponible y necesarios que se encontraron dentro de las posibilidades de mi mandante.

AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

El nexo causal entre el hecho reprochado y el daño reclamado es uno de los elementos axiológicos que integran y constituyen la responsabilidad civil, sobre el cual no debe haber la mínima sospecha de duda, es decir, para que exista responsabilidad civil, debe haber absoluta certeza (ausencia de duda) de que el hecho reprochado sea la causa del daño, o lo que es lo mismo, que el daño sea la consecuencia del hecho.

No existe una causalidad fáctica, ni jurídica, entre la atención medica diligente, prudente y perita dispensada por mi representado, y la muerte del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA, pues es su condición personal,



comorbilidades, y alto riesgo quirúrgico por sus patologías de base, que se presenta su fallecimiento, no existiendo ningún nexo causal y reproche en relación con el actuar de mi representado.

En consecuencia, si los demandantes no logran acreditar que un actuar profesional culposo de mi prohijado, fue el causante del fallecimiento del señor TABORDA, no procederá la indemnización de los perjuicios que se reclama y al no guardar ninguna relación fáctica, ni científica, ni jurídica, éste no estará obligado a resarcir los perjuicios alegados, que si bien pueden existir, pero al no guardar ninguna relación de causalidad, ni jurídica con el Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA, no son susceptibles de resarcimiento por parte de él.

INDEBIDA Y EXAGERADA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS ADUCIDOS:

CON RELACIÓN A LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES:

Encontramos desenfocada y por fuera de toda realidad la calificación y tasación de los perjuicios que hace la parte pretensora, los valores solicitados no encuentran soporte alguno y mucho menos en la cantidad estimada, pues la parte demandante debe fundar esta petición en medios de prueba que ofrezcan certeza sobre la existencia e intensidad del daño en cada caso concreto, límite natural y legal del arbitrio judicial.

Al respecto, es importante recordar que la institución de la Responsabilidad y su consecuente obligación de indemnizar los perjuicios, ha surgido con el fin de reparar daños verdaderamente sufridos, los cuales deben ser reales y directos, y bajo ninguna circunstancia obedecerán a fines de enriquecimiento como evidentemente se busca con éste proceso, ya que el deber de los pretensores es justificar y soportar verdaderamente la existencia del perjuicio reclamado, los cuales en el caso que nos ocupa se encuentran huérfanos de prueba.

CON RELACIÓN A LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES:

No se allegó al proceso ni un solo medio de prueba que acredite los perjuicios en su calidad de lucro cesante que se reclaman. No existe, ni se evidencia prueba que acredite los supuestos ingresos que percibía el señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.



OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Nos oponemos y objetamos expresamente la tasación y cuantía de los perjuicios solicitados por la parte pretensora, y en consecuencia solicitamos se dé plena aplicación a lo establecido por el artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

En consecuencia deberá condenarse a la parte demandante a pagar a la resistente la diferencia existente entre la tasación de los perjuicios que se realiza bajo la gravedad de juramento y el valor de una eventual condena, pues no se encuentran probados los supuestos ingresos del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.

DE LOS MEDIOS PROBATORIOS

1) INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito interrogatorio de parte, el cual deberá ser absuelto por los demandantes en la fecha y oportunidad que fije el despacho.

2) TESTIMONIALES:

Solicitó que sean citas las siguientes personas para que declaren sobre su experiencia profesional y conocimientos científicos sobre la patología del señor ANTONIO JOSÉ TABORDA.

Dra. ISABEL CRISTINA HERRERA; médica tratante con especialidad en cirugía general, quien podrá ser citado en el correo electrónico isabelcristina.herreramoncada@gmail.com, celular 3103748474.

Dra. LUZ ELENA FLOREZ; médica con especialidad en cirugía general, quien podrá ser citado en el correo electrónico eflorzr@yahoo.es, celular 3182062030 o en el Hospital general de Medellín, Antioquia. En calidad de concepto de experto.

Dr. ALEXANDER FIGUEROA; médico con especialidad en cirugía general, quien podrá ser citado en el correo electrónico alexfigo55@hotmail.com, celular 3004866130 o en el Hospital general de Medellín, Antioquia. En calidad de concepto de experto.

4) DECLARACIÓN DE TERCEROS

En su oportunidad interrogaré a los testigos solicitados por la parte demandante y demandada.

**5) DOCUMENTAL**

- Hoja de vida y diplomas del Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA
- Validación de la escala diagnóstica de Alvarado en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis en un centro de segundo nivel de complejidad por ÁLVARO SANABRIA, MD1, MÓNICA MORA, MD2, LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ, MD1, VALENTÍN VEGA, MD1, CAMILO OSORIO, MD1. 7 hojas.

6) CITACIÓN PERITOS

Solicito al despacho citar al perito mencionado en la demanda, esto es al Dr. JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO, para efecto de controvertir el dictamen pericial aportado con la demanda.

DEPENDENCIA JUDICIAL

Solicito comedidamente que se tenga como dependiente judicial a **YESICA MILENA ALZATE ARNERA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.000.404.640, estudiante de Derecho de la Universidad de Antioquia y a **JUAN GONZALO URIBE VELEZ**, mayor de edad, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 1.037.587.891, estudiante de Derecho de la Universidad de Antioquia, para que actúen ante el correspondiente despacho judicial como Asistente en Derecho, Auxiliar en derecho y/o Dependiente Judicial y que en consecuencia pueda conocer y examinar el proceso en el que actúo, quedando igualmente facultados para retirar Documentos, Despachos Comisorios, fotocopias, oficios y todos los documentos requeridos para impulsar el proceso, consultar libros, medios electrónicos y o magnéticos donde figure información perteneciente al proceso de la referencia; igualmente queda facultada para conocer las fechas de las diligencias a las cuales debo asistir.

DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES:

Al Apoderado y al Dr. CARLOS MANUEL PEREZ MANTILLA en la Carrera 43 A N° 1 Sur 100, Piso 18 Medellín. Tel 3151500 Ext. 107. Correo electrónico: asjume00@gmail.com o dvalenc3@hotmail.com celular 3212682002

Del Señor Juez,



DAVID A. VALENCIA
ABOGADO

DAVID ALEJANDRO VALENCIA AGUDELO

C.C. 15.370.917 de Medellín

T.P. 187.671 del C. S. de la Judicatura.

Carrera 43A No. 1Sur - 100 Piso 18 Edificio Torre Sudameris, Teléfono 3151500 EXT. (107) Fax 311 30
34 celular: 3212682002. Correo electrónico: asjume00@gmail.com o dvalenc3@hotmail.com. Medellín -
Colombia

Recibido 14/09/2020 8:32am

Validación de la escala diagnóstica de Alvarado en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis en un centro de segundo nivel de complejidad

ÁLVARO SANABRIA, MD¹, MÓNICA MORA, MD², LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ, MD¹,
VALENTÍN VEGA, MD¹, CAMILO OSORIO, MD¹

Palabras clave: apendicitis; diagnóstico; sensibilidad y especificidad; escala de Alvarado.

Resumen

Introducción. La apendicitis es la condición quirúrgica más común a la que se enfrenta el cirujano. Aún se hace un uso indiscriminado de métodos diagnósticos, con aumento de costos y sin disminución de las apendicectomías no terapéuticas. El propósito fue validar la capacidad diagnóstica de la escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis y determinar su utilidad para discriminar las conductas diagnósticas.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio prospectivo de pruebas diagnósticas para valorar la escala de Alvarado en pacientes con duda diagnóstica de apendicitis. El método de referencia fue el reporte histopatológico. Con los valores se definieron niveles de riesgo (bajo, intermedio, alto) y se simuló el valor de uso de recursos.

Resultados. Se incluyeron 71 pacientes (37% hombres). En 66,7% se presentó apendicitis. La tasa de apendicectomía no terapéutica fue de 22,6% y de laparotomía no terapéutica, 17,7%. El valor de uso de recursos sin la escala fue de \$ 113'217.000, con una frecuencia de apendicectomías en blanco de 22,6%. El esquema propuesto mostró un gasto de \$101'582.000, con una frecuencia potencial de apendicectomías en blanco de 8,0%.

Discusión. La escala de Alvarado permite clasificar a los pacientes en grupos de riesgo bajo (0-4 puntos) con probabilidad de apendicitis de 7,7%; intermedio (5-7 puntos) con probabilidad de apendicitis de 57,6%, y alto (8-10 puntos) con probabilidad de apendicitis de 90,6%. La aplicación de la escala disminuye los costos en 10% y disminuye las apendicectomías no terapéuticas a 8%. Su uso es reproducible y ofrece como ventajas el uso más racional de los recursos y la disminución de cirugías innecesarias.

1 Profesor, Grupo de Patología Quirúrgica, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

2 Médico residente, Grupo de Patología Quirúrgica, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Fecha de recibo: 12 de junio de 2010
Fecha de aprobación: 9 de agosto de 2010

Introducción

La apendicitis es la condición quirúrgica más común a la que se ve enfrentado el médico de urgencias y el cirujano⁽¹⁻³⁾. El diagnóstico actual de la enfermedad sigue siendo un reto dada la diversidad de manifestaciones con las que puede cursar. Hoy en día, los recursos disponibles se dirigen a obtener un diagnóstico sensible

y específico, lo cual puede hacerse con datos clínicos y exámenes básicos de laboratorio, como el hemograma. No obstante, aún se hace un uso indiscriminado de otros métodos diagnósticos de imágenes que producen un aumento significativo de los costos de atención, sin que se haya demostrado una disminución del número de apendicectomías no terapéuticas.

Algunos autores han evaluado varias escalas de predicción clínica para definir la probabilidad de apendicitis en un paciente que consulta por dolor abdominal y donde uno de los diagnósticos de trabajo puede ser la inflamación del apéndice⁽⁴⁻⁶⁾. Previamente, los autores⁽⁷⁾ habían evaluado el desempeño diagnóstico de la escala de Alvarado⁽⁸⁾ en una población local, y habían obtenido prometedores valores de sensibilidad y especificidad. No obstante, es claro que en el proceso de introducción de una regla de predicción clínica es necesario, como segundo paso, su validación en poblaciones diferentes para determinar no sólo su confiabilidad, sino su capacidad de predicción. Además, estas validaciones permiten determinar la observancia de los médicos de la regla de predicción.

El propósito de este estudio fue validar la capacidad diagnóstica de la escala de Alvarado para confirmar el diagnóstico de apendicitis en una población de una institución de segundo nivel de complejidad y determinar su utilidad como método para discriminar las conductas que debe tomar el médico con estos pacientes de acuerdo con la propuesta previa de los autores.

Materiales y métodos

El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional de la Universidad de La Sabana-Clinica Universitaria. Se diseñó un estudio prospectivo de pruebas diagnósticas para valorar las características operativas de la escala diagnóstica de Alvarado en pacientes con dolor en la fosa iliaca derecha y duda diagnóstica de apendicitis aguda, en comparación con la evaluación del cirujano y los hallazgos de patología.

Ingresaron al estudio pacientes mayores de 14 años que consultaron al servicio de urgencias de la Clínica Universitaria de la Universidad de La Sabana entre abril y octubre de 2009, y que manifestaron dolor en la fosa iliaca derecha. Se excluyeron los pacientes con

diagnóstico previo confirmado de apendicitis aguda, con cirugía abdominal previa, con apendicectomía previa, con abdomen agudo dado por signos de irritación peritoneal y aquellos con alteraciones que impidieran el interrogatorio o el examen físico.

Al ingreso se solicitó un consentimiento verbal y se diligenció un formulario prediseñado para la recolección de la información. Los pacientes fueron interrogados y examinados por el residente de cirugía de turno. Los datos registrados se almacenaron y luego se tabularon en el programa Excel (Microsoft). La decisión clínica tomada por el cirujano de turno fue registrada en el mismo formato, de manera ciega a los resultados de las escalas. El método de referencia fue el reporte histopatológico estandarizado de acuerdo con el informe microscópico para los pacientes operados y el seguimiento telefónico al día 30 para quienes que no se operaron, para verificar la veracidad del diagnóstico negativo. En los casos en que estos pacientes se hubieran sometido a apendicectomía, el resultado de patología fue corroborado.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 9.0. Las variables categóricas se presentaron en porcentajes y, las continuas, en promedios y desviación estándar. La comparación entre las variables categóricas se hizo con la prueba de ji al cuadrado o el test exacto de Fisher. La comparación entre las variables continuas con distribución normal se estableció mediante la prueba t de Student y se utilizó la prueba Mann-Whitney para las variables con distribución diferente a la normal.

Se calculó la sensibilidad, la especificidad, los valores de predicción positivo y negativo, y el *likelihood ratio* con un intervalo de confianza de 95%, utilizando una tabla de 2 x 2. Se calculó el área bajo la curva (ROC) como medida de desempeño diagnóstico de la escala. Se consideró significativo un valor de p mayor de 0,05. Para el cálculo de los costos, se asumieron los costos directos de la intervención y se utilizó el número de recursos usados, y éste se multiplicó por el valor estandarizado según la tabla de tarifas SOAT para 2010 (tabla 1).

Posteriormente, con los valores obtenidos en la escala de Alvarado, se definieron los niveles de riesgo (bajo, intermedio, alto) y se simuló el valor de uso de recursos como si la escala se utilizara de manera estándar y con

TABLA 1
Valores utilizados para el cálculo de los costos en pesos colombianos (\$)

Procedimiento	Costo (\$)
Ecografía abdominal total	133.000
Tomografía computadorizada abdominal total	393.000
Hemograma	14.300
Observación en el servicio de urgencias	48.000
Apendicectomía en modalidad de paquete integral	1'757.000

un cumplimiento completo del protocolo, así: para pacientes de bajo riesgo (0-4 puntos), egreso temprano y control ambulatorio a las 24 horas; para el riesgo intermedio (5-7 puntos), tomografía computadorizada (TC) abdominal temprana y decisión según los hallazgos (laparotomía para los casos de TC positiva y egreso con control ambulatorio a las 24 horas para los pacientes con TC negativa); y para el riesgo alto (8-10 puntos), laparotomía inmediata. De este esquema desaparece el uso de ecografía, hemograma de control y observación en el servicio de urgencias, debido a su baja costo-efectividad⁽⁹⁾. Para esta fase se utilizó una hoja de cálculo del programa Excel (Microsoft).

Resultados

En un periodo de 7 meses se incluyeron 81 pacientes y se excluyeron 10 por tener datos incompletos e irrecuperables. El análisis se efectuó en 71 pacientes,

de los cuales, 37% eran hombres. La edad promedio fue de 33,7±15,1 años (rango, 14 a 78). El 66,7% tuvo apendicitis aguda. El seguimiento telefónico pudo establecerse en 97% de los casos. En estos pacientes no se informó ningún caso de apendicitis aguda al día 30 de seguimiento. En la tabla 2 se presenta la distribución de las variables clínicas y de laboratorio.

El diagnóstico de apendicitis aguda lo hizo al ingreso el cirujano en 79,5% de los casos. El cirujano dio de alta a 12,3% de los pacientes y dejó en observación a 8,2%.

De todos los pacientes llevados a cirugía, la tasa global de apendicectomía no terapéutica fue de 22,6% pero, la tasa global de laparotomía no terapéutica fue de 17,7%. La clasificación quirúrgica e histológica se aparece en la tabla 3.

TABLA 2
Distribución de las variables de la población

Variable	Porcentaje
Duración de los síntomas	29,6±29,4 horas (rango, 3 a 168) (mediana 22)
Migración del dolor	66,7
Náusea o vómito	79,7
Anorexia	63,0
Temperatura >37°C	18,9
Dolor en fosa iliaca derecha	93,2
Signo de Blumberg positivo	66,2
Neutrófilos mayores de 75%	72,6
Leucocitos mayores de 10.000	65,6

TABLA 3
Resultados de los hallazgos macroscópicos durante la cirugía y el diagnóstico histopatológico

Hallazgo quirúrgico	Hallazgos histológicopatológicos				Total
	Edematosa	Fibrinopurulenta	Gangrenosa	Sin apendicitis	
Normal	0	0	0	3	3
Edematosa	2	9	0	9	20
Fibrinopurulenta	0	21	1	0	22
Gangrenosa	0	5	2	0	7
Perforada más absceso	0	2	1	0	3
Perforada más peritonitis	0	4	1	0	5
Otro	0	0	0	2	2

En la tabla 4 se presentan las características operativas de la escala de Alvarado de acuerdo con cada punto de corte. El área bajo la curva (ROC) fue de 0,86 (figura 1). La probabilidad de apendicitis discriminada según el valor de la escala de Alvarado y los grupos de riesgo, se encuentran en la tabla 5.

TABLA 4
Resultados de las características operativas por valor de la escala de Alvarado

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Clasificación correcta (%)	LR+	LR-
(≥1)	100	0	64,47	1,0000	
(≥2)	100	7,41	67,11	1,0800	0,0000
(≥3)	100	11,11	68,42	1,1250	0,0000
(≥4)	100	18,52	71,05	1,2273	0,0000
(≥5)	97,96	44,44	78,95	1,7633	0,0459
(≥6)	93,88	62,96	82,89	2,5347	0,0972
(≥7)	85,71	77,78	82,89	3,8571	0,1837
(≥8)	65,31	88,89	73,68	5,8776	0,3903
(≥9)	38,78	92,59	57,89	5,2347	0,6612
(10)	10,20	96,30	40,79	2,7551	0,9325
(>10)	0	100	35,53		1,0000

LR: likelihood ratio

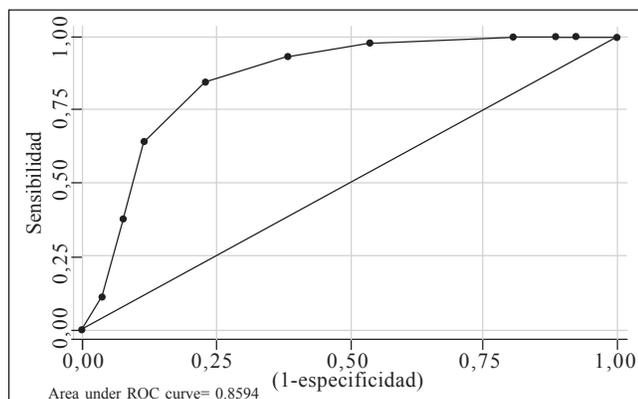


Figura 1. Curva ROC de la escala de Alvarado

En la tabla 6 se presentan la conducta del cirujano y el uso de recursos diagnósticos de acuerdo con el grupo de riesgo establecido. El valor global de uso de recursos bajo las condiciones actuales sin usar la escala de Alvarado fue de \$113'217.000, con una frecuencia de apendicectomías en blanco de 22,6%. La simulación utilizando el esquema propuesto mostró un valor de \$101'582.000, con una frecuencia potencial de apendicectomías en blanco de 8,0%, con lo cual se obtiene un ahorro potencial de \$11'635.000.

Discusión

Desde 1886, cuando Reginald Fitz describió el cuadro clínico típico de la apendicitis y su tratamiento quirúrgico, la apendicitis se ha convertido en la afección abdominal más común para el cirujano general.

TABLA 5
Probabilidad de apendicitis según niveles de riesgo basados en la escala de Alvarado

Valor de Alvarado	Apendicitis		Total	Grupo de riesgo
	No	Si		
1	2	0 (0%)	2	7,7%
2	1	0 (0%)	1	
3	2	0 (0%)	2	
4	7	1 (12,5%)	8	
5	4	2 (33,3%)	6	57,6%
6	4	4 (50%)	8	
7	3	9 (75%)	12	
8	1	12 (92,3%)	13	90,6%
9	1	12 (92,3%)	13	
10	1	5 (83,3%)	6	

TABLA 6
Conducta del cirujano y uso de recursos diagnósticos según los niveles de riesgo de la escala de Alvarado

Riesgo	Conducta del cirujano			Exámenes diagnósticos			Clasificación histopatológica				Total
	Alta	Observación	Cirugía	Hemograma	Ecografía	TC	Edematosa	Fibrinopurulenta	Gangrenosa	No apendicitis	
Bajo	6 (46,1%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	1	0	0	0	13
Medio	2 (7,7%)	2 (7,7%)	22 (84,6%)	5 (19,2%)	5 (19,2%)	1 (3,9%)	1	13	1	11	26
Alto	1 (2,9%)	1 (2,9%)	33 (94,2%)	5 (14,3%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	28	4	3	35

El diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico y puede apoyarse en algunos exámenes de laboratorio fáciles de realizar en cualquier centro pero que parecen tener una utilidad limitada ⁽¹⁰⁾. La descripción clásica de Fitz y McBurney del dolor epigástrico sordo y de inicio lento que progresivamente aumenta de intensidad y se va localizando en la fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, vómito, anorexia y fiebre, ha guiado la evaluación diagnóstica durante los últimos 100 años ⁽¹¹⁾.

No obstante, dicho cuadro tan típico no suele ser el más común. Los pacientes consultan también por dolor localizado en la fosa iliaca derecha con síntomas asociados o sin ellos e, incluso, algunos refieren dolores de localización atípica o sintomatologías reflejas como disuria y tenesmo, que pueden confundir al cirujano. Estos síntomas atípicos suelen ser secundarios a una localización no iliaca del apéndice ⁽¹²⁾.

Se ha descrito una innumerable cantidad de signos espontáneos y evocados para mejorar el diagnóstico clínico. Sin embargo, muchos de ellos adolecen de una adecuada comprobación científica y se quedan dentro del terreno de lo anecdótico ⁽¹³⁾. Por lo tanto, tal como ha ocurrido con otras famosas presentaciones clásicas y tríadas diagnósticas, los hechos no logran demostrar que estas manifestaciones sean patognomónicas de una entidad.

En este caso, el hecho de no presentar la sintomatología clásica no excluye la probabilidad diagnóstica de apendicitis. Frente a esta posibilidad netamente clínica, también se ha tratado de mejorar el diagnóstico practicando algunos exámenes de laboratorio. El recuento de leucocitos y su análisis diferencial no ha demostrado ser útil en los estudios clínicos. Snyder y Hayden ⁽¹⁴⁾, en una revisión juiciosa de los artículos publicados desde 1966 para evaluar la utilidad del recuento de leucocitos en el diagnóstico de apendicitis, concluyeron que éste sólo es útil en 20% de los pacientes y Middleton ⁽¹⁰⁾ descarta cualquier utilidad de este examen en el diagnóstico. No obstante, dada la alta tasa de apendicitis complicadas, es probable que éste sea un marcador tardío de la enfermedad y sea poco útil en la detección temprana, como lo afirma Andersson ⁽¹⁵⁾, lo que justifica los hallazgos de pobre efectividad en otras series. Incluso Coleman ⁽¹⁶⁾, en un estudio retrospectivo, no logró identificarlo como un factor diferencial de inflamación abdominal.

La velocidad de sedimentación globular y la presencia de bandas tampoco tienen utilidad en el diagnóstico de apendicitis y no deben ser exámenes rutinarios. Cuando se encuentre elevada puede sugerir perforación, aunque es muy inespecífica y puede elevarse también por otras causas, como enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad diarreica aguda, etc.

El papel de la proteína C reactiva (PCR) para el diagnóstico de apendicitis aún es discutido en la literatura. Algunas series han demostrado su utilidad ⁽¹⁷⁾ mientras que otras no la consideran útil.

Previamente, un estudio local ⁽⁷⁾ demostró que el desempeño de la escala de Alvarado era adecuado como método de discriminación y predicción para pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis, y se propuso un esquema de manejo de acuerdo con los niveles de riesgo establecidos, según este diseño. La finalidad del presente estudio fue validar la escala diagnóstica de Alvarado diseñada para pacientes con dolor en la fosa iliaca derecha y la propuesta basada en niveles de riesgo, y proporcionar así una forma clara y segura de hacer objetivo el diagnóstico de apendicitis aguda.

La escala de Alvarado mostró unas características operativas adecuadas con un área bajo la curva ROC que la ubica como una buena regla de predicción clínica. Dado que la escala de Alvarado es mucho más simple y fácil de aplicar y tiene unas características operativas similares a las de la valoración clínica, con la ventaja de ofrecer un estimado numérico de la probabilidad de apendicitis, consideramos que su aplicación en los servicios de urgencias puede ofrecer una ventaja respecto a la toma de conductas y a la utilización de recursos. Además, su uso permite que los pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor abdominal en la fosa iliaca derecha puedan clasificarse en tres grupos de riesgo, de acuerdo con la probabilidad de tener apendicitis, como sigue:

- Riesgo bajo (0-4 puntos), probabilidad de apendicitis de 7,7% (rango, 0 a 12,5%). Estos pacientes pueden manejarse con observación ambulatoria y según signos de alarma. En este grupo, el paciente que presentó apendicitis tuvo una apendicitis edematosa que, según los conceptos actuales, no representa mayor riesgo de perforación.

- Riesgo intermedio (5-7 puntos), probabilidad de apendicitis de 57,6% (rango, 33,3 a 75%). Estos pacientes pueden manejarse con solicitud temprana de exámenes de imágenes; en este caso, la TC abdominal ofrece la mejor sensibilidad y especificidad, con la posibilidad de disminuir el número de apendicectomías no terapéuticas de 43% a 10%.
- Riesgo alto (8-10 puntos), probabilidad de apendicitis de 90,6% (rango, 83,3 a 92,3%). Estos pacientes pueden ser sometidos a cirugía de inmediato, con una probabilidad de apendicectomías no terapéuticas cercana a 10%.

El valor del uso de recursos en términos de costos directos de la atención, con la estrategia no basada en grupos de riesgo, fue de \$113 millones, con una frecuencia de apendicectomías no terapéuticas de 22%. La aplicación de la escala de Alvarado, usada como método de discriminación para determinar una conducta, puede disminuir los costos en el 10%, aproximadamente, con una disminución de las apendicectomías no terapéuticas a 8%. En términos económicos, además del ahorro en costos directos, también existe un ahorro no cuantificado en términos de oportunidad de atención, por no usar los recursos en cirugías no necesarias y por

evitar las consecuencias adversas que pueden derivarse de estos procedimientos. Otras ventajas potenciales son la descongestión de los servicios de urgencias al eliminar el procedimiento de observación, y el uso de métodos diagnósticos de bajo desempeño, como el hemograma de control y la ecografía, además de la disminución en el tiempo de espera para tomar una decisión terapéutica.

Deben mencionarse las debilidades del estudio, como la incapacidad de completar el número de pacientes estimado debido a problemas en su reclutamiento. Sin embargo, el análisis preliminar demostró que los resultados obtenidos son estadísticamente significativos y reflejan el objetivo del estudio. Además, el cálculo de los costos directos puede dejar de lado otros costos, pero consideramos que su efecto no compromete los resultados.

En conclusión, el uso de la escala de Alvarado como regla de predicción y discriminación clínica del riesgo de apendicitis, es reproducible y ofrece ventajas en términos de uso más racional de los recursos y disminución de cirugías innecesarias. Es recomendable realizar más estudios en diferentes instituciones, niveles de atención y sitios geográficos, que permitan validar o refutar los hallazgos del presente estudio.

Validation of the Alvarado diagnostic scale in patients with abdominal pain suggesting appendicitis at a second level health care center

Abstract

Introduction. *Acute appendicitis is the most common entity encountered by surgeons. There is still an indiscriminate use diagnostic methods with undue costs and no diminution in the number of negative appendectomies. The aim of this study was to evaluate the diagnostic capacity of the Alvarado scale in patients with suspected appendicitis and to determine its usefulness in the discrimination and definition of diagnostic conducts.*

Material and methods. *A prospective study of diagnostic tests and methods was designed in order to evaluate the Alvarado scale in patients with uncertain diagnosis of appendicitis. The method of reference was the pathology report. The levels of risk (low, intermediate, high) were defined according to the scale values and the cost of resources was simulated.*

Results. *Seventy one patients (37% men) were included; 66.7% had appendicitis. The rate of negative appendectomies was 22.6% and the rate of negative laparotomies was 17.7%. The cost of the resources*

utilized without using the scale was Colombian Pesos \$ 113,217 million (1USDollar = 2,900 Col Pesos \$) with a negative appendectomy rate of 22.6%. The proposed scheme showed an expense of Col Pesos \$ 101,582 million, with a negative appendectomy rate of 8.0%.

Discussion. The Alvarado scale permits the classification of patients with suspected appendicitis in groups: a low-risk group (0-4 points) with a probability of appendicitis of 7.7%; an intermediate risk-risk group (5-7 points) with probability of appendicitis of 57.6%; and a high risk group (8-10 points) with a probability of appendicitis of 90.6%. Application of the scale diminished costs by 10% and reduced the rate on negative appendectomies by 8%. Its use is reproducible and offers the advantage a more rational use of resources and diminution in the number of unnecessary operations.

Key words: appendicitis; diagnosis; sensitivity and specificity; Alvarado score.

Referencias

- Old JL, Dusing RW, Yap W, Dirks J Imaging for suspected appendicitis. *Am Fam Physician*. 2005;71:71-8.
- Rodríguez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir*. 2010;49. Fecha de consulta: 7 de agosto de 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200006&lng=es.
- Rodríguez Z. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Diagnosis of acute appendicitis: Current criteria Rev Cubana Cir*. 2009;48: Fecha de consulta: 7 de agosto de 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000300004&lng=es.
- Winn RD, Laura S, Douglas C, Davidson P, Gani JS. Protocol-based approach to suspected appendicitis, incorporating the Alvarado score and outpatient antibiotics. *ANZ J Surg*. 2004;74:324-9.
- Zielke A, Sitter H, Rampp T, Bohrer T, Rothmund M. Clinical decision-making, ultrasonography, and scores for evaluation of suspected acute appendicitis. *World J Surg*. 2001;25:578-84.
- Ohmann C, Yang Q, Franke C. Diagnostic scores for acute appendicitis. *Abdominal Pain Study Group. Eur J Surg*. 1995;161:273-81.
- Sanabria A, Domínguez LC, Bermúdez C, Serna A. Evaluation of diagnostic scales for appendicitis in patients with lower abdominal pain. *Biomédica* 2007;27:419-28.
- Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med*. 1986;15:557-64.
- Romero J, Sanabria A, Angarita M, Varón JC. Cost-effectiveness of computed tomography and ultrasound in the diagnosis of appendicitis. *Biomédica* 2008;28:139-47.
- Middleton SB, Whitbread T, Morgans BT, Mason PF. Combination of skin temperature and a single white cell count does not improve diagnostic accuracy in acute appendicitis. *Br J Surg*. 1996;83:499.
- Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nyström PO, *et al*. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. *World J Surg*. 1999;23:133-40.
- Paajanen H, Mansikka A, Laato M, Kettunen J, Kostianen S. Are serum inflammatory markers age dependent in acute appendicitis? *J Am Coll Surg*. 1997;184:303-8.
- Sanabria A, Henao C, Bonilla R, Castrillón C, Navarro P, Diaz A. Diagnóstico de apendicitis en un centro de referencia. Un enfoque basado en la evidencia. *Rev Colomb Cirugía*. 2000;15:147.
- Snyder BK, Hayden SR. Accuracy of leukocyte count in the diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med*. 1999;33:565-74.
- Andersson RE, Hugander A, Ravn H, Offenbartl K, Ghazi SH, Nyström PO, Olaison G. Repeated clinical and laboratory examinations in patients with an equivocal diagnosis of appendicitis. *World J Surg*. 2000;24:479-85.
- Coleman C, Thompson JE Jr, Bennion RS, Schmit PJ. White blood cell count is a poor predictor of severity of disease in the diagnosis of appendicitis. *Am Surg*. 1998;64:983-5.
- Gurleyik E, Gurleyik G, Unalmiser S. Accuracy of serum C-reactive protein measurements in diagnosis of acute appendicitis compared with surgeon's clinical impression. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:1270-4.

Correspondencia:
 ÁLVARO SANABRIA, MD
 Correo electrónico: alvarosanabria@gmail.com
 Bogotá, Colombia

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

Nombres	Carlos Manuel
Apellidos	Pérez Mantilla
Cédula de ciudadanía	91263584
Registro Médico	6790-94
Dirección	Transversal 7A 30- 349
Teléfono	3104635267
E-mail	camapema@gmail.com

ESTUDIOS REALIZADOS

Secundarios	Colegio Municipal Aurelio Martínez Mutis Bachiller Académico Bucaramanga, 1984
--------------------	--

Universitarios	Universidad Industrial de Santander Médico y Cirujano Bucaramanga, 1993
-----------------------	---

	Universidad Nacional de Colombia Especialista en Cirugía General Bogotá, 2000
--	---

EXPERIENCIA PROFESIONAL**MEDICO GENERAL**

Servicio de salud de Norte de Santander	Centro de salud del barrio Claret Unidad básica del barrio Comuneros Agosto 11 de 1993- Agosto 10 de 1994 Cúcuta Norte de Santander.
Fundación Virgilio Barco Vargas	Unidad básica del barrio La Libertad Agosto 1- Diciembre 31 de 1994 Cúcuta Norte de Santander.
Hospital Erasmo Meoz	Centro de salud del barrio Virgilio Barco Enero-mayo 1995. Cúcuta Norte de Santander.
Secretaría de Educación de Norte de Santander	Colegio departamental Sagrado Corazón de Jesús Febrero- Noviembre 1995 Cúcuta Norte de Santander.
Instituto municipal de salud de Cúcuta	Penitenciaría San José de Cúcuta Centros de Salud de los barrios Aeropuerto y Torcoroma Unidad Básica del barrio Comuneros Octubre 1994 Agosto 1995 Cúcuta Norte de Santander.
Caja de Previsión social Municipal de Cúcuta	Septiembre- Noviembre 1995 Cúcuta Norte de Santander.
Instituto de Seguro Social	CAA Centro Guaimaral Enero- Febrero y Septiembre-Noviembre 1995 Cúcuta Norte de Santander.
Unidad Básica Materno infantil Puente Barco Leones	Marzo 1995 Enero 1996 Cúcuta Norte de Santander.
Clínica Norte	Agosto 1995 Enero Cúcuta Norte de Santander.

EXPERIENCIA PROFESIONAL**CIRUJANO GENERAL**

Hospital Nuestra Señora de los Remedios	Tiempo completo Abril- Junio de 2000 Riohacha. Guajira.
Hospital Antonio Roldán Betancur	Tiempo completo Junio- Agosto de 2000 Apartadó Antioquia.
Coopsana	Honorarios médicos Centros integrales de Comfama de Girardota Caldas y Manrique. Mayo 2001- Julio 2002 Agosto 2011 a la ACTUALIDAD . Medellín Antioquia.
Cooperativa de Cirujanos de Antioquia	Honorarios médicos Hospital Marco Fidel Suárez Clínica Universitaria Bolivariana Enero 2002- Julio 2006 Medellín Antioquia.
Universidad Pontificia Bolivariana	C. Universitaria Bolivariana Honorarios médicos Cirujano General Septiembre 2000- Julio de 2002 Cirujano General Urgencias Docente Asistente Diciembre 2000- 2002 Cirujano General Enero- Diciembre 2003 Docente de Cátedra Asistente Medio Tiempo Febrero- Diciembre 2001 Docente interno Asistente Medio tiempo Enero 2002 Diciembre 2003 Docente interno Asociado Medio Tiempo Enero 204 Octubre 2008 Coordinador de Cirugía de Pregrado Enero 2002-Octubre 2008 Medellín Antioquia.
Cooperación IPS Saludcoop Antioquia ESIMED estudios e inversiones médicas SA	Honorarios Médicos Abril 2002 hasta Julio 2017 Medellín Antioquia.
Hospital General de Medellín	Honorarios médicos Agosto 2011- Julio 2018 Cirujano general en provisionalidad Agosto 2018 hasta la ACTUALIDAD Medellín Antioquia.
Integrados IPS Ltda	Honorarios médicos Agosto 2011 hasta la ACTUALIDAD Medellín Antioquia.

Cooperativa Antioqueña de Salud COOPSANA Honorarios médicos
Julio 2015 hasta la **ACTUALIDAD**
Medellín Antioquia.

Medicall. Saludtotal EPS

Cirujano general Contrato a término indefinido
Octubre 2018 hasta la **ACTUALIDAD**

REFERENCIAS PERSONALES**MARÍA M RENDÓN ALVAREZ**

Médica general
Coordinadora médica Integrados IPS Ltda
3116303415
Medellín Antioquia.

JULIO ERNESTO GARCÍA

Cirujano general Subespecialista en laparoscopia
3148904652
Medellín Antioquia.

HELENA DEL SOCORRO SALAS

Médica general asistencial
3057045364
Medellín Antioquia.

Carlos Manuel Pérez Mantilla
Cirujano General
CC 91263584 de Bucaramanga
RM 6790-94 MSP