4209

Doctora
CLAUDIA CECILIA NARVAEZ CAICEDO
JUEZ DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Proceso: Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Medica
Demandantes: Lizbeth Tatiana Angulo Mojica y otros
Demandado: Gilberto Messa Mosquera, Darío Alberto Santa Cruz Vargas y Clínica Versalles S.A.
Radicación: 2018-00235

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 41.291 del C. S de la J., actuando en el presente proceso como apoderado de la CLÍNICA VERSALLES S.A., conforme al poder conferido, me dirijo ante usted oportunamente con el propósito de contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos:

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, procedo a la réplica de cada uno de los hechos según el orden propuesto por la parte demandante:

AL HECHO 1: No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto.

Conforme a lo registrado en la historia clínica del 15 de octubre de 2013 a las 20:28 horas de la CLÍNICA VERSALLES S.A., en el acápite "ENFERMEDAD ACTUAL" la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA además de presentar dolor abdominal, presentó episodio emético (vómito), deposiciones con pintas de sangre, 3 lipotimias (desmayos) y disuria (ardor al orinar).

Según la historia clínica, la paciente fue valorada por la Dra. JENNIFER LOZANO VARGAS quien encontró dolor a la palpación generalizada en el abdomen de predominio en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, no rebote, no masas, con signos vitales estables, por lo cual ordenó líquidos endovenosos, manejo analgésico con tramadol, protección gástrica con ranitidina y estudios de laboratorio de sangre y orina.

A las 23:08 horas del 15 de octubre de 2013, la paciente es revalorada con el reporte de los exámenes solicitados, encontrando hemograma normal, parcial de orina sin signos de infección y prueba de embarazo negativa. Sin embargo, la paciente persistía con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda por lo que fueron adicionados analgésicos. Por la ubicación del dolor, en

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488-0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

esta valoración se planteo la posibilidad de estar frente a un quiste de ovario izquierdo, como quedó registrado en la historia clínica.

Dejamos de presente, que el hecho que se contesta no contiene ninguna acusación en contra de mi representada y demás demandados.

AL HECHO 2: Es cierto.

Dejamos de presente, que el hecho que se contesta no contiene ninguna acusación en contra de mi representada y demás demandados.

AL HECHO 3: No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto.

Según lo detallado en la respuesta al hecho número uno (1), la Dra. JENNIFER LOZANO VARGAS el 15 de octubre de 2013 realizó una valoración completa y ordenó tratamiento analgésico y exámenes de laboratorio con el propósito de identificar la posible causa de los síntomas presentados por la paciente.

Para el 16 de octubre de 2013 a las 02:54 horas, la Dra. JENNIFER LOZANO VARGAS realizó una segunda revaloración de la paciente, encontrando que persistía con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda aún sin signos de irritación peritoneal, por lo que ordenó reforzar el esquema analgésico (hioscina y tramadol cada 8 horas) y consideró solicitar ECOGRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL por sospecha ya planteada de quiste en ovario izquierdo, según la anotación de las 23:08 horas del 15 de octubre de 2013.

Con el reporte de la ecografía solicitada, la paciente fue valorada a las 11:49 horas por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA MOSQUERA. En el reporte ecográfico se registró lo siguiente: "*CONCLUSION: LECCION (SIC) ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.*"

Con el reporte de la ecografía y la valoración realizada por el médico especialista, en la cual no encontró signos de irritación peritoneal a la palpación abdominal, definió dejar a la paciente en hospitalización para manejo expectante con tratamiento analgésico.

Dejamos de presente, que el hecho que se contesta no contiene ninguna acusación en contra de mi representada y demás demandados.

AL HECHO 4: No es cierto, en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto.

La ecografía pélvica transabdominal fue realizada el 16 de octubre de 2013.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Respecto a la afirmación del hallazgo imagenológico (ecografía), lo registrado en forma exacta y completa en dicho reporte, fue lo siguiente:

"OCTUBRE 16 DEL 2013
1572948
99072510816

Se realiza ecografía pélvica transabdominal observándose:

Vejiga llena adecuadamente distendida.
Útero en AVF de ecogenicidad homogénea y contornos regulares, que mide 63 X 43 X 33 mm (L x AP x T), endometrio (1.2 cm.), sin imagen de gestación intrauterina mayor de cuatro semanas

Cervix de 3.1 cm.

Ovario derecho mide 32 X 23 X 18 mm. Con volumen de 7.2ml, de características ecográficas normales.

Hacia topografía de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm.

No se observan masas pélvicas ni anexiales

Fondo de saco de Douglas libre.

CONCLUSION:
LECCION ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Atentamente,
DRA. PAOLA A. OTERO.
Ginecóloga Obstetra" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

AL HECHO 5: No es cierto, en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto.

Conforme al reporte de la ecografía pélvica ginecológica transabdominal y a la correlación sugerida con exámenes complementarios, debemos señalar con base en la historia clínica, que dicho reporte fue correlacionado con la clínica de la paciente, es decir, con el resultado de la valoración que efectuó el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA el 16 de octubre de 2013 a las 11:49 horas, razón por la cual ordenó hospitalización para manejo expectante.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Quiere decir lo anterior, que el médico GILBERTO MESSA tuvo en cuenta tanto el reporte ecográfico como los hallazgos clínicos de la paciente para definir hospitalización y manejo expectante, y de acuerdo a la evolución que presentara la paciente, definir la posibilidad de otra conducta.

AL HECHO 6: No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto.

Es cierto, que se ordenó la hospitalización de la paciente por persistencia de dolor abdominal, a pesar del manejo analgésico instaurado desde su ingreso y el reforzamiento al mismo. Dicha conducta fue ordenada por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA el 16 de octubre de 2013 a las 11:49 horas.

Respecto a la afirmación del hallazgo imagenológico (ecografía), lo registrado en forma exacta y completa en dicho reporte, fue lo siguiente:

"OCTUBRE 16 DEL 2013
1572948
99072510816

Se realiza ecografía pélvica transabdominal observándose:

Vejiga llena adecuadamente distendida.
Útero en AVF de ecogenicidad homogénea y contornos regulares, que mide 63 X 43 X 33 mm (L x AP x T), endometrio (1.2 cm.), sin imagen de gestación intrauterina mayor de cuatro semanas

Cervix de 3.1 cm.

Ovario derecho mide 32 X 23 X 18 mm. Con volumen de 7.2ml, de características ecográficas normales.

Hacia topografía de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm.

No se observan masas pélvicas ni anexiales

Fondo de saco de Douglas libre.

CONCLUSION:
LECCION ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Atentamente,
DRA. PAOLA A. OTERO.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Ginecóloga Obstetra" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Reiteramos entonces, que conforme al reporte de la ecografía y el resultado de la valoración que efectuó el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA el 16 de octubre de 2013 a las 11:49 horas, se ordenó hospitalización para manejo expectante, para estar atentos a posibles cambios en la evolución de la paciente y re definir conducta.

AL HECHO 7: No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho por incompleto y simplista, por cuanto no tiene en cuenta –en forma intencional o no–, los registros completos de la historia clínica.

Conforme a la historia clínica del 17 de octubre de 2013 a las 10:04 horas, el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA valoró nuevamente a la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, encontrando persistencia del dolor abdominal en hipogastrio y fosas iliacas a pesar del manejo analgésico recibido desde su ingreso. A la palpación del abdomen se registró dolor intenso en hipogastrio y fosa iliaca izquierda con signo de Blumberg positivo. Según registro de la historia clínica, la paciente contaba con dolor intenso en fosa iliaca izquierda, **signo de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo** y hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, razón por la cual, el médico GILBERTO MESSA sospechó que la paciente estaba cursando con una torsión de anexo (ovario).

Según la literatura médico científica, el signo de Blumberg positivo [1] comporta lo siguiente:

"*Al hablar de* ***abdomen agudo*** *lo hacemos de un cuadro grave de emergencia médica, que se caracteriza por síntomas y signos localizados en la zona abdominal.* ***Generalmente, cuando un paciente se presente en nuestra consulta con este tipo de emergencia llegará acompañado de la sospecha de la existencia de una enfermedad severa que afecta a alguno de los órganos intraabdominales***.

(...)

Signo de Blumberg Sensibilidad de rebote pasajera en la pared abdominal..." (Negrita y subrayado fuera del texto original).

---

[1] Sabiston (2017). Tratado de Cirugía. *21 signos de exploración abdominal: descripción y diagnóstico.* Recuperado 14/12/2018: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/21-signos-de-exploracion-abdominal-descripcion-y-diagnostico

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Respecto a los signos de irritación peritoneal[2], la literatura médico científica ha establecido lo siguiente:

> "*Irritación peritoneal*
> ***Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico.***
> *La inflamación del peritoneo visceral se produce por patología propia del tramo del intestino afectado, y la inflamación del peritoneo parietal se produce por contacto con una víscera inflamada o por encontrarse bañado por sustancias irritantes como el líquido intestinal o la bilis procedentes de una perforación de víscera hueca. Ver abdomen agudo, defensa abdominal, peritonitis.*" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De esta forma, la intervención quirúrgica denominada LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA estaba indicada para aclarar, confirmar o descartar la sospecha diagnóstica causante del dolor intenso abdominal que no había cedido ante el manejo analgésico y que produjo en la paciente, nuevo episodio de lipotimia (desmayo) como está documentado en las notas de enfermería del 17 de octubre de 2013 a las 10:12 horas, pues fue precisamente por la necesidad de vigilar su evolución, que la paciente fue hospitalizada para manejo expectante, el cual pasó de observación y seguimiento médico los días 15 y 16 de octubre a intervención quirúrgica el 17 del mismo mes ante el nuevo hallazgo de irritación peritoneal que fue registrado por el mismo médico especialista (GILBERTO MESSA) que previamente había valorado a la paciente; es decir, un mismo evaluador que evidenció la situación cambiante respecto al cuadro de dolor abdominal, que insistimos, evolucionó a un abdomen quirúrgico por la conjunción de hallazgos ya expresada que están registrados en la historia clínica.

Sobre la indicación de LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA[3] por sospecha de torsión de anexo (ovario), la literatura médica idónea ha conceptuado lo siguiente:

---

2 Clínica Universidad de Navarra Diccionario médico (2017). Irritación peritoneal. Recuperado 14/12/2018: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/irritacion-peritoneal

3 MANUAL MSD McNeeley (2018). Manuales Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. McNeeley (2018). Torsión anexial. Recuperado 14/12/2018: https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/lesiones-ginecol%C3%B3gicas-benignas/torsi%C3%B3n-anexial

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

"La torsión anexial es la torsión de los ovarios y a veces las trompas uterinas que interrumpe la irrigación arterial y provoca isquemia.
La torsión anexial no es común, y se produce más a menudo durante los años reproductivos. En general, indican una anomalía ovárica.

Los factores de riesgo incluyen los siguientes:
- *Embarazo*
- *Inducción de la ovulación*
- *Agrandamiento ovárico a > 4 cm (especialmente por tumores benignos)*

Los tumores benignos son más propensos a la torsión que los malignos. La torsión de un anexo normal, que es rara, es más común entre las niñas que entre las mujeres adultas.

Normalmente está comprometido un ovario, pero a veces también está involucrada la trompa uterina. ***La torsión puede provocar una peritonitis****.*

Signos y síntomas
La torsión causa un dolor pelviano repentino intenso y en ocasiones, náuseas y vómitos. Durante días o a veces semanas antes del dolor repentino, la mujer siente dolores cólicos intermitentes, presumiblemente debido a la torsión parcial que resuelve de forma espontánea. Son usuales el dolor cervical a la movilización, una masa anexial dolorosa unilateral y signos peritoneales*.*

Diagnóstico
- *Ecografía Doppler color transvaginal*

La torsión anexial se sospecha en base a los síntomas típicos (es decir, dolor pélvico intermitente, grave) y signos peritoneales inexplicables más dolor intenso a la movilización cervical o una masa anexial. El dolor puede ser unilateral.

(...)

Tratamiento
- *Cirugía para rescatar el ovario*

Si se sospecha una torsión o si ésta se confirma por ecografía, deben realizarse una laparoscopia o una laparotomía para intentar salvar el ovario y la trompa uterina desrotándolos*. La salpingooforectomía es necesaria si hay tejido necrótico o no viable. Si hay un quiste o una masa ovárica y el ovario puede ser preservado, se realiza una quistectomía. De lo contrario, se requiere la ooforectomía."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

En otra literatura médica idónea, se estableció lo siguiente sobre la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA[4]:

"Exploración abdominal

Es la cirugía para examinar los órganos y las estructuras de la zona del vientre (abdomen). Estos incluyen su:

- *Apéndice*
- *Vejiga*
- *Vesícula biliar*
- *Intestinos*
- *Riñón y uréteres*
- *Hígado*
- *Páncreas*
- *Bazo*
- *Estómago*
- ***Útero, trompas de Falopio y ovarios (en mujeres)***

La cirugía en la que se abre el abdomen se denomina laparotomía.

Descripción

Una laparotomía exploratoria *se hace mientras usted está bajo anestesia general. Esto significa que usted permanece dormido y no siente ningún dolor.*
El cirujano hace una incisión en el abdomen y examina los órganos abdominales. El tamaño y localización de la incisión quirúrgica dependen de la preocupación específica de salud..."

(...)

Por qué se realiza el procedimiento

El proveedor de atención médica puede recomendar una laparotomía si las pruebas de diagnóstico por imágenes del abdomen, como radiografías y tomografías computarizadas, no han brindado un diagnóstico preciso." (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Además de la anterior literatura médica, el documento interno de la CLÍNICA VERSALLES denominado "GUÍA DE MANEJO MÉDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO" establece lo siguiente:

"10. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

---

4 MedlinePlus Información de salud para usted American Accreditation healthcare Commission (2018). Exploración abdominal. Recuperado 14/12/2018: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002928.htm

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Cuando vemos a un paciente con dolor abdominal por primera vez, es fundamental decidir la orientación que precisa el paciente; ante un cuadro de dolor abdominal crónico recurrente podemos realizar un estudio programado orientado al aparato digestivo, ginecológico, urológico, etc. ***Sin embargo, un dolor abdominal agudo obliga a una valoración más rápida, dado que puede evolucionar a un cuadro de abdomen agudo y precisar una intervención quirúrgica urgente.***"

(...)

"***Patología Ginecológica:*** *Pueden precisar tratamiento quirúrgico los procesos inflamatorios (Salpingitis, Parametritis, Pelviperitonitis, etc.) que no se resuelven con el adecuado tratamiento médico o evolucionan hacia la evolución de un absceso.* ***Necesitarán tratamiento quirúrgico de urgencia****: Embarazo ectópico,* ***torsión de quiste ovárico****, Aborto séptico, mioma necrosado, etc. Manejo del episodio agudo en urgencias y según respuesta remitir ambulatoriamente a ginecología."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De acuerdo a la anterior literatura médica y el documento interno de la CLÍNICA VERSALLES, la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO presentó indicaciones claras para llevarla a LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, por cuanto registró signos de irritación peritoneal y sospecha diagnóstica de torsión de anexo (ovario). Es así, que la conducta determinada por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA tiene validez científica.

AL HECHO 8: No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho.

En virtud a la indicación de LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA realizada por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, por encontrar en la paciente dolor intenso en fosa iliaca izquierda, **signos de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo** y hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, fue programada la cirugía que fue realizada por el también médico especialista en ginecología y obstetricia DARIO ALBERTO SANTA CRUZ VARGAS sin intervención de RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA, quien se desconoce por parte de mi representada CLÍNICA VERSALLES y quien no está registrado en historia clínica.

En la descripción operatoria de la hoja quirúrgica, se registró lo siguiente:

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Informe QX	
Especialidad que interviene:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Servicios	
Servicio 1:	541200 - LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD + - 7121 - POS
Descripción Operatoria	
YA DESCRITA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA ASEPSIA ANTISEPSIA INCISION PFANENSTIEL SE DISECA POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL SE IDENTIFICA UTERO DE ASPECTO NORMAL TROMPAS UTERINAS DE ASPECTO NORMAL OVARIOS NORMALES FONDO DE SACO LIBRE NO HAY SANGRADO NI LIQUIDO LIBRE SE REVISA APENDICE DE ASPECTO NORMAL CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 1/0 PIEL CON PROLENE 3/0 PROCEDIMIENTO TOLERADO SIN COMPLICACIONES ORINA CLARA EN CISTOFLOW	
Diagnostico PostOperatorio	
DX Principal:	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
Tipo herida:	Limpia Contaminada
Materiales Especiales:	No

Conforme al anterior registro, se llevó a cabo LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA mediante técnica quirúrgica PFANNENSTIEL, sin complicaciones, en la cual el equipo médico especializado descartó torsión de anexo (ovario), lesiones en trompas uterinas e incluso apendicitis como probables causas del fuerte dolor abdominal. Según la historia clínica del 18 de octubre de 2013 a las 11:08 horas, una vez fue descartada la torsión de anexo (ovario), el equipo médico definió continuar la hospitalización de la paciente para continuar el estudio de la posible causa del dolor abdominal, solicitando pruebas de DREPANOCITOSIS, UROBILINÓGENO EN 24 HORAS, HEMOGRAMA y UROCULTIVO.

Sobre el no hallazgo en el procedimiento quirúrgico de causa evidente que explicara el dolor abdominal agudo de la paciente, debemos manifestar, que dicha situación fue explicada con anterioridad a la realización de la cirugía, como consta en el consentimiento informado suscrito por el acudiente de la menor LIZBETH TATIANA ANGULO, en el que se detalla: "***Esta cirugía no garantiza la identificación y/o desaparición del problema***, *ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones.*" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Para el 19 de octubre de 2013 a las 09:39 horas, la paciente estaba en buenas condiciones generales, con abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sana, razón por la cual se continuó la vigilancia clínica con analgesia y a la espera de los resultados de laboratorio solicitados.

El 20 de octubre de 2013 a las 14:43 horas, la paciente LIZBETH TATIANA refiere mejoría de su cuadro clínico de ingreso, sin alzas térmicas, sin síntomas urinarios, al examen físico se encontró con signos vitales normales, con abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. El reporte de los exámenes de laboratorio no mostró hallazgos sugestivos para que la paciente continuara en hospitalización, por lo cual, la médico especialista en ginecología y obstetricia ASTRID SIMONETTA

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

CERVANTES FERRER ordenó el alta médica con fórmula de analgésicos, recomendaciones, signos de alarma e incapacidad.

Posterior al 20 de octubre de 2013, la paciente no volvió a consultar en CLÍNICA VERSALLES S.A.

AL HECHO 9: No es cierto.

Lo primero que debemos reiterar y aclarar, es que el señor RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA no se encuentra registrado dentro del grupo de atención dispuesto para la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO según los registros de la historia clínica completa de CLÍNICA VERSALLES, y tampoco hizo a hace parte de dicha institución.

Expone la parte demandante en el presente hecho, que a la paciente LIZBETH TATIANA no se le realizaron exámenes ni estudios complementarios sugeridos por la Dra. PAOLA A. OTERO en el reporte de ecografía. Lo cierto es, que conforme a la historia clínica del 16 y 17 de octubre de 2013, la paciente fue valorada en distintas oportunidades por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, quien encontró una paciente cuyo dolor abdominal evolucionó hasta presentar **signos de irritación peritoneal** por encontrar dolor intenso en fosa iliaca izquierda y signo de Blumberg positivo, que junto al hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, hicieron sospechar al médico GILBERTO MESSA que la paciente estaba cursando con torsión de anexo (ovario), entidad que puede exponer la viabilidad de dicho órgano y es por ello, que definió como conducta llevar a la paciente a LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA. Por lo anterior, pese a lo manifestado por la parte demandante sobre la necesidad de estudios complementarios, debemos precisar que fue el criterio médico del especialista idóneo (GILBERTO MESSA) que se tuvo en cuenta para realizar la cirugía teniendo presente las manifestaciones clínicas de la paciente e incluso, el reporte de ecografía. Fue la correlación clínico-paraclínica que permitió definir la conducta quirúrgica, conforme a la literatura médico científica y el documento interno de CLÍNICA VERSALLES que hemos aportado.

Sobre la realización de exámenes complementarios, el documento interno de CLÍNICA VERSALLES denominado "GUÍA DE MANEJO MÉDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO" es claro en determinar, que no son los estudios complementarios el único parámetro para la decisión terapéutica, constituyen una guía que no puede estar por encima del criterio del médico tratante.

AL HECHO 10: No nos consta lo manifestado en el presente hecho, el cual es ambiguo, pues no se detallan las circunstancias de modo, tiempo y lugar. Además, después del 20 de octubre de 2013 la paciente no consultó más en la CLÍNICA VERSALLES, por lo que no existen registros de reconsulta secundarios a dolor.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Pese a lo anterior, es apenas esperado que en la recuperación de un procedimiento quirúrgico se presente dolor e incomodidad en el área intervenida, que para el caso de LIZBETH TATIANA ANGULO fue manejado con tratamiento analgésico con adecuada respuesta, según historia clínica.

AL HECHO 11: No es cierto. Se trata de manifestaciones subjetivas de la parte demandante, sin más fundamento que su propio dicho, el cual no es idóneo para hacer afirmaciones en asuntos médico científicos y en particular, en la especialidad de ginecología y obstetricia.

Según lo que hemos manifestado teniendo como fundamento los registros de la historia clínica completa que nos permitimos aportar como prueba y la literatura médica contenida en la respuesta al hecho número siete (7), existieron tres (3) elementos para que el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, ordenara la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA por sospecha o impresión diagnóstica de torsión de anexo (ovario), en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, siendo éstos:

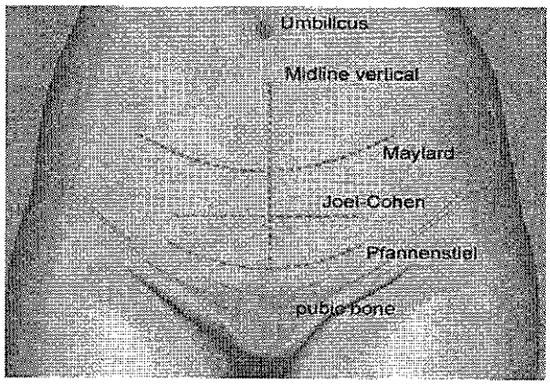
1. Conforme a la historia clínica del 16 y 17 de octubre de 2013, la paciente fue valorada en distintas oportunidades por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, quien encontró una paciente con dolor abdominal que no cedió pese al tratamiento analgésico instaurado.
2. Conforme al reporte de la ecografía pélvica transabdominal del 16 de octubre de 2013, se tuvo como hallazgo lesión anexial izquierda.
3. Conforme a la historia clínica del 17 de octubre de 2013 a las 10:04 horas, el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA valoró nuevamente a la paciente, encontrando a la palpación del abdomen dolor intenso en hipogastrio y fosa iliaca izquierda con signo de Blumberg positivo. Según registro de la historia clínica, la paciente contaba con dolor intenso en fosa iliaca izquierda y **signo de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo.**

Reiteramos entonces, que de acuerdo a los anteriores tres (3) elementos contenidos en la mencionada historia clínica, no se trató de una cirugía innecesaria por cuanto se tenía soporte clínico suficiente para definir la realización del procedimiento quirúrgico. Respecto al presunto error en el diagnóstico ecográfico, debemos reiterar que en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO se estructuró como impresión diagnóstica y no como diagnóstico definitivo torsión de anexo (ovario), no sólo teniendo en cuenta el reporte de la ecografía, sino también la clínica de la paciente, es decir, la correlación entre reporte de imágenes y su evolución del dolor. Ante los signos de irritación peritoneal presentados el 17 de octubre de 2013, el médico decidió ordenar la cirugía LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, sin incurrir en un error en el diagnóstico y sin la falta de exámenes complementarios, como en forma inexacta y antitécnica manifiesta la parte demandante, conformándose en lanzar acusaciones sin explicar y fundamentar con validez científica las mismas.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Al hecho 12: No nos consta las manifestaciones contenidas en el presente hecho.

Respecto a la cicatriz generada por la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, respetuosamente nos permitimos aportar una imagen explicativa del campo operatorio de dicha intervención bajo la técnica PFANNENSTIEL[5].



Conforme a lo anterior, dicha intervención quirúrgica se realiza en la parte baja del abdomen, precisamente para minimizar la aparición de una cicatriz visible, sin embargo, el proceso de cicatrización corresponde a un asunto idiosincrático, por lo que no depende de la idoneidad y capacitad técnica quirúrgica del médico que realiza el procedimiento.

Igualmente, dentro del consentimiento informado suscrito por el acudiente de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, fue descrito claramente en el acápite "RIESGOS DE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA" la posibilidad de presentar cicatriz tipo QUELOIDE (crecimiento excesivo de la cicatriz).

En literatura médica, también se establece la cicatrización como posible complicación o riesgo inherente de la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA:

> "***Laparotomía exploratoria***
> *(Exploración abdominal; laparotomía, exploratoria)*
> *por Ricker Polsdorfer, MD*
> *Risk*
> *Las complicaciones son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Si está planificando someterse a una*

---

5 Society of Abdominal Radiology. Macrito (201). *Coming to Term: A Multimodality Review of Cesarean Section Complications*. Recuperado 14/12/2018: https://cdn.ymaws.com/www.abdominalradiology.org/resource/collection/92FAB4A5-3BFE-44A1-9E66-271B8B1C744D/2018.193_Macrito.pdf

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

laparotomía, el médico revisará una lista de posibles complicaciones, que pueden incluir:

- *Sangrado*
- *Infección*
- *Coágulos sanguíneos*
- *Daño a los órganos*
- *Formación de una hernia*
- ***Cicatrices grandes***
- *Reacción a la anestesia*" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De esta manera, el proceso de cicatrización corresponde a un asunto idiosincrático, por lo que no depende de la idoneidad y capacitad técnica quirúrgica del médico que realiza el procedimiento y además, fue informado tanto a paciente como a su acudiente, la posibilidad de queloide conforme acreditamos con el consentimiento informado que aportamos como prueba.

Al hecho 13: No nos consta las manifestaciones contenidas en el presente hecho. Reiteramos nuestra oposición contenida en la respuesta del hecho número doce (12).

FRENTE A LAS CONSIDERACIONES JURÍDICAS, PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS SOLICITADAS EN LA DEMANDA

Nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones de la parte actora, empezando por la tendiente a que se declare la responsabilidad civil del equipo médico de CLÍNICA VERSALLES S.A. toda vez que las acusaciones contenidas en el de demanda carecen de los fundamentos fácticos, jurídicos y médico - científicos requeridos para que puedan surtirse los efectos normativos que se pretenden deducir con la presentación de la demanda por cuanto **NO** se estructura la responsabilidad atribuida a mi representado.

Por lo anterior, solicito que se niegue lo pedido en la demanda y ruego condenar a la parte actora al pago de costas y agencias en derecho.

