

**SEÑOR
JUEZ TREINTA Y CINCO (35) CIVIL MUNICIPAL
BOGOTÁ, D.C.
E. S. D.**

**REF: PROCESO VERBAL POR RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL**

**DE: MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS
JULIAN RICARDO CUELLAR PLAZAS
RICARDO CUELLAR ROMERO
NUBIA NELLY PLAZAS OLAYA
No. 11001 2021 00226**

Respetado señor Juez:

Respetado señor;

NUBIA NELLY PLAZAS OLAYA, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 41.652.841 de Bogotá, con tarjeta profesional número 97.229 del Consejo Superior de la Judicatura, abogada en ejercicio obrando en causa propia y en nombre y representación de mi hijo **MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS**, principal afectado dentro de la presente reclamación; mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.010.202.500 de Bogotá; **JULIAN RICARDO CUELLAR PLAZAS**, (hermano), mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.010.218.508 de Bogotá y de **RICARDO CUELLAR ROMERO**, (Padre), mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.308.970 de Bogotá, domiciliados y residentes en esta ciudad, me permito proceder a descorsar el traslado ordenado por este despacho mediante auto de fecha veintiocho (28) de Mayo de dos mil veinte y uno (2021), y notificado por estado no.075 de fecha 31 de Mayo de 2021.

Para lo cual me concentrare en el rigor de cada una de las respuestas dadas por el apoderado de la pasiva, a la enumeración de los hechos y pretensiones de la demanda, sin antes manifestarme al pedimento del primer punto que trae la contestación de la demanda, sobre las pretensiones.

LAS PRETENSIONES.

Por tener la potestad de ejercer el derecho al reconocimiento de las pretensiones solicitadas en la demanda, exijo a este despacho aceptarlas, porque no le asiste

razón al demandado para suplicar su negación. La declaratoria de Responsabilidad extracontractual a cargo de la Clínica Marly S.A.; se hace vital toda vez que está no cumplió con todas las obligaciones y aplicaciones de la LEX ARTIS, atentando contra la vida del paciente **MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS**.

HECHOS:

1- Esté hecho fue admitido, las manifestaciones adicionales hechas por el apoderado de la pasiva, constan en la historia clínica.

2- Este hecho debe tenerse como admitido ya que sus declaraciones negativas son contrarias a la realidad.(Art. 97 CGP). A pesar de la manifestación hecha por el apoderado de la pasiva, en la que no admitió, deniega y rechazó el hecho; lo está **ACEPTANDO**, cuando afirma en este punto, que el paciente se le valoro y espero una hora y 47 minutos para ser atendido. Como es de público conocimiento que la atención en urgencias en una clínica no se produce de forma inmediata, -tan pronto llega el paciente-,salvo que sea de vida o muerte, me ratifico entonces que la llegada a la Clínica fue entre 11am. y las 11:30 am. Por lo tanto a las 14:21, que fue atendido son tres horas. Las demás manifestaciones hechas por el apoderado de la pasiva, constan en los documentos anexados.(HISTORIA CLINICA).

3-Esté hecho fue admitido, y lo confirma el apoderado con la mención a la historia clínica.

4- Esté hecho fue admitido, y lo confirma el apoderado con la mención a la historia clínica.

5- Esté hecho fue admitido, y lo confirma el apoderado con la mención a la historia clínica.

6-- A las 00:05 estaba el medico dando de alta al paciente, afirmación que obra a (folio 12.1) del acápite de pruebas. A las 00:20 la enfermera NATALIA ESTHER ALVAREZ MUÑOZ le estaba retirando los líquidos al paciente, como consta a (folio 14) del acápite de pruebas. A las 01:09:55, nos estaban entregando el recibo de caja para ir a pagar, como consta en el (folio 24) del acápite de pruebas. Por lo tanto me ratifico en este aspecto contenido en hecho 6 de la demanda..

Manifiesta el apoderado de la pasiva, en su respuesta, que el paciente "Cuellar Plazas **no tenía, ni presentaba aumento del dolor abdominal**", pero a renglón seguido manifiesta que: " el Dr. Felipe Casas Jaramillo expresa Abdomen: blando, depresible **con leve dolor en epigastro e hipocondrio derecho** sin signos de irritación peritoneal". Por lo tanto, la primera afirmación carece de veracidad, porque se infiere de la manifestación expresada por el médico, que **SÍ tenía dolor** y Si se presentaba dolor leve al momento de darle de alta, por lo que formulo analgésicos.

Este hecho debe tenerse como admitido ya que sus declaraciones negativas son contrarias a la realidad.(Art. 97 CGP).

Pretende el apoderado de la pasiva, desvirtuar la manifestación contenida en el Registro de la historia clínica del 09/01/2018, 00:02 hecha por Dr. Felipe Casas Jaramillo en donde expresa: “ Abdomen: blando, depresible **con leve dolor en epigastro e hipocondrio derecho** sin signos de irritación peritoneal”, (obrante a folio 12). Cuando afirma (en este primer párrafo), que: “debido a su evolución-no aumentó del dolor y tolerancia a la vía oral- se decide dar egreso con impresión diagnóstica de Colitis y Gastroenteritis”, en franca contradicción con lo dicho por el médico, y que consta en la historia. (FOLIO 12). Este hecho debe tenerse como admitido ya que sus declaraciones negativas son contrarias a la realidad.(Art. 97 CGP).

Pretende el apoderado de la pasiva desvirtuar el reporte de la ecografía con afirmaciones que no contiene el reporte (HALLAZGOS) de ultrasonografía – RADIOGRAFIA, obrante a (folio 14, acápite de pruebas), y por el contrario dentro de los hallazgos de la ecografía, Sí se evidencia la certeza de no haberse logrado identificar el apéndice cecal. En este sentido, el apoderado de la pasiva miente al pretender confundir los hallazgos de la ecografía. Este hecho debe tenerse como admitido ya que sus declaraciones negativas son contrarias a la realidad.(Art. 97 CGP).

Con respecto al tiempo de observación en la evolución del dolor, no es cierto que haya sido de doce horas (12), fue de nueve (9) horas y 44 minutos. Desde las 14:21 hasta las 00:05, en que el médico le dio de alta, (obrante a folios 10, y 12.1). Del acápite de pruebas. Esta también es una declaración falsa porque va en contra de la realidad evidenciada en la historia clínica. Hecho que debe tenerse como admitido.(Art. 97 CGP).

Con respecto a la manifestación que: “la atención estuvo acorde con los estándares de calidad descritos en la literatura médica y contenidos en la GUIA DE MANEJO CODIGO: GM-UR-012 **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO** VERSION: 1 FECHA EMISION: 10/05/2018”, me permito señalar en primer lugar que la nominación de esta guía, no corresponde a la nominación evidenciada en la guía que el apoderado anexa con la contestación de la demanda. La guía que anexa corresponde al CODIGO: FT-GC-003 VERSION: 1 FECHA 17/05/2017. DE LA CLINICA MARLY. Llamada **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABADOMINAL AGUDO**. Y a esta Guía me refiero a continuación para demostrar que No es cierto que la atención estuvo acorde con los estándares de calidad que afirma la pasiva, muy por el contrario expondré las negligencias que estructuran el derecho y las pretensiones reclamadas:

6.1- La CLINICA MARLY, a través del cuerpo médico que atendió al paciente

MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS omitió la obligación de precisar:

6.1.1 “la localización predominante del dolor, evaluando los signos clínicos más significativos como es el signo clínico DE COPE (del psoas), que se refiere al aumento del dolor en fosa iliaca derecha al realizar la flexión activa de la cadera derecha, signo que tiene un significado clínico Sugestivo de Apendicitis”.

6.1.2 Igual omisión cometió LA CLÍNICA MARLY S.A al no evaluar “el signo clínico OBTURADOR, que se refiere al dolor provocado en el epigastrio al flexionar el muslo derecho y rotar la cadera hacia dentro que también tiene un significado clínico Sugestivo de Apendicitis” Las anteriores declaraciones corresponden a los procedimientos más frecuentes en pacientes con dolor abdominal agudo que ilustra la **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A.** tabla número 1. Vista en las páginas 8 y 9. Procedimientos que NO le realizaron al paciente, no consta en la historia clínica.

6.2- “Cuando clínicamente sospecha el médico una condición NO urgente, pero con los leucocitos por encima de 15.000, hay que sospechar una condición urgente”. Recomendación 2. Página 10, tercer párrafo. Al paciente le tomaron una serie de exámenes clínicos, dentro de los cuales se cuenta un Hemograma con Leucocitos 16.400, con neutrofilia creatinina 072, (obrante a folio 11.1 acápite de pruebas), que demuestra que existía una infección en su organismo. El médico desconoció esta recomendación, y sin embargo le dio de alta, (folio 12.1 y 18) del acápite de pruebas. Condición que se cumplía en el cuerpo del paciente para haberlo tenido como una condición urgente. Se omitió.

6.3- “La evaluación clínica combinada con la TAC, identifica correctamente una causa urgente”. Página 11 último párrafo. No se practicó este examen.

6.4- “Cuando el informe ecográfico es negativo o no concluyente, se debe realizar un TAC, en pacientes con dolor abdominal agudo”. Página 12 primer párrafo. Condición que cumplía el reporte (hallazgos), de la ecografía practicada al paciente. Los resultados de la Ecografía total, obrante a (folio 14) del acápite de pruebas, donde se indica que “se realizó exploración ecográfica de la fosa iliaca derecha **sin lograr identificarse el apéndice cecal**”. Informe no concluyente. Condición que cumplía el paciente, y sin embargo No se practicó el examen del TAC.

6.5-“En la recomendación número 10, se observa que si hay fiebre, leucocitosis y presentación clínica clásica o atípica para apendicitis en adultos y adolescentes. El procedimiento radiográfico: TAC de abdomen y pelvis con contraste”. Página 14. Condiciones que se cumplían en el paciente, si el médico hubiera tenido el debido cuidado de considerar que podría ser una presentación atípica para apendicitis (folio 11.1, leucocitosis). Acápite de pruebas. No se practicó el examen.

6.6- “En la recomendación 12, se observa que si hay fiebre, leucocitosis, posible apendicitis”. Pag.14. último párrafo. Condición que se cumplía en el paciente, (folio 11.1, leucocitosis) Acápite de pruebas. No fue atendida esta recomendación.

6.7- “Recomendación 16, se observa Paciente con fiebre, dolor abdominal no localizado, sin cirugía reciente: Procedimiento Radiográfico: TAC de abdomen y pelvis con contraste”. Página 15 cuarto párrafo. Condición que se cumplía en el paciente, no tenía cirugía reciente. No se practicó este examen.

6.8- El diagnóstico dado al paciente MARTIN OLIVERIO CUELLAR, fue COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS. NO ESPECIFICADAS, **(en estudio)**. En la página 17, párrafo segundo de la GUIA **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A**, dice: “Cuando no es posible establecer un diagnóstico, después de realizar una historia clínica y un examen físico detallado....., se utiliza el término “dolor abdominal inespecífico”. Estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente,..... y revisión por consulta prioritaria al día siguiente”. Conducta que no fue observada por el médico. NO EXISTIO la programación de una cita prioritaria, ordenada para el día siguiente.

6.9- La recomendación 19, dice: “Cuando sospechamos que el cuadro clínico no es una urgencia, este paciente puede ser dado de alta, con reevaluación al día siguiente”. Página 18, párrafo dos. Consideración que podría haber sido observada por el médico, en ese momento, sin embargo NO EXISTIÓ la programación de una cita prioritaria, ordenada para el día siguiente.

6.10-En la página 18, párrafo último, alerta, la GUIA **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A**, menciona que: “La apendicitis es una de las causas más comunes de intervención quirúrgica.

“En pacientes en quienes se sospecha apendicitis aguda, y se encuentra leucocitosis con neutrofilia, da un valor predictivo positivo cercano a **95%**. Si se acude a imágenes diagnósticas y estos estudios son negativos, estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente, con instrucciones y revisión por consulta prioritaria al día siguiente”. (lo resaltado es fuera del texto), Página 19 párrafo primero. El paciente cumplía con estas condiciones, le tomaron una serie de exámenes clínicos, dentro de los cuales se cuenta un Hemograma con Leucocitos 16.400, con neutrofilia creatinina 072, (obrante a folio 11.1 acápite de pruebas). Sin embargo NO EXISTIÓ la programación de una cita prioritaria, ordenada para el día siguiente.

6.11- Recomendación 20 dice: " En adultos en los que se sospecha apendicitis aguda, se debe realizar un TAC de abdomen y pelvis.....". Página 19, párrafo último. Al parecer el médico, ni siquiera contemplo esta posibilidad. No se practicó este examen.

6.12- En pacientes con dolor de duración mayor a 12 horas compromiso sistémico (fiebre, taquicardia), leucocitosis.....Estos pacientes deben hospitalizarse, recibir líquidos venosos, antibióticos y analgesia". Página 21, párrafo tres. Condiciones que cumplía el paciente, tenía más de doce horas de dolor, (36 horas). Obrante a (Folio 11.1). Sin embargo el médico no cumplió con esta conducta.

6.13- "Para la implementación de la presente guía se deberán contemplar los siguientes aspectos:

- Debe establecerse una consulta prioritaria, de tal manera que pueda garantizar la revisión en 24 horas, de aquellos pacientes que consultan al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo y son dados de alta.

- Asegurar que estos pacientes si son dados de alta, tengan asignada una cita por consulta prioritaria....." . Página 37, último párrafo.

El paciente cumplía esta condición. Sin embargo, NO EXISTIÓ la programación de una cita prioritaria, ordenada para el día siguiente.

6.14- Ahora bien, con respecto a la atención del día 10 de Enero de 2018. LA CLINICA MARLY S.A. NO DIÓ CUMPLIMIENTO a lo establecido en el artículo 4, Parágrafo único. De la Resolución número 00005596 del 24 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social. Objetivos del TRIAGE. Que dice: " En ninguna circunstancia el Triage podrá ser empleado como mecanismo para la negación de la atención en urgencias". Ministerio de Salud y Protección Social, página dos, de los anexos arrimados por el apoderado de la pasiva.

Prueba de la Negación a la atención del paciente MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS, obrante a (FOLIO 19) del acápite de pruebas. Solicito se tenga como Prueba de confesión para confirmar la negación de la atención en urgencias del día 10 de Enero de 2018, la manifestación hecha por el apoderado de la pasiva en el numeral 12 de la contestación de la demanda que dice: "por el hecho de la atención brindada en su primer ingreso y la cancelación de los servicios prestados en esa oportunidad no le daba derecho al paciente para exigir su atención en urgencias de la IPS de mi representada sin cumplir con las exigencias para su nueva atención de reingreso ya por cuenta propia o por cuenta de una aseguradora de salud o EPS" .

6.15- Igualmente LA CLINICA MARLY S.A violó los preceptos legales contemplados en la Ley 1751 de 2015, que prohíbe la negación de servicios de salud cuando se trata de una urgencia vital. parágrafo 1, pues se trataba de un paciente con temperatura de 39.1, dolor intensidad 9, localizado al lado derecho, TRIAGE 3, (obrante a folio 20). Acápite de pruebas de la demanda, y prueba de la Negación a la atención del paciente MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS, obrante a (FOLIO 19) del acápite de pruebas.

TREIGE III

6.16- “Son pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa”. Categorización según TRIAGE, de la CLINICA MARLY S.A. Página 4, parágrafo dos, de los anexos arrimados por el apoderado de la pasiva. La CLINICA MARLY, NO actuó de acuerdo con esta obligación, toda vez que negó la atención al paciente, obrante a (FOLIO 19) del acápite de pruebas.

6.17- Violación de la Ley 1751/15 artículo 10, numeral dos. *“Toda persona paciente tiene derecho a recibir la atención de urgencia que se requiera con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.* La negligencia ejercida por parte de la CLINICA MARLY S.A., (Trabajadora Social el día 10 de enero de 2018), quien negó rotundamente la atención por factores económicos, obrante a (FOLIO 19) del acápite de pruebas. Desconociendo la obligación de prestar una garantía como lo señala la **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A. (Pagina 37)**

6.18- Ley 1751 de 2015, que regula la protección al derecho fundamental de la salud. artículo 14, parágrafo 1. **Prohibición de la negación de prestación de servicios tecnologías y de salud, no se requiere de ningún tipo de autorización administrativa, cuando se trata de una urgencia vital.** (Paciente con temperatura de 39.1, dolor intensidad 9, localizado al lado derecho, TRIAGE 3). (obrante a folio 20). Acápite de pruebas de la demanda. Artículo que también fue violando por la Clínica MARLY. obrante a (FOLIO 19) del acápite de pruebas.

6.19- La negligencia ejercida por parte de la CLINICA MARLY S.A., a través de su trabajadora social o jefe de turno el día 10 de enero de 2018, quien negó

rotundamente la atención por factores económicos, como se puede inferir de la NOTA RESTROPECTIVA, obrante a folio 19 del acápite de pruebas de la demanda, donde la entrevista con la jefe de turno, se basó en reiterar que sin pago no habría atención. Ni siquiera aceptar una propuesta u opción de pago posterior a la atención médica, con el agravante que era un paciente que había sido atendido por consulta de urgencia el día anterior, la cual había sido cancelada oportunamente, (\$1.200.000) más su atención no había sido satisfactoria porque no se veía mejoría, al contrario empeoraba su salud. Para cumplir con lo establecido por la **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABADOMINAL AGUDO**. “ se deberán contemplar los siguientes aspectos:

- Debe establecerse una consulta prioritaria, **de tal manera que pueda garantizar la revisión en 24 horas, de aquellos pacientes que consultan al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo y son dados de alta.**” Lo subrayado es fuera de texto. La súplica de atención que solicitaba la actora (madre), para la atención de su hijo, estaba en consecuencia de a obtener una garantía mínima en la atención prestada el día anterior. Pero la respuesta de la trabajadora social fue “váyase si no tiene plata”.

6.20- Otras imprudencias y descuidos que saltan a la vista y hacen parte de la negligencia médica, al estudiar la historia clínica del paciente es la que se observa a las 23:55 del día 8 de Enero de 2018 , el médico ordena: “inicio de vía oral y según tolerancia se definirá egreso”, y a las 00:02 , ósea a los siete minutos de la anterior visita, considera que se puede continuar el manejo ambulatorio. Y procede a dar de alta, con un diagnostico en estudio, (no había certeza), con un hemograma con leucocitosis (16.4000), con neutrofilia,(072), desconociendo que la ecografía no había logrado identificar el apéndice cecal, actuando con imprudencia al dar de alta a un paciente con un dolor abdominal del cual no se tiene certeza de su origen, y aplicando analgésicos que de alguna manera enmascaran el dolor complicando sus consecuencias, y no ordenando una cita prioritaria al día siguiente como lo dispone el mismo protocolo o guía de manejo del dolor abdominal de la CLINICA MARLY S.A.

7- Precisamente si había duda diagnóstica abdominal compleja, como lo afirma el apoderado de la pasiva, razón de más para censurar el actuar del médico al no ceñirse a lo recomendado en la guía **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A,** en sus recomendaciones contenidas en las páginas: 17,18,19 antes explicadas. Por qué su periodo de observación fue tan corto, cuando el caso justificaba un periodo de observación más largo?. (9horas 44minutos) inferior a lo estandarizado. Por qué se ordenaron analgésicos por tres días. La buscapina es un analgésico, igual que el butilbromuro de hiosina más dipirona, medicamentos más utilizados en los servicios hospitalarios, como analgésicos para el dolor, pero aclaro esta

aseveración, la baso en la experiencias personales, más solo puede ser confirmada por un especialista,

8- No es cierto que el periodo de observación haya sido de 12 horas como lo anote anteriormente, fue de 9 horas 44 minutos. No es cierto que se hayan tomado las conductas pertinentes, toda vez que se desconoció la conducta a seguir con los resultados de la toma de paraclínicos sugerida por la propia **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A** que dice: “La apendicitis es una de las causas más comunes de intervención quirúrgica. En pacientes en quienes se sospecha apendicitis aguda, y se encuentra leucocitosis con neutrofilia, da un valor predictivo positivo cercano a 95%. Si se acude a imágenes diagnósticas y estos estudios son negativos, estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente, con instrucciones y revisión por consulta prioritaria al día siguiente. Página 19 párrafo primero. El paciente cumplía con estas condiciones como se puede probar en los (folio 11.1,y folio 14) acápite de pruebas con estas condiciones No existió una cita prioritaria para el otro día.

Las afirmaciones del apoderado de la pasiva reafirman que evidentemente hubo negligencia en los procedimientos de los médicos, no puede justificar, poner en peligro la vida del paciente, con argumentos como: “que la evolución de la enfermedad fue muy lenta, que la ubicación del apéndice no era el más frecuente, que se trataba de una masa inflamatoria, que era por asas del intestino delgado”. El desconocimiento de la ciencia médica no justifica su mala práctica, máxime cuando existe un protocolo específico para tratar el dolor abdominal en urgencias, con bastante orientación y precisas recomendaciones.

Los argumentos con los que pretende el apoderado de la pasiva justificar el descuido e imprudentes conductas son demeritados por la propia **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A**, toda vez que en está se advierte del procedimiento indicado, cuando se tiene un caso difícil de diagnostica., En la página 17, párrafo segundo de la **GUIA DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A**, dice: “Cuando no es posible establecer un diagnóstico, después de realizar una historia clínica y un examen físico detallado....., se utiliza el término “dolor abdominal inespecífico”. Estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente,..... y revisión por consulta prioritaria al dia siguiente” “Cuando clínicamente sospecha el médico una condición NO urgente, pero con los leucocitos por encima de 15.000, hay que sospechar una condición urgente”. Recomendación 2. Página 10, tercer párrafo.

9- Este hecho fue admitido por el apoderado parte pasiva.

10- Este hecho debe tenerse por admitido toda vez que las declaraciones negativas del apoderado de la pasiva, no tienen un sustento factico, y por el contrario tienden a confundir la labor de la justicia, sus afirmaciones terminan dando la razón a hechos negados. Como decir que: “ la detención del plastrón apendicular es mucho

más difícil y el diagnóstico más complejo ya que se hace evidente tardíamente”, es una manifestación de aceptación al hecho de haber emitido un diagnóstico errado. Como también de la nota de la jefe de turno a la cual hace referencia el apoderado de la pasiva, no se puede concluir conducta diferente a la de ENTENDER la negación absoluta a la atención por urgencias del paciente MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS. Cómo más se puede entender que: “SE EXPLICA EN REPETIDAS OCASIONES EL CONDUCTO REGULAR CUANDO EL PACIENTE ES PARTICULAR CON CAPACIDAD DE PAGO”, si no es que se infiere: que paga o no hay atención. Y sí efectivamente la madre del paciente estaba airada porque no quisieron entender razones a las suplicas que se hicieron. Actuaron con indolencia y arrogancia, solo exigían que había que pagar para ser atendido, desconociendo las condiciones de salud en que se encontraba su hijo, por culpa del mal diagnóstico., por el que se pagó más millón doscientos pesos, el día anterior, y desconociendo lo establecido en su GUIA **DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO, de LA CLÍNICA MARLY S.A**

11- Me ratifico en estas afirmaciones, que Sí hubo un mal diagnóstico
Y un tratamiento médico errado.

11.1 Diagnóstico de la CLINICA MARLY: COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSA, NO ESPECIFICADA.

11.2 Diagnóstico de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E.: **PERITONITIS LOCALIZADA, APENDICITIS GANGRENOSA EMPLASTRONADA, PERFORADA**

11.3 Tratamiento errado (Obrante a folio 18, BUSCAPINA, SIMPLE, 10MG GRAGEA, PLASIL , por tres días).

El retiro de la Clínica obedeció a la negación en la atención de la urgencia, no se podría comprender de otra manera. Pues cómo es que alguien asiste a una clínica buscando atención por una emergencia vital, como ha quedado establecido a lo largo de esta exposición, y por mera voluntad propia decide abandonar el lugar, sin lograr obtener atención. Y prefiera irse a recorrer la ciudad con un dolor insoportable, de intensidad 9, con fiebre de 39.6. obrante a folio 42, acápite de pruebas

12-Hecho que debe tenerse por aceptado. El apoderado de la pasiva confirma en esta contestación que efectivamente LA CLINICA MARLY, NO LE IBA A PRESTAR ATENCIÓN EN URGENCIAS. Porque el MILLON DOCIENTOS MIL PESOS QUE HABÍA CANCELADO EL DÍA ANTERIOR, NO LE DABA DERECHO A EXIGIR ATENCIÓN EN URGENCIAS.

Es decir que por la salud que había comprado el día anterior, ya no tenía garantía; sí le había salido mala la compra y quería volver a comprar salud, tenía que volver

a pagar, eso ni en la compra de un electrodoméstico, porque sí sale malo, tiene derecho el consumidor a cobrar la garantía.

Solicito se tenga como Prueba de confesión para confirmar la negación de la atención en urgencias del día 10 de Enero de 2018, la manifestación hecha por el apoderado de la pasiva en este numeral (12), de contestación de la demanda que dice: “ por el hecho de la atención brindada en su primer ingreso y la cancelación de los servicios prestados en esa oportunidad no le daba derecho al paciente para exigir su atención en urgencias de la IPS de mi representada sin cumplir con las exigencias para su nueva atención de reingreso ya por cuenta propia o por cuenta de una aseguradora de salud o EPS” .

13- Pues bien con esta conducta la CLINICA MARLY viola el artículo 10 de la Ley 1751/15, numeral dos. *“Toda persona paciente tiene derecho a recibir la atención de urgencia que se requiera con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.* La negligencia ejercida por parte de la CLINICA MARLY S.A., (Trabajadora Social el día 10 de enero de 2018), quien negó rotundamente la atención por factores económicos. (FOLIO 19) acápite de pruebas, y las demás pruebas que se han venido despejando con esta contestación de demanda, y que solicito a este despacho tener como hechos confesos.

14-Incisto no fue una decisión voluntaria el abandonar la Clínica, fue forzada por la conducta negligente de la Clínica. Qué razón tendría actuar de esa forma si la Clínica hubiese ofrecido o aceptado una opción de pago posterior a la atención. No es razonable haber abandonado la Clínica si no fuera porque nos vimos abocados hacerlo, de lo contrario hubieran sido más lamentables los hechos.

15- La historia clínica del Hospital CENTRO ORIENTE es la evidencia de este hecho. Obrante en el acápite de pruebas.

16-Me ratifico en este hecho, y se probara con los testimonios médicos.

17-Así fueron las circunstancias de este hecho, y se probara con los testimonios

18-Me ratifico en este hecho, y se probara con los interrogatorios a la parte.

19- Falta a la verdad el apoderado de la pasiva, porque siempre fue atendido en esa clínica, hasta los 25 años, por ser beneficiario del servicio de salud del SENA, y el sistema de archivo lo confirma.

EXCEPCIONES.

III- *“Falta e inexistencia de causal e ilegitimidad de las pretensiones invocadas por la parte actora frente a la Clínica Marly S.A. y cumplimiento de sus obligaciones legales y /o contractuales adquiridas para con Martin Oliverio Cuellar Plazas o quien haga sus veces o sus derechos representante”*

3.1- Oposición a la cual no me pronuncie al respecto, porque no está en discusión los permisos que tenga o no tenga la Clínica para su funcionamiento.

3.2- No es cierto, como quedo expuesto anteriormente, la Clínica No prestó la atención médica debida con base a la GUIA DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL DE LA CLINICA MARLY S.A., la cual se identifica con muchos de los protocolos que se implementan en diferentes clínicas del país. Por lo tanto, son evidencias reales que prueban el incumplimiento con sus obligaciones legales y contractuales. Razones que están llamadas a sustentar la existencia inequívoca de causa legítima para invocar las pretensiones demandadas.

3.3- Considero que lo manifestado en este punto carece de relevancia frente a los hechos planteados en la demanda; pues en ningún momento se ha negado que MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS asistió a la Clínica de manera particular.

3.4- Continúa el apoderado de la pasiva reiterando declaraciones falsas, tendientes a confundir, entre ellas las siguientes:
- *“Al presentar mejoría el paciente y haber pasado 12 horas de observación con mejorías...”*. Esta declaración es falsa, ya que según la evidencia en el hecho 7 de este documento, el tiempo de observación del paciente fue de nueve horas y cuarenta y cuatro minutos (9 horas y 44 minutos).
- *“... mejorías del cuadro y paraclínicos **negativos** para apendicitis se le dio egreso...”*. Esta mención también es FALSA, ya que en los paraclínicos se encontraron leucocitosis con neutrofia, evidencia de infección (folio 11.1 acápite de pruebas), por lo cual la manifestación expresada por el apoderado de la pasiva es contraria a la realidad. De este modo, el apoderado de la pasiva pretende desvirtuar la declaración del médico, que obra en la historia clínica (folio 12, acápite de pruebas).

3.5- Continúa el apoderado de la pasiva refiriéndose a hechos, ya contestados en el traslado de la demanda, a los cuales ya me referí.

3.6- Son manifestaciones ya reiteradas, que de ninguna manera pueden tener asidero para justificar, una presunta ausencia de causa, en la reclamación de las pretensiones que se vislumbran nacer de un perjuicio ilegítimo ocasionado en la humanidad de MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS, y cuyas consecuencias afectaron tanto su integridad física, emocional y su dignidad humana, como la de su familia. El padecimiento al que estuvo sometido durante 69 horas, solo se puede

asimilar a un intento de homicidio. Existen estudios científico-médico, que han comprobado que el tiempo máximo de evolución preoperatorio de la enfermedad antes de presentar un shock séptico, es de 72 horas, como lo muestra Fernández, Z.R (2009) (**Figura 1**) (1).

Tabla 3. Pacientes según tiempo de evolución preoperatoria y forma histopatológica de la apendicitis

Tiempo de evolución preoperatoria (h)	Formas histopatológicas								Total	
	Catarral		Supurada		Gangrenosa		Perforada		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
0 - 12	2	2,4	13	3,5	-	-	-	-	15	2,7
13 - 24	24	28,2	67	18,0	6	8,2	-	-	97	17,3
25 - 36	13	15,3	74	19,8	15	20,5	3	8,3	105	18,8
37 - 48	23	27,1	128	34,3	18	24,7	15	58,3	184	32,8
49 - 60	3	3,5	21	5,6	8	11,0	-	-	32	5,7
61 - 72	4	4,7	16	4,3	7	9,6	3	8,4	30	5,3
Más de 72	16	18,8	54	14,5	19	26,0	8	25,0	97	17,4
Total	85	100,0	373	100,0	73	100,0	29	100,0	560	100,0
Mediana	39		40		50		51		45	
Porcentaje	15,2		66,6		13,0		5,2		100,0	

p < 0,01
Fuente: Historias clínicas.

Figura 1. Cuadro recuperado del artículo Fernández, Z. R. (2009). Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía

3.7- Obligaciones de Medio: Efectivamente la Clínica incumplió con no observar un especial cuidado, no haber tenido la prudencia y diligencia requerida con miras a alcanzar su fin como medio para obtener la mejor atención pretendida. Y no exponer al paciente a riesgo de perder la vida, como se puede observar en los estudios científicos expuestos en el numeral inmediatamente anterior.

La Clínica a través de su cuerpo médico, tenía la obligación de conocer concienzudamente todo lo referente al arte médico, y utilizar todos los recursos de alta complejidad para haber realizado su mejor gestión.

3.2- Ausencia de responsabilidad a cargo de la Clínica Marly.

Solicito al despacho ignorar esta excepción, ya que precisamente la clínica fue irresponsable frente a la observación de protocolos, postulados de la lex artis, conocimientos y demás mandatos legales ya explicados durante el desarrollo del presente traslado.

4-.2.3- Exhibición de documentos: Con respecto a la solicitud de la historia Clínica, del hospital CENTRO ORIENTE, me permito remitir al apoderado a los folios del 26 al 56 de los anexos de la demanda, donde podrá responderse las preguntas que a bien tenga. Sin embargo, solicité la historia nuevamente a la entidad correspondiente donde reposa la misma, y solo entregaron dos folios, los cuales anexo con el presente traslado y el documento que contiene el resultado de la biopsia.

SOPORTES A LAS PRETENCIONES DEMANDADAS.

A continuación, expondré algunos puntuales resultados en estudios guías encontrados sobre el manejo del dolor abdominal.

- *Evaluación de escalas diagnósticas en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis.* Sanabria Alvarado y colaboradores 2007. (2)

Con este pequeño análisis, solo pretendo dar soporte a la inexistencia de justificaciones para no haber procedido con prudencia y cuidado frente a la atención que demandaba el paciente MARTIN OLIVERIO CUELLAR PLAZAS.

“Los pacientes con cuadros sugestivos de apendicitis, de acuerdo con la clínica que manifiestan, se presentan en tres escenarios diferentes que condicionan diversas probabilidades de presentar la enfermedad (probabilidad alta, intermedia y baja). Así, algunos pacientes se presentan clínicamente con un cuadro característico y evidente que requiere cirugía inmediata. Otros, en menor porcentaje, pueden excluirse y ser dados de alta con una probabilidad teórica mínima de desarrollar una apendicitis aguda de forma ambulatoria.

Sin embargo, en el medio existen otros pacientes con características clínicas dudosas o bizarras, en quienes es necesario el apoyo de exámenes paraclínicos e imaginológicos y un tiempo prudente de observación, que incluye por excelencia la evaluación periódica del cirujano, y, en un buen número de los casos, la repetición de exámenes diagnósticos”. Página 420.

“De los 101 pacientes sometidos a observación, 47,5% (n=48) se llevó a cirugía. En este grupo el tiempo promedio de observación fue $10 \pm 5,3$ horas (rango, 1-24). Se utilizó en el 54,7% ecografía pélvica, tomografía axial computarizada en el 32,5% y hemograma de control en el 33,7%. Los 53 pacientes restantes fueron dados de alta”. Página 422

“Por lo tanto, el hecho de no presentar la sintomatología clásica no excluye la probabilidad diagnóstica de apendicitis y justifica los períodos de observación.”
Página 426.

- *Guía de atención integral en salud. Guía de abordaje del paciente con dolor abdominal (3)*

Con el fin de indicar a este despacho cómo en otros protocolos de salud aplicados a clínicas del país, en las unidades de urgencia se observan las mismas o similares recomendaciones que se encontraron en la GUIA DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL DE LA CLINICA MARLY S.A. y que no fueron tenidas en por el cuerpo médico de la clínica en la atención al paciente Martin Oliverio Cuellar Plazas.

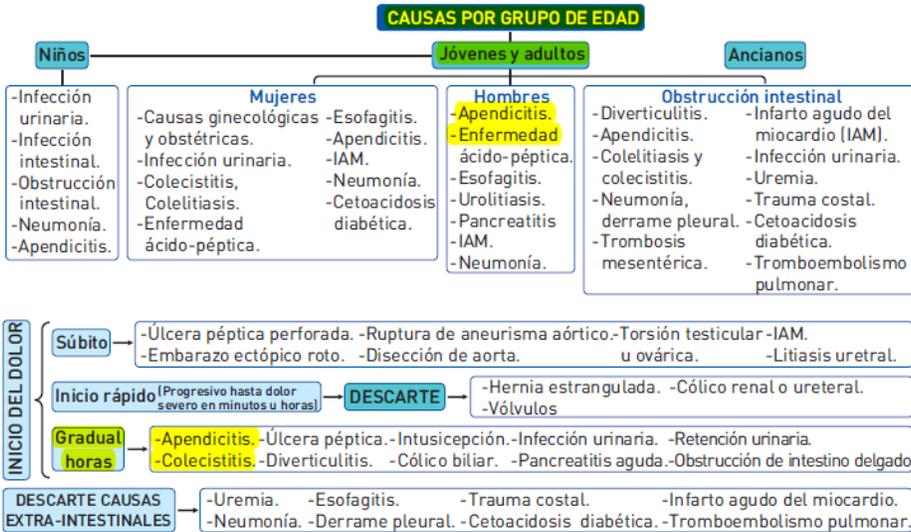
A continuación, se encuentran señaladas en color amarillo, los síntomas y condiciones que presentaba el paciente, y que igual forma se sugieren para el manejo de la apendicitis.

Guías de atención integral en salud

Guía de abordaje del paciente con dolor abdominal

Fecha: Agosto de 2010

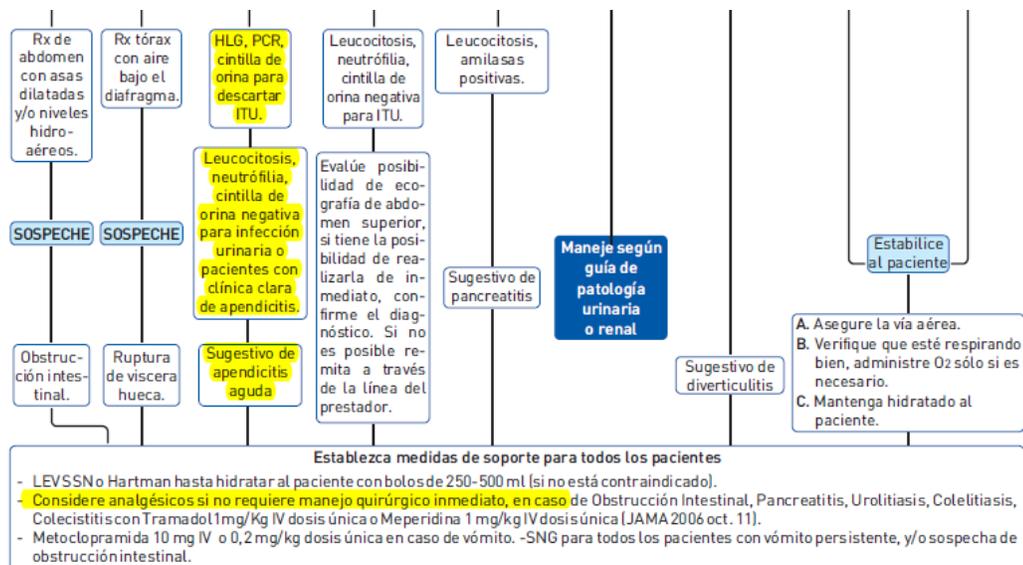
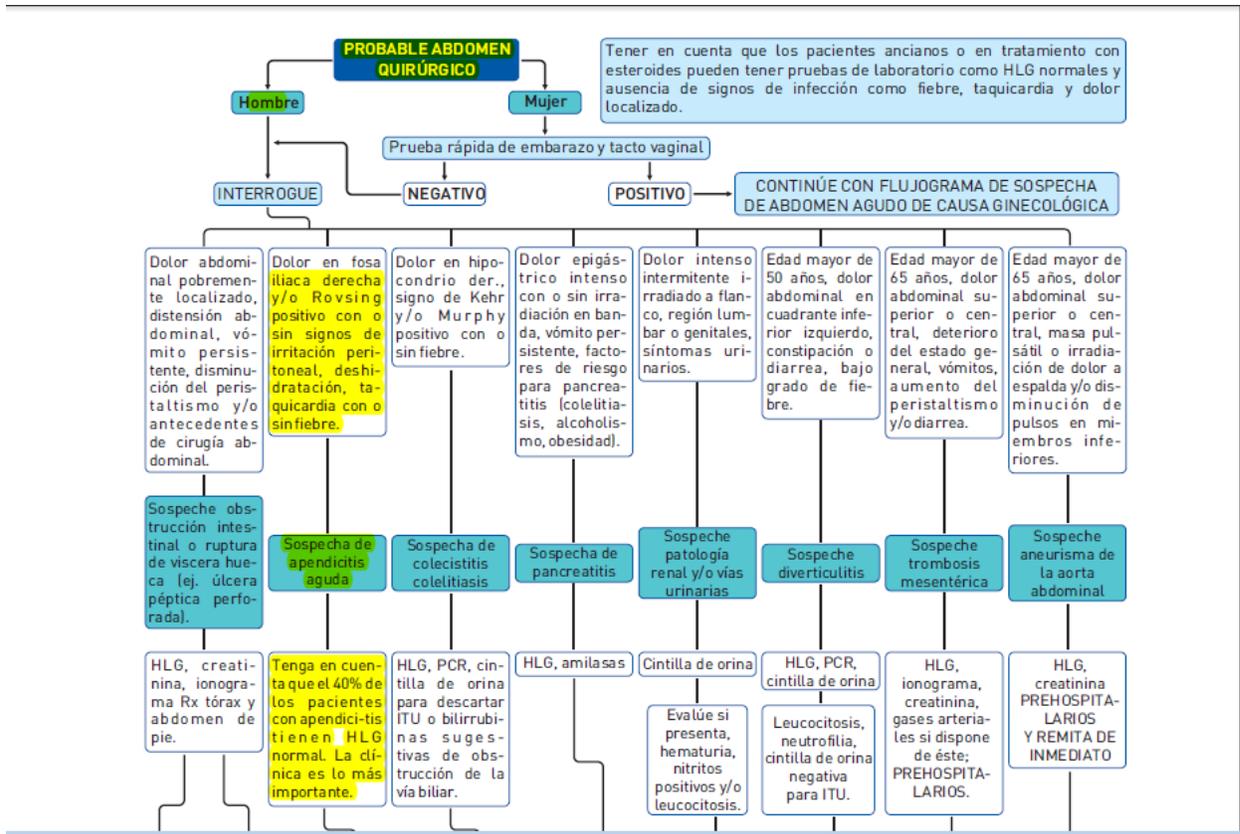
Dolor de comienzo rápido acompañado generalmente de síntomas gastrointestinales y de compromiso variable del estado general. Generalmente de menos de 6 horas de evolución. (Constituye el 10% de las urgencias).



ABORDAJE DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

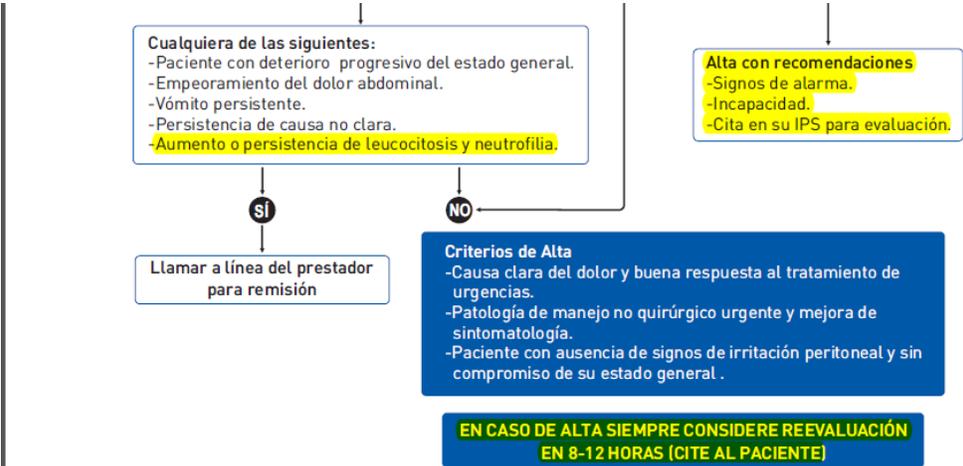
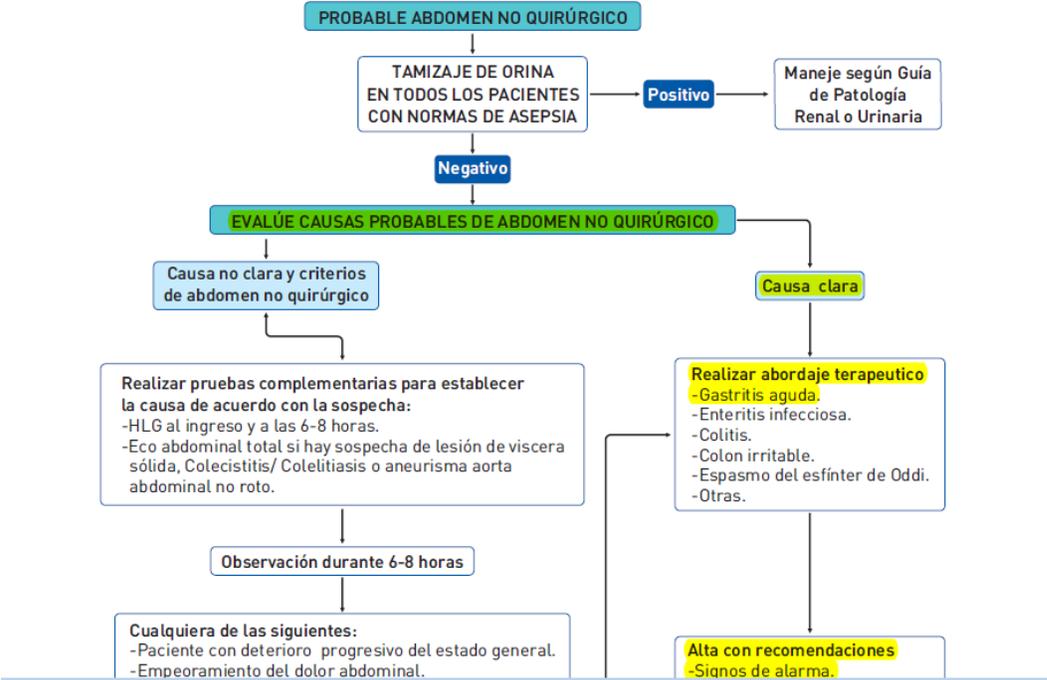
INTERROGUE		
<p>Características del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tiempo de inicio. -Localización. -Irrradiación. -Duración. -Intensidad (en escala de 1-10). 	<p>Tipo de dolor: (cólico, punzada, peso, ardor).</p> <p>Factores modificadores: (ingesta de alimentos, cambios de posición, marcha).</p>	<p>Síntomas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gastrointestinales. -Cardiovasculares. -Respiratorios. -Urológicos. -Ginecológicos.
<p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Quirúrgicos. -Ingesta de tóxicos. -Medicación actual. -Última ingesta oral. -Gineco-obstétricos. -Hábitos intestinales. 		

EVALÚE	
<ul style="list-style-type: none"> -Estado general del paciente, signos vitales completos. -Frecuencia respiratoria, cambios ortostáticos de PA, taquicardia. -Descarte signos de mal pronóstico: Alteración hemodinámica, alteración de la conciencia, cambios en la coloración de la piel y mucosas, ausencia de pulsos distales, dificultad respiratoria, crépitos pulmonares. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inspección: Deformidad abdominal o cicatrices. Evalúe distensión abdominal. -Ausculte: Posibles soplos, peristaltismo. -Palpe: Localización predominante de dolor, signos (Murphy, Rovsing, Kehr, Psoas, Mc Burney), masas, defensa muscular, globo vesical. -Siempre realice: Tacto vaginal en mujeres con vida sexual activa, tacto rectal en sospecha de obstrucción intestinal o patología ano-rectal.



REMITA A CIRUGÍA GENERAL A TRAVÉS DE LA LÍNEA DEL PRESTADOR

EN CASO DE ALTA SIEMPRE CONSIDERE REEVALUACIÓN EN 8-12 HORAS (CITE AL PACIENTE)



- Signos de alarma que deben ser explicados al alta:**
- Dolor abdominal intenso y/o persistente.
 - Dolor abdominal que no mejora en las siguientes 24 horas.
 - Dolor abdominal que empeora cuando tose o estornuda.
 - Sangre en la materia fecal o vómito con sangre.
 - Vómito persistente.
 - Fiebre y escalofríos.
 - Cambios del estado de consciencia.
 - Mareo o desmayo.
 - Cambios en el color de la orina.
 - Distensión abdominal.

- Guía de manejo de dolor abdominal en la Clínica del Country. Jorge Alberto Ospina Londoño (4).

Los fragmentos anteriormente relacionados, contenidos en esta guía de la Revista Médica / Clínica del Country, los resalto como prueba de la imprudencia, falta del debido cuidado, control y observación del médico, al formular analgésicos cuando aún no había certeza del diagnóstico clínico. Pues se aplicaron los analgésicos estando en la clínica y también se enviaron para el tratamiento ambulatorio.

Manejo médico

Uso de analgésicos.

Como principio general, el uso de analgésicos en el dolor abdominal en nuestro servicio debe evitarse hasta tanto no se tenga un diagnóstico y/o se haya tenido la valoración del especialista, sobre todo teniendo en cuenta que la oportunidad de respuesta del especialista en cirugía debe ser inferior a 30 minutos.

Seguimiento ambulatorio y controles.

El seguimiento clínico ambulatorio y los controles son recomendados en todos los pacientes que hayan sido dados de alta, especialmente cuando no se ha logrado tener un diagnóstico preciso confirmado. Tales controles pacientes que hayan sido dados de alta, especialmente cuando no se ha logrado tener un diagnóstico preciso confirmado. Tales controles pueden ser realizados en el Servicio de Urgencias o recomendar una consulta temprana con un especialista en consulta externa. pueden ser realizados en el Servicio de Urgencias o recomendar una consulta temprana con un especialista en consulta externa.

Signos de alerta

Todo paciente que egrese del servicio debe ser advertido de los signos de alerta que indican agravamiento de su condición que deban motivar una nueva consulta al Servicio de Urgencias. Estos deben ser consignados claramente en el formato”.

“Los analgésicos opioides están indicados cuando no se logra controlar adecuadamente el dolor o cuando existe alergia documentada a los AINE”.

“Dipirona en el tratamiento del dolor agudo.

La dipirona es un analgésico introducido a la práctica clínica en 1922. Este fármaco está indicado en el manejo del dolor intenso, especialmente en el asociado a espasmos del músculo liso que afectan los sistemas gastrointestinal, biliar y urinario”.

Qué es **Buscapina** Compositum y para qué se utiliza

“Este medicamento es una asociación de escopolamina, que posee acción antiespasmódica sobre el músculo liso de los tractos gastrointestinal, biliar y genitourinario, y metamizol sódico, **analgésico** que reduce el dolor”.

- PROSPECTO: INFORMACIÓN PARA EL USUARIO BUSCAPINA COMPOSITUM 2500 MG/20 MG SOLUCIÓN INYECTABLE. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. (5)

Con el fin de demostrar que los analgésicos aplicados tanto en el tiempo que estuvo el paciente en observación, como los ordenados en el tratamiento, tuvieron que disminuir el dolor por un corto tiempo, y esto significó la decisión del médico para dar egreso.

*Si usa más Buscapina Compositum del que debe
Síntomas*

“Debido al butilbromuro de escopolamina, podrían aparecer síntomas anticolinérgicos (tales como retención de orina, sequedad de boca, enrojecimiento cutáneo, taquicardia, inhibición de la motilidad gastrointestinal y trastornos de la visión)”

“Antecedentes”

“El dolor agudo dura un tiempo corto y a menudo se percibe poco después de la lesión. La mayoría de los pacientes a los que se les realiza cirugía presenta dolor moderado o intenso después del procedimiento. Los analgésicos se prueban al administrárselos a pacientes que presentan dolor, a menudo después de la extracción de los cordales u otra cirugía menor. Habitualmente este dolor se trata con analgésicos tomados por vía oral. Los resultados pueden aplicarse a otras formas de dolor agudo. Esta es una revisión de una serie de revisiones Cochrane que analizan la eficacia de los analgésicos”.

“La dipirona es un fármaco popular para el alivio del dolor en algunos países y se utiliza para tratar el dolor postoperatorio, el dolor tipo cólico”

- ABORDAJE DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Medicina, Luis Aristizábal (6).

Con el fin de demostrar que la observación de signos clínicos del paciente fue común en el manejo en la práctica médica, por lo que no se justifica que los médicos de la Clínica Marly, los hayan omitido.

“Signo de Blumberg: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda.

Signo de Rovsing: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda.

Signo del Psoas. Se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona. Es positivo en la apendicitis retrocecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales.

Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapélvicos, etc.”

“Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapélvicos, etc.

“ECOGRAFÍA: Sus indicaciones más importantes son la identificación de patología hepática y biliar (colecistitis, colangitis, ictericia obstructiva, procesos intrahepáticos), pancreática (aunque dificultado por la presencia de asas intestinales superpuestas), patología a nivel pélvico (tumores, abscesos, embarazo ectópico, etc.); patología urológica (litiasis renal, hidronefrosis, absceso perirrenal, etc.), identificación de colecciones líquidas (abscesos, hematomas, quistes, etc); identificación de líquido libre a nivel de espacios subfrénicos, subhepático, goteras parietocólicas y fondo de saco de Douglas.”

“TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA. (T.A.C.): Es la exploración complementaria más útil considerada individualmente;

“Todo paciente con sospecha de patología retroperitoneal y aquellos con enfermedad progresiva con diagnóstico oscuro deben ser candidatos a estudio con T.A.C”.

“PARACENTESIS, PUNCIÓN Y LAVADO PERITONEAL:

Si existen dudas puede analizarse cuantitativamente los glóbulos rojos (si $>100.000/mm^3$, indica hemorragia importante que precisa intervención quirúrgica) y los leucocitos (si $> 500/cc$ indica peritonitis”).

Este estudio de la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA sirve de fundamento para aseverar cómo el médico se orientó por un problema hepático y biliar, y descarto totalmente analizar una posible apendicitis.

- UTILIDAD DE UNA ESCALA DIAGNÓSTICA EN CASOS DE APENDICITIS AGUDA. Juan Manuel Ospina y sus colaboradores en el año 2011. Revista Colombiana de Cirujía (7)

Los siguientes argumentos me permiten presumir que la clinica tiene una auditoria especial para tratar pacientes particulares, con diferente racero, al que trata como pacientes afiliados. El interes de la Clinica al parecer es evitar costos, no importa que se corra un riezgo vital.

“Objetivo. Evaluar las puntuaciones de la escala diagnóstica de Alvarado en una serie de casos clínicos intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda. Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron los registros clínicos de 101 casos sometidos a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Duitama de enero a marzo de 2010. Para cada uno se estimó la puntuación alcanzada en la escala diagnóstica de Alvarado y se correlacionó con el resultado histopatológico, el tiempo de evolución, el sexo y la edad del paciente”.

“El diagnóstico temprano y correcto se considera, la actuación clínica más significativa para reducir la morbimortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad. No obstante, el proceso diagnóstico constituye un desafío de significativa magnitud y exige la pericia de los médicos clínicos responsables de los servicios de admisiones y de los cirujanos “.

TABLA 1

Criterios de la escala diagnóstica de Alvarado

Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado	
Criterio	Valor
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg positivo	1
Migración del dolor	1
Náuseas o vómito	1
Anorexia	1
Temperatura oral superior a 37,2 °C	1
Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm ³	2
Neutrofilia mayor de 70 %	1
Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado	
Decisión	Puntaje
Negativo para apendicitis	0-4
Posible apendicitis	5-6
Probable apendicitis	7-8
Apendicitis	9-10

Fuente: Beltrán M, Villar R, Tapia IF. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004;56:550-7.

“En relación con la capacidad discriminante de cada uno de los criterios incluidos en la escala para el diagnóstico de apendicitis aguda con puntaje igual o superior a 7, se encontró que los que resultan más significativos son: el dolor localizado en el cuadrante inferior derecho, la migración del dolor, el signo de Blumberg positivo, la leucocitosis y la neutrofilia ($p < 0,01$); los criterios de náuseas o vómito, temperatura superior a $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ y anorexia fueron menos discriminantes ($p > 0,05$)”.

“Es evidente que el diagnóstico de apendicitis aguda no reviste dificultades cuando el cuadro clínico corresponde con las definiciones clásicas de esta enfermedad, pues una completa anamnesis y un examen clínico detallado permiten llegar a él sin mayores incertidumbres 8. El método clínico constituye, sin lugar a dudas, la herramienta diagnóstica de mayor significación, pues mediante él se puede acelerar el proceso diagnóstico y reducir el tiempo de evolución preoperatoria, ya que los retardos innecesarios son causa de mayor morbilidad y mortalidad 9. Estas consideraciones ponen de relieve, en primer lugar, la necesidad sentida de un entrenamiento riguroso de los médicos generales encargados de la valoración inicial en los servicios ambulatorios y de urgencias, para que la decisión de profundizar en el análisis diagnóstico y de utilizar ayudas como las imágenes diagnósticas, o las remisiones, sean oportunas y no se supediten a la simple observación del paciente. Se reconoce como el problema más complejo el amplio espectro de manifestaciones clínicas asociadas al diagnóstico de apendicitis aguda, que incluyen síntomas y signos que en la mayoría de los casos son atípicos”.

“Concordante con el esclarecimiento que se ha adelantado sobre la fisiopatología y la historia natural de la enfermedad, se han reconocido como los síntomas más relevantes en el diagnóstico de la apendicitis aguda, el dolor localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen y la migración del dolor, ya sea en sentido mesogastrio-fosa iliaca derecha, o hacia el dorso, en los casos de localización atípica del apéndice (retrocecal), incluso en modelos de análisis multivariado 14”.

“En el ambiente hospitalario de nuestro sistema de salud, parecería primar el criterio de no incurrir en gastos adicionales y se cuestiona la utilidad práctica de las técnicas de imágenes en el diagnóstico de la apendicitis, independientemente de cuál sea el grado de certidumbre clínica en el diagnóstico. Otro aspecto importante por considerar se refiere a la conducta que se debe seguir en circunstancias en las que por períodos prolongados de observación, se mantienen marcadores o criterios diagnósticos dudosos y no se dispone de la tecnología de ayudas diagnósticas. No faltan los servicios de nivel alto de complejidad que rehúsan la remisión de los pacientes hasta tanto no se tenga certeza diagnóstica”.

“De las anteriores consideraciones se puede concluir que la escala diagnóstica de Alvarado aplicada prontamente en los servicios de valoración inicial de los pacientes, es una herramienta clínica de muy fácil aplicación en la práctica médica, que puede ser aplicada por médicos u otros profesionales de la salud no especializados, como los médicos de urgencias y de atención ambulatoria, para efectos del diagnóstico adecuado y oportuno de la apendicitis aguda”.

- Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rodríguez Fernández en el 2009. Revista Cubana de Cirugía (1).

INTRODUCCIÓN. El objetivo de la presente investigación fue identificar algunos aspectos relacionados con el diagnóstico preoperatorio de la apendicitis aguda, según variables seleccionadas, así como establecer comparaciones con los hallazgos de otros autores.

MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de 560 pacientes operados y dados de alta con el diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda. Los pacientes fueron atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba, durante el 2006.

RESULTADOS. Entre los resultados más importantes sobresalieron el predominio de los varones jóvenes con mediana de edad de 25,5 años y la preponderancia del diagnóstico clínico. La mediana del tiempo de evolución preoperatoria fue mayor en los hombres y predominaron las variedades gangrenosa y perforada, aunque la primacía correspondió a la apendicitis supurada. En los fallecidos se detectaron las formas histopatológicas más graves, y estos fueron ancianos con manifestaciones clínicas atípicas de la enfermedad.

CONCLUSIONES. El método clínico continúa teniendo una importancia capital, pues a través de él se puede diagnosticar precozmente esta urgencia tan común y reducir el tiempo de evolución preoperatoria, cuya prolongación es causa de morbilidad y mortalidad innecesarias.

La mediana de la evolución preoperatoria fue de 42 h en la posición mesocelíaca del apéndice cecal (82,1 %) y de 45 en el total, debido a que las posiciones pelviana (14,3 %) y retrocecal (3,6 %) no prolongaron significativamente el tiempo preoperatorio promedio. Con respecto a la forma histopatológica (tabla 3),

Durante el período evaluado fueron conducidos al quirófano 30 pacientes con diagnóstico preoperatorio erróneo de apendicitis aguda, excluidos de esta serie por no haberse confirmado la enfermedad durante la operación ni mediante examen histopatológico y por presentar otros dictámenes médicos.

En relación con los síntomas, se considera que el dolor debe preceder a los vómitos y la fiebre, pues de lo contrario puede dudarse acerca del diagnóstico de apendicitis

aguda. Por otra parte, aunque la demora de los pacientes en concurrir al hospital, por atribuir las primeras molestias a causas banales, agrava el pronóstico, el aplazamiento de la operación a causa del médico por decidir tratar ambulatoriamente a personas con dolor abdominal no bien definido, les priva de la observación constante y calificada para rectificar este equívoco en el más breve tiempo posible y corroborar la vigencia del antiguo aforismo de Lejars: «ante la duda, operar»

Se sabe que en las formas más graves de dicha enfermedad (gangrenosa y perforada), pueden aparecer complicaciones propias de este cuadro morbosos, aun cuando la apendicectomía sea realizada poco después de iniciados los síntomas. Para algunos autores, la perforación con peritonitis difusa pudiera ocurrir precozmente entre las 12 y 18 h siguientes al comienzo del ataque, aunque por lo general se produce entre el tercer y quinto días.

Por otra parte, aunque la demora de los pacientes en concurrir al hospital, por atribuir las primeras molestias a causas banales, agrava el pronóstico, el aplazamiento de la operación a causa del médico por decidir tratar ambulatoriamente a personas con dolor abdominal no bien definido, les priva de la observación constante y calificada para rectificar este equívoco en el más breve tiempo posible y corroborar la vigencia del antiguo aforismo de Lejars: «ante la duda, operar».

En los pacientes fallecidos, el tiempo total de evolución preoperatoria abarcó entre 48 y 72 h por causas extrahospitalarias. En todos los casos, el diagnóstico se estableció mediante el examen clínico y durante el acto quirúrgico se comprobó la posición retrocecal del apéndice en 2, la mesocelíaca en uno y la pelviana en otro; asimismo, en 2 de ellos existía la forma gangrenosa de la enfermedad y en igual número la perforada, con valor significativo. Estos resultados coinciden con lo expuesto en otros trabajos, donde se señala una correlación entre el tiempo de evolución preoperatoria, el deterioro morfológico del apéndice cecal y la consiguiente aparición de las formas histopatológicas más graves de la apendicitis aguda (gangrenosa y perforada), sobre todo si el apéndice está en posición retrocecal o pelviana. La muerte sobrevino por infección generalizada y sepsis respiratoria en 2 de los adultos mayores, respectivamente.

En los egresados vivos preponderó la apendicitis aguda supurada.

Para concluir, el tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y la realización del acto quirúrgico, cobra en esta afección una importancia medular, pues mientras más tempranamente se aplique un proceder definitivo, apoyado sustancialmente en el método clínico para su diagnóstico precoz, menor será la posibilidad de evolucionar hacia las formas más graves y, paralelamente a ello, disminuirán la presencia y gravedad de las complicaciones, así como su letalidad.

PRUEBA TESTIMONIAL:

1-Solicito a este espacho, si a bien lo tiene, se sirva decretar prueba testimonial , para recibir la declaración de la trabajadora social, que fungia como tal para la época de los hechos.

2-Solicito a este espacho, si a bien lo tiene, se sirva decretar prueba testimonial , para recibir la declaración de la jefe de turno, que fungia como tal para la época de los hechos.

Notificaciones: Desconozco las direcciones de notificacion de las personas cuyos testimonios solicito, pero considero que se pueden notificar a traves del correoelectronico: gerencia@clinicademarly.com.co

ANEXOS:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
- Estudio de la biopsia N°0214-18

Hasta aquí considero debidamente haber dado respuesta al traslado ordenado.

De Usted, señor Juez

Atentamente:



NUBIA NELLY PLAZAS OLAYA
C.C.41.652.841
T.P. No. 97.229 del C.S. de la J.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fernández, Z. R. (2009). Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223010003>
2. Sanabria, Á., Domínguez, L. C., Bermúdez, C., & Serna, A. (2007). Evaluación de escalas diagnósticas en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis. Biomédica, 27(3), 419-428.
3. CURB, E. E. P. C. Guías de atención integral en salud.
4. LONDOÑO, J. A. O. Guía de manejo de dolor abdominal en la Clínica del Country.
5. La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/26791/P_26791.html
6. Aristizabal, L.A, 2016. Abordaje del paciente con trauma de abdomen en el servicio de urgencias. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Medicina.
7. Ospina, J. M., Barrera, L. F., & Manrique, F. G. (2011). Utilidad de una escala diagnóstica en casos de apendicitis aguda. Revista colombiana de cirugía, 26(4), 234-241. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534527009>
8. Pineda, P. M. G., Castillo, D. P. M., & Casallas, J. C. G. (2013). Guía de tratamiento farmacológico del dolor agudo en el servicio de urgencias. Revista Salud Bosque, 3(1), 37-48.