En el presente caso no se presentan los presupuestos esenciales para que surja o se pueda predicar el nacimiento de una obligación resarcitoria a cargo de mi defendido, pues no se conformaron los tres (3) pilares de la responsabilidad civil en nuestro régimen jurídico, ya que no hay conducta o culpa alguna atribuible a mi representado, ni tampoco el supuesto daño antijurídico alegado está asociado en forma alguna con lo que corresponde a la actividad que desarrolló el equipo médico de CLÍNICA VERSALLES S.A. en la atención médica dada a LIZBETH TATIANA ANGULO, por cuanto la misma fue atendida en forma oportuna, con manejo adecuado y especializado de su patología, no existiendo relación o nexo de causalidad entre algún actuar a cargo de la parte pasiva que represento y los perjuicios alegados por la parte actora, para lo cual ha de destacarse que la parte demandante no probó ninguna de las acusaciones contenidas en la demanda, pues no aportó una prueba médico científica idónea con la cual se acredite la presunta mala atención médica.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Por otro lado, resulta imperioso mencionar que para que un daño sea susceptible de indemnización alguna, el mismo deberá ser probado por quien lo sufre, obviamente previa comprobación de los presupuestos fácticos que germinaron el presunto daño. Este postulado parte de la premisa de que quien no pruebe un daño no será indemnizado, pues no se puede partir de la base que éste es un hecho notorio o que el médico o equipo médico llegan culpables al proceso, y corresponde a quien supuestamente ha padecido dicho perjuicio, aportar los medios idóneos y conducentes para que prosperen sus pretensiones no sólo acreditando el daño sino comprobando la real y efectiva causación de los hechos u omisiones generadores del daño alegado. Sin embargo, tal y como se sostendrá y acreditará a lo largo del presente proceso, ninguna de las afirmaciones contenidas en los hechos de la demanda se podrán verificar por cuanto los demandantes pasaron por alto su deber de probar los motivos que originaron la acción conforme al artículo 167 del Código General del Proceso.
Por lo tanto, esta situación se traduce en un obstáculo insalvable que va al traste de las pretensiones elevadas.

Ahora bien, frente a cada una de las pretensiones me pronuncio así:

Frente a la pretensión 1: Nos oponemos a la presente pretensión declaratoria de responsabilidad civil, por cuanto no es cierto que existió mal diagnóstico y falta de exámenes complementarios, en la atención médica brindada a LIZBETH TATIANA ANGULO en CLÍNICA VERSALLES desde el 15 de octubre de 2013. Tal y como acreditaremos en las excepciones que seguidamente se propondrán.

Frente a la pretensión 2 literal A: Nos oponemos a la pretensión relacionada con perjuicios morales a favor de la demandante, pues no existiendo responsabilidad en cabeza de mi mandante, tampoco habrá lugar a condena alguna en su contra por cuanto no se estructuró el deber de indemnizar. Del escrito de demanda ni de las circunstancias fácticas puede concluirse que ninguna acción u omisión a cargo de mi defendido desencadenó en la configuración de responsabilidad alguna. Es por ello, que no puede siquiera entreverse una responsabilidad en cabeza de la CLÍNICA VERSALLES S.A. y demás demandados, aspecto que se detallará en las excepciones que adelante se propondrán.

Frente a la pretensión 2 literal B: En los mismos términos frente a la pretensión anterior, manifestamos nuestra oposición frente a la eventual prosperidad de esta solicitud relacionada con presuntos perjuicios a la vida en relación, pues no existiendo responsabilidad en cabeza de mi mandante, tampoco habrá lugar a que se declare el perjuicio solicitado. Además, se trata de una pretensión improcedente, en la que es posible identificar un afán de lucro injustificado, pues la cifra pretendida desatiende todos los parámetros o baremos fijados por la jurisprudencia de la sala de casación civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia, como se argumentará en las excepciones.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Frente a la pretensión 2 literal C: En los mismos términos frente a la pretensión anterior, manifestamos nuestra oposición frente a la eventual prosperidad de esta solicitud relacionada con presuntos perjuicios por daño a la salud, pues no existiendo responsabilidad en cabeza de mi mandante, tampoco habrá lugar a que se declare el perjuicio solicitado. Además, se trata de una pretensión improcedente, en la que es posible identificar un afán de lucro injustificado, pues la cifra pretendida desatiende todos los parámetros o baremos fijados por la jurisprudencia de la sala de casación civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia, como se argumentará en las excepciones.

Frente a la pretensión 3: Nos oponemos a la prosperidad de la presente pretensión, teniendo en cuenta los argumentos expuestos y probados en las respuestas a los hechos de la demanda, y a lo expuesto y probado en las excepciones que seguidamente serán formuladas.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LOS HECHOS, CONSIDERACIONES Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA

EXCEPCIÓN 1.- INEXISTENCIA DE UNA CIRUGÍA INNECESARIA, MAL DIAGNÓSTICO, FALTA DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y EN GENERAL, FALLA MÉDICA POR PARTE DEL EQUIPO MÉDICO DE CLÍNICA VERSALLES S.A. EN CONSECUENCIA, AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Pese a que los presupuestos básicos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad, **no fueron probados** por los demandantes, teniendo el deber legal de hacerlo, me permito exponer las razones por las cuales mi defendido CLÍNICA VERSALLES S.A. no cometió por acción u omisión irregularidad alguna al momento de brindar atención médica a LIZBETH TATIANA ANGUNO MOJICA. Razones que permitirán determinar la imposibilidad de declarar responsabilidad civil generadora de una obligación a cargo del equipo médico de CLÍNICA VERSALLES y demás demandados.

En el escrito de demanda se acusó al equipo médico de CLÍNICA VERSALLES S.A. de incurrir en falla médica por cuatro (4) situaciones en particular, siendo estas:

1. Realizar una cirugía innecesaria
2. Incurrir en un error en el diagnóstico
3. No realizar exámenes complementarios y,
4. Cicatriz postquirúrgica

Teniendo en cuenta las acusaciones de la demanda, a través de la presente excepción se derribarán aquellas manifestaciones infundadas e injustas, para lo cual, tendremos en cuenta lo registrado en la historia clínica

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

aportada por los propios demandantes, la historia clínica aportada por esta defensa, la literatura médico científica idónea y demás pruebas que se aportan a la señora juez.

Iniciamos entonces, con el análisis de la historia clínica.

Conforme a lo registrado en la historia clínica del 15 de octubre de 2013 a las 20:28 horas de la CLÍNICA VERSALLES S.A., en el acápite "ENFERMEDAD ACTUAL", la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA presentó dolor abdominal, episodio emético (vómito), deposiciones con pintas de sangre, 3 lipotimias (desmayos) y disuria (ardor al orinar).

Según la historia clínica, la paciente fue valorada por la Dra. JENNIFER LOZANO VARGAS quien encontró dolor a la palpación generalizada en el abdomen de predominio en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, no rebote, no masas, con signos vitales estables, por lo cual ordenó líquidos endovenosos, manejo analgésico con tramadol, protección gástrica con ranitidina y estudios de laboratorio de sangre y orina.

A las 23:08 horas del 15 de octubre de 2013, la paciente es revalorada con el reporte de los exámenes solicitados, encontrando hemograma normal, parcial de orina sin signos de infección y prueba de embarazo negativa. Sin embargo, la paciente persistía con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda por lo que fueron adicionados analgésicos. Por la ubicación del dolor, en esta valoración se planteó la posibilidad de estar frente a un quiste de ovario izquierdo, como quedó registrado en la historia clínica.

Para el 16 de octubre de 2013 a las 02:54 horas, la Dra. JENNIFER LOZANO VARGAS realizó una segunda revaloración de la paciente, encontrando que persistía con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda aún sin signos de irritación peritoneal, por lo que ordenó reforzar el esquema analgésico (hioscina y tramadol cada 8 horas) y consideró solicitar ECOGRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL por sospecha ya planteada de quiste en ovario izquierdo, según la anotación de las 23:08 horas del 15 de octubre de 2013.

Lo registrado en forma exacta y completa en la ecografía pélvica transabdominal realizada el 16 de octubre de 2013, fue lo siguiente:

"OCTUBRE 16 DEL 2013
1572948
99072510816

Se realiza ecografía pélvica transabdominal observándose:

Vejiga llena adecuadamente distendida.
Útero en AVF de ecogenicidad homogénea y contornos regulares, que mide 63 X 43 X 33 mm (L x AP x T), endometrio (1.2 cm.), sin imagen de gestación intrauterina mayor de cuatro semanas

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Cervix de 3.1 cm.

Ovario derecho mide 32 X 23 X 18 mm. Con volumen de 7.2ml, de características ecograficas normales.

Hacia topografia de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm.

No se observan masas pélvicas ni anexiales

Fondo de saco de Douglas libre.

CONCLUSION:
LECCION ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Atentamente,
DRA. PAOLA A. OTERO.
Ginecóloga Obstetra" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Con el reporte de la ecografía y la valoración realizada por el médico especialista, en la cual no encontró signos de irritación peritoneal a la palpación abdominal, definió dejar a la paciente en hospitalización **para manejo expectante con tratamiento analgésico**. Quiere decir lo anterior, que el médico GILBERTO MESSA tuvo en cuenta tanto el reporte ecográfico como los hallazgos clínicos de la paciente para definir hospitalización y manejo expectante, y de acuerdo a la evolución que presentara la paciente, definir la posibilidad de otra conducta.

El 17 de octubre de 2013 a las 10:04 horas, según registro de historia clínica, el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA valoró nuevamente a la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, encontrando persistencia del dolor abdominal en hipogastrio y fosas iliacas a pesar del manejo analgésico recibido desde su ingreso. Esta vez, a la palpación del abdomen se registró dolor intenso en hipogastrio y fosa iliaca izquierda con signo de Blumberg positivo. Según registro de la historia clínica, la paciente contaba con dolor intenso en fosa iliaca izquierda, **signo de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo** y hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, razón por la cual, el médico GILBERTO MESSA sospechó que la paciente estaba cursando con una torsión de anexo (ovario).

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488-0999 Tels.: (57)(092) 893-3177 - 893-3231 Fax: 892-2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Sobre el signo de Blumberg positivo[6], la literatura médica idónea ha definido lo siguiente:

> *"Al hablar de* ***abdomen agudo*** *lo hacemos de un cuadro grave de emergencia médica, que se caracteriza por síntomas y signos localizados en la zona abdominal.* ***Generalmente, cuando un paciente se presente en nuestra consulta con este tipo de emergencia llegará acompañado de la sospecha de la existencia de una enfermedad severa que afecta a alguno de los órganos intraabdominales****.*
>
> *(...)*
>
> ***Signo de Blumberg Sensibilidad de rebote pasajera en la pared abdominal****..."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Respecto a los signos de irritación peritoneal[7], la literatura médico científica ha establecido lo siguiente:

> *"Irritación peritoneal*
> ***Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico****.*
> *La inflamación del peritoneo visceral se produce por patología propia del tramo del intestino afectado, y la inflamación del peritoneo parietal se produce por contacto con una víscera inflamada o por encontrarse bañado por sustancias irritantes como el líquido intestinal o la bilis procedentes de una perforación de víscera hueca. Ver abdomen agudo, defensa abdominal, peritonitis."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De esta forma, la intervención quirúrgica denominada LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA estaba **indicada** para aclarar, confirmar o descartar la sospecha diagnóstica causante del dolor intenso abdominal que no había cedido ante el manejo analgésico y que produjo en la paciente, nuevo episodio de lipotimia (desmayo) como está documentado en las notas de enfermería del 17 de octubre de 2013 a las 10:12 horas, pues fue

---

6 Sabiston (2017). Tratado de Cirugía. *21 signos de exploración abdominal: descripción y diagnóstico.* Recuperado 14/12/2018: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/21-signos-de-exploracion-abdominal-descripcion-y-diagnostico

7 Diccionario médico (2017). Irritación peritoneal. Recuperado 14/12/2018: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/irritacion-peritoneal

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali – Colombia

precisamente por la necesidad de vigilar su evolución, que la paciente fue hospitalizada para manejo expectante, el cual pasó de observación y seguimiento médico los días 15 y 16 de octubre a intervención quirúrgica el 17 del mismo mes ante el nuevo hallazgo de irritación peritoneal que fue registrado por el mismo médico especialista (GILBERTO MESSA) que previamente había valorado a la paciente; es decir, un mismo evaluador que evidenció la situación cambiante respecto al cuadro de dolor abdominal, que insistimos, evolucionó a un abdomen quirúrgico por la conjunción de hallazgos ya expresada que están registrados en la historia clínica.

Sobre la indicación de LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA[8] por sospecha de torsión de anexo (ovario), la literatura médica idónea ha conceptuado lo siguiente:

> *"La torsión anexial es la torsión de los ovarios y a veces las trompas uterinas que interrumpe la irrigación arterial y provoca isquemia.*
> *La torsión anexial no es común, y se produce más a menudo durante los años reproductivos. En general, indican una anomalía ovárica.*
>
> *Los factores de riesgo incluyen los siguientes:*
> • *Embarazo*
> • *Inducción de la ovulación*
> • *Agrandamiento ovárico a > 4 cm (especialmente por tumores benignos)*
> ***Los tumores benignos son más propensos a la torsión que los malignos. La torsión de un anexo normal, que es rara, es más común entre las niñas que entre las mujeres adultas.***
>
> *Normalmente está comprometido un ovario, pero a veces también está involucrada la trompa uterina.* ***La torsión puede provocar una peritonitis****.*
>
> ***Signos y síntomas***
> ***La torsión causa un dolor pelviano repentino intenso y en ocasiones, náuseas y vómitos. Durante días o a veces semanas antes del dolor repentino, la mujer siente dolores cólicos intermitentes, presumiblemente debido a la torsión parcial que resuelve de forma espontánea. Son usuales el dolor cervical a la movilización, una masa anexial dolorosa unilateral y signos peritoneales****.*

---

[8] MANUAL MSD McNeeley (2018). Manuales Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. McNeeley (2018). Torsión anexial. Recuperado 14/12/2018: https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/lesiones-ginecol%C3%B3gicas-benignas/torsi%C3%B3n-anexial

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conaya@conaya.net Santiago de Cali - Colombia

Diagnóstico
• *Ecografía Doppler color transvaginal*
La torsión anexial se sospecha en base a los síntomas típicos (es decir, dolor pélvico intermitente, grave) y signos peritoneales inexplicables más dolor intenso a la movilización cervical o una masa anexial. El dolor puede ser unilateral.

(...)

Tratamiento
• *Cirugía para rescatar el ovario*
***Si se sospecha una torsión o si ésta se confirma por ecografía, deben realizarse una laparoscopia o una laparotomía para intentar salvar el ovario y la trompa uterina desrotándolos**. La salpingooforectomía es necesaria si hay tejido necrótico o no viable. Si hay un quiste o una masa ovárica y el ovario puede ser preservado, se realiza una quistectomía. De lo contrario, se requiere la ooforectomía."*
(Negrita y subrayado fuera del texto original).

En otra literatura médica idónea, se estableció lo siguiente sobre la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA[9]:

"Exploración abdominal

***Es la cirugía para examinar los órganos y las estructuras de la zona del vientre (abdomen). Estos incluyen su**:*
• *Apéndice*
• *Vejiga*
• *Vesícula biliar*
• *Intestinos*
• *Riñón y uréteres*
• *Hígado*
• *Páncreas*
• *Bazo*
• *Estómago*
• ***Útero, trompas de Falopio y ovarios (en mujeres)***

La cirugía en la que se abre el abdomen se denomina laparotomía.

Descripción

***Una laparotomía exploratoria** se hace mientras usted está bajo anestesia general. Esto significa que usted permanece dormido y no siente ningún dolor.*

---

9 MedlinePlus Información de salud para usted. American Accreditation healthcare Commission (2018). Exploración abdominal. Recuperado 14/12/2018: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002928.htm

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

El cirujano hace una incisión en el abdomen y examina los órganos abdominales. El tamaño y localización de la incisión quirúrgica dependen de la preocupación específica de salud..."
(...)

Por qué se realiza el procedimiento

***El proveedor de atención médica puede recomendar una laparotomía si las pruebas de diagnóstico por imágenes del abdomen, como radiografías y tomografías computarizadas, no han brindado un diagnóstico preciso**."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Además de la anterior literatura médica, el documento interno de la CLÍNICA VERSALLES denominado "GUÍA DE MANEJO MÉDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO" establece lo siguiente:

"10. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Cuando vemos a un paciente con dolor abdominal por primera vez, es fundamental decidir la orientación que precisa el paciente; ante un cuadro de dolor abdominal crónico recurrente podemos realizar un estudio programado orientado al aparato digestivo, ginecológico, urológico, etc. ***Sin embargo, un dolor abdominal agudo obliga a una valoración más rápida, dado que puede evolucionar a un cuadro de abdomen agudo y precisar una intervención quirúrgica urgente.***"

(...)

"***Patología Ginecológica**: Pueden precisar tratamiento quirúrgico los procesos inflamatorios (Salpingitis, Parametritis, Pelviperitonitis, etc.) que no se resuelven con el adecuado tratamiento médico o evolucionan hacia la evolución de un absceso.* ***Necesitarán tratamiento quirúrgico de urgencia**: Embarazo ectópico,* ***torsión de quiste ovárico**, Aborto séptico, mioma necrosado, etc. Manejo del episodio agudo en urgencias y según respuesta remitir ambulatoriamente a ginecología."* (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De acuerdo a la anterior literatura médica y el documento interno de la CLÍNICA VERSALLES, la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO presentó indicaciones claras para llevarla a LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, por cuanto registró signos de irritación peritoneal y sospecha diagnóstica de torsión de anexo (ovario). Es así, que la conducta determinada por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA tiene validez científica. Por lo tanto, aquellas manifestaciones y acusaciones de la parte demandante, consistentes en realizar una cirugía innecesaria, error en el diagnóstico y falta de exámenes complementarios, ha caído al vacío.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488-0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

85

Debemos enfatizar que, según la historia clínica del 16 y 17 de octubre de 2013, la paciente fue valorada en distintas oportunidades por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, quien encontró una paciente cuyo dolor abdominal evolucionó hasta presentar **signos de irritación peritoneal** por encontrar dolor intenso en fosa iliaca izquierda y signo de Blumberg positivo, que junto al hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, hicieron sospechar al médico GILBERTO MESSA que la paciente estaba cursando con torsión de anexo (ovario), entidad que puede exponer la viabilidad de dicho órgano y es por ello, que definió como conducta llevar a la paciente a LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA. Por lo anterior, pese a lo manifestado por la parte demandante sobre la necesidad de estudios complementarios, debemos precisar que fue el criterio médico del especialista idóneo (GILBERTO MESSA) que se tuvo en cuenta para realizar la cirugía teniendo presente las manifestaciones clínicas de la paciente e incluso, el reporte de ecografía. Fue la **correlación clínico-paraclínica** que permitió definir la conducta quirúrgica, conforme a la literatura médico científica y el documento interno de CLÍNICA VERSALLES que hemos aportado.

Sobre la realización de exámenes complementarios, el documento interno de CLÍNICA VERSALLES denominado "GUÍA DE MANEJO MÉDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO" es claro en determinar, que no son los estudios complementarios el único parámetro para la decisión terapéutica, constituyen una guía que no puede estar por encima del criterio del médico tratante.

Entonces, existieron tres (3) elementos para que el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, ordenara la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA por sospecha o impresión diagnóstica de torsión de anexo (ovario), en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, siendo éstos:

1. Conforme a la historia clínica del 16 y 17 de octubre de 2013, la paciente fue valorada en distintas oportunidades por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, quien encontró una paciente con dolor abdominal que no cedió pese al tratamiento analgésico instaurado.
2. Conforme al reporte de la ecografía pélvica transabdominal del 16 de octubre de 2013, se tuvo como hallazgo lesión anexial izquierda.
3. Conforme a la historia clínica del 17 de octubre de 2013 a las 10:04 horas, el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA valoró nuevamente a la paciente, encontrando a la palpación del abdomen dolor intenso en hipogastrio y fosa iliaca izquierda con signo de Blumberg positivo. Según registro de la historia clínica, la paciente contaba con dolor intenso en fosa iliaca izquierda y **signo de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo.**

De acuerdo a los anteriores tres (3) elementos contenidos en la mencionada historia clínica, no se trató de una cirugía innecesaria por cuanto se tenía soporte clínico suficiente para definir la realización del procedimiento

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892-2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

quirúrgico. Respecto al presunto error en el diagnóstico ecográfico, debemos reiterar que en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO se estructuró como impresión diagnóstica y no como diagnóstico definitivo torsión de anexo (ovario), no sólo teniendo en cuenta el reporte de la ecografía, sino también la clínica de la paciente, es decir, la correlación entre reporte de imágenes y su evolución del dolor. Ante los signos de irritación peritoneal presentados el 17 de octubre de 2013, el médico decidió ordenar la cirugía LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, sin incurrir en un error en el diagnóstico y sin la falta de exámenes complementarios, como en forma inexacta y antitécnica manifiesta la parte demandante, conformándose en lanzar acusaciones sin explicar y fundamentar con validez científica las mismas.

En virtud a la indicación de LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA realizada por el médico especialista en ginecología y obstetricia GILBERTO MESSA, por encontrar en la paciente dolor intenso en fosa iliaca izquierda, **signos de irritación peritoneal dado el Blumberg positivo** y hallazgo ecográfico de lesión anexial izquierda, fue programada la cirugía que fue realizada por el también médico especialista en ginecología y obstetricia DARIO ALBERTO SANTA CRUZ VARGAS sin intervención de RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA, quien se desconoce por parte de mi representada CLÍNICA VERSALLES y quien no está registrado en historia clínica.

En la descripción operatoria de la hoja quirúrgica, se registró lo siguiente:

Informe QX	
Especialidad que interviene:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Servicios	
Servicio 1:	541200 - LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD + - 7121 - POS
Descripción Operatoria	
YA DESCRITA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA ASEPSIA ANTISEPSIA INCISION PFANENSTIEL SE DISECA POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL SE IDENTIFICA UTERO DE ASPECTO NORMAL TROMPAS UTERINAS DE ASPECTO NORMAL OVARIOS NORMALES FONDO DE SACO LIBRE NO HAY SANGRADO NI LIQUIDO LIBRE SE REVISA APENDICE DE ASPECTO NORMAL CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 1/0 PIEL CON PROLENE 3/0 PROCEDIMIENTO TOLERADO SIN COMPLICACIONES ORINA CLARA EN CISTOFLOW	
Diagnostico PostOperatorio	
DX Principal:	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
Tipo herida:	Limpia Contaminada
Materiales Especiales:	No

Conforme al anterior registro, se llevó a cabo LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA mediante técnica quirúrgica PFANNENSTIEL, sin complicaciones, en la cual el equipo médico especializado descartó torsión de anexo (ovario), lesiones en trompas uterinas e incluso apendicitis como probables causas del fuerte dolor abdominal. Según la historia clínica del 18 de octubre de 2013 a las 11:08 horas, una vez fue descartada la torsión de anexo (ovario), el equipo médico definió continuar la hospitalización de la paciente para continuar el estudio de la posible causa del dolor abdominal, solicitando pruebas de DREPANOCITOSIS, UROBILINÓGENO EN 24 HORAS, HEMOGRAMA y UROCULTIVO.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

47

Sobre el no hallazgo en el procedimiento quirúrgico de causa evidente que explicara el dolor abdominal agudo de la paciente, debemos manifestar, que dicha situación fue explicada con anterioridad a la realización de la cirugía, como consta en el consentimiento informado suscrito por el acudiente de la menor LIZBETH TATIANA ANGULO, en el que se detalla: "***Esta cirugía no garantiza la identificación y/o desaparición del problema***, *ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones.*" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Para el 19 de octubre de 2013 a las 09:39 horas, la paciente estaba en buenas condiciones generales, con abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sana, razón por la cual se continuó la vigilancia clínica con analgesia y a la espera de los resultados de laboratorio solicitados.

El 20 de octubre de 2013 a las 14:43 horas, la paciente LIZBETH TATIANA refiere mejoría de su cuadro clínico de ingreso, sin alzas térmicas, sin síntomas urinarios, al examen físico se encontró con signos vitales normales, con abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. El reporte de los exámenes de laboratorio no mostró hallazgos sugestivos para que la paciente continuara en hospitalización, por lo cual, la médico especialista en ginecología y obstetricia ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER ordenó el alta médica con fórmula de analgésicos, recomendaciones, signos de alarma e incapacidad.

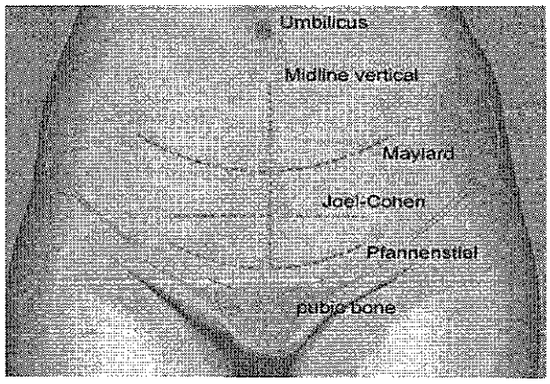
Posterior al 20 de octubre de 2013, la paciente no volvió a consultar en CLÍNICA VERSALLES S.A.

Respecto a la cicatriz generada por la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, respetuosamente nos permitimos aportar una imagen explicativa del campo operatorio de dicha intervención bajo la técnica PFANNENSTIEL[10].

---

[10] Society of Abdominal Radiology. Macrito (201). *Coming to Term: A Multimodality Review of Cesarean Section Complications*. Recuperado 14/12/2018: https://cdn.ymaws.com/www.abdominalradiology.org/resource/collection/92FAB4A5-3BFE-44A1-9E66-271B8B1C744D/2018.193_Macrito.pdf

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conaya@conaya.net Santiago de Cali - Colombia



Conforme a lo anterior, dicha intervención quirúrgica se realiza en la parte baja del abdomen, precisamente para minimizar la aparición de una cicatriz visible, sin embargo, el proceso de cicatrización corresponde a un asunto idiosincrático, por lo que no depende de la idoneidad y capacitad técnica quirúrgica del médico que realiza el procedimiento.

Igualmente, dentro del consentimiento informado suscrito por el acudiente de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, fue descrito claramente en el acápite "RIESGOS DE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA" la posibilidad de presentar cicatriz tipo QUELOIDE (crecimiento excesivo de la cicatriz).

En literatura médica, también se establece la cicatrización como posible complicación o riesgo inherente de la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA:

> "***Laparotomía exploratoria***
> *(Exploración abdominal; laparotomía, exploratoria)*
> *por Ricker Polsdorfer, MD*
> *Risk*
> *Las complicaciones son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Si está planificando someterse a una laparotomía, el médico revisará una lista de posibles complicaciones, que pueden incluir:*
> • *Sangrado*
> • *Infección*
> • *Coágulos sanguíneos*
> • *Daño a los órganos*
> • *Formación de una hernia*
> • ***Cicatrices grandes***
> • *Reacción a la anestesia*" (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De esta manera, el proceso de cicatrización corresponde a un asunto idiosincrático, por lo que no depende de la idoneidad y capacitad técnica quirúrgica del médico que realiza el procedimiento y además, fue informado tanto a paciente como a su acudiente, la posibilidad de queloide conforme acreditamos con el consentimiento informado que aportamos como prueba.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488-0999 Tels:: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Así entonces, señora juez, respecto a la atención médica brindada a LIZBETH TATIANA ANGULO, corresponde señalar con base en la historia clínica, que la paciente fue valorada por un equipo médico especializado, en forma oportuna, exhaustiva, quienes ordenaron exámenes imagenológicos, paraclínicos y elaboraron el posible diagnóstico de torsión de anexo (ovario), conforme a la sintomatología referida por la paciente, el reporte de los exámenes (ecografía) y el criterio del equipo médico especializado. Contrario a lo señalado por la demandante, lo que quedó probado fue la atención médica especializada que recibió la paciente, quien tuvo a su disposición todo el conocimiento, experiencia, experticia, calidad de los profesionales de la salud y toda la tecnología e infraestructura con la que contaba la CLÍNICA VERSALLES S.A.

Señora juez, emerge diáfano, que la parte demandante se ha conformado en lanzar acusaciones sin ningún fundamento científico, tratando de crear una responsabilidad a cargo de mi representada. Resulta claro, que no existe el necesario **nexo causal** como elemento de la responsabilidad, el cual no fue probado, teniendo el deber legal de hacerlo en virtud del artículo 167 del Código General del Proceso.

Como prueba de la presente excepción, aportamos a la señora juez lo siguiente:

1. La historia clínica completa de la paciente.
2. Literatura médico científica sobre signos de irritación peritoneal y la necesidad de realización de la cirugía LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA ante sospecha de torsión de anexo (ovario), entre otras.
3. Dictamen pericial rendido por un médico especialista en ginecología y obstetricia, quien es el profesional idóneo para conceptuar en el caso específico de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO.
4. Testimonio técnico.

Con los anteriores elementos probatorios, está acreditado que no existió una cirugía innecesaria, no existió error en el diagnóstico y no fue necesario realizar exámenes complementarios, como en forma infundada a manifestado la parte demandante para acusar la atención médica y para concluir que existió una falla de la misma. Por los anteriores motivos y argumentos probados, solicitamos a la señora juez, que abra paso a la presente excepción y en consecuencia, deniegue las pretensiones de la demanda.

EXCEPCIÓN 2.- INEXISTENCIA DE RELACION CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DEL EQUIPO MÉDICO DE CLÍNICA VERSALLES S.A. Y EL DAÑO ALEGADO POR LIZBETH TATIANA ANGULO.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892-2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

Los fundamentos fácticos y jurídicos en que la demanda soporta la existencia de los daños materiales e inmateriales no cuentan con los presupuestos básicos de la acción de responsabilidad civil, estos son, el daño, la culpa y nexo causal. Conviene manifestar a la señora Juez que dichos presupuestos ni siquiera fueron probados con la demanda, por el contrario, la historia clínica aportada al plenario permite concluir que el elemento "NEXO CAUSAL" brilla por su ausencia, toda vez que en dicha historia clínica se encuentra registrado la atención médica brindada a LIZBETH TATIANA ANGULO, los tiempos de la atención, la calidad de los profesionales que la atendieron, los exámenes imagenológicos efectuados, la impresión diagnóstica elaborada, la cirugía realizada, sus hallazgos y el manejo oportuno del post operatorio, como ampliamente explicamos en los fundamentos de la excepción que antecede.

Respecto al presupuesto básico de la acción de responsabilidad civil, relativa al nexo causal, la Corte Suprema de Justicia en forma pacífica, ha dejado de presente que es uno de los elementos más complejos de determinar y, en consecuencia, en todos los casos debe probarse.

Continuando con el desarrollo de la presente excepción, traemos a colación lo manifestado por la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 14 de diciembre de 2012, Magistrado Ponente ARIEL SALAZAR RAMIREZ:

> "[...] **1.** En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera que deba repararlo mediante el pago de una indemnización. El artículo 2341 del Código Civil exige el nexo causal como uno de los requisitos para poder imputar responsabilidad, al disponer que "*el que ha* ***cometido*** *un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización...*". (Se resalta)
>
> Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o **causar** el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.
> La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad. [...]"

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

91

Teniendo en cuenta lo anterior, la parte promotora de la demanda tiene la obligación legal de demostrar que el equipo médico de CLÍNICA VERSALLES S.A. y demás demandados cometieron alguna irregularidad por acción u omisión, tenía la obligación legal de acreditar que la presunta falla en el servicio médico se materializó en una cirugía innecesaria, en un error en el diagnóstico y acreditar cómo la falta de los exámenes complementarios, incidieron en forma directa y efectiva en el daño alegado, pues esas fueron sus acusaciones.

Es claro que los demandantes no lograron acreditar ninguno de los componentes de la responsabilidad civil, mucho menos el nexo causal. Aunado a lo anterior, atendiendo las pruebas técnicas ofrecidas y aportadas por esta defensa, las mismas establecen que no existe nexo de causalidad entre la conducta profesional, diligente, oportuna, perita y conforme a la *lex artis* de la prestación del servicio médico y los presuntos daños alegados por una presunta falla médica. Es por ello, que las acusaciones de los demandantes cayeron al vacío.

Así entonces, no existe daño antijurídico imputable a mi representada, tampoco hay lugar a indemnización alguna de perjuicios. Del mismo modo, no existe culpa, así como tampoco **la relación de causalidad necesaria** que se exige en la responsabilidad civil, que excluye condenación al pago de los presuntos perjuicios reclamados por los demandantes.

EXCEPCIÓN 3.- ORFANDAD PROBATORIA PARA FUNDAMENTAR LAS ACUSACIONES DE LA DEMANDA.

Es importante resaltar que la regla 167 de nuestro estatuto procesal civil vigente consagra que "*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*", bajo este precepto normativo, no solo basta con levantar afirmaciones deliberadamente, sin más fundamento que el dicho de los que componen el extremo activo, tratando de estructurar una responsabilidad en cabeza de la CLÍNICA VERSALLES S.A. y demás demandados, la cual no existió, sino que además los accionantes debieron probar que efectivamente la presunta falla médica acusada fue el elemento detonador de los daños alegados.

La parte demandante no cumplió con su deber de probar, no ofreció ni aportó ningún elemento técnico médico científico, que le permita concluir al juzgador de instancia que en efecto existió una falla médica, vulnerando así la regla del artículo 167 del Código General del Proceso. Contrario a dicha conducta, la defensa de CLÍNICA VERSALLES ha planteado un ejercicio probatorio mediante el cual, se le otorga validez científica a todo el acto médico y quirúrgico desarrollado en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO en procura de su bienestar y lejos de generar un mal a su integridad.

"Solamente podrá declararse cuando en el expediente aparezca la prueba de la errada intervención o que la técnica utilizada fue incorrecta y ella fue la causa determinante del daño." (Sentencia judicial de segunda instancia del

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

21 de Julio de 2011, en proceso de responsabilidad civil médica, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Buga, Rad. 2008-0035).

Emerge diáfano entonces, la falta de prueba que hacen etéreas las pretensiones de la demanda.

Con todo lo anterior, solicito respetuosamente al señor denegar las pretensiones de la demanda, pues las mismas no cuentan con soporte probatorio, conforme lo establecen las normas civiles y en especial la regla 167 del C.G.P.

EXCEPCIÓN 4.- EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE CULPA ANTE OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Tal como precisó el legislador en la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en su capítulo 1, numeral 1:

"...La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes..."

Es por ello que la naturaleza de la obligación médica es de medio y no de resultado, lo que implica que el profesional de la medicina en todos sus actos médicos pone a disposición del paciente sus conocimientos, la idoneidad que estriba en su experiencia en la práctica reiterativa de los mismos, como también se obliga el galeno a prestar esfuerzos y suministrar cuidados a su paciente sin que garantice efectividad y la no ocurrencia de situaciones riesgosas, que debido a que la actividad médica se encuentra expuesta a intervenir no a un ente inerte, sino por el contrario al ser humano, donde su organismo comporta estados que obedecen al desarrollo y maduración de estructuras anatómicas.

Tales aspectos son significativos en la responsabilidad del médico, quien tiene dicho la Corte:

"se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlo quirúrgicamente (...) con el fin de liberarlo, en lo posible de sus dolencias; para este efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran (...)" (casación civil de 26 de noviembre de 1986, Gaceta Judicial No. 2423, pp. 359 ss); "el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado", examinándose in casu conforme al

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892-2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

marco fáctico de circunstancias y a los elementos de convicción (cas.civ. sentencia de 30 de enero de 2001, exp. 5507).

Todo lo anterior quiere significar que el acto médico puede eventualmente generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, únicamente cuando exista **culpa comprobada** ya porque actúe con negligencia o impericia, descuido o imprevisión, de lo cual pende el esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el médico y las instituciones no serán responsables de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado.

Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella. Sin embargo, señor juez, resulta evidente que los demandantes no desarrollaron la actividad probatoria que exige la ley.

Según la historia clínica aportada por los demandantes y por esta defensa, es evidente que la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO fue atendida por el equipo médico de la CLÍNICA VERSALLES S.A. y que dichos profesionales prestaron un servicio médico oportuno, perito, de calidad y en busca del bienestar del paciente, quien sufrió un dolor abdominal agudo inespecífico y signos de irritación peritoneal con sospecha diagnóstica de torsión de anexo (ovario), motivo por el cual, fue necesario intervenir a la paciente mediante procedimiento denominado LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica. Situación que ahora es acusada por la demandante sin más argumento que su propio dicho, el cual no es idóneo.

Al equipo de salud de la CLÍNICA VERSALLES le correspondió atender a la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico.

De esta manera, es necesario reiterar que el médico contrae frente al paciente una obligación de **medio** y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud de los pacientes, ya que está obligado a practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, o considerar que el médico llega al proceso culpable, sería tanto como desconocer que la ciencia médica es una ciencia inexacta, sería desconocer

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

el dinamismo del cuerpo, de las patologías, de las reacciones de cada paciente como un único universo, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad.

En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T-645 de noviembre 26/1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado. Por su parte la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio. (Sentencia de enero 30/2001 M.P. José Fernando Ramírez.)

EXCEPCIÓN 5.- IMPROCEDENTE SOLICITUD DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES.

En gracia de discusión, y sin que la presente excepción implique responsabilidad alguna en cabeza de mi mandante, se plantea lo siguiente:

Respecto a los perjuicios materiales:

Lo primero es indicar, que pese a que se mencionan presuntos perjuicios materiales en uno de los acápites de la demanda, lo cierto es que no fueron estructurados, no se dijo cuáles fueron los perjuicios materiales ni existe base de solicitud, por cuanto la parte demandante nada dijo y nada probó sobre tan importante aspecto, razón por la cual, basta con evidenciar la falta de técnica en la solicitud de perjuicios, los cuales resultan improcedentes por carecer de base y prueba que los acredite.

Respecto a los perjuicios inmateriales:

Indebida tasación de perjuicios respecto de los demandantes

En el remoto e improbable evento de que efectivamente los demandantes hubieren sufrido algún perjuicio, de todos modos, nace la imperiosa necesidad de mencionar que el monto indemnizatorio debe ser fijado por el fallador de instancia obedeciendo a los parámetros del *arbitrio iudicis* y aquellos fijados jurisprudencialmente, los cuales no obedecen a lo pretendido en la demanda.

Para ello, traemos a colación que en la sentencia del 30 de junio de 2005 proferida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, únicamente se reconoció la suma de veinte millones de pesos por concepto del perjuicio moral padecido por una hija con ocasión a la muerte de su respectiva progenitora, en la que la Corte Suprema indicó:

"En relación con los perjuicios morales subjetivos que "por este lamentable suceso" tasó el a-quo en $12.000.000.oo, debe decirse que dicho monto debe

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

95

ser incrementado, pues en el caso, la connatural aflicción que sufre una persona por la pérdida de un ser querido, como es apenas comprensible, adquiere mayores dimensiones por las particulares condiciones de la demandante, sobre quien, no hay que olvidar, contaba con algo más de dieciséis años al producirse el accidente en el que falleció su mamá, es decir, se encontraba en plena adolescencia al verse privada de un importante miembro de su núcleo familiar, en circunstancias por lo demás traumáticas, y en un momento en que ella misma debía afrontar la discapacidad corporal que le sobrevino por causa del mismo suceso, situación en la que la ausencia física, la pérdida del afecto maternal, la orientación, consejo, y sobre todo el apoyo de su progenitora, en tan difíciles circunstancias, y en las venideras, por lo irreversible de su propia condición, permiten entender que su desaparición afectara con mayor intensidad sus sentimientos, y que su pérdida le resultara y resulte más dolorosa y perturbadora, de ahí que la condena por el apuntado concepto, que como se sabe no compensa ese dolor y constituye apenas una medida de relativa satisfacción de él, deba incrementarse a veinte millones de pesos ($20.000.000.oo), cuyo pago correrá por cuenta entonces de los demandados."[11]

En este orden de ideas, un pronunciamiento de mayo de 2012 de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia con ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez[12], dentro de un litigio que pretendía el reconocimiento y pago de una indemnización por los perjuicios morales sufridos con ocasión a la muerte de un padre cabeza de familia, se reconoció una indemnización por un valor de $53.000.000 (Cincuenta y tres millones de pesos) para la esposa, y $53.000.000 (Cincuenta y tres millones de pesos) para el hijo de la víctima.

En efecto, la evolución de los límites máximos indemnizatorios ha sido una tarea a cargo de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que ha concebido dicho resarcimiento tasable en valores absolutos y no superiores a sesenta millones de pesos ($60.000.000) en aquellos eventos en donde se supone que la víctima ha experimentado el dolor más agobiante por acción u omisión de los demandados que generaron la muerte de un miembro del núcleo familiar, en juicios en los cuales se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad civil y en efecto, permitió al fallador declarar el resarcimiento de perjuicios, lo que NO ocurre en el presente asunto.

Así las cosas, aterrizando los criterios al caso en concreto y las verdaderas circunstancias de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, se observa que evidentemente la indemnización pretendida por la parte actora sólo deja en evidencia un afán de lucro injustificado que deberá tener en cuenta la señora juez. Máxime, que la actividad probatoria fue nula.

---

[11] Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de junio de 2005. Magistrado Ponente: Dr. Jaime Alberto Arrubla Paucar. Exp. 68001-3103-005-1998-00650-01.
[12] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 veintiocho de Mayo del 2012. Exp. 11001-3103-006-2002-00101-01

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

EXCEPCIÓN 6.- ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.

Teniendo en cuenta que el *enriquecimiento sin causa* se configura cuando hay un enriquecimiento patrimonial a expensas de un empobrecimiento económico sin que medie causa legal para dicha relación, debe concluirse que condenar a mi defendida al pago de los rubros aducidos en el líbelo de la demanda, sería un *enriquecimiento sin causa*, pues no existe ningún argumento legal o jurisprudencial para legitimar o justificar el más mínimo pago.

EXCEPCIÓN 7.- GENÉRICA O INNOMINADA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, solicito al Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley incluida la de falta de legitimación en la causa por pasiva, conforme a la Ley.

OPOSICIÓN Y OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Es necesario señalar que el juramento estimatorio realizado por la parte demandante es improcedente y en tal virtud, no podrá valorarse como prueba. Habida cuenta que la regla 206 del Código General del Proceso es clara en excluir los perjuicios inmateriales del juramento estimatorio, y teniendo en cuenta que en el presente juramento sólo se han mencionados perjuicios inmateriales, entonces resulta improcedente y antitécnico presentar juramento estimatorio por dicha tipología del perjuicio (morales, vida en relación y daño a la salud), situación que –por lo obvio–, me disculpo señora juez.

PRUEBAS OFRECIDAS Y APORTADAS POR LA PARTE DEMANDADA CLÍNICA VERSALLES S.A.

1. **INTERROGATORIO DE PARTE**: Solicito respetuosamente al Juzgado citar, para que absuelva interrogatorio de parte, a la parte demandante quien deberá contestar el cuestionario que le formularé sobre la demanda y la contestación.

2. **DOCUMENTALES:**

- La historia clínica aportada con la demanda.
- Historia clínica completa de las atenciones brindadas en CLÍNICA VERSALLES S.A.
- Literatura médico científica.
- Cuadro de atenciones LIZBETH TATIANA ANGULO.
- Documento interno de la CLÍNICA VERSALLES denominado "GUÍA DE MANEJO MÉDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO".
- Poder para actuar.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

3. TESTIMONIALES.

De manera respetuosa, solicito al despacho decrete y ordene la recepción del siguiente testimonio técnico:

- Dr. GILZAN JAVIER NARVAEZ ORTEGA, médico especialista en ginecología y obstetricia, quien participó en la atención de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, en la cirugía LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA realizada el 17 de octubre de 2013, para que le informe a la señora juez todo sobre el acto médico realizado, la atención médica brindada y demás conforme a la historia clínica.

  El testigo técnico puede ser ubicado en la CLÍNICA VERSALLES S.A. ciudad de Cali.

- Dra. SIMONETTA CERVANTES FERRER, médico especialista en ginecología y obstetricia, quien fue el profesional que valoró a la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO durante el postoperatorio el 20 de octubre de 2013 la cirugía COLELAP el 26 de abril de 2014, para que le informe al señor juez todo sobre la cirugía realizada al WALTER ANDRÉS MARÍN, la atención médica brindada y demás conforme a la historia clínica.

  El testigo técnico puede ser ubicado en la CLÍNICA VERSALLES S.A. ciudad de Cali.

4. PRUEBA PERICIAL.

Dictamen pericial – estudio especializado rendido por el Dr. JORGE SEJNAUI SAYHER, médico especialista en ginecología y obstetricia.

De acuerdo con la regla 226 del Código General del Proceso, me permito anexar todos los documentos que acreditan la idoneidad del profesional especializado que realizó la peritación.

PETICIONES

Respetuosa solicito a la señora juez, acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de la CLÍNICA VERSALLES S.A.

SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.

CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 – 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se denieguen las pretensiones presentadas por la demandante.

Como consecuencia de la terminación del proceso:

QUINTA. Condene en costas y agencias en derecho a la demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

DIRECCIONES PARA NOTIFICACIONES

CLÍNICA VERSALLES S.A. puede ser notificado en la carrera 3ª oeste No. 2-43 Barrio El Peñon de la ciudad de Cali y el suscrito abogado en la misma dirección o en la secretaría de su Despacho.

Correos electrónicos: conava@conava.net y ham.conava@gmail.com

De la señora Juez, con toda atención,

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN
C.C. 16.678.028 de Cali
T.P. 41.291 C.S.D.J.

Cra. 3A Oeste No. 2-43 PBX: (57)(092) 488 0999 Tels.: (57)(092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 892 2106 e-mail: conava@conava.net Santiago de Cali - Colombia

IMPRESIÓN HISTORIA CLÍNICA

99

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA
Tipo y Nro. ID: TI 99072510816
Fecha Nacimiento: 25/07/1999
Edad: 14 años
Sexo: Femenino
Estado civil: Desconocido
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO
Tipo de afiliado: Beneficiario
Residencia: CRA 7 E BIS 73 - 69 ALFONSO LOPEZ CALI
OCUPACION
Tel: 4841039
Fecha/Hora Ing.: 2013-10-15 19:42
Vía Ingreso: Urg/Hosp Hospitalización
Fecha/Hora Egr.: 2013-10-21 14:34
Vía Egreso: Urg/Hosp Hospitalización
Acompañante paciente:
Tel:
Parentesco:
Responsable paciente:
Tel:
Parentesco:
Convenio: COMFENALCO EPS

Valoración - Área: CONSULTORIOS URGENCIAS ADULTOS SP					
Información General			**Fecha: 15/10/2013 Hora: 20:28**		
¿El paciente llegó por sus propios medios?: Si ¿Estado de embriaguez:?: No					
Motivo Consulta					
ACOMPAÑANTE LA MADRE DOLOR ABDOMINAL					
ENFERMEDAD ACTUAL					
DESDE HACE DOS DIAS APARECE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NO IRRADIADO , QUE VARIA DE INTENSIDAD, PERO HOY DESDE LA MAÑANA SE HACE PERSISTENTE POR LO CUAL CONSULTA, HOY UN EPISODIO EMETICO, CUATRO DEPOCISIONES CON PINTAS DE SANGRE, HOY TRES LIPOTIMIAS, Y DISURIA, NO FIEBRE. MADREREFIERE QUE NOTA QUE LA PACIENTE CADA MES PRESENTA ESTE DOLOR, PERO PACIENTE AFIRMA QUE ESTA VEZ ES MUY INTENSO COMPARADO CON LOS OTROS MESES, ADEMAS TIENE DISURIA HATOMADO HIOSCINA ULTIMA DOSIS A LAS 4PM. ANTECEDENTESPAT: NIEGA ALERGICOS:NIEGA QX.NIEGA GO_FUR OCT 15 2013 CICLOS IRREGULARES. NIEGA INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL FAMNIEGA					
Exámen Físico					
Estado de conciencia: Conciente Descripción:					
Apariencia General BUENAS CONDICONES GENRALES					
Esfera Mental ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS					
Cabeza N					
Ojos N					
Otorrino N					
Cuello N					
Tórax Mamas N					
Corazón RITMICOS SIN SOPLOS					
Pulmones MV SIMETRICO SIN SOBREAGREGAODS					
Abdomen BLANDO, DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA, PREDOMINIO EN FOSA ILIACA IZQUIERDA E HIPOGASTRIO, NO REBOTE, NO MASAS					
Genitourinario NO SE EXPLORA					
Osteomuscular NO EDEMAS, PERFUSION DISTAL <2SEGUNDOS					
SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE					
Piel y Faneras N					
SIGNOS VITALES					
T.A.S	110 mmHg	T.A.D	60 mmHg	T.A.M	76.6 mmHg
FC	88 /min	FR	16 /min	T	37 C
Causa Externa			Enfermedad General		
Finalidad de la Consulta			No aplica		
Conducta a seguir:					
15/10/2013 20:40					
Conducta a Seguir: Sala de Espera					
JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M: 1485/10 Especialidades: MEDICINA GENERAL					

Plan Diagnóstico y terapéutico

//////ORDENES MEDICAS//////
LEV SSN 0.9% BOLO DE 500CC AHORA
RANITIDINA 1 AMP EV AHORA
TRAMADOL 50MG SC AHORA
SS HEMOGRAMA, BHCG, PO Y GRAM DE ORINA POR SONDA (PACIENTE CON SANGRADO VAGINAL)
REVALORAR.

JENNIFER LOZANO VARGAS 1485/10

15/10/2013 23:08

Plan Diagnóstico y terapéutico

HEMOGRAMA LEUCOS 9820 N 47.1% PLAQUETAS 266.000 PO: NO IVU, GRAM DE ORINA: NEGATIVO BHCG: NEGATIVO
PACINETE PERSISTE CON DOLOR
REVALORO ABD. DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA, NO MASAS, NO REBOTE
DECIDO ADICIONAR ANALGESICO
QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO??

//////ORDENES MEDICAS//////
DIPIRONA 2GR EV AHORA
DICLOFENACO 75MG IM AHORA
REVALORAR.

JENNIFER LOZANO VARGAS 1485/10

16/10/2013 02:54

Conducta a Seguir: Cama Observación

JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M: 1485/10 Especialidades: MEDICINA GENERAL

Plan Diagnóstico y terapéutico

REVALORO PACIENTE PERSISTE CON DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA SIN SIGNSO DE IRRITACION PERITONEAL A PESAR DE ANALGESIA
DECIDO POR TANTO DEJAR PARA TOMA DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL

//////ORDENES MEDICAS//////
NVO
LEV SSN 0.9% 80CC HORA
TRAMADOL 50MG EV CADA 8 HORAS
HIOSCINA SIMPLE 1 AMP EV CADA 8 HORAS
SS ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL
REVALORAR.

JENNIFER LOZANO VARGAS 1485/10

16/10/2013 11:49

Conducta a Seguir: Hospitalizar en Piso

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M: R.M. 13014/81 CC. 14985532 Especialidades: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Comentarios Generales

PACIENTE DE 14 AÑO G0P0 CON FUR HACE 15 DIAS SIN VIDA SEXUAL ACTIVA QUE HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DEPOCIONES CON SANGE EN MANEJO CON HIOSHINA SIN MEJORIA POR LO QUE CONSULTA DENTRO DE SUS ANTECEDENTE PACIENTE PRESENTA CICLOS IRREGULAR Y DISMENORREA
AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD TA100/70 FC 78 FR 16 NORMOCEFALICA ANICTERICA TORAX SIMETRICO CARDIOPULOMANR NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS CON DOLOR A LA PALPACION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GENITALES SIN SANGRADO EN EL MOMENTO TV SE OMITE
TIENE REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA NORMAL UROANLISIS NORMAL Y BHCG NEGATIVA SE TOMA ECO TV QUE EVIDENCIA LESION QUISTICA SOBRE ANEXO IZQUIERDO DE 7X3 CM DE CARACTERISTICAS BENIGNAS POR LO QUE SE ORDENA HOSPITALIZAR EN PISO PARA MANEJO EXPECTANTE CON ANALGESICO

GILBERTO MESSA MOSQUERA 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

16/10/2013 18:50

Conducta a Seguir: Cama Observación

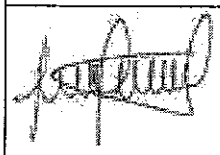
DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ - R.M: 761470 CC. 6227707 Especialidades: MEDICINA GENERAL

Diagnósticos

100

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica
Clasificación Triage (1 a 4)	2	



JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10
15/10/2013 20:40

Procedimientos	Urg.	Pos	Observaciones
907107 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + - 19775	No	Si	PO Y GRAM DE ORINA POR
901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+ - 19497	No	Si	PO Y GRAM DE ORINA POR
906625 - GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] + - 19165	No	Si	PO Y GRAM DE ORINA POR
902209 - HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO + - 19304	No	Si	PO Y GRAM DE ORINA POR SONDA
15/10/2013 20:41 JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10 MEDICINA GENERAL			

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
15/10/2013 20:41	20284-Ranitidina clorhidrato sol iny 50mg/2ml amp x 2ml Conc:50 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	1 Días	Intravenosa	1	
15/10/2013 20:41	20301-Tramadol clorhidrato sol iny 50mg/ml ampx x 1ml Conc:50 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	1 Días	Subcutanea	1	

Insumos:

Insumos	Cantidad
395-19934 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 500ML BAXTER	1
21884-95702 JERINGA INSULINA 1ML CON AGUJA REF BD326732 SOB X 1 30GX8	1
559-23676 EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF MRC0001P SOB X 1 BAXTER	1
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	1
1263-25701 SONDA NELATON SOB X 1 MEDEX 8FR	1
703-55081 GUANTE QUIRURGICO No. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 No. 7	1
15/10/2013 20:41 JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10 MEDICINA GENERAL	

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
15/10/2013 23:08	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	1 Días	Intramuscular	1	
15/10/2013 23:08	20234-Dipirona (metamizol) sol iny 1gr amp x 2ml Conc:1 gr / 2 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	2 AMP	1 Días	Intravenosa	2	

Insumos:

Insumos	Cantidad
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	1
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	1
15/10/2013 23:08 JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10 MEDICINA GENERAL	

Procedimientos	Urg.	Pos	Observaciones
881402 - ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL + - 31101	No	Si	
16/10/2013 02:55 JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10 MEDICINA GENERAL			

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones

38

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
16/10/2013 02:55	20301-Tramadol clorhidrato sol iny 50mg/ml ampx x 1ml Conc:50 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	8 Horas	Intravenosa	1	
16/10/2013 02:55	20474-Hioscina n butilbromuro sol iny 20mg/ml amp x 1ml Conc:20 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	8 Horas	Intravenosa	1	

Insumos:

Insumos	Cantidad
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	1
396-19931 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 1000ML BAXTER	1

16/10/2013 02:55
JENNIFER LOZANO VARGAS - R.M. 1485/10 MEDICINA GENERAL

Observaciones Generales

16/10/2013 11:51
Fecha Orden: 16/10/2013 - 11:50

1, HOSPITALIZAR EN PISO
2. DIETA COMUN
3. TAPON HEPARINIZADO
4. DIPIRONA 2.5 GRA MP IV CADA 6 HORAS
5. DICLOFENACO 75 MG AMP IM CADA 12 HORAS
6. CONTROL DE SIGNOS VITALES

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
16/10/2013 11:51	20831-Dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml Conc:2.5 gr / 5mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	6 Horas	Intravenosa	1	
16/10/2013 11:51	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	12 Horas	Intramuscular	1	

Insumos:

Insumos	Cantidad
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	2

16/10/2013 11:52
GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Evolucion - Área: CONSULTORIOS URGENCIAS ADULTOS SP

Información General

Fecha: 16/10/2013 Hora: 18:51

Plan de Manejo

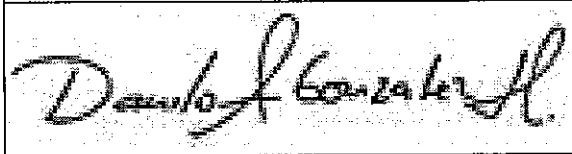
SE RASLADA A HOSPITALIZACION CAMA 306 A

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Hospitalizar

Generar Orden Egreso: Si Hospitalizacion Estado a la Salida: Vivo



DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ - R.M. 761470 CC. 6227707
16/10/2013 18:51

101

Paciente: **ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA** No ID: **TI 99072510816**

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
16/10/2013 21:28	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	12 Horas	Intramuscular	2	
16/10/2013 21:28	20831-Dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml Conc:2.5 gr / 5mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	6 Horas	Intravenosa	4	

Insumos:

Insumos	Cantidad
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4

16/10/2013 21:30
SANDRA LUCIA MUÑOZ SANCHEZ - R.M. -- ENFERMERIA

Insumos:

Insumos	Cantidad
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4

17/10/2013 07:35
MARTHA CECILIA ORDONEZ ORDONEZ - R.M. R.M. CC. 59832848 ENFERMERIA

Evolución - Área: Estación 3A

Información General

Fecha: 17/10/2013 Hora: 10:04

Datos Subjetivos

PACIENTE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR ABDOMINAL EN ZONA DEHIPOGASTRIO Y FOSASILIACAS

Hallazgos Importantes

BUENAS CONDICOONES GENERALES,HIDRATADA,SIN ICTERICIA,CARDIO PULMONMAR NORMAL, ABDBLANDO Y DEPRESIBLE CONDOLORINTENSO A LAPALPACION PROFUNDA EN HIPOGASTRIO Y FOSAILIACA IZQUIERDA BLOMBERG EN FOSAILIACA IZQUIERDAPOSITIVO TV SE OMITE

Análisis

PACENTE HOSPITALIZADA CON DX DEDOLOR ABDOMINAL AGUDO TIENE ECO QUE EVIDENCIAMASA ANEXIAL QUE EVIDENCIA MASA ANEXIAL IZQUIERDA DE 73X55 MM CON ABD POSITIVO CON SIGNOS DEIRRITACION PERITONEAL, SE SOSPECHA TORCION DE ANEXO CONDUCTA: LAPAROTOMIA

Plan de Manejo

VER ORDENES MEDICAS.

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización

Generar Orden Egreso: No

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
17/10/2013 10:08

Observaciones Generales

17/10/2013 10:09
Fecha Orden: 17/10/2013 - 10:08

1.NADA VO
2. LEV SSN 150CC HRA
3. METOCLOPARIDA 1 AMP EV AHORA
4. RANITIDINA AMP EV AHORA

5. PREPARAR PARA LAPAROTOMIA
6.SS TURNO EN SALA DEOPERACIONES
GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
17/10/2013 10:10	20264-Metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml Conc:10 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 ML	24 Horas	Intravenosa	1	
17/10/2013 10:10	20284-Ranitidina clorhidrato sol iny 50mg/2ml amp x 2ml Conc:50 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	24 Horas	Intravenosa	1	

Insumos:

17/10/2013 10:11
GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Cirugía	Pos	Urgente	Observaciones
541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD + - 7121	No	No	

GILBERTO MESSA MOSQUERA 13014/81 CC. 14985532 ,GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
17/10/2013 10:33	20264-Metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml Conc:10 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	24 Horas	Intravenosa	1	
17/10/2013 10:33	20284-Ranitidina clorhidrato sol iny 50mg/2ml amp x 2ml Conc:50 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	24 Horas	Intravenosa	1	

Insumos:

Insumos	Cantidad
21862-78624 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE REF 381834 SOB X 1 20G X 1,16PULG	1

17/10/2013 10:35
MARTHA CECILIA ORDONEZ ORDONEZ - R.M. R.M. CC. 59832848 ENFERMERIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
17/10/2013 10:52	20243-Fentanilo citrato sol iny 0.05mg/ml amp x 10ml Conc:0,05 mg/mL (0,005%) F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	2 AMP	24 Horas	Intravenosa	2	paciente en paro
17/10/2013 10:52	20237-Epinefrina tartrato o clorhidr sol iny 1mg/ml amp x 1ml Conc:1 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	3 AMP	24 Horas	Intravenosa	3	pte en paro
17/10/2013 10:52	21391-Norepinefrina sol iny 1mg/ml amp x 4ml Conc:1 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	24 Horas	Intravenosa	1	
17/10/2013 10:52	20220-Atropina sulfato amp x 1ml Conc:1 mg/mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	2 AMP	24 Horas	Intravenosa	2	
17/10/2013 10:52	20267-Midazolam sol iny 5mg/5ml amp x 5ml Conc:5 mg/5 mL (0,1%) F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 ML	24 Horas	Intravenosa	1	

PACIENTE HACE CODIGO AZUL

Insumos:

Insumos	Cantidad
394-19932 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 250ML BAXTER	2
35888-107837 JERINGA 10ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	5
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	5
41440-109745 JERINGA 20ML CAJ X 50 C/A 21GX1 1/2	20
1194-23289 SUTURA SEDA 3-0 SC-24 45CM REF REF 184T SOB X 1 ETHICON 45CM NEGRA	1
704-55082 GUANTE QUIRURGICO No. 7.5 REF REF LCGC75 CAJ X 50 No. 7.5	2
706-58107 GUANTE QUIRURGICO No. 8 REF LC REF LCGC80 CAJ X 50 No. 8	1
395-19934 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 500ML BAXTER	1
4033-22560 HOJA BISTURI REF BB515 CAJ X 100 AESCULAP No. 15	1
305-22772 KIT CATETER TRILUMEN ADULTO REF CS 15703E SOB X 1 ARROW 7FR X 20CM	1

102

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Insumos	Cantidad
21874-94747 ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2228 SOB X 50 3M ADULTO	6
548-22619 EQUIPO BOMBA INFUSION REF MRC1007SP SOB X 1 FLO-GARD	1
35872-107207 TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON REF 86113 SOB X 1 MALLINCKRODT 8.0FR	1
17/10/2013 11:06 MARTHA CECILIA ORDONEZ ORDONEZ - R.M. R.M. CC. 59832848 ENFERMERIA	

HOJA QUIRURGICA

Ingreso - Salida Paciente

Tipo Sala:	SALA DE CIRUGIA	**Fecha/Hora Ingreso Sala:**	17/10/2013 11:35	**Fecha/Hora Salida Sala:**	17/10/2013 12:07	**Duración Final Cirugía:**	00:20

Sala Cirugía:	QUIROFANO 3	**Inicio Anestesia:**	17/10/2013 11:38	**Fin Anestesia:**	17/10/2013 12:05	**Inicio Acto Quirúrgico:**	17/10/2013 11:40

Fin Acto Quirúrgico:	17/10/2013 12:00		

Destino Paciente: Hospitalizacion

Información Acto QX

Diagnóstico Preoperatorio

DX Principal: R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

Poli trauma: No

Datos Anestesiólogo

Participo Anestesiólogo: Si **Tipo Anestesia:** Regional Conductiva

Anestesiólogo: ANA MILENA SERNA MURILLO

Informe QX

Especialidad que interviene: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Servicios

Servicio 1: 541200 - LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD + - 7121 - POS

Descripción Operatoria

YA DESCRITA

BAJO ANESTESIA RAQUIDEA ASEPSIA ANTISEPSIA INCISION PFANENSTIEL SE DISECA POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL SE IDENTIFICA UTERO DE ASPECTO NORMAL TROMPAS UTERINAS DE ASPECTO NORMAL OVARIOS NORMALES FONDO DE SACO LIBRE NO HAY SANGRADO NI LIQUIDO LIBRE SE REVISA APENDICE DE ASPECTO NORMAL CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 1/0 PIEL CON PROLENE 3/0 PROCEDIMIENTO TOLERADO SIN COMPLICACIONES ORINA CLARA EN CISTOFLOW

Diagnostico PostOperatorio

DX Principal: R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

Tipo herida: Limpia Contaminada

Materiales Especiales: No

Profesionales Por Especialidad

Tipo Profesional	Profesional	Especialidad
Cirujano	DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Ayudante	GILZAN JAVIER NARVAEZ ORTEGA	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

D357

DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS - R.M. R.M. 76-0139/99 CC. 98380760 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, PERINATOLOGIA

17/10/2013 11:35

Observaciones Generales

17/10/2013 12:13
Fecha Orden: 17/10/2013 - 12:10

1. TRASALADAR A PISO DESPUES DE RECUPERACION
2. DIETA LIQUIDA EN 6 HORAS
3. DICLOFENACO 75 MG AMP IM CADA 12 HORAS
4. DIPIRONA 2.5 GR AMP IV CADA 6 HORAS
5. METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP IV CADA 8 HORAS
6. CONTROL DE SIGNOS VITALES
7. RETIRAR SONDA VESICAL EN 6 HORAS
8 AVISAR CAMBIOS

DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS - R.M. R.M. 76-0139/99 CC. 98380760 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, PERINATOLOGIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
17/10/2013 12:13	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	12 Horas	Intramuscular	2	
17/10/2013 12:13	20831-Dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml Conc:2.5 gr / 5mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	6 Horas	Intravenosa	4	
17/10/2013 12:13	20264-Metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml Conc:10 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	8 Horas	Intravenosa	3	

Insumos:

17/10/2013 12:14
DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS - R.M. R.M. 76-0139/99 CC. 98380760 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, PERINATOLOGIA

Insumos:

Insumos	Cantidad
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	3
393-19925 CLORURO DE SODIO AL 095 X 50ML CJX125 REF BARB1301	4
22765-101042 EQUIPO BURETROL + EQUIPO EXTENSION REF 2N8378 (CLEAR LINK)	1

18/10/2013 08:40
MARTHA CECILIA ORDONEZ ORDONEZ - R.M. R.M. CC. 59832848 ENFERMERIA

Evolución - Area: Estacion 3A

Información General

Fecha: 18/10/2013 Hora: 11:07

Datos Subjetivos

DX: 1.GOP0
2. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

S: PACIENTE REFIER PASAR BUENA NOCHE, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS.

O: ENCUENTRO PACIENTE SENTADA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: TA: 100/80, FR: 19, FC: 90, SATO2: 99%, T: 36.

EF: C/C: NORMOCEFALA, CULLO MOVIL CENTRADO, NO DOLOSO SIN PRESENCIA DE MASAS, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS.
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENAS INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, MV PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN PRESENCIA

103

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA No ID: TI 99072510816

SOBREAGREGADOS.
ABD: DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE.
GU: NORMOCONFIGURADA
EXT: SIMETRICAS, MOVILES, SIN PRESENCIA DE EDEMA.
SNC: SIN DEFICIT APARENTE.

A/P: PACIENTE DE 14 AÑOS HOSPITALIZADA EN EL CONTEXTO DE DOLOR ABD AGUDO CON ECO QUE EVIDENCIA MASA ANEXIAL IZQUIERDA, SE LLEVA A LAPAROSCOPIA LA CUAL NO EVIDENCIAN ANMALIAS NI MALIGNIDAD, NORMAL, POR LO CUAL SE DECIDE CONTINUAR HOSPITALIZACION PARA ESTUDIO DE DOLOR ABD, POR LO CUAL SE SS DREPANOCITOS, HEMOGRAMA, UROCULTIVO , SE DEJA IGUAL MANEJO, Y UROBILINOGENO EN 24 HORAS PARA DESCARTAR PORFIRIA.

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización

Generar Orden Egreso: No

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
18/10/2013 11:08

Observaciones Generales:

18/10/2013 11:09
Fecha Orden: 18/10/2013 - 11:08

1. CONTINUAR HOSPITALIZADA
2. DIETA COMUN
3. DICLOFENACO 75 MG AMP IM CADA 12 HORAS
4. DIPIRONA 2.5 GR AMP IV CADA 6 HORAS
5. METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP IV CADA 8 HORAS
6. SS DREPANOCITOS, HEMOGRAMA, UROCULTIVO, UROBILINOGENO EN 24 HORAS
7- CSV AC

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Procedimientos	Urg.	Pos	Observaciones
902209 - HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO + - 19304	No	Si	
901236 - UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]+ - 19966	No	Si	
902121 - PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS] - 19344	No	Si	

18/10/2013 11:10 GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
18/10/2013 11:10	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	12 Horas	Intramuscular	2	
18/10/2013 11:10	20264-Metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml Conc:10 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	8 Horas	Intravenosa	3	
18/10/2013 11:10	20831-Dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml Conc:2.5 gr / 5mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	6 Horas	Intravenosa	4	

Insumos:

18/10/2013 11:10
GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Insumos:

Insumos	Cantidad

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Insumos	Cantidad
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	3
35892-107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6
392-19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4
393-19925 CLORURO DE SODIO AL 095 X 50ML CJX125 REF BARB1301	4

19/10/2013 06:36
SANDRA MILENA MUÑOZ ECHEVERRY - R.M. -- ENFERMERIA

Evolución - Área: Estacion 3A

Información General

Fecha: 19/10/2013 Hora: 09:39

Datos Subjetivos

DX:
1. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO
2. POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SECUNDARIA A QUISTE OVARICO IZQUIERDO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA

PACIENTE DURANTE EL ACTO QUIRUGICO NO SE LE EVIDENCIO PATOLOGIA PELVICA GINECOLOGICA EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN HOSPITALIZACION A LA ESPERA DE RESULTADO DE LABORATORIOS PARA DIAGNOSTICO DEL DOLOR Y DEFINIR CONDUCTA.
SE VALORA PACIENTE EN BUENAS CONDICONES GENERALES AFEBRIL, HIDRATADA, QUIEN AL EXAMEN FISICO ABDOMINAL MUESTRA ABDOMEN BALNADO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON DOLOR A NIEVL DE AREA QUIERUGICA, HERIDA QUIRURGICA SANA PERISTALTIMO PRESENTE.
PLAN. CONTINURA EN VIGILANCI CLINICA CON ANALGESIA Y REVALORAR CON RESULTADO DE LABORATORIOS PENDIENTES.

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización

Generar Orden Egreso: No

GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
19/10/2013 09:48

Observaciones Generales

19/10/2013 09:51
Fecha Orden: 19/10/2013 - 09:50

1. CONTINUAR HOSPITALIZADA
2. DIETA COMUN
3. DICLOFENACO 75 MG AMP IM CADA 12 HORAS
4. DIPIRONA 2.5 GR AMP IV CADA 6 HORAS
5. METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP IV CADA 8 HORAS
6. PENDIENTE DREPANOCITOS, UROCULTIVO, UROBILINOGENO EN 24 HORAS
7- CSV AC
EDGARDO ZAMBRANO PABON - R.M. R.M. 52641/98 CC. 98323109 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Observaciones
19/10/2013 10:41	20231-Diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml Conc:75 mg/3 mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	12 Horas	Intramuscular	2	
19/10/2013 10:41	20264-Metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml Conc:10 mg/2 mL de base F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	8 Horas	Intravenosa	3	
19/10/2013 10:41	20831-Dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml Conc:2.5 gr / 5mL F.F:Solucion Inyectable U.M:Ampolla	1 AMP	6 Horas	Intravenosa	4	

Insumos:

104

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

19/10/2013 10:41
SANDRA MILENA MUÑOZ ECHEVERRY - R.M. -- ENFERMERIA

Insumos:

Insumos	Cantidad
21861-78626 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE REF 381844 SOB X 1 18G X 1.16PULG	1

19/10/2013 20:02
LILIA LUCILA NANEZ MUNOZ - R.M. -- ENFERMERIA

Insumos:

Insumos	Cantidad
35891-107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	5

20/10/2013 07:16
SANDRA MILENA MUÑOZ ECHEVERRY - R.M. -- ENFERMERIA

Evolución - Área: Estacion 3A

Información General

Fecha: 20/10/2013 Hora: 14:43

Datos Subjetivos

TATIANA ANGULO
DX:
1. POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SECUNDARIA A QUISTE OVARICO IZQUIERDO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA

S:PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN BUNEAS CONDICIONES GENERALES,CON MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO DE INIGRESO , NIEGA EPISODIOS DE ALZA TERMICAS. NIEGA SINTOMAS URINARIOS.
O: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA , DESPIERTA, TOLERANDO LA VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTA RESPIRATORIA, SV: 116/48 PAM: 70.6 FC: 80 FR: 18 T: 36.5
CC: ESCLERAS NIVCTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL , SIN MASAS NI ADENOPATIAS.
CP: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AUSUCLTUO RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS.
ABD: BLANDO,D EPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE AREA QUIRURGICA. .
EXT: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR
AP: SE REVALORA PACIENTE, LA CUAL SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. POR LO TANTO DE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA, ANALGESIA CON IBUPROFENO 600 MG 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS. SE EXPIDE INCAPACIDAD MEDICA

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización

Generar Orden Egreso: No

ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER - R.M. R.M. 76-1192/95 CC. 22444404 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
20/10/2013 14:43

Evolución - Área: Estacion 3A

Información General

Fecha: 21/10/2013 Hora: 14:34

Diagnósticos

Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Salida

Generar Orden Egreso: Si Salida Estado a la Salida: Vivo

OFFIR MARIETA GUTIERREZ - R.M. 1 ENFERMERIA
21/10/2013 14:43

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Fecha y Hora	Campo	Valoración Enfermería	Usuario
PREPARACIÓN Y REVISIÓN PRE QX			
17/10/2013 12:17	Intervención quirúrgica	LAPAROTOMIA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Antecedentes patológicos	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Alergias	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Medicamentos Actuales	LOS REGISTRADOS EN LA HCLINICA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
PREPARACIÓN PREOPERATORIA			
17/10/2013 12:17	Rasurado (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	SNG (S/N)	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	S. Vesical (S/N)	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Antibiótico profiláctico	CEFAZOLINA X 2 GR	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Hora de Antibiótico	11+18	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Desinfección piel (S/N)	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	C. Central (S/N)	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	C. periférico (S/N)	YELCO 18	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	L.E.V. - Clase	SSN 250 CC	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	PPS	NEGATIVA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
REVISIÓN PARA PASAR PACIENTE			
17/10/2013 12:17	Bata Quirúrgica (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Ayuno (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Micción (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Premedicación (S/N) ¿ -Cuál?	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Prótesis retirada (S/N)	NO TIENE	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Joyas retiradas (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Uñas despintadas (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Desmaquillada (S/N)	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Reserva Sanguínea Confirmada (S/N) - - Dónde?	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Hora de paso a la sala	11+18	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
REGISTRO QUIRÚRGICO			
17/10/2013 12:17	Tipo de anestesia	CONDUCTIVA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Gases: Oxígeno (S/N)	OXÍGENO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Supino	supino	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Implantes / Drenaje	SONDA FOLLEY 16 A CISTOFLO.	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
PATOLOGÍA			
17/10/2013 12:17	Especimen	NO PATOLOGIA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
ANTES DE INDUCCIÓN DEANESTESIA			
17/10/2013 12:17	Confirmar paciente, id, sitio Qx,Cx,consentimiento	SI CON EL FAMILIAR	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Comprobación de aparatos y medicación anestésica	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente?	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	¿El paciente tiene alergias conocidas?	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Paciente tiene VA difícil, riesgo de aspiración?	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Riesgo de hemorragia > 500ml (7 ml/kg niños) S/N	NO	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Presentación de los miembros del equipo	SI AL FLIAR	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Confirmación de esterilidad de equipos	SI	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA			
17/10/2013 12:17	Confirmar paciente, id, sitio Qx,Cx,consentimiento	SI CON EL FAMILIAR	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	¿Profilaxis antibiótica en los últimos 30 minutos?	cefazolina 2 gr	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Conteo de compresas antes de inicio Cx,registro HC	17 COMPRESAS MAS 2 AGUJAS	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
Previsión evento crítico Anest			
17/10/2013 12:17	¿Pueden visualizarse las imágenes Dx esenciales?	ECOGRAFIA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
PREVIO A SALIDA DEL QUIRÓFANO			
17/10/2013 12:17	Confirma nombre del procedimiento	SI LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Confirma recuento de instrumentos,compresas,agujas	17 COMPRESAS MAS 2 AGUJAS	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Se han etiquetado las muestras	NO aplica	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
Medicamentos Aplicados			
17/10/2013 12:17	Dipirona	2.5 GRS	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA
17/10/2013 12:17	Diclofenaco	75 MG	NELSY RIVAS QUINTERO - R.M: NA

105

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Signos Vitales Fecha/Hora	F.C. pulsos/min	F.R. /min	P.A.S. /mmHg	P.A.D. /mmHg	P.A.M. mmHg	TEMP °C	SAT02	Usuario
15/10/2013-22:00	70	20	110	60	76.66	36.2	98%	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO
16/10/2013-03:30	75	20	115	65	81.66	36.5	97%	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO
16/10/2013-12:00	81	20	125	74	91	36.2	97	JHONIVER ANDRES ARENAS TORRES
16/10/2013-14:38	78	22	100	64	76	36.2	97	LUIS EDUARDO CASTAÑEDA CRUZ
16/10/2013-20:30	89	20	105	55	71.66	36.5	98	YANET MERA GOMEZ
17/10/2013-05:18	85	20	102	57	72	36	97%	MARLYN MORENO MELENDEZ
17/10/2013-08:00	88	20	110	61	77.33	36	97	STEPHANY OLAYA BRAVO
17/10/2013-11:56	70	20	115	65	81.66		100%	NELSY RIVAS QUINTERO
17/10/2013-13:44	74	18	118	68	84.66	36	98	ADRIANA ALEXIS BOLANOS PAZOS
17/10/2013-15:30	99	18	96	56	69.33	36	97%	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
17/10/2013-20:00	107	19	106	60	75.33	36.5	96%	ANA TULIA URMENDIZ OROZCO
18/10/2013-04:57	92	20	85	41	55.66	36.2	96	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
18/10/2013-08:00	113	20	98	50	66	35.5	99	STEPHANY OLAYA BRAVO
18/10/2013-14:10	115	20	90	41	57.33	36.9	94	YULY FERNANDA SAA PARRA
18/10/2013-20:08	98	20	99	43	61.66	36.9	96	YANET MERA GOMEZ
19/10/2013-05:00	109	20	108	50	69.33	36.5	94%	ANA TULIA URMENDIZ OROZCO
19/10/2013-10:01	80	20	102	76	84.66	36.2	95%	MARLYN MORENO MELENDEZ
19/10/2013-15:00	74	19	109	58	75	36.2	95%	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
19/10/2013-19:48	96	18	99	56	70.33	36.5	96%	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
20/10/2013-05:00	80	20	406	50	168.66	36.2	96	ANA TULIA URMENDIZ OROZCO
20/10/2013-05:02	80	20	106	50	68.66	36.2	96%	ANA TULIA URMENDIZ OROZCO
20/10/2013-11:55	100	20	116	48	70.66	36.5	95	YANET MERA GOMEZ
20/10/2013-17:28	100	20	109	49	69	36.5	97%	MARLYN MORENO MELENDEZ
21/10/2013-05:03	104	20	131	82	98.33	36.4	90	STEPHANY OLAYA BRAVO

Anotaciones de Enfermería

Fecha/hora	Anotaciones Enfermería	Usuario
15/10/2013 - 21:32	INGRESA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DOLOR ABDOMINAL PARATE INFERIOR, SE LE TOMA PARACLINICOS Y PARCIAL DE ORINA POR SONDA CON TECNICA ASEPTICA, SE LE CANALIZA VENA SE EL ADMNISRTRA MEDICAMENTO Y LEV Y SE ADMINISTRA TRAMADOL SC, PERNDIENDTE DEFIRNIR.	DIANA VANESSA BOLANOS PAZMINO
15/10/2013 - 22:00	RECIBO PCTE DE SEXO FEMENINO ADOLESENTE EN CAMILLA 3A DE SOAT EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PCTE CON DX: DOLOR ABDOMINAL PCTE CON ACCESO VENSOO PERMEABLE EN EL MOMENTO NO ME REFIERE DOLOR NO DIFICULTAD RESPIRATORIA PENDIENTE REVALORACION PARA DEFINIR MANJEO MEDICO	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha/hora	Anotaciones Enfermeria	Usuario
16/10/2013 - 00:00	PCTE RECIBE REVALORACION POR DR LOZANO QUIEN DEJA ORDEN DE APLICAR DIPIRONA POR 1GR 2 AMPOLLAS Y DICLOFENACO POR 75MG IM PCTE QUE SE LE CUMPLE CON NUEVAS ORDENES DICAS PENDIENTE REVALORACION PARA DEFINIR MANEJO MEDICO	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO
16/10/2013 - 03:30	PCTE RECIBE VALORACION POR DR LOZANO QUIEN DEJA ORDEN DE DEJAR EN OBSERVACION PARA TOMA DE ECO PELVICA TRASABDOMINAL Y CON NUEVAS ORDNES DE ANALGESIA	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO
16/10/2013 - 05:42	ENTREGO PCTE DE SEXO FEMENINO ADOLESENTE EN CAMA 03 DE SOAT EN COMPAÑIA DE FAMILIAT PCTE QUE SE LE CUMPLE CON TTO MEDICO ORDENADP PENDIENTE TOMA DE ECO PELVICA TRASABDOMINAL PARA DEFINIR MAEJO MEDICO	WILLIAM ANDRES VIVAS MELLIZO
16/10/2013 - 06:00	RECIBO PACTE EN CAM DEPSIERTA Y ORIENTADA EN TLP CON DX YA ANOTADOS EN HC PACTE CON LEV PERMEABLES EN LE MOMENTO TRANQUILA ESTABLE PENSIETE TOMA DE ECO TRANS ABDOMINAL	JHONIVER ANDRES ARENAS TORRES
16/10/2013 - 12:00	PACTE QUIEN FUE VX POR GO CON REPORTE DE ECOGRAFIA ORDENA HX EN PISO CON TTO ANALGECIA S COMENTA EN BIENESTRA H EL CUAL REFIERE EN LE MOMENTO NO HAY CAMAS DISPONIBLES PACTE TRANQUILA ESTABLE SIN CAMBIOS NI COMPLICACIONES HGASTA EL MOMENTO	JHONIVER ANDRES ARENAS TORRES
16/10/2013 - 14:00	QUEDA PACTE EN CAM TRANQUILA ESTABLE SIGNOS VITALES EN PARANMETROS NORMALES AFEBRIL TOLERANDO TTOMEDICO ADECUADAMENTE ELIMINANDO EPSONTANEO QUEDA EN CAM PENSIETE CAMA EN HX	JHONIVER ANDRES ARENAS TORRES
16/10/2013 - 14:00	RECIBO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION ADULTO VIVA DESPIERTA ALERTA CONCIENTE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS CON LEV PERMEABLES PASANDO SSN A 100CC HORA, PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN COMPA;IA DE FAMILIAR PENDIENTE HOSPITALIZACION	LUIS EDUARDO CASTAÑEDA CRUZ
16/10/2013 - 19:01	SE REALIZA TRASLADO A HOSPITALIZACION AMA 306A EN COMPA;IA DE FAMILIAR Y PARAMEDICO	LUIS EDUARDO CASTAÑEDA CRUZ
16/10/2013 - 20:30	INGRESA PACIENTE AL SERVICIO PROCEDENTE DE CX CON DX DOLOR ADBOMINAL FOSA ILIACA IZQUIERDA PACIENTE CON VENOPUNCION PERMEABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR NO COMPLICASIONES QUEDA EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR NO CAMBIOS ., PENDIENTE INICIAR TRATAMIENTO	YANET MERA GOMEZ
16/10/2013 - 22:00	recibo paciente joven en el serviico de hospitalizacion conciente orientada en t,l,p en compañia de familiar con dx dolor abdominal en fosa iliaca izquierda paciente que en el momento refiere leve dolor con buen patron respiraotrio normtoensa con venopuncion pemreable en msd para paso de medicamentos en pocicion supina sin cambio aparnete abdomen blando a la palpacion pendiente evolucion por su especialidad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
17/10/2013 - 01:41	paciente que pasa la noche estable recibe y tolera su tto farmacologico eliminando espontaneo sin cambio aparnete ni complicacion duerme a intervalos largos sin dolor en el momento penddiente evolucion	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
17/10/2013 - 05:20	queda paciente en el servicio de hospitalizacion conciente orientado en t,l,p en compañia de familiar con venopuncion pemreable sin cambio aparnete ni complicacion eliminando espontaneo paicente en el momento con leve dolor pendiente evolucion por su especialdiad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
17/10/2013 - 06:08	RECIBO PCTE DE 14 AÑOS EN CAMA, CONCIENTE Y HEMODINAMICAMNETE ESTABLE AFEBRIL, CON IGUAL DX Y TTO, CON TH PERMEABLE PCTE RECIBE Y TOLERA TTO ORDNEADO Y DIETA SIGNADA, NO REFIERE DOOR INTENSO HASTA EL MOMENTO, SIN COMPLICACIONES POR AHORA.	YULY FERNANDA SAA PARRA
17/10/2013 - 08:05	SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD Y MEDIDAS DE CONFORT, TOMA DE SIGNOS VITALES, AL PENDIENTE LA VX POR MEDICO TTE.	YULY FERNANDA SAA PARRA
17/10/2013 - 10:01	PCTE VX POR GINECOLOGO DE TURNO DR MESSA QUIEN DEJA ORDENES A CUMPLIR, SIN CMABIOS.	YULY FERNANDA SAA PARRA
17/10/2013 - 10:12	PCTE PRESENTA LIPOTIMIA, S ETOMAN SIGNOS VITALES, DENTRO D ELAS PARAMETROS NORMALES, T/A 125/75 MMHG, FC 75X MINUTO SAO2 96%, FR 23X MINUTO T 36.4C, SE REALIZA ESTIMULO ESTERNAL Y REACCIONA DE UNA, SE DEJA EN HABITACION EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.	YULY FERNANDA SAA PARRA
17/10/2013 - 11:33	PCTE SE TRASLADA A CX PARA PROCEDIMIENTO QX DE LAPARATOMIA EXPLORATORIA, S ECANALIZA NUEVA VENA CON CATETER NUM 18 PERMEABLE, S ECOLOCAN LEV A MTO DE VENA, 1 AMPOLLA DE PLASIL Y RANITIDINA E.V POR QUE HABIA DESAYUNADO, SIN CMABIOS.	YULY FERNANDA SAA PARRA
17/10/2013 - 11:56	11+18 AM INGRESA PACIENTE AL QUIROFANO NO 3 CONSCIENTE Y ORIENTADA PARA CIRUGIA DE LAPAROTOMIA LA DR SERNA LE DA ANESTESIA CONDUCTIVA SE INICIA CIRUGIA POR EL DR SANTA CRUZ COMO AYUDANTE EL DR NARVAEZ QUIEN REALIZA ASESPSIA Y ANTISEPSIA DEL AAREA A OPERAR PASA SONDA FOLEY A CISTOFLO INSTRUMENTO DOREIDY CUENTA 17 COMPRESA ABREN CAVIDAD NO HAY LESION QUISTICA FONDO DE SACO LIBRE DESIDEN CERRAR CAVIDAD COMPRESAS AL CIERRE 17 COMPLETAS SUTURAN Y DEJAN LA HERIDA CUBIERTA CON EL MICROPORE PASA RECUPERACION	NELSY RIVAS QUINTERO

106

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha/hora	Anotaciones Enfermeria	Usuario
17/10/2013 - 12:08	INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE RECUPERACION BAJO EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA SE LE COLOCA MONITOR PARA SV SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARAMETROS PACIENTE CON SU HERIDA ABDOMINAL LIMPIA Y SECA CUBIERTA CON MICROPORE ELIMINANDO POR SONDA VESICAL ORINA AMARILLA CLARA CON SUS LEV PERMEABLES PASANDO ANALGESIA	ADRIANA ALEXIS BOLANOS PAZOS
17/10/2013 - 13:44	QUEDA PACIENTE ESTABLE SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE DE LA ANESTESIA PENDIENTE TRASLADAR PARA LA HABITACION PACIENTE QUE PUEDE MOVER SUS EXTREMIDADES QUEDA CON LEV PERMEABLES A MANTENIMIENTO CONCIENTE ORIENTADA CON SU HERIDA LIMPIA Y SECA CUBIERTA CON MICROPORE ELIMINANDO POR SONDA VESICAL ORINA AMARILLA CLARA	ADRIANA ALEXIS BOLANOS PAZOS
17/10/2013 - 14:31	RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION SIN COMPLICACION SE ACOMODA SIN COMPLICACION SE COMENTA EN PISO SIN COMPLICACION SE PROCED A PASA A CAMILL A PISO SIN COMPLICACION	LINA VIVIANA PORRAS CASTAÑEDA
17/10/2013 - 15:30	INGRESA PTE PROCEDENTE DE CX CON DX POST QX DE LAPARATOMIA PTE ORIENTDA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA CON SV DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES AFEFRIL CON HERIDA QX LEVEMENTE IMPREGNADA DE MATERIAL SANGUINOLENTO ELIMINA POR SONDA VESICAL ORINA CLARA	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
17/10/2013 - 20:22	QUEDA PTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR RECIBE Y TOLEAR TTO MEDICO ORDENADO CON HERIDA QX LEVEMENTE IMPREGNADA DE MATERIAL SANGUINOLENTO ELIMINA 1000CC DE ORINA CLARA P7 RETIRA AC	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
17/10/2013 - 22:00	recibo paciente joven en el serviico de hospitalizacion conciente orientada en t,l,p en compañia de familiar con dx pop de una laparatomia paciente que en el momento se observa con venopuncion pemreable para paso de medicamentos con sonda vesical a cistoflo eliminando orina clara con herida quirurgica cubierta con micropor levemente imprednada de sangre abdomen blando a la palpacion no dolor en el momento refiere pendiente evolucion por su especialidad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
18/10/2013 - 02:00	paciente que pasa la noche estable recibe y toelra su tto farmacologico duerme aintervalos largos sin cambio ni complicacion recibe y tolera su tto farmaoclogico en el momento sin dolor pendiente evolucion por su especialidad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
18/10/2013 - 04:57	queda paciente en el servicio de hospitalizacion conciente orientada en compañia de familiar con venopuncion permeable sin cambio aparnete ni complicacion con herida quirurgica levemente imprednada de sdangre seca se realiza retiro de sonda vesical pendietne que elimine espontaneo	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
18/10/2013 - 06:00	RECIBO PACIENTE DE 14 AÑOS EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR,CONCIENTE TRANQUILA Y ORIENTADA EN SUS TRES EFERAS,CON SIGNOS VITALES ESTABLES,CON DX DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILIACA IZQUIERDA,SE OBSERVA ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR,PACIENTE ELIMINA ESPONTANEO,QUEDA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR	STEPHANY OLAYA BRAVO
18/10/2013 - 10:03	SE LE REALIZAN MEDIDAS DE BIENESTAR Y CONFORT,PACEINTE SE REALIZA BAÑO EN DUCHA,SE MOVILIZA POR SUS PROPIOS MEDIOS,PACIENTE REFIERE CEFALEA,NAUCEAS PERO NO HA PRESENTADO EPISODIOS DE EMESIS,QUEDA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR	STEPHANY OLAYA BRAVO
18/10/2013 - 13:29	ENTREGO PACIENTE EN CAMA EN MISMAS CONDICIONES,EN COMPAÑIA DE FAMILIAR,PACIENTE PRESENTO 1 EPISODIO DE EMESIS DESPUES DEL ALMUERZO DEBIDO A LA MALA POSTURA QUE TENIA AL COMER,P/T UROCULTIVO,HEMOGRAMA DREPANOCITOS,UROBILINOGENO EN 24 HORAS	STEPHANY OLAYA BRAVO
18/10/2013 - 13:32	JEFE DE TURNO LE EXPLICA A LA PACIENTE Y AL FAMILIAR COMO DEBE TOMAR LA MUESTRA DEL UROCULTIVO	STEPHANY OLAYA BRAVO
18/10/2013 - 14:00	RECIBO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON VENOPUNCION PERMEABLE Y HX ABDOMINAL CUBIERTA	YANET MERA GOMEZ
18/10/2013 - 18:44	PACIENTE QUE PASA LA TARDE AFEBRIL NORMOTENSA RECIBE Y TOLERA EL TRATAMIENTO NO COMPLICASIONES DURANTE EL TURNO PACIENTE CON HX CUBIERTA LIMPIA Y SECA DEAMBULA POR LA HABITACION SIN COMPLICASIONES ELIMINA NO DEPOSICION ,	YANET MERA GOMEZ
18/10/2013 - 20:09	QUEDA PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR NO COMPLICASIONES	YANET MERA GOMEZ
18/10/2013 - 22:00	RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION DESPIERTA Y ORIENTADA ACOMPAÑDA POR FAMILIAR CON DX DE POP LAPARATOMIA EXPLORATORIA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR CON VENOPUNCION PERMEABLE PACIENTE CON HERIDA QX SECA Y LIMPIA ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO	ARASY YADIRA GOMEZ CAMILO
19/10/2013 - 05:21	QUEDA PACIENTE ESTABLE SIN REFERIR DOLOR DURANTE LA NOCHE SE LE ADMINISTRO SU TRATAMIENTO MEDICO EL CUAL TOLERO SIN COMPLICACION QUEDA ACOMPAÑADA POR AMILIAR PENTE REPORTE DE UROCULTIVO Y DE PARACLINICOS	ARASY YADIRA GOMEZ CAMILO
19/10/2013 - 06:06	RECIBO PCTE DE 14 AÑOS EN CAMA, CONCIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, CON IGUAL DX Y TTO DE POP LAPARATOMIA, CON HERIDA QX CUBIERTA CON MICROPORE, CON TH PERMEABLE PCTE RECIBE UY TOLERA TTO ORDNEADO Y DIETA ASIGNADA, CON PENDIENTE REPORTE DE LABORATORIOS ESPECIALE,S SIN CMABIOS.	YULY FERNANDA SAA PARRA

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Fecha/hora	Anotaciones Enfermería	Usuario
19/10/2013 - 09:09	SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD Y MEDIDAS DE CONFORT, TOMA DE SIGNOS VITALES , AL PENDIENTE LA VX POR MEDICO TTE.	YULY FERNANDA SAA PARRA
19/10/2013 - 10:10	PCTE VX POR GINECOLOGO DE TURNO DR BURBANO QUIEN DEJA ORDENS QUE ESTAN PEDNIENTE CHEQUEAR, SIN CMABIOS.	YULY FERNANDA SAA PARRA
19/10/2013 - 13:31	QUEDA PCTE EN CAMA ESTABLE AFEBRIL , EN IGUALES CONDICIONES GEENRALES, REFIRIO PRESENTAR HIPO, PERMANECE EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.	YULY FERNANDA SAA PARRA
19/10/2013 - 14:00	RECIBO PTE EBN CAMA CON FAMILIAR ACOMPAÑANTE RECIBE Y TOLER TTO MEDICO ORDENADO PTE SIN SOPORTE DE OXIGENOP CON HERIDA QX LIMPIA Y SECA RECIBE Y TOLERA TTO MEDICO ORDENADO P/ REPORTE DEUROCULTIVO Y PARACLINICOS AC	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
19/10/2013 - 20:02	QUEDA PTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SE CANALIZA CON YELCO N 18 POR DAÑO DE VENOPUNCION RECIBE Y TOLERA TTO MEDICO SIN COMPLICACIONES CON FAMILIAR ACOMPAÑATE	LILIA LUCILA ÑAÑEZ MUÑOZ
19/10/2013 - 22:00	RECIBO PACIENTE DE 14 AÑOS EN SERVICIO DE HOSPITALIZACION ESTACION 3A, EN CAMA POSICION DECUBITO SUPINO, CON DX POP LAPARATOMIA, EN CONDICIONES ESTABLES, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TLP,SE OBSERVA HX QX EN ABDOMEN CUBIERTA CON MICROPORE LIMPIA Y SECA, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MSI, SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR,P/T REPORTE DE UROCULTIVO ,PCL.	ANA TULIA URMENDIZ OROZCO
20/10/2013 - 05:21	ENTREGO PACIENTE HEMODINAMICAMNETE ESTABLE RECIBE Y TOLERA TTO FARMACOLOGICO, DUERME POR INTERVALOS LARGOS,ELIMINA ORINA ESPONTANEA, QUEDA EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.	ANA TULIA URMENDIZ
20/10/2013 - 06:00	recibo paciente joven en el servilco de hospitalizacion conciente orientada en t,l,p en compañia de familiar con dx pop de una laparatomia pacoiente que en el momento se observa estable con buen patron respiratorio normtoensa con vena periferica permeable en msd para paso de medicamentos en el momento paciente con abdomen blando a la palpacion no dolor herida quirurgica cubierta con micropor pendiente reporte de urocultivo y evolucion	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
20/10/2013 - 10:34	paciente que pasa la mañana estable recibe y tolera su tto farmacologico y la via oral eliminando espontaneo sin dolor en el miomento se realizo arreglo a la unidad pendiente evolucion por su especialdiad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
20/10/2013 - 13:44	queda paciente en el servicio de hospitalizacion concietne roientada en t,l,p en compañia de familiar con vena periferica permeable pendiene evolucion por su especaildiad	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
20/10/2013 - 13:58	paciente es valorada por la doctora cervantes ginecologa quien ordena salida con formula medica y recomendaciones sale paciente en buenas condiciones generales en compañia de familiar	NIDIA ALEJANDRA OTELA BAICUE
20/10/2013 - 14:02	RCB PCT EN CAMA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR ORIENTADA EN SUS TRES TIEMPOS CON DX DE POP LAPARATOMIA ,PCT EN BUENAS CONDICIONES ,TOLERA LA VIA ORAL HELI8MINA ESPOMTANEO CON ACCESOS V PERMEABLE HELIMINA ESPOMTANEO ,HEMODINAMICA ,.PCT BIEN CON SALIDA	MARLYN MORENO MELENDEZ
20/10/2013 - 18:46	PCT ..SALIDA A SU CASA	MARLYN MORENO MELENDEZ

Administración de Medicamentos

Fecha/Hora	Dosis Ordenada	Frecuencia	Vía	Dosis Administrada	Unidades Consumidas	Responsable	Observaciones
44538 -112343 tramadol sol iny 50mg/ml ampx x 1ml (cum:19924285-30) - CONC 50 mg/ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20301 - tramadol clorhidrato sol iny 50mg/ml ampx x 1ml - CONC 50 mg/ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
15/10/2013-21:32	1-AMP	1-Días	Subcutanea	1-AMP	1	BOLANOS PAZMINO DIANA VANESSA	
16/10/2013-04:57	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	VIVAS MELLIZO WILLIAM ANDRES	
754 -17489 hioscina butil bromuro 20mg/ml sol iny farmionni scalpi caj x 100amp (cum:00217210-01) - CONC 20 mg/ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20474 - hioscina n butilbromuro sol iny 20mg/ml amp x 1ml - CONC 20 mg/ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
16/10/2013-04:57	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	VIVAS MELLIZO WILLIAM ANDRES	
1149 -17620 ranitidina 50mg/2ml sol iny caj x 5amp genfar (cum:19956606-02) - CONC 50 mg/2 ml de base - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20284 - ranitidina clorhidrato sol iny 50mg/2ml amp x 2ml - CONC 50 mg/2 ml de base - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
15/10/2013-21:32	1-AMP	1-Días	Intravenosa	1-AMP	1	BOLANOS PAZMINO DIANA VANESSA	
17/10/2013-10:21	1-AMP	24-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	ANTES DE CX

107

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Fecha/Hora	Dosis Ordenada	Frecuencia	Vía	Dosis Administrada	Unidades Consumidas	Responsable	Observaciones
17/10/2013-22:00	1-AMP	24-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA MILENA	
1009 -21714 novalgina im-iv 1gr sol iny caj x 10amp x 2ml (cum:00033230-04) - CONC 1 g - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20234 -dipirona (metamizol) sol iny 1gr amp x 2ml - CONC 1 gr / 2 ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
15/10/2013-23:45	2-AMP	1-Días	Intravenosa	2-AMP	2	VIVAS MELLIZO WILLIAM ANDRES	
1010 -21716 novalgina im-iv 2.5gr sol iny caj x 5amp x 5ml (cum:00054981-01) - CONC 2.5 g - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20831 -dipirona (metamizol) sol iny 2.5gr amp x 5ml - CONC 2.5 gr / 5ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
16/10/2013-12:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	ARENAS TORRES JHONIVER	
17/10/2013-00:02	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MORENO MELENDEZ MARLYN	
17/10/2013-05:19	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	OTELA BAICUE NIDIA ALEJANDRA	
17/10/2013-18:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	ÑAÑEZ MUÑOZ LILIA LUCILA	
18/10/2013-00:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	
18/10/2013-04:53	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	DOSIS DE LAS 6 AM
18/10/2013-12:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MORENO MELENDEZ MARLYN	
18/10/2013-18:44	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MERA GOMEZ YANET	
19/10/2013-00:05	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	URMENDIZ OROZCO ANA TULIA	
19/10/2013-05:22	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	
19/10/2013-12:08	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MERA GOMEZ YANET	
19/10/2013-18:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	ÑAÑEZ MUÑOZ LILIA LUCILA	
20/10/2013-00:00	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	OLAYA BRAVO STEPHANY	
20/10/2013-05:34	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	URMENDIZ OROZCO ANA TULIA	SE REGISTRA MDTO DE 6:00 AM
20/10/2013-12:09	1-AMP	6-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	
482 -51736 diclofenaco sol iny 75mg/3ml amp x 3ml (cum:19934768-18) - CONC 75 mg/3ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20231 -diclofenaco sodico sol iny 75mg/3ml amp x 3ml - CONC 75 mg/3 ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla)							
15/10/2013-23:45	1-AMP	1-Días	Intramuscular	1-AMP	1	VIVAS MELLIZO WILLIAM ANDRES	
16/10/2013-12:00	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	ARENAS TORRES JHONIVER	
17/10/2013-00:02	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	MORENO MELENDEZ MARLYN	
18/10/2013-00:00	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	
18/10/2013-12:00	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA MILENA	
18/10/2013-12:00	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	MORENO MELENDEZ MARLYN	
19/10/2013-00:05	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	URMENDIZ OROZCO ANA TULIA	
19/10/2013-12:07	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	MERA GOMEZ YANET	
20/10/2013-00:00	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	OLAYA BRAVO STEPHANY	
20/10/2013-12:09	1-AMP	12-Horas	Intramuscular	1-AMP	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	
934 -55297 metoclopramida 10mg/2ml sol iny corpaul caj x 100amp x 2ml (cum:19943734-04) - CONC 10 mg/2ml - F.F solucion inyectable - U.M ampolla (Ppal.: 20264 -metoclopramida clorhidrato sol iny 10mg/2ml amp x 2ml - CONC 10 mg/2 ml de base - F.F solucion inyectable - U.M							

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha/Hora	Dosis Ordenada	Frecuencia	Vía	Dosis Administrada	Unidades Consumidas	Responsable	Observaciones
ampolla)							
17/10/2013-10:21	1-ML	24-Horas	Intravenosa	1-ML	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	ANTES DE CX
17/10/2013-20:00	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	ÑAÑEZ MUÑOZ LILIA LUCILA	
18/10/2013-04:00	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	
18/10/2013-12:00	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	MORENO MELENDEZ MARLYN	
18/10/2013-20:22	1-AMP	24-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	
19/10/2013-04:00	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	GOMEZ CAMILO ARASY YADIRA	dosis de las 6 am
19/10/2013-19:58	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	OTELA BAICUE NIDIA ALEJANDRA	
20/10/2013-04:00	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	URMENDIZ OROZCO ANA TULIA	
20/10/2013-12:09	1-AMP	8-Horas	Intravenosa	1-AMP	1	SAA PARRA YULY FERNANDA	

Insumos Consumidos

Insumos Descripcion	Unidades Consumidas	Responsable
15/10/2013 23:45		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
15/10/2013 21:33		
107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
15/10/2013 23:45		
107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
15/10/2013 21:33		
19934 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 500ML BAXTER	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
23676 EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF MRC0001P SOB X 1 BAXTER	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
25701 SONDA NELATON SOB X 1 MEDEX 8FR	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
55081 GUANTE QUIRURGICO No. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 No. 7	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
95702 JERINGA INSULINA 1ML CON AGUJA REF BD326732 SOB X 1 30GX8	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
16/10/2013 04:57		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
16/10/2013 12:58		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	2	MESSA MOSQUERA GILBERTO
16/10/2013 04:57		
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
16/10/2013 12:58		
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1	MESSA MOSQUERA GILBERTO
16/10/2013 04:57		
19931 CLORURO NA USP O SUERO FISIOL 0.9% SOL INY BOL X 1000ML BAXTER	1	LOZANO VARGAS JENNIFER
17/10/2013 18:02		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	1	MUÑOZ SANCHEZ SANDRA LUCIA
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	1	MUÑOZ SANCHEZ SANDRA LUCIA
18/10/2013 13:41		
101042 EQUIPO BURETROL + EQUIPO EXTENSION REF 2N8378 (CLEAR LINK)	1	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
18/10/2013 20:21		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	5	MUÑOZ SANCHEZ SANDRA LUCIA
18/10/2013 13:41		
107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	3	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA

107

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA No ID: TI 99072510816

Insumos Descripción	Unidades Consumidas	Responsable
19925 CLORURO DE SODIO AL 095 X 50ML CJX125 REF BARB1301	4	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
18/10/2013 20:21		
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	3	MUÑOZ SANCHEZ SANDRA LUCIA
18/10/2013 20:22		
78624 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE REF 381834 SOB X 1 20G X 1.16PULG	1	ORDONEZ ORDONEZ MARTHA CECILIA
20/10/2013 00:35		
107838 JERINGA 5ML C/A 21GX1 1/2 LIFE CARE CAJ X 100	6	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA
107839 JERINGA 3ML CAJ X 100 LIFE CARE C/A 21GX1 1/2	3	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA
19925 CLORURO DE SODIO AL 095 X 50ML CJX125 REF BARB1301	4	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA
19929 CLORURO NA USP O SUERO FISIO 0.9% SOL INY BOL X 100ML BAXTER	4	MUÑOZ ECHEVERRY SANDRA
20/10/2013 00:36		
78626 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE REF 381844 SOB X 1 18G X 1.16PULG	1	ÑAÑEZ MUÑOZ LILIA LUCILA

Ordenes Ambulatorias

Nro Orden de Servicios: 1595117 Fecha/Hora: 20/10/2013 - 15:28

Código	Descripción	Cantidad
881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL + - 31101	1

Indicaciones Generales	
Profesional que Prescribe	CERVANTES FERRER ASTRID SIMONETTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nro Orden de Medicamentos: 1595109 Fecha/Hora: 20/10/2013 - 14:52

Código	Descripción	Dosis	Frecuencia	Vía	Cantidad	Días Trat.	Indicaciones
20071	20071 Ibuprofeno tab 400mg tab. Conc:400 mg	1	6 Horas	Oral	20	5	

Indicaciones Generales	
Profesional que Prescribe	CERVANTES FERRER ASTRID SIMONETTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Paraclínicos

Fecha Rta	Servicio	Fecha Orden	Respuesta	Adjunto	Interpretacion
15/10/2013 21:22	902209 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO + - 19304	15/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :164706 Resultados: 15/10/2013 21:22 1 RICARDO DE LA ROSA 4611. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico	LTA.pdf	NEGATIVA ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha Rta	Servicio	Fecha Orden	Respuesta	Adjunto	Interpretacion
15/10/2013 21:22	906625 GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] + - 19165	15/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :69495 Resultados: 15/10/2013 21:22 1 RICARDO DE LA ROSA 4611. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico	LTA.pdf	NEGATIVA ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
15/10/2013 22:44	901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+ - 19497	15/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :164712 Resultados: 15/10/2013 22:44 1 RICARDO DE LA ROSA 4611. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico		NO PATOLOGICO ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
15/10/2013 22:44	907107 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + - 19775	15/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :164711 Resultados: 15/10/2013 22:44 1 RICARDO DE LA ROSA 4611. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico	LTA.pdf	NOPATOLOGICO ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

109

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA

No ID: TI 99072510816

Fecha Rta	Servicio	Fecha Orden	Respuesta	Adjunto	Interpretación
16/10/2013 10:18	881402 ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL + - 31101	16/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :16548 Resultados: 16/10/2013 10:18 INFORME DE ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL PACIENTE : LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA ENTIDAD : COMFENALCO AREA : URGENCIAS FECHA DE ECOGRAFIA CODIGO IDENTIFICACION No : : : OCTUBRE 16 DEL 2013 1572948 99072510816 Se realiza ecografía pélvica transabdominal observándose: Vejiga llena adecuadamente distendida. Útero en AVF de ecogenicidad homogénea y contornos regulares, que mide 63 X 43 X 33 mm (L x AP x T), endometrio (1.2 cm.), sin imagen de gestación intrauterina mayor de cuatro semanas Cervix de 3.1 cm. Ovario derecho mide 32 X 23 X 18 mm. Con volumen de 7.2 ml, de características ecograficas normales. Hacia topografia de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm. No se observan masas pélvicas ni anexiales Fondo de saco de Douglas libre. CONCLUSION: LECCION ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. Atentamente, DRA. PAOLA A. OTERO. Ginecóloga Obstetra amv MARIA CLEMENCIA CORREDOR SILVA R.M. 2760/87 CC. 31299324 . GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico		Hacia topografia de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm. ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Paciente: ANGULO MOJICA LIZBETH TATIANA **No ID: TI 99072510816**

Fecha Rta	Servicio	Fecha Orden	Respuesta	Adjunto	Interpretación
18/10/2013 13:17	902209 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO + - 19304	18/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :165364 Resultados: 18/10/2013 13:17 OK INGRID JIMENEZ AREVALO 1. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico	ANGULO.pdf	LEUCOCITOSIS - NEUTROFILIA ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
20/10/2013 13:44	901236 UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]+ - 19966	20/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :115604 Resultados: 20/10/2013 13:44 ok KAREN LIZETH ARANGO RODRIGUEZ NA. BACTERIOLOGIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico	UROCULTIVO NEGATIVO 1018148.pdf	NEGATIVO ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. 76-1192/95 CC. 22444404. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
20/10/2013 15:00	902121 PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS] - 19344	20/10/2013	RESULTADOS Consecutivo Respuesta :69694 Resultados: 20/10/2013 15:00 pendiente reporte SANDRA MILENA MUÑOZ ECHEVERRY --. ENFERMERIA Resultados Anteriores: No Existen Resultados Anteriores FINALIDAD :Diagnóstico		

"Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos permitiendo la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizo los registro, la hora y fecha del registro."

CLINICA VERSALLES	EPICRISIS Y CONTRARREFERENCIA	Código: SP-RG-URG-007 Vigente desde: 23-Ene-2009 Versión: 01 Página:

FECHA DE INGRESO	HORA	FECHA DE EGRESO	HORA	DIAS DE ESTANCIA	No. HISTORIA CLINICA	RIPS
15 OCTUBRE 2013	07:40:00 PM	20 OCTUBRE 2013	02:30:00 PM	6	99072510816	1572948
ENTIDAD DE SALUD					SALA	
COMFENALCO					ESTACION 3A HAB 306A	

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS			EDAD	SEXO
LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA			14	FEMENIINO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				
Registro Civil [ ]	T. de Identidad [X]	NUIP [ ] C.C. [ ] C.E [ ]	NÚMERO: 99072510816	
DIRECCIÓN		BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 7E BIS 73 – 69		ALFONSO LOPEZ	CALI	4841039

2. CAUSA DE CONSULTA

3. ENFERMEDAD ACTUAL (al momento del ingreso)

DESCRIPCIÓN:

DOLOR ABDOMINAL

4. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

DESDE HACE DOS DIAS APARECE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NO IRRADIADO , QUE VARIA DE INTENSIDAD, PERO HOY DESDE LA MAÑANA SE HACE PERSISTENTE POR LO CUAL CONSULTA, HOY UN EPISODIO EMETICO, CUATRO DEPOCISIONES CON PINTAS DE SANGRE, HOY TRES LIPOTIMIAS, Y DISURIA, NO FIEBRE. MADRE REFIERE QUE NOTA QUE LA PACIENTE CADA MES PRESENTA ESTE DOLOR, PERO PACIENTE AFIRMA QUE ESTA VEZ ES MUY INTENSO COMPARADO CON LOS OTROS MESES, ADEMAS TIENE DISURIA HA TOMADO HIOSCINA ULTIMA DOSIS A LAS 4PM. ANTECEDENTES PAT: NIEGA ALERGICOS: NIEGA QX. NIEGA GO_ FUR OCT 15 2013 CICLOS IRREGULARES, NIEGA INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL FAM NIEGA

5. DATOS RELEVANTES AL EXAMEN FÍSICO

116/48 PAM: 70.6 FC: 80 FR: 18 T: 36.5

CC: ESCLERAS NIVCTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL , SIN MASAS NI ADENOPATIAS.

CP: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AUSUCLTUO RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS.

ABD: BLANDO,D EPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE AREA QUIRURGICA. . EXT: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR

6. AYUDAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA Y OTRAS)

7.

8. EVOLUCIÓN

SE REVALORA PACIENTE. LA CUAL SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. POR LO TANTO DE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA. ANALGESIA CON IBUPROFENO 600 MG 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS. SE EXPIDE INCAPACIDAD MEDICA

9. DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO	DIAGNÓSTICOS DE EGRESO
DOLOR ABDOMINAL	

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECIBIDO E INSUMOS (TODOS LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS NO POS).

MEDICAMENTO Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD	MEDICAMENTO Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD
CETMAINOFEN			

11. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO RECIBIDO

Teraplas respiratorias ☐ Terapias Físicas ☐ Micronebulizaciones ☐ Otra ☐ Cuál _____

12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

PROCEDIMIENTO	CUPS	PROCEDIMIENTO	CUPS

13. PLAN DE EGRESO

12.1FÓRMULA MÉDICA

MEDICAMENTO Y PRESENTACIÓN	DOSIS	CANTIDAD Y FRECUENCIA	No. DIAS
IBUPROFENO			

12.2CITAS DE CONTROL

POR SU EPS

12.3RECOMENDACIONES

DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE

14. CONTRARREFERENCIA

NOMBRE DE LA IPS RECEPTORA	SERVICIO	AUTORIZADO POR
		CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN

Dario A. Sanchez
GINECOLOGIA Y OBST
MEDICINA MAT
R.M. 760/35

CLINICA VERSALLES

FECHA Oct - 17/13 NOMBRE Lisbeth Angulo

H.C.: 990725 0816 ESPECIALIDAD: Ginecología CAMA:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

CIRUGÍA PROPUESTA:

EVALUACIÓN PREANESTESICA

SEXO: F EDAD: 14-a PESO: 45 Kg EST: TA: 98/61 FC: 78 FR: T:

CARDIOVASCULAR: HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTERIOSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACION, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.

AP (-) Buen estado general Neto: S

Ro CoRoRs no soplos

RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCION RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO, TBC, OBSTRUCCION VIA AEREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS.

AP: (-). Hipertrofia conchas

AO > 4cm OTM > 6cm MPT 1 ACP buen inflado

METABÓLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD.

AP: (-)

GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA HIATAL, OBSTRUCCION, VOMITO, DIARREA,

AP: (-) Ayuno 8 horas.

RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURÉTICOS, DIÁLISIS

AP: (-)

NEUROLOGICO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLIAN BARRE, HIPERTENSION, GLASGOW, LESION MEDULAR.

AP: Cefalea frontal

MUSCULOESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.

AP: (-)

HEMATOLOGICO: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICUAGULANTES, REACCION A TRANSFUSION.

AP: (-)

HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES

AP: (-)

ALERGIAS: Ninguna conocida

GINECO-OBSTETRICO: F.U.M, ANOVULATORIOS, EMBARAZO.

DROGAS: Ninguno.

ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA - FECHA - COMPLICACIONES

Ninguna

PREDICCION INTUBACION: fácil **OTROS:** HIV - TESTIGO DE JEHOVA - ALCOHOLISMO - DROGADICCION - RAZA (-) (-)

EXAMENES DE LABORATORIO:

ASA (1) 2 3 4 5 U

INDICE DE TRAUMA:

RESERVA: (-)

PLAN ANESTÉSICO Y PREMEDICACIÓN: Alondra Mariana Barraza

ANESTESIÓLOGO: Ana Mesa

FECHA DE LA EVALUACIÓN: Oct 17/2013

702725

Lisbeth Tatiana Angulo

REGISTRO DE ANESTESIA

Oct 17/2018

- EL EFECTO DE LA PREMEDICACION ES: INSUFICIENTE ___ BUENO ___ EXCESIVO ___
- SI EL ANESTESIOLOGO QUE ADMINISTRA LA ANESTECIA NO ES EL MISMO QUE HIZO LA EVALUACION, LA REVISO Y CONFIRMO CON LA H.C. EL PACIENTE Y FAMILIARES? SI X NO ___
- REVISO MAQUINA DE ANESTESIA, EQUIPO DE VIA AEREA, DROGAS, ASPIRADOR, CIA VENOSA, MONITORIA? SI X NO ___
- REALIZO ALGUNA OBSERVACION PREVIA ESPECIAL AL PACIENTE O SUS FAMILIARES? (DAR DETALLES EN LA H.C.)

HORA 11 | 15 30 45 | 12 15 30 45 | 1 15 30 45 | 15 30 45 | 15 30 45

MONITORIA AGENTES

O2 — 3l/m 3l/m

E-O / I-O2 — RS-RS RS / 98/ 99/ 99/

TA. X
F.C. •
INDUCCION FIN x
INCISION FIN ⊙
RESP. ○
TEMP. △
FETO ♂♀

38 36 34 32 30 28 | 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 | ESP. ASIST. CONT.

TIEMPO CIRUGIA: 25m

ANESTESIA: 27m

VENTILACION MECANICA

V.C.

F.R.

P.MAX

DROGAS: 1- 4 5 6 / 2- / 3-

INFUSIONES: → 950cc

SANGRADO: Escaso

DIURESIS:

POSICION: D D D

1	Clorpheniramina 2mg
2	Ranitidina 50mg
3	Metoclopramida 10mg
4	Midazolam 1,5mg IV
5	Dipirona 2,5g.
6	Dexametasona 8mg
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

TECNICA

CONDUCTIVA — BLOQUEO: PERIDURAL ☐ CAUDAL ☐ SITIO: L3-4; REQUIDEA ☒ A.R.I ☐ AGUJA: PL 27; SIMPLE ☒ CONTINUA ☐ NIVEL: T4

GENERAL

INDUCCION: R L SEMI SELLICK

SISTEMA: CIRC. UNIDIR.

SA: ☐ SC ☐ C ☐

TUBO N° OT NT NEUMOT.

CARETA MASC. LAR.

COND. + GEN.:

OTRA:

LIQUIDOS ADMINISTRADOS

L. RINGER:	750cc
SOLUCION SALINA:	#
COLOIDES:	
SANGRE:	
TOTAL:	950cc

RECIEN NACIDO APGAR

SEXO: HORA: 1m 5m 10m

LIQUIDOS ELIMINADOS

SANGRE:	Escasa
ORINA:	400cc
S.N.G.	
TOTAL:	400cc

ESTADO FINAL AL SALIR DE S. DE C.:

CONSCIENTE ☒ TUBO T ☐
SEMICONSCIENTE ☐ VENTILADOR ☐
PROFUNDO ☐ U.C.I. ☐
EXTUBADO ☒ OTROS ☐
INTUBADO ☐

ANALGESIA POSTOP: IV - Ranitidina

ALDRETE AL LLEGAR A RECUPERACION: 8.

REGISTRA:

INSTRUMENTADORA: Dorcely

CIRCULANTE: Nelsy.

CONTEO COMPRESAS

DIAGNOSTICO: Dolor abdominal / Post toracotomia derecha

OPERACION: Laparotomia exploratoria

CIRUJANOS: Dr Santeeny - Dr Navarro

ANESTESIOLOGOS: Ana Milena Sena M

LABORATORIO INTRAOPERATORIO - NOTAS - COMPLICACIONES

Ingresa a sala con via venosa periferica y dialisol en regular cantidad. Se implementa pol y fty se induce con lidocaina 2%/ 2cc, propofol 150mg, succinilcolina 100mg, fentanilo 250ug, midazolam 1,5mg, dexametasona 8mg, ranitidina 50mg, clorfeniramina 2mg, dipirona 2,5g. Se intuba con tubo #7,5 con manguito sin dificultad, se conecta a circuito anestesico y se inicia ventilacion mecanica con parametros iniciales de VC 350ml, FR 12rpm, PEEP 5cmH2O, FIO2 50%. Se inicia mantenimiento anestesico con sevoflurano 2% + 1,5mg fentanilo + 50mg morfina

DAR DETALLES EN LA H.C.

F 37494 8

CODIGO PACIENTE

CLINICA VERSALLES
NIT. 800.048.954-0
Avenida 5 AN No. 23-46 y 57
PBX: 680 9990 FAX: 687 2625
CALI - COLOMBIA

HORA INICIO 11 1X A.M. ☐ P.M.
HORA TERMINACION 12 10 A.M. ☐ P.M.

GASTOS DE CIRUGIA No 97067

Fecha Octubre 17 / 2013
Paciente LIZBETH TATIANA ANGULO MUÑOZ
Cirugía 11735 LAPAROTOMIA
Cirujano DR. DARIO SANTACRUZ
Anestesiólogo DR. ALVARO MILDREY BARRAGAN
Ayudante DR. JAVIER ARROYO
Instrumentadora Dorothy Valencia
Circulante NELLY REYES
Tipo de anestesia: General ☐ Local ☐ Conductiva X
Sala Nº 3 Nº de autorización
C.C. No. 94072510676 Edad 19
Entidad SOMAPALCO

DROGA ANESTESICA	UNIDADES		UNIDADES		UNIDADES
Aire comprimido	1	Cistofluxia	1	Etilfenilefrina Cloro	
Atropina	1	Clamp Umbilical	1	Fitomenadiona	
Bupivacaina Dext.Pesada	1	Electrodo desechable adulto	1	Hidrocortisona	
Bupivacaina Simple	1	Electrodo desechable Niño	1	Metilhergometrina maleato	
Bupivacaina con EPI	1	Emovac	1	Metoclopramida	
Clorhidrato de Morfina	1	Eye tourniquet	1	Nifedipina Tab x 10 mg	
Enflurano	1	Extension	1	Oxitocina	
Fentanilo Citrato	1	Guantes cirugia	1	Oximetazolina	
Isoflurano	1	Guantes	1	Properacaina	
Ketamina		Guantes 7 ½	1	Ranitidina	
Lidocaina con EPI		Guantes 8		Tramadol	
Lidocaina jalea		Hoja de bisturi	1	**ANTIBIOTICOS**	
Lidocaina simple	X 10ml	Jeringa de 1 c.c.		Ampicilina Sulbactan	
Lidocaina Pesada		Jeringa de 3 c.c.	1	Cefalotina x 1 gr.	
Meperidina		Jeringa de 5 c.c.	1	Cefazolina	2
Midazolam	X 5mg	Jeringa de 10 c.c.		Clindamicina x 600	1
Naloxona HCL		Jeringa de 20 c.c.		Gentamicina ampollas	
Neostigimina Sulfato		Jeringa de 50 c.c.		Gentamicina gotas oftálmicas	
Oxido Nitroso	✓	Ligaclips		Metronidazol x 500 mg	
Oxigeno		Máquina de rasurar	1	**OTROS DERECHOS**	
Propofol		Placa de electro		Aspirador	✓
Succinil Colina Cloruro		Sonda Foley	1	Capnógrafo	
Tiopental Sódica		Sonda Nelaton		Cuna recién nacido	
Tubocurarina Cloruro		Spinocan	1	Electrobisturi	✓
Vecuronio Bromuro		Surgicel		Frontolúz	
MATERIAL DE SUTURA		Tubo endotraqueal Nº		Intensificador de imagen	
Catgut cromado		Uromatic x 3000 m		Instrumental Especializado	
Catgut cromado		Venda de yeso		Microscopio	
Ethibon		Venda elástica		Monitor Signos Vitales	✓
Ethilon		Venoclisis		Perforador eléctrico	
Polycot		**LIQUIDOS ENDOVENOSOS**		Rx de control	
Prolene	3/0 (1966) 1	Dext. 5% A.D. x 250		Trocar	
Prolene		Dext. 5% A.D. x 500		**DERECHOS**	
Seda		Dext. 10% A.D. x 500		Derecho de sala	✓
Seda		Dext. 5% SS x 500		R.N. Recibido por médico asistencial	
Vicryl		Glóbulos rojos		R.N. Recibido por Pediatra	
Vicryl	1 (C946) 1	Lactato de Ringer x 500	3 (EV)	**ADICIONAL**	
MATERIALES VARIOS		Manitol		NV NATURAL	
Agujas desechables	2 1	Poligelina Solución 35%		CANULA NE	
Agujas desechables		Solución salina 0.9% x 250		OXIGENO	1
Agua destilada x10	1	Solución salina 0.9% x 500	1 (MANIX)		
Apósito EYE-PAD		Solución salina 0.9% x 1000			
Algodón laminado		**MEDICAMENTOS**			
Algodón laminado	1	Adrenalina			
Angiocath		Agua oxigenada			
Brazalete R.N.		Dipirona magnésica	1 amp		
Buretrol		Diclofenac sódico	1 amp		

RECARGO CIRUGIA DE URGENCIA [X] SI [ ] NO

DIAGNOSTICO Dolor Abdominal Fiebre Tifoidea T29

FIRMA RESPONSABLE NELLY REYES

FIRMA DEL JEFE DE CIRUGIA

50

Hzbat Tatiana Angulo RP: 1572918

CLINICA VERSALLES

EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN RECUPERACION POST-QUIRUGICA

Código: SP-RG-QX-003
Vigente desde: 15-Oct-2010
Versión: 03

FECHA: 09-17-13

ESCALA ALDRETE MODIFICADA	Llegada recup.	15 min.	30 min.	1 hora	2 horas	3 horas	Otra
	12:08	12:25	12:35	1:08	2:00		
ACTIVIDAD: Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes: 2; Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes: 1; Incapaz de mover extremidades: 0	1	1	1	2	2		
RESPIRACION: Capaz de respirar profundamente y toser libremente: 2; Disnea o limitación a la respiración: 1; Apnea: 0	2	2	2	2	2		
PRESIÓN ARTERIAL: Presión arterial < 20% del nivel preanestésico: 2; Presión arterial ± 20 a 50% del nivel preanestésico: 1; Presión arterial < ó >Ta sist preanestesica ± 50%: 0	2	2	2	2	2		
CONCIENCIA: Completamente despierto: 2; Responde a la llamada: 1; No responde: 0	2	2	2	2	2		
SATURACIÓN ARTERIAL DE OXIGENO (SaO2): Mantiene SaO2 > 92% con aire ambiente: 2; Necesita O2 para mantener SaO2 > 90%: 1; SaO2 < 90% con O2 suplementario: 0	2	2	2	2	2		
TOTAL: Puede darse de alta con más de 8							
DOLOR: Subjetivamente observador ESCALA 0 - 10 Objetivamente el paciente	1	1	1	1			
TEMBLOR Y/O FRIO: Grave: 2 Presente: 1 Ausente: 0							
NAUSEAS Y/O VOMITO: Grave: 2 Presente: 1 Ausente: 0							
AGITACIÓN - AGRESIVIDAD: Grave: 2 Presente:1 Ausente: 0							
POSICIÓN SENTADO: Grado de inclinación del espaldar							
DEAMBULACIÓN: Grado de dificultad 2 1 0							
SIGNOS VITALES – Presión arterial	94/42	93/48	95/55	100/61			
SIGNOS VITALES – Frecuencia cardiaca	78x	66x	84x	78x			
SIGNOS VITALES – Color / temperatura (Palmas de la mano)							
SIGNOS VITALES – Saturación O2	96	97%	97%	100%			
DIURESIS: Sonda o espontánea: Cuando anotar grado de dificultad 2 1 0	Sonda Vesical Q ome Obra						
LIQUIDOS – Endovenosos	Cristal		en 6 horas				
LIQUIDOS – Via oral							
ANALGÉSICOS:							
OTROS MEDICAMENTOS:							

Observaciones: post Op laparotomia

Autorización de Salida ANESTESIOLOGO:

Hora: | Destino: 306A | Recuperador: EZC - AdiaraB

CLINICA VERSALLES	EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN RECUPERACIÓN POST-QUIRÚRGICA	Código: SP-RG-QX-003 Vigente desde: 15-Oct-2010 Versión: 03 Página: 2 de 2

Horario de ingreso: _____ Recibe: _____

Nombre del paciente: Isabel Adriana Angulo Habitación: _____

TIPO DE ANESTESIA

Local: _____ Sedación: _____ Regional Endovenosa: _____ Bloqueo o Plexo: _____ Peridural: _____

Raquídea: X General: _____

Duración de la operación: _____ Duración de la Anestesia: _____

Llega con IOT: _____ INT: _____ Máscara Laríngea: _____ Cánula Oro Faríngea: _____

Ayuda Manual para Asegurar Vía Aérea: _____ Ninguna: _____

Tiempo que dura en recuperación con esta ayuda: _____

Verificacion de órdenes generadas por el médico:

Descripción operatoria completa	☐ SI	☐ NO	
Formula médica	☐ SI	☐ NO	
Cita de control	☐ SI	☐ NO	
Orden para retiro de puntos	☐ SI	☐ NO	
Certificado de incapacidad	☐ SI	☐ NO	
Solicitud de patología	☐ SI	☐ NO	Por qué?:

[redacted]CLINICA VERSALLES

INFORME DE ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL

PACIENTE	:	**LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA**
ENTIDAD	:	COMFENALCO
AREA	:	URGENCIAS
FECHA DE ECOGRAFIA	:	OCTUBRE 16 DEL 2013
CODIGO	:	1572948
IDENTIFICACION No	:	99072510816

Se realiza ecografía pélvica transabdominal observándose:

Vejiga llena adecuadamente distendida.

Útero en AVF de ecogenicidad homogénea y contornos regulares, que mide 63 X 43 X 33 mm (L x AP x T), endometrio (1.2 cm.), sin imagen de gestación intrauterina mayor de cuatro semanas

Cervix de 3.1 cm.

Ovario derecho mide 32 X 23 X 18 mm. Con volumen de 7.2 ml, de características ecograficas normales.

Hacia topografia de anexo izquierdo se observa una imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm.

No se observan masas pélvicas ni anexiales

Fondo de saco de Douglas libre.

CONCLUSION:

- ***LECCION ANEXIAL IZQUIERDA SIMPLE, DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TECNICA TRANSABDOMINAL SE SUGIERE CORRELACIONAR HALLAZGOS CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.***

Atentamente,

DRA. PAOLA A. OTERO
Ginecóloga Obstetra
amv

Dra. Paola A. Otero R.
Ginecóloga Obstetra
Universidad del Valle
RM 19[illegible]

Oct 17/2013
Paciente con historia de dolor agudo en FID a/o con masa anexial con ASO (+) con sx de irritación peritoneal

Sol. prueba de tolerancia oral → Cx

CLINICA VERSALLES

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Código: SP-RC-QX-002
Vigente desde: 16-Nov-2010
Versión: 03
Página: 1 de 1

Fecha: Octubre 17/2013 Hora: 11+8 No. RIPS: 1572918

Nombre del Paciente: [illegible] No. Documento Identidad: 94072510816

Procedimiento: Apendicectomia Entidad: Sumitenal

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA
(Con el enfermero y el anestesiólogo como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- [x] Si — con el familiar
- [ ] No procede

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- [ ] Si
- [ ] No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- [x] Si

¿Se ha colocado el pulsioximetro al paciente y funciona?
- [x] Si

¿El paciente tiene alergias conocidas?
- [ ] No
- [x] Si

¿El paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
- [ ] No
- [x] Si, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

¿El paciente tiene riesgo de hemorragia > 500ml (7 ml/kg en niños)?
- [ ] No
- [x] Si, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

- [x] Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Previsión de eventos críticos
- [x] ¿Se ha confirmado la esterilidad con los resultados de los indicadores?
- [x] ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA
(Con el enfermero, el anestesiólogo y el cirujano)

- [x] Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento — Si con el familiar

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 30 min.?
- [x] Si — Cefazolina x 2gr
- [ ] No procede

¿Se realizó el conteo de gasa y apósitos en voz alta antes de iniciar la cirugía y se registró en la Historia Clínica?
- [x] Si

Previsión de eventos críticos

Cirujano:
- [x] ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
- [x] ¿Cuánto durará la operación?
- [x] ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesia:
- [x] ¿Presenta el paciente algún problema específico?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
- [x] Si — Cefalea
- [ ] No procede

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO
(Con el enfermero, el anestesiólogo y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:
- [x] El nombre del procedimiento
- [x] El recuento de instrumentos, gasas y agujas
- [x] El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente).
- [x] Hay aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente?

Especificar cuales: [illegible]

52

114

716784

CLINICA VERSALLES	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRATIVO	Código: SP-RG-FC-005 Vigente desde: 27-Ago-2009 Versión: 02 Página: 1 de 2

YO. _____ identificado con Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____. certifico que he acudido libre y voluntariamente a la **CLINICA VERSALLES** en calidad de usuario de la entidad _____ y:

1. ATENCIÓN DE URGENCIAS

Me informaron que me realizarán la atención inicial de Urgencias sin condicionamiento alguno. Declaro conocer y aceptar lo consagrado en el Decreto No.412 de 1992 en su Artículo No.9, donde definen Urgencias como la "alteración de la integridad física y/o mental de una persona causada por trauma o una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a los riesgos de invalidez y muerte".
Asimismo el Artículo No.9 Resolución No.5261 de 1994 **URGENCIAS** "Es la alteración de la integridad física funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionamiento y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes y futuras.
Por lo anterior y según lo consagrado en la ley 100 y estipulado por la EPS a la que estoy afiliado, por la atención que reciba en esta Institución y que no reúna las condiciones que caracterizan una Urgencia. Según las definiciones anteriores, cancelaré la suma de. $_____.

2. RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE Y/O ACUDIENTE

Me comprometo a entregar a la **CLINICA VERSALLES S.A.** en forma completa y oportuna la totalidad de los requisitos que mi EPS, ARP, ARS o entidad asimilada a la que me encuentro afiliado(a), defina para garantizar el pago de los costos que originan mi atención.
Asumo la responsabilidad del pago en el caso de no haber cumplido la entrega de la documentación requerida para el pago de mi cuenta por mi aseguradora y me comprometo a pagar íntegramente el valor total de dicha cuenta a la **CLINICA VERSALLES** y autorizo a la **CLINICA VERSALLES** a exigirme judicialmente el pago respectivo y reportarme ante las entidades de crédito correspondiente.
Así mismo me comprometo a pagar el total del copago, cuota moderadora o franquicia que se derive de mi atención como está estipulado en el Acuerdo No.030 de la Ley 100: "Los copagos para los beneficiarios del afiliado cotizante, se aplicarán con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales vigentes".

A. Copago correspondiente al 11.5 % hasta $ 120.000 =

B. Excedente de habitación No. _____ por valor de $ _____ por día.

Así como los excedentes generales en mi atención que no sean cubiertos por mi entidad.

3. MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA

Artículo No.34 de la Ley 23 de 1981: "La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley".
De acuerdo con la Resolución No.1995 de 1999: la custodia de la Historia Clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo. Por lo tanto autorizo a la CLINICA VERSALLES a proporcionarle copia de Historia Clínica de este evento a mi EPS, ARP y/o entidad asimilada, así como a los integrantes del equipo de salud que participan en mi atención, en caso de que lo requiera para fines administrativos.

4. DEBERES Y DERECHOS

Declaro que conocí y entendí la declaración de deberes y derechos de la Clínica Versalles.

En caso de alguna inquietud me comunicaré con Servicio al Cliente 6872624.

_____ Maria Zulema Hoyos G.
FIRMA Y NO. CÉDULA DEL PACIENTE FIRMA DEL FAMILIAR O ACUDIENTE

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR EL MÉDICO DE URGENCIAS

¿La consulta realizada se considera una Urgencia de acuerdo con el numeral No.1? SI ____ NO ____

_____ Registro No. _____
Firma del médico que realizó la consulta

INFORMACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

La EPS a la cual usted se encuentra afiliado(a) para recibir los servicios del Plan Obligatorio de Salud cubre la asistencia médica que recibirá en la **CLINICA VERSALLES** pero no reconoce algunos elementos y servicios necesarios para su comodidad, como:

1. Elementos de uso personal indispensables durante su hospitalización; la Clínica le ofrece un kit de aseo que contiene los siguientes elementos:
   - Papel higiénico.
   - Termómetro.
   - Vasos desechables.
   - Toalla mediana.
   - Shampoo.
   - Jabón de tocador.
   - Pañales maternos desechables (en caso de parto o cesárea).
   - Carné de vacunación para el recién nacido.

   Este kit de aseo debe ser cancelado al egreso.

2. Elementos desechables como:
   - Máscaras de nebulización
   - Gorros
   - Tapabocas, entre otros.

   Estos elementos desechables deben ser cancelados al egreso.

3. La Clínica ofrece el servicio telefónico sólo para llamadas locales (Cali, Yumbo, Jamundí), este servicio será cobrado por día hasta un tope de 5 días y será cargado a su cuenta.

4. Nuestro programa de Maternidad ofrece servicios adicionales como:
   - Uso de anestesia peridural durante el trabajo de parto.
   - Atención de parto por el médico de su preferencia.
   - Servicio de registro en notaría.

   Si esta interesado(a) en estos servicios infórmele al personal de admisiones en el momento de su ingreso a la Clínica.

5. Acompañamiento del padre en el momento del parto. La Clínica le ofrece la oportunidad a los padres de ingresar a la sala de partos y acompañar a su esposa en el nacimiento de su bebé. La asistencia al parto dependerá de la congestión del servicio, y en el momento que se presente una complicación deberá retirarse inmediatamente para que el personal de salud asista adecuadamente a la materna y su bebé.
   Si esta interesado(a) en este servicio infórmele al personal de admisiones en el momento de su ingreso a la Clínica.

6. Acatar las recomendaciones dadas por el personal médico, enfermería y administrativo.

7. Cuidar los equipos, muebles e inmuebles, ya que son para su seguridad y comodidad. En caso de daño deberán cancelar su valor.

8. Le invitamos a leer el Manual de Seguridad del Usuario de la Clínica que encontrará en la habitación. Por favor consúltelo.

CLÍNICA VERSALLES	**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA** ORDENADO POR EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 23/81 Y POR LOS DERECHOS DEL PACIENTE	Código: SP-RG-QX-009 Vigente desde: 01-Sept-2019 Versión: 01 Página: 1 de 1

HISTORIA CLÍNICA: 99095725181616 FECHA: oct-17 12013

NOMBRE DEL PACIENTE: Usbeth tatiana Angulo EDAD: 14

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: La paratomia E.P.S.: Comf.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Se me ha explicado en forma clara y sencilla todo lo que a continuación se declara en lenguaje comprensible. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la anestesia y la posibilidad de cambio de la técnica anestésica durante el procedimiento si fuese necesario. Se me dio la oportunidad de aclarar mis dudas e inquietudes, las cuales han sido absueltas en su totalidad. Entiendo que el ANESTESIOLOGO empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Soy conciente que no existen garantías absolutas de resultados en desarrollo del acto anestésico y se me han explicado los posibles riesgos con su administración descritos a continuación:

ANESTESIA GENERAL Y SEDACIÓN: Complicaciones de la instrumentación, lesión y manejo de la vía aérea, lesiones dentales, laringoespasmo, broncoespasmo, efectos colaterales de medicamentos, paro cardiorrespiratorio y muerte.

ANESTESIA CONDUCTIVA NEUROAXIAL: Hematoma, absceso epidural, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos, neurotoxicidad de anestésicos locales y agente aditivo, paro cardiorrespiratorio y muerte.

BLOQUEOS REGIONALES: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistemáticas y vasculares, dolor, limitación funcional, paro cardiorrespiratorio y muerte.

Se me ha explicado además los riesgos en caso de tener enfermedad(es) preexistentes y su incidencia en el resultado final: _____. Se me advirtió sobre otros riesgos impredecibles: reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a medicamentos, productos sanguíneos y/o elementos de monitoria.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria: (colocación de sondas, catéteres, canalización lineal arterial), durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones y riesgos: neumotórax, hematoma, lesión vascular.

Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes sanguíneos si fuese necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes: reacción alérgica, hemolítica, infecciosa.

En cualquier caso deseo que se me respeten las siguientes decisiones: _____

_____

Se ha informado al paciente el propósito y naturaleza del plan anestésico descrito, de sus alternativas, riesgos posibles, de los resultados que se esperan.

ANESTESIOLOGO
C.C. 6694392

PACIENTE
C.C.

TESTIGO
C.C. 1493574

Menor de edad o discapacitado:

YO Yadira E. Mojica M. en calidad de Abuela. Doy mi consentimiento para que se le administre anestesia al paciente: Usbeth Tatiana M. Ha sido considerado incapaz por sí mismo de tomar la decisión de aceptar o rechazar la técnica anestésica sugerida. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria qué es, como se administra y para que sirve el acto anestésico, también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones ya descritas, entendiendo todo lo anterior perfectamente.

Nombre del TUTOR

Firma y Cédula

Parentesco

700254

116

CLINICA VERSALLES	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** *(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)*	Código: SP-RG-QX-017 Vigente desde: 01-Sept-2009 Versión: 02 Página: 2 de 2

RIESGOS PERSONALIZADOS

Hemorragia Perforación de Viscera hueca
Infección

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Entiendo que la pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico inmediatamente por congelación o posteriormente según criterio médico en _____ teniendo que estar pendiente de su resultado e informarlo al médico.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico, que aquí autorizo. YO _____ en forma voluntaria doy mi consentimiento para que me realicen una **LAPAROTOMIA EXPLORADORA.**

Santiago de Cali, día 16 mes 10 año 13

Paciente _____ Médico _____

Dario A. Santacruz V.
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
MEDICINA MATERNO FETAL
RM 760/96-29

Doc. Identidad No. _____ de _____ Reg. Médico No. _____

En caso de paciente menor de edad,

Acudiente Julio Rojas Doc. Identidad No 94730748 Cali

Negación o Revocación

YO _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi negación / revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Santiago de Cali, día _____ mes _____ año _____

Paciente _____ Médico _____

Doc. Identidad No. _____ de _____ Reg. Médico No. _____

En caso de paciente menor de edad,

Acudiente _____ Doc. Identidad No. _____ de _____

CLINICA VERSALLES	CONSENTIMIENTO INFORMADO LAPAROTOMÍA EXPLORADORA *(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)*	Código: SP-RG-QX-017 Vigente desde: 01-Sept-2009 Versión: 02 Página: 1 de 2

INFORMACIÓN GENERAL

El propósito de la laparotomía exploradora es determinar la patología causante de la enfermedad que padece, que no ha podido ser determinada por otros medios.
El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia

¿EN QUÉ CONSISTE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA?

Este procedimiento consiste básicamente en la apertura de la cavidad abdominal por medio de una herida en la cara anterior del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos, según los hallazgos, se hará extirpación de las estructuras que estén indicadas (apéndice, epiplón, anexos, ovarios, matriz, etc.) drenaje de sangre o pus, en caso de intervención que debe hacerse como extirpación de todo el aparato genital con cadenas ganglionares o simplemente cirugía reductora (sacar parte del tumor). En caso de encontrarse muchos órganos lesionados será necesaria la participación de otros especialistas (cirujano, urólogo, etc.).
Esta cirugía no garantiza la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones.

RIESGOS DE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Como en toda intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones como:

- Nauseas.
- Vomito.
- Dolor inflamación.
- Moretones.
- Seromas (acumulación de liquidos en la cicatriz).
- Granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura).
- Queloide (Crecimiento excesivo de la cicatriz).
- Hematomas (Acumulación de sangre).
- Sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Infecciones con posible evaluación febril (urinarias, de piel, abscesos, peritonitis)
- Reacciones alérgicas.
- Anemia.
- Perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestinos, colon, vasos sanguíneos.
- Fistulas urinarias o intestinales.
- Hernias abdominales.
- Adherencias obstrucción intestinal por bridas.

En caso de ser necesaria la extracción de la extracción de la matriz se quedará con una permanente imposibilidad de tener hijos y si se extraen los ovarios se entrará en menopausia requiriendo reemplazo hormonal de acuerdo a criterio médico. La posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), colostomía, ligadura de grandes vasos o de uréter, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Informamos que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo el médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de la Clínica están disponibles para intentar solucionarla

CLINICA VERSALLES

INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

Código: SP-RG-HO-013
Vigente desde: 03-Ago-2009
Versión: 01
Página: 1 de 1

Nombre del Paciente: Tatiana angulo No. H.C.: _____ Cama: 305A Mes: octubre

Medicamento		16-10-13 M	T	N	17 M	T	N	18 M	T	N	19 M	T	N	20 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	Observaciones
	E			2	4	4	2	1	3	2	1	4	2	1												
Diprona 2-5	RF			4	0	4	0	0	4	0	/	4	0	0												
	A			2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1												
	F			0	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0												
	E			1	1	3	2	1	2	1	/	2	1	0												
Diclofenaco amp.	RF			2	0	2	0	0	2	0	/	2	0	0												
	A			1	0	0	1	1	1	1	1	/	1	1												
	F			0	0	0	0	0	0	0	/	1	0	0												
	E				1	2	1	2	2	2	/	1														
Ranitidina	RF				1	1		0	1	0	/															
	A				0	0	1	0		0	/															
	F				0		1	0	1	0	/															
	E				1	3	2	2	3	2	/	2	1	0												
Plasil	RF				1	0	0	0	0	0	/	3	0	0												
	A				0	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
	F				0	0	0	0	0	0	/	0	0	0												
	E																									
	RF																									
	A																									
	F																									
	E																									
	RF																									
	A																									
	F																									
Nombre																										

SS

CLINICA VERSALLES

KARDEX
HOSPITALIZACIÓN

H/X.

Código: SP-RG-HO-038
Vigente desde: 2-May-2011
Versión: 03
Página: 1 de 2

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	CAMA No.
Angulo.	Mojica.	Lizbeth. Tatiana.	305A

RIPS 1572948

FECHA DE INGRESO AÑO	MES	DIA	HORA	TELÉFONO	EDAD	No. DOCUMENTO	ENTIDAD	MEDICO TRATANTE
2013	10	15			14	990725108|6	Confenalco.	Lozano

Dx. Pop Laparatomia.

DIETA: Comun

GRUPO SANGUINEO	VDRL	PESO INICIAL (KG)	TALLA (CMS)	SUPERFICIE CORPORAL

ESCALA DE BRADEN	RIESGO DE CAIDAS

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERIA

C.S.V.
vigilar dolor
vigilancia de abdomen
vigilar uropuncion
A.C.

RESUMEN INGRESO

DESDE HACE DOS DIAS APARECE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NO IRRADIADO, QUE VARIA DE INTENSIDAD, PERO HOY DESDE LA MAÑANA SE HACE PERSISTENTE POR LO CUAL CONSULTA, HOY UN EPISODIO EMETICO, CUATRO DEPOCISIONES CON PINTAS DE SANGRE, HOY TRES LIPOTIMIAS, Y DISURIA, NO FIEBRE. MADRE REFIERE QUE NOTA QUE LA PACIENTE CADA MES PRESENTA ESTE DOLOR, PERO PACIENTE AFIRMA QUE ESTA VEZ ES MUY INTENSO COMPARADO CON LOS OTROS MESES, ADEMAS TIENE DISURIA HA TOMADO HIOSCINA ULTIMA DOSIS A LAS 4PM. ANTECEDENTES PAT: NIEGA ALERGICOS: NIEGA QX. NIEGA GO_ FUR OCT 15 2013 CICLOS IRREGULARES. NIEGA INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL FAM NIEGA

PROCEDIMIENTO Y/O EXAMENES ESPECIALES

FECHA	NOMBRE	FECHA	NOMBRE
15/10/13	Hg-Beta-P.O (+) gram Rx sonda.		
16/10/13	Eco: Pelvica + Trans abdominal		
	VXI x Ginecologia		
Oct 18	P/R UNEVEN		

704197

CLINICA VERSALLES

KARDEX
HOSPITALIZACIÓN

Código: SP-RG-HO-038
Vigente desde: 2-May-2011
Versión: 0
Página: 2 de 2

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	DIA 7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	NOCHE 7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	SUSP.
	Tramadol x 50mg	1	EV																									d/h
	Hosana x 10mg	1	EV																									d/h
	Dipirona x 2.5	1	IV																									c/6
	Diclofenaco x 75	1	IM																									c/12
Oct 12/13	Plasil x 10mg	1	EV																									

LEV	LEV	LEV
STH...		

Informe de microbiología

Nombre completo	**ANGULO MOJICA, LIZBETH TATIANA**	ID del paciente	**99072510816**
Muestra	**09354**	Fecha muestra	**18/10/2013**
Origen	**Orina**	Fecha Estado	**20/10/2013**
Serv. aislamiento	**HOSPITALIZACION VERSALLES**		

RESULTADO:
□□RECUENTO DE COLONIAS Y CULTIVO NEGATIVO

Impresion: 20/10/2013 11:14 a.m.

Bacteriologo

Carlos Arturo Cruz

119

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA — **Orden N.: 1018123**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama: 306A

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: HOSPITALIZACIÓN
Servicio: ESTACION 3A

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:18/10/2013 01:07:21 p.m.
Primera Impresión: 18/10/2013 01:17:09 p.m.
Fecha Impresión: 18/10/2013 01:17:09 p.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
RECUENTO DE BLANCOS	**18.58**	10^3	5 - 10
RECUENTO DE ROJOS	**3.86**	10^3	4 - 5
HEMOGLOBINA	**10.9**	g/dl	12 - 15
HEMATOCRITO	**33**	%	36 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.5	fL	80 - 100
MCH	28.2	pg	27 - 32
MCHC	33	%	31 - 34
RDW	12.5	%	11.5 - 15
MPV	**10.3**	fL	6 - 10
PLAQUETAS	242	10^3	150 - 450
NEUTROFILOS(#)	**14.84**	10^3	2.8 - 7
LINFOCITOS(#)	2.54	10^3	0.9 - 4.9
MONOCITOS(#)	1.12	10^3	0.2 - 1.2
BASOFILOS(#)	0.02	10^3	0 - 0.2
EOSINOFILOS(#)	0.06	10^3	0 - 0.5
NEUTROFILOS(%)	**79.9**	%	55 - 70
LINFOCITOS%	**13.7**	%	17 - 49
MONOCITOS%	6	%	3 - 12
EOSINOFILOS(%)	0.3	%	0 - 5
BASOFILOS(%)	0.1	%	0 - 2

BACTERIOLOGO: INGRID JIMENEZ REG 10166
Revisado: 18/10/2013 01:17:18 p.m.

57

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA **Orden N.: 1015193**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama:

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: URGENCIAS
Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:15/10/2013 08:49:15 p.m.
Primera Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.
Fecha Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
RECUENTO DE BLANCOS	9.82	10^3	5 - 10
RECUENTO DE ROJOS	4.46	10^3	4 - 5
HEMOGLOBINA	12.8	g/dl	12 - 15
HEMATOCRITO	37.9	%	36 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85	fL	80 - 100
MCH	28.7	pg	27 - 32
MCHC	33.8	%	31 - 34
RDW	12.3	%	11.5 - 15
MPV	**10.2**	fL	6 - 10
PLAQUETAS	266	10^3	150 - 450
NEUTROFILOS(#)	4.62	10^3	2.8 - 7
LINFOCITOS(#)	4.12	10^3	0.9 - 4.9
MONOCITOS(#)	0.76	10^3	0.2 - 1.2
BASOFILOS(#)	0.06	10^3	0 - 0.2
EOSINOFILOS(#)	0.26	10^3	0 - 0.5
NEUTROFILOS(%)	**47.1**	%	55 - 70
LINFOCITOS%	42	%	17 - 49
MONOCITOS%	7.7	%	3 - 12
EOSINOFILOS(%)	2.6	%	0 - 5
BASOFILOS(%)	0.6	%	0 - 2

BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 09:22:04 p.m.

120

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA — **Orden N.: 1015193**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama:

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: URGENCIAS
Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:15/10/2013 08:49:15 p.m.
Primera Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.
Fecha Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA -BHCG	<2.0	mUI/ml	1 SEMANA: 10 - 30 mIU/ml 2 SEMANA: 30 - 300 mIU/ml 3 SEMANA: 500 - 20.000 mIU/ml 4 SEMANA: 5000 - 50.000 mIU/ml 8 SEMANA: 25.000 - 170.000 mIU/ml SEGUNDO TRIMESTRE: 10.000 - 75.000 mIU/ml TERCER TRIMESTRE: 50000-40000 mIU/ml

BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 09:22:35 p.m.

58

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA **Orden N.: 1015197**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama:

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: URGENCIAS
Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:15/10/2013 09:31:31 p.m.
Primera Impresión: 15/10/2013 10:43:34 p.m.
Fecha Impresión: 15/10/2013 10:43:34 p.m.

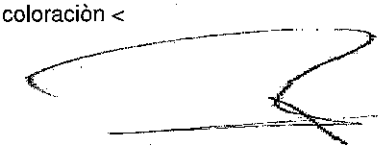
ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
ORINAS			
PARCIAL DE ORINA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIG.TURBIO		
PH	6.0		
DENSIDAD	1.010		1.001 - 1.031
PROTEINAS	NEGATIVO	NEGATIVA	
SANGRE	trazas	NEGATIVA	
LEUCOCITOS ESTEREASA	NEGATIVO	NEGATIVA	
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVOS	
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NORMAL	UI/dL	0 - 0.2
BILIRRUBINA	NEGATIVO	NEGATIVA	
SEDIMENTO URINARIO			
SEDIMENTO:			
CELULAS EPITELIALES BAJAS:	+		
LEUCOCITOS:	OCASIONALES		
ERITROCITOS:	NEGATIVO		
BACTERIAS:	NEGATIVO		

BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 10:43:58 p.m.

MICROBIOLOGIA

COLORACION DE GRAM

MUESTRA: ORINA
Negativo: No se observan bacterias sensibles a la coloraciòn <



BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 10:44:07 p.m.

121

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA — **Orden N.: 1015193**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama:

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: URGENCIAS
Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:15/10/2013 08:49:15 p.m.
Primera Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.
Fecha Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
RECUENTO DE BLANCOS	9.82	10^3	5 - 10
RECUENTO DE ROJOS	4.46	10^3	4 - 5
HEMOGLOBINA	12.8	g/dl	12 - 15
HEMATOCRITO	37.9	%	36 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85	fL	80 - 100
MCH	28.7	pg	27 - 32
MCHC	33.8	%	31 - 34
RDW	12.3	%	11.5 - 15
MPV	**10.2**	fL	6 - 10
PLAQUETAS	266	10^3	150 - 450
NEUTROFILOS(#)	4.62	10^3	2.8 - 7
LINFOCITOS(#)	4.12	10^3	0.9 - 4.9
MONOCITOS(#)	0.76	10^3	0.2 - 1.2
BASOFILOS(#)	0.06	10^3	0 - 0.2
EOSINOFILOS(#)	0.26	10^3	0 - 0.5
NEUTROFILOS(%)	**47.1**	%	55 - 70
LINFOCITOS%	42	%	17 - 49
MONOCITOS%	7.7	%	3 - 12
EOSINOFILOS(%)	2.6	%	0 - 5
BASOFILOS(%)	0.6	%	0 - 2

BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 09:22:04 p.m.

59

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA — **Orden N.: 1015193**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama:

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: URGENCIAS
Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:15/10/2013 08:49:15 p.m.
Primera Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.
Fecha Impresión: 15/10/2013 09:21:59 p.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA -BHCG	<2.0	mUI/ml	1 SEMANA: 10 - 30 mIU/ml 2 SEMANA: 30 - 300 mIU/ml 3 SEMANA: 500 - 20.000 mIU/ml 4 SEMANA: 5000 - 50.000 mIU/ml 8 SEMANA: 25.000 - 170.000 mIU/ml SEGUNDO TRIMESTRE: 10.000 - 75.000 mIU/ml TERCER TRIMESTRE: 50000-40000 mIU/ml

BACTERIOLOGO: RICARDO DE LA ROSA REG 15274
Revisado: 15/10/2013 09:22:35 p.m.

122

LABORATORIO CLINICO MICROANALISIS INTEGRAL
NIT: 800.122.543-3

ANGULO, LIZBETH TATIANA **Orden N.: 1018123**

C.C.: 99072510816
Sexo: Femenino
Edad: 14
Teléfono:
Cama: 306A

Empresa: COMFENALCO E.P.S.
Ambito: HOSPITALIZACIÓN
Servicio: ESTACION 3A

Historia Clínica:
Fecha Ingreso Orden:18/10/2013 01:07:21 p.m.
Primera Impresión: 12/06/2014 08:22:21 a.m.
Fecha Impresión: 12/06/2014 08:22:21 a.m.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
DREPANOCITOS	NEGATIVO		
RECUENTO DE BLANCOS	**18.58**	10^3	5 - 10
RECUENTO DE ROJOS	**3.86**	10^3	4 - 5
HEMOGLOBINA	**10.9**	g/dl	12 - 15
HEMATOCRITO	**33**	%	36 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.5	fL	80 - 100
MCH	28.2	pg	27 - 32
MCHC	33	%	31 - 34
RDW	12.5	%	11.5 - 15
MPV	**10.3**	fL	6 - 10
PLAQUETAS	242	10^3	150 - 450
NEUTROFILOS(#)	**14.84**	10^3	2.8 - 7
LINFOCITOS(#)	2.54	10^3	0.9 - 4.9
MONOCITOS(#)	1.12	10^3	0.2 - 1.2
BASOFILOS(#)	0.02	10^3	0 - 0.2
EOSINOFILOS(#)	0.06	10^3	0 - 0.5
NEUTROFILOS(%)	**79.9**	%	55 - 70
LINFOCITOS%	**13.7**	%	17 - 49
MONOCITOS%	6	%	3 - 12
EOSINOFILOS(%)	0.3	%	0 - 5
BASOFILOS(%)	0.1	%	0 - 2

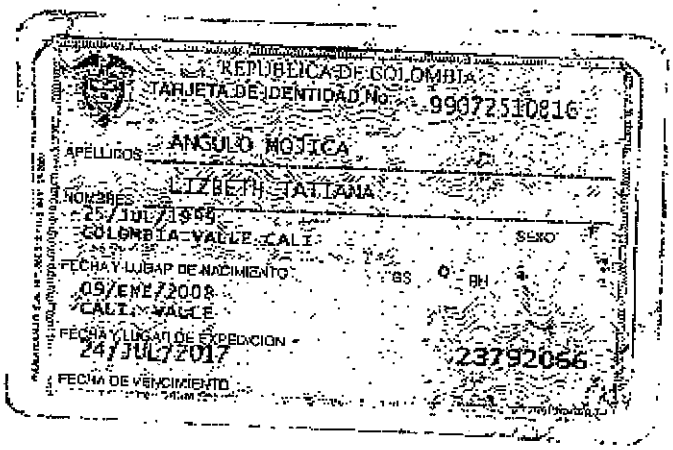
BACTERIOLOGO: INGRID JIMENEZ REG 10166
Revisado: 18/10/2013 01:17:18 p.m.

60

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 990725100816

APELLIDOS ANGULO MOJICA

NOMBRES LIZBETH TATIANA

25/JUL/1999

COLOMBIA-VALLE.CALI

SEXO F

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

05/ENE/2008

CALI-VALLE

GS O RH

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

24/JUL/2017

23792056

FECHA DE VENCIMIENTO

CLINICA VERSALLES

REPORTE POR AUTORIZACION DE SERVICIOS A PACIENTES

Código: SP-RG-FC-006
Vigente desde: 6-Sept-2010
Versión: 03
Página: 1 de 2

Fecha y Hora del Ingreso:

Día ___ Mes 5 Año 2013 OCT Hora ___:___

DATOS DEL USUARIO

Nombres y Apellidos Completos: Urbeth Tatiana Angulo Mejia		No. Documento de Identidad: 99022108116	RIPS e Ingreso:	Entidad: Comf
Rango salarial: 1	Tipo de Afiliado: Cotizante:___ Beneficiario:___	Semanas Cotizadas: ___		Usuario Activo: SI X NO___
Dirección: Cra 7 Ems 473-69 A Lopez #2		Teléfono: 7841039		Acompañante:

DATOS DE LAS AUTORIZACIONES DEL USUARIO

Vía de Ingreso	Servicio	Fecha	Número Autorización	Autorizado por	Funcionario que solicita la Autorización	Observaciones
URGENCIAS	CONSULTA		13288618670326			
	OBSERVACION 4 CAMAS	15 2013 OCT				
	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES					
HOSPITALIZACION	PISO	16-10-13	13282146469090	Exon Comacho	Maria HA	
	UCI ADULTOS - NEONATAL					
	UCIN ADULTOS - NAONATAL					
	UCEO					
	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES					
CIRUGIA	Laparotomia exploratoria.	17/10/13.	13249065044	Gabriel Jaime S.	Valencuela.	
	54200 · 9404.					
OTROS						

Fecha y Hora de Salida:

Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___:___

1825

123

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION: 132951169432401 | Fecha: 2013-10-22 | Hora: 12:01

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COMF. VALLE | Codigo: EPS012

INFORMACION DEL PRESTADOR (prestador)

Nombre: CLINICA VERSALLES | NI: X | 800048954 | 0

Codigo: 760010335901 | Direccion prestador: AV. SAN No. 23-57

Telefono: 31 4184444 | Departamento: VALLE 76 | Municipio: CALI 001

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
ANGULO	MOJICA	LIZBETH	TATIANA

Tipo Documento de Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Pasaporte
- [X] Tarjeta de Identidad: 989072510816
- [ ] Adulto sin Identificación
- [ ] Cedula de Ciudadanía
- [ ] Menor sin Identificación
- [ ] Cedula de Extranjería

Fecha Nacimiento: 1989-07-25

Dirección de Residencia Habitual: SR 7 E BIS 73 69 | Telefono: 4285000

Departamento: VALLE 76 | Municipio: CALI 001

Ubicación actual: | Zona ubicación:

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

- [ ] Consulta Externa
- [X] Hospitalización — Servicio: hospitalizacion mae — Cama: 306a
- [ ] Urgencias

Manejo Integral según ficha de:

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	541208	0	DTG LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
2	311202	4	HABITACION COMPARTIDA
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

NUMERO DE SOLICITUD O ORDEN: 1045 | Fecha: 2013-10-22 | Hora: 09:25

PAGOS COMPARTIDOS

Concepto del valor de los servicios no cubiertos por el POS que el usuario debe pagar en el momento de la prestación del servicio:

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 640

Fecha de pago, boleta o vale de pago:

Pertenece del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
	Cuota moderadora			
X	Copago		11,5	169187
X	Cuota de recuperación		0	0
	Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: YADIRA GONZALEZ OTALORA | Telefono: 31 (indicativo) 4285088 (numero) 4024 (interno)

Cargo o actividad: Autorizar servicios de salud | Celular: 3115211144

Observaciones: ANEXO 1045/ OCT 22

Programa: POS CONTRIBUTIVO

Mensaje 1: EVENTO DEL 15 AL 21 DE OCT

Mensaje 2:

Mensaje 3:

Mensaje 4:

NEP-NSP-02-2 (ENERO-1)

ANEXO TÉCNICO No. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

124

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD: 1046 Fecha: 2013-10-22 Hora: 08:26

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: CLINICA VERSALLES — NI: X — CC: — 900048854 | 0 (Número | DV)

Código: 760010336901 — Dirección prestador: AV. 6AN No. 2357

Teléfono: Indicativo: 0 — Número: 6509880

Departamento: VALLE 76 — Municipio: CALI 001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): COMFENALCO VALLE — CODIGO: EP3012

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
ANGULO	MOJICA	LIZBETH	TATIANA

Tipo Documento de Identificación: [ ] Registro Civil [ ] Pasaporte [X] Tarjeta de Identidad [ ] Adulto sin identificación [ ] Menor sin identificación [ ] Cédula de ciudadanía [ ] Cédula de extranjería

Número Documento de Identificación: 1007261081G

Fecha de Nacimiento: 1996-07-26

Dirección de Residencia Habitual: cra 7 e bis no 73 68 alfonso lopez — Teléfono: 4841039

Departamento: VALLE 76 — Municipio: CALI 001

Teléfono celular: — Correo Electrónico:

Cobertura en salud: [X] Régimen Contributivo [ ] Régimen Subsidiado - parcial [ ] Población Pobre no asegurada (SISBEN) [ ] Vinculado especial de salud [ ] Régimen Subsidiado - total [ ] Población Pobre Reconocida (no SISBEN) [ ] Desplazado [ ] Otro

SERVICIOS AUTORIZADOS

Origen de la atención: [X] Enfermedad General [ ] Accidente de trabajo [ ] Evento Catastrófico [ ] Enfermedad Profesional [ ] Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados: [X] Posición de atención: nivel de urgencias [ ] Servicios electivos

Prioridad de la atención: [ ] Prioritario [ ] No prioritario

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: [ ] Consulta Externa [X] Hospitalización [ ] Urgencias — Servicio: hospitalizacion mas cx — Cama: 306a

Manejo Integral según Guía de:

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	511302	4	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSON
2	541200	1	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Justificación Clínica: DESDE HACE DOS DIAS APARECE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NO IRRADIADO QUE VARIA DE INTENSIDAD PERO HOY DESDE LA MAÑANA SE HACE PERSISTENTE POR LO CUAL CONSULTA HOY UN EPISODIO EMETICO CUATRO DEPOCISIONES CON PINTAS DE SANGRE HOY TRES LIPOTIMIAS Y DISURIA NO FIEBRE. MADRE REFIERE QUE NOTA QUE LA PACIENTE CADA MES PRESENTA ESTE DOLOR PERO PACIENTE AFIRMA QUE ESTA VEZ ES MUY INTENSO COMPARADO CON LOS OTROS MESES ADEMAS TIENE DISURIA

Impresión Diagnóstica:

	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ — Teléfono: 92 (Indicativo) 6509880 (Número) 481 (Extensión)

Cargo o actividad: Médico General — Teléfono celular:

APS 545 V5 0 2013-07-11

62

CLINICA VERSALLES	GUIA DE MANEJO MEDICO: DOLOR ABDOMINAL AGUDO	Codigo: SP-GM-URG-001 Vigente desde: 27-May-2008 Version: 01 Página: 1 de 19 Espacio para sello de control

1. OBJETIVO

Realizar una orientación clínica para el enfoque diagnostico y tratamiento de los pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias por parte del médico general, cirujano general o cirujano pediatra.

2. INTRODUCCION

El dolor abdominal es una síntoma inespecífico de multitud de procesos que si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas.

Es importante la diferenciación del concepto de abdomen agudo de un cuadro de dolor abdominal. Aunque puede englobar diversos conceptos, el abdomen agudo se puede definir como un síndrome caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general. Ante un paciente es esencial el diagnóstico sindrómico de abdomen agudo por que su tratamiento suele ser quirúrgico y por que la vía final común es la peritonitis que suele seguirse de shock, insuficiencia renal aguda, acidosis, insuficiencia respiratoria, sepsis y cifras elevadas de mortalidad.

Su diagnostico debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que los alivian o exacerban.

Completado el interrogatorio, se procede con el examen físico detallado que incluye la evaluación del estado general, el registro de los signos vitales, la inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, la búsqueda de signos específicos y finalmente el examen genital y rectal.

3. FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así distinguimos:

a. ***Dolor visceral***. Originado en las vísceras y el peritoneo visceral, los estímulos dolorosos se transmiten por el sistema simpático hasta el ganglio raquídeo y de aquí al asta posterior medular por donde llegarán hasta el tálamo. Es un dolor de carácter sordo y de localización poco precisa, se puede acompañar de sintomatología vagal.

b. ***Dolor somático o parietal***. Originado en las estructuras de la pared abdominal y el peritoneo parietal; los estímulos se transmiten por los nervios periféricos correspondientes a los dermatomas, hasta el asta posterior medular y desde aquí a las fibras contralaterales del haz espinotalámico lateral. A nivel medular puede establecerse un reflejo autónomo a través de las vías eferentes simpáticas y también pueden transmitirse impulsos al asta anterior dando lugar a un componente motor (reflejo espinal, contractura muscular). Es un dolor agudo, intenso y bien localizado.

c. ***Dolor referido***. Se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce por que esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa.

Un ejemplo clásico es la apendicitis aguda. Cuando se produce la obstrucción de la luz apendicular provoca distensión de sus paredes y se pone en marcha un proceso inflamatorio, que se traduce en el comienzo de la sintomatología como dolor abdominal difuso y mal localizado con componente vegetativo (dolor visceral), conforme se produce afectación de la pared, se irrita el peritoneo parietal por vecindad y aparece un dolor localizado en fosa ilíaca derecha con contractura muscular (dolor parietal).

Un ejemplo de dolor referido sería el que puede aparecer a nivel de la escápula derecha durante un cólico biliar.

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico, de tipo inflamatorio y de tipo isquémico.

a. ***Mecánicos***: Son la tracción, la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de la vísceras macizas; es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.

b. ***Inflamatorias***: La liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso es un poderoso estímulo doloroso.

c. ***Isquémicos***: El cese de riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de su pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares.

Hay que tener en cuenta también la diferente sensibilidad de las estructuras intraabdominales, así por ejemplo la mucosa de casi todo el tubo digestivo no aprecia sensación dolorosa, las vísceras huecas son más sensibles al aumento de presión, el peritoneo visceral es prácticamente indoloro y que existen unas zonas denominadas "áreas silenciosas" (cámara gástrica y ciego) que no provocan dolor hasta que no se produce irritación peritoneal u obstrucción.

4. TIPO DE DOLOR

Existe muchas formas para referirse al tipo de dolor: dolor quemante, ardor, punzante, cólico, molestia, pesadez, mordisco o picada. Sin embargo, en la práctica el tipo de dolor puede resumirse así:

a. **Cólico leve:** Sensación de calambre, de poca intensidad y rara vez asociada con patología abdominal de importancia.
b. **Cólico intermitente:** El dolor es de mayor intensidad, con periodos de exacerbación cortos y de gran intensidad, seguidos de alivio por algunos minutos. Es el dolor típico de la obstrucción intestinal.
c. **Cólico continuo**: Es parecido al anterior, pero los periodos de alivio prácticamente desaparecen. Esta forma es común en la obstrucción intestinal alta, la colecistitis aguda y la litiasis ureteral.
d. **Dolor severo continuo:** El dolor se mantiene en el curso del tiempo y su intensidad no cambia. Es el dolor típico de la úlcera perforada, la pancreatitis aguda, la sobredistención de vísceras huecas, la peritonitis, o el hemoperitoneo.

5. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR ABDOMINAL

A la hora de enfrentarnos a un paciente con un cuadro de dolor abdominal es necesario definir exactamente sus características, de esta manera podremos establecer un diagnóstico sindrómico que nos orientará para conducir su estudio y actitud terapéutica.

Ante un dolor abdominal debemos considerar:

» **Edad**: Numerosas enfermedades se presentan en grupos de población de una determinada edad, lo cual ya es de por sí orientativo. Por ejemplo, podemos esperar una invaginación intestinal como causa de un cuadro oclusivo en un niño de corta edad, siendo excepcional en el adulto. Sin embargo una obstrucción intestinal en un paciente adulto mayor sin antecedentes, nos hará sospechar la existencia de un cáncer de colon.

Otra consideración importante respecto a la edad es la dificultad diagnóstica en el paciente anciano.

» **Localización** ***y cronología del dolor***. Debe establecerse con exactitud y valorarse sus irradiaciones. También es importante considerar si se ha producido desplazamiento del dolor. Muchos cuadros abdominales tienen una pauta de dolor característica como por ejemplo el de la perforación de un ulcus duodenal, que tiene un inicio brusco en epigastrio muy intenso y posteriormente se generaliza al resto del abdomen.

» **Intensidad** ***del dolor***. Es un parametro de difícil valoración aunque se puede generalizar que la intensidad del dolor esta en relación con la importancia de la enfermedad, es decir, un dolor de escasa intensidad rara vez es síntoma de un proceso grave.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES SEGUN LA LOCALIZACIÓN		
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	**EPIGASTRIO**	**CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO**
• Colecistitis aguda • Ulcera duodenal perforada • Pancreatitis aguda • Hepatitis • Hepatomegalia congestiva aguda • Pielonefritis aguda • Angina de pecho • Apéndice retrocecal • Neumonía con reaccion pleural • Cólico nefrítico	• Ulcus péptico • Esofagitis • Perforación gastrica • Infarto de miocardio • Pancreatitis aguda • Neumonía con reaccion pleural	• Rotura de Bazo • Ulcera gastrica perforada • Pancreatitis aguda • Perforación de colon • Neumonía con reaccion pleural • Pielonefritis aguda • Infarto agudo de miocardio • Cólico nefrítico
CENTRAL (PERIUMBILICAL)	**CUADRANTE INFERIOR DERECHO**	**CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO**
• Obstrucción intestinal • Salpingitis aguda • Pancreatitis aguda • Trombosis mesentérica • Hernia estrangulada • Aneurisma aórtico complicado • Diverticulitis aguda • Uremia • Cetoacidosis diabética • Angor intestinal	• Apendicitis • Salpingitis aguda • Rotura de folículo • Embarazo ectópico roto • Quiste ovárico complicado • Adenitis mesentérica • Hernia inguinal estrangulada • Ileitis regional • Ciego perforado • Absceso de psoas • Cálculo ureteral • Epididimitis • Torsión de testículo • Pielonefritis • Hidronefrosis • Retención urinaria	• Divertculitis sigmoidea • Salpingitis aguda • Rotura de folículo • Embarazo ectópico roto • Quiste ovárico complicado • Hernia inguinal estrangulada • Absceso de psoas • Cálculo ureteral • Epididimitis • Torsión de testículo • Pielonefritis • Hidronefrosis • Colitis isquémica • Retención urinaria

Factores que modifican el dolor. Hay que analizar si se produce variación del dolor con la respiración, con la ingesta, con el vómito, con la deposición, etc. Así el dolor por irritación peritoneal se agrava con el movimiento, el dolor ulceroso se calma con la ingesta, en la pancreatitis se experimenta un alivio del dolor al inclinarse el paciente hacia adelante. Un dolor cólico que se alivia con la deposición puede ser indicativo de patología en el colon, el vomito alivia el dolor en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal superior.

Sintomatología acompañante: El dolor abdominal no suele ser presentarse como único síntoma en un paciente sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su caracter inespecifico, como por ejemplo:

- ***Vómitos:*** Suelen ser síntoma frecuente en las enfermedades abdominales acompañados por nauseas, dependiendo de la causa de los mismos. Podemos reconocer tres mecanismos principales:
  a) Irritación intensa de los nervios del peritoneo o mesenterio (perforación de víscera hueca, apendicitis, etc.)
  b) Obstrucción de conducto dotado de musculatura lisa (intestino, coledoco, etc.)
  c) Acción de toxinas sobre centros bulbares.

  El vómito se relaciona con una de las siguientes causas:
  - » *Vómito reflejo secundario a inflamación peritoneal parietal o visceral:* Este tipo de vómito ocurre precozmente, pero usualmente sigue el dolor. Puede ser precedido o no de nauseas y su contenido es gástrico y con mínima cantidad de bilis. Cuando la enfermedad es más severa, el vómito se repite y cada vez su contenido es de aspecto más intestinal (verde) y menos gástrico (claro, alimentos). En la medida que la enfermedad abdominal progresa y la inflamación intraperitoneal se extiende, las nauseas y el vómito puede hacerse mas frecuentes.
  - » *Vómito por obstrucción del tracto gastro-intestinal o de una víscera hueca.* En la dilatación aguda del estomago el contenido del vomito suele ser abundante, de olor característico, mínimamente mezclado con bilis y acompañado de distensión dolorosa que alivia el vómito. Esta condición clínica acompaña al íleo postoperatorio, al trauma abdominal, a la diabetes y a procesos infiltrativos gástricos (linfoma).
    El vómito de la obstrucción pilórica en el adulto es esencialmente de contenido gástrico claro, no mezclado con bilis, se acompaña de regurgitación, es abundante y su contenido se relaciona con alimentos ingeridos previamente.
    En la obstrucción del intestino delgado el vómito puede ser inicialmente reflejo y de contenido alimenticio o claro. El olor cambia del olor gástrico característico a un olor fecaloide, que refleja la descomposición bacteriana del contenido intestinal.
  - » *Vómito originado en el sistema nervioso central.* La causa del vómito puede ser secundaria a irritación del sistema nervioso central. Este origen del vómito debe tenerse en cuenta especialmente en pacientes traumatizados.
    El médico tiene la tendencia a ubicar la causa del vómito en el tracto gastrointestinal, olvidando que el vómito puede ser causado por lesiones que ocupan espacio en el cráneo.

  Es también importante valorar las materias vomitadas (vómito alimenticio, bilioso, fecaloideo, etc.) También hay que ver la relación del vómito con el dolor (aparece rápidamente en la estrangulación y es más tardío en la oclusión, alivia el dolor en las retenciones gástricas, etc.).
- *Habito intestinal:* Los cambios en el ritmo intestinal nos ayudan a valorar los cuadros oclusivos, pudiendo aparecer falta de emisión de gases y heces antes de instaurarse el proceso doloroso. Un cuadro de diarrea con dolor abdominal cólico, vómitos y febrícula nos encamina hacia un diagnóstico de gastroenteritis.
- *Sintomatología urinaria y trastornos ginecológicos:* Muchas veces trastornos de esta esfera provocan cuadros de dolor abdominal (es importante la historia menstrual, posibilidad de embarazo, antecedentes de infecciones urinarias, prostatismo, etc.
- Otra serie de síntomas como ictericia, coluria, fiebre, etc. también nos orientan para el diagnóstico.

6. MIGRACIÓN DEL DOLOR

Es el cambio en la localización del dolor en el transcurso de la enfermedad: el dolor percibido inicialmente en una determinada localización cambia a otra.
Así el dolor de la apendicitis aguda, inicialmente en el epigastrio, va descendiendo con el tiempo para situarse luego en la región periumbilical y finalmente en la fosa ilíaca derecha en el punto de MC Burney.
En la colecistitis aguda el dolor se percibe en el epigástrico y posteriormente migra hacia el hipocondio derecho. En la diverticulitis aguda el dolor se siente inicialmente en la región periumbilical y con posterioridad se sitúa en la fosa ilíaca izquierda.

7. ANORMALIDADES EN LA FUNCIÓN INTESTINAL

En igual forma como se han investigado las características del dolor y del vómito deben averiguarse las alteraciones de la función intestinal en el abdomen agudo.
El íleo reflejo que acompaña a la mayoría de los procesos inflamatorios intraperitoneales hace que el paciente manifieste sensación de distensión, incapacidad para pasar flatos y constipación.
Los antecedentes de deposiciones sanguinolentas, deben alertas sobre patologías colónica, principalmente diverticulitis y carcinoma. La acolia indica la existencia de ictericia de tipo obstructivo.
La distensión abdominal también acompaña a muchos procesos abdominales. Es producto de la dilatación intestinal causada por íleo reflejo u obstrucción mecánica. Es común en la peritonitis, la pancreatitis y la obstrucción intestinal. Es mayor en la obstrucción intestinal baja que en la obstrucción del intestino delgado proximal.

8. EXPLORACIÓN FÍSICA

Ante todo, es necesario valorar el estado general del paciente: determinar sus constantes vitales, estado de perfusión, nutrición e hidratación su grado de conciencia, su actitud (los cuadros de irritación peritoneal inmovilizan al paciente por que el movimiento le produce dolor, los dolores cólicos producen inquietud y el paciente no puede estar en reposo), su coloración (la "Facies Hipocratica" con color ceniciento, ojos hundidos, nariz afilada, fatiga, etc. es un signo clásico de cuadro peritonítico avanzado), etc.

El pulso rápido puede estar relacionado con el aumento de la temperatura o ser la primera manifestación de shock hipovolémico, es común que sea por dolor en caso de pacientes pediátricos.
La presencia de fiebre se relaciona con procesos inflamatorios intraperitoneales, no necesariamente de origen bacteriano. La coexistencia de escalofrío hacer pensar en bacteriana.

La elevación de la temperatura por encima de 39º C es común en casos de peritonitis, salpingitis, pielonefritis e infección urinaria. Es característica la presentación en picos febriles de los abscesos intraabdominales. En los extremos de la vida o en pacientes sépticos, la hipotermia, más que la fiebre, puede ser signo de un proceso intraperitoneal.

La exploración debe comenzar por *la **inspección*** del abdomen. Se observará la movilidad espontánea de la pared abdominal y con los movimientos respiratorios (en los procesos que cursan con irritación peritoneal se produce inmovilidad durante la respiración, existiendo una respiración superficial). También debe analizarse la posible presencia de cicatrices de intervenciones anteriores, la simetría abdominal, la existencia de masas protuberantes y si existe distensión abdominal. Debemos fijarnos en la posible existencia de circulación colateral, existencia de vesículas (Herpes Zoster) u otros signos cutáneos como la equimosis periumbilical (signo de Cullen) y en flancos (signo de Grey - Turner) que son característicos de las pancreatitis necrohemorrágicas graves. Existen otros signos clásicos como el "nódulo de la hermana María José" que es una masa en región umbilical y representa una metástasis cutánea de un adenocarcinoma intraabdominal, etc.

*La **palpación*** debe realizarse de una forma suave para evitar provocar en el paciente una contracción voluntaria de la musculatura abdominal. También es recomendable llevar una rutina exploratoria colocándose siempre al mismo lado del paciente y palpar el abdomen por cuadrantes siguiendo la misma dirección dejando para el final la zona dolorosa. Se identificará la topografía del dolor. La palpación es la maniobra exploratoria más rentable, siendo en ocasiones lo único en que nos podemos basar para realizar una exploración quirúrgica a un enfermo. Se valorarán los siguientes aspectos:

- **Palpación superficial**: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea.
- **Palpación profunda**: Buscamos la existencia de organomegalias (hígado, bazo, riñón) y de masas (hidrops vesicular, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas, hernias).
- **Contractura abdominal**: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración; a veces es difícil diferenciarla sobre todo en niños, personas con un estado de ansiedad, dementes, etc.
- **Signo de Murphy**: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada.
- **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 de Cope o del dolor contralateral**: Consiste en presionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa y descomprimir bruscamente. Si la lesión es intraabdominal, se exacerba el dolor en la zona afectada, en cambio si es un dolor referido (por ejemplo torácico), no se modificará.
- **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 de Kehr:** Consiste en la aparición de dolor referido a los hombros, especialmente el izquierdo cuando se palpa la región superior del abdomen, y caracteriza clásicamente a la ruptura esplénica. Este signo se hace más evidente en posición de Trendelenburg.
- **Maniobra de San Martino**: Al efectuar el tacto rectal se procede a una dilatación del esfínter anal y el dolor abdominal generalizado se localiza en el punto lesional.
- **Tacto rectal**: Es una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata y vesículas seminales, útero, se buscaran masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas.
- **Tacto vaginal**: Exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal-abdomen.

Mediante la ***percusión abdominal*** valoramos la existencia de matideces o timpanismos abdominales. Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de 2 traversos de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de Hepatomegalia. Una distensión abdominal con timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los diferentes decúbito. Matideces en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intraabdominales.

La ***auscultación abdominal*** se realiza para valorar la intensidad y características de los ruidos abdominales. Debe realizarse durante unos 2 minutos. En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (íleo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. También es importante valorar la existencia de soplos intraabdominales (característicos de aneurismas aórticos).

9. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Es importante considerar que estos estudios iniciales ayudan, por regla general, a confirmar un diagnóstico y que en ningún modo deben ser las únicas guías de la decisión terapéutica.

DATOS ANALÍTICOS

- El ***Hemograma*** forma parte del estudio rutinario en prácticamente cualquier estudio diagnóstico. En el dolor abdominal agudo es importante valorar el descenso del hematocrito y de la concentración de hemoglobina que sugiere pérdidas hemáticas por lesión de vasos sanguíneos, bien traumáticas o espontáneas (aneurisma disecante de aorta, embarazo extrauterino, etc.), pudiendo la hemorragia localizarse a nivel peritoneal o retroperitoneal, siendo raro que una hemorragia digestiva sea causa de un cuadro doloroso agudo. Hay que tener en cuenta que en las primeras horas, el valor del hematocrito no varía en los cuadros hemorrágicos agudos.
  La determinación del hematocrito en situaciones no hemorrágicas, es útil para valorar el grado de deshidratación (pérdida de líquido extracelular) motivado por vómitos, atrapamiento de líquido en asas intestinales dilatadas o por falta de aporte (sobre todo en niños y ancianos).
  En ciertos cuadros hematológicos específicos que cursan con cuadros de dolor abdominal agudo, el estudio de las características de los glóbulos rojos puede ser diagnóstico (punteado basófilo en Saturnismo, esferocitosis, etc.).
  El recuento de leucocitos está alterado en los procesos inflamatorios, presentando leucocitosis con neutrofilia, pero este es un dato inespecífico y tiene un valor muy limitado, debiendo ser valorado junto con el cuadro clínico y otras exploraciones. Hay que recordar que un recuento leucocitario normal no excluye una infección activa y que en pacientes inmunodeprimidos, ancianos, en déficits nutricionales, etc., la respuesta leucocitaria a la inflamación puede retrasarse o no presentarse. La intensidad de la leucocitosis tampoco tiene relación con la gravedad del proceso, aunque es común encontrar recuentos elevados en procesos graves como isquemia intestinal, peritonitis, etc.

  La neutropenia tampoco es específica de ningún proceso, aunque cuando aparece en procesos abdominales que cursan con sepsis, es signo de mal pronóstico. La eosinofilia aparece en ciertos procesos digestivos como linfomas, gastritis eosinofila, hidatidosis complicada, etc. la eosinopenia junto con un cuadro clínico compatible aparece en la fiebre tifoidea.

- Las ***pruebas de coagulación*** tienen su utilidad clara a una intervención quirúrgica para la valoración del riesgo hemorrágico, también nos proporcionan un índice de la funcionalidad hepática estando alteradas en procesos tales como cirrosis hepática, hepatopatías agudas graves, estadios finales del shock, etc.

- Dentro de la ***bioquímica sanguínea*** tiene especial importancia la determinación de amilasa que, aunque puede estar alterada en múltiples procesos abdominales y extraabdominales, con cifras superiores a 300 UI es sugestiva de pancreatitis aguda. Otras determinaciones como Glucosa, Urea y Creatinina nos ayudan a valorar el estado general del paciente, su función renal y estado de hidratación. La CPK es importante realizarla en el diagnóstico diferencial con dolores abdominales referidos provocados por infarto de miocardio. El estudio del ionograma debe realizarse siempre en pacientes que han vomitado, nos informan del estado general del paciente y de las posibles causas de un íleo paralítico. La *gasometría arterial* contribuye al estudio de los procesos pulmonares implicados en cuadros de dolor abdominal y es importante realizarla cuando sospechemos que puedan existir alteraciones del equilibrio ácido-base como obstrucción intestinal, diarrea grave, fístulas biliares, etc. Existe una acidosis metabólica en los procesos que cursan con lesión necrótica intraabdominal como la isquemia mesentérica y la pancreatitis necrohemorrágica. Puede aparecer una alcalosis metabólica en cuadros que cursen con vómitos de repetición o en el caso de adenomas secretores.

- Un ***análisis de orina*** no debe faltar en el estudio diagnóstico de un dolor abdominal, sobre todo si sospechamos patología renal o de vías urinarias. La presencia de hematuria junto con un cuadro clínico compatible sugiere una litiasis renoureteral. También puede aparecer hematuria y dolor abdominal en tumores, vasculitis, infecciones, etc. La leucocituria o la presencia de nitritos en la orina nos sugiere la presencia de un cuadro infeccioso urinario. No debe olvidarse realizar un Test de embarazo en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico.

- Idealmente la muestra debe obtenerse en forma limpia, con lavado de la región genital y toma de la muestra en mitad de la micción. Sólo en casos seleccionados se requiere el cateterismo vesical. El hallazgo de densidad urinaria elevada es reflejo del estado de deshidratación. La presencia de glucosa es manifestación de hiperglicemia en un paciente diabético descompensado por infección. La proteinuria puede ser indicativa de enfermedad renal. La leucocituria sugiere el diagnóstico de infección urinaria, aunque también puede presentarse cuando existe inflamación de órganos adyacentes al tracto urinario. No obstante, cuando el recuento leucocitario es mayor de 20 por campo es altamente sugestivo de infección urinaria; más de 5 por campo en población pediátrica. Una prueba útil es la realización de coloración de Gram del sedimento urinario o urocultivo para confirmar la infección.

  La hematuria siempre es anormal. Un recuento de hematíes bajo es posible en cuadros de infección urinaria, sin embargo, cuando la hematuria es mayor se debe sospechar la presencia de litiasis, trauma o neoplasia.

ELECTROCARDIOGRAMA

Se debe realizar un ECG ante cualquier paciente con dolor abdominal en hemiabdomen superior de manera rutinaria para descartar patología isquémica cardíaca como causante de dolor referido y como estudio preoperatorio, sobre todo en pacientes ancianos o con factores de riesgo.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

La radiología simple aunque es una técnica de imagen de muy escasa resolución de contraste, es importante realizarla por la gran cantidad de datos que nos puede suministrar, sobre todo en el paciente que acude con un cuadro de dolor abdominal agudo. Se suele realizar una serie radiológica que incluye: Torax PA y abdomen en decúbito y bipedestación. Sin embargo, el cuadro clínico que presente el paciente podrá sugerirnos alguna variación. El caso más especial será, la sospecha de perforación de víscera hueca, en cuyo caso intentaremos demostrar el neumoperitoneo.

En la ***Radiografía de Tórax*** podremos valorar la existencia de procesos pulmonares como neumonías basales, atelectasias laminares, derrame pleural, neumomediastino que puede indicar una rotura esofágica, elevaciones diafragmáticas como signo indirecto de abscesos subfrénicos, presencia de vísceras con aire en tórax (hernias diafragmáticas) y sobre todo neumoperitoneo que en pacientes sin historia previa de intervenciones quirúrgicas recientes o exploraciones invasivas (laparoscopia, punción lavado peritoneal, etc.) indica siempre rotura de víscera hueca. A veces el ángulo hepático del colon es redundante y se interpone entre el hígado y el diafragma dando una imagen que se confunde con un neumoperitoneo en una radiografía de tórax, es el llamado "síndrome de Chilaiditi".

En la ***Radiografía de abdomen simple en decúbito supino*** hay examinar rutinariamente:

- *Huesos*: Veremos si existen fracturas costales (posibilidad de lesión de hígado o bazo), vertebrales (posibilidad de la existencia de un íleo paralítico reactivo), apófisis transversas lumbares (traumatismo renal) y pelvis (posible lesión vesical).
- *Sombras de los Psoas*: Están borradas en afecciones retroperitoneales (abscesos, hematomas, apendicitis retrocecales).
- *Patrón aéreo intestinal*: El aire dentro de las asas intestinales se identifica por presentar unas líneas que atraviesan completamente la luz correspondiendo a las válvulas conniventes y que adoptan una distribución clásicamente llamada "en pilas de monedas". El gas en el colon dilatado se identifica por las haustraciones que no atraviesan completamente la luz. Si existe dilatación de asas puede sugerirse la causa mecánica o paralítica por el hecho de que no existe aire distalmente a la obstrucción en un íleo mecánico, mientras que en el paralítico la distensión en generalmente global.
  A veces puede observarse un asa dilatada con gas en su interior (asa centinela) en procesos tales como pancreatitis, colecistitis, apendicitis, cólico nefrítico, etc. y que no es más que el reflejo de un íleo segmentario en la proximidad del proceso inflamatorio. Un signo parecido es la aparición de gas en colon que se interrumpe bruscamente (signo del colon cortado) y que aparece en las pancreatitis agudas por espasmo del colon por irritación química del meso. En los vólvulos de colon sigmoide se ve una gran asa dilatada que ocupa casi todo el abdomen (signo del grano de café) y que está fija en todas las proyecciones.
- *Aire ectópico*: Buscamos densidad de aire fuera de su distribución normal. El gas ectópico a su vez puede estar libre en la cavidad abdominal (neumoperitoneo) o localizado (intramural en la pared del tubo digestivo, en vía biliar, en la vena Porta, en retroperitoneo, en abscesos, etc.). Un neumoperitoneo se observa en la radiografía en decúbito supino con el denominado "signo de Rigler" que es "la visibilidad espontánea de la superficie serosa del intestino", es decir, se identifican las paredes externas e internas de las asas intestinales rodeadas de aire. En condiciones normales solo se puede identificar la superficie interna de las asas debido a que la densidad de la superficie externa no hace interfase radiológica con una densidad distinta y por eso no se ve. Sin embargo cuando hay gas extraluminal se establecerá una fuerte interfase y la superficie serosa se verá muy bien. La localización de gas en la pared de vísceras huecas puede ser signo de infecciones, isquemia, necrosis, neumatosis quística, etc. El gas en retroperitoneo casi siempre es por perforaciones de segmentos extraperitoneales del tubo digestivo o por infección por gérmenes productores de gas.

La aerobilia se producira por comunicación espontanea o quirurgica de la vía biliar con el tubo digestivo, siendo un signo característico de ileo biliar, tambien puede aparecer por relajación espontánea del esfínter de Oddi o por esfinterotomía, mas excepcional será la colangitis producida por gérmenes productores de gas. El gas en vena Porta generalmente aparece en la enterocolitis necrotizante de los niños o en trombosis mesentérica en el adulto. Otra imagen característica es una imagen en migas de pan o con nivel hidroaéreo fuera del colon que es signo de absceso intraabdominal.

- *Calcificaciones*: En el area biliar, en la zona renal y trayecto ureteral son signo de litiasis. En la zona pancreática indica pancreatitis crónica, en fosa ilíaca derecha puede ser un apendicolito o un teratoma ovárico. También podemos ver flebolitos, aneurisma aórtico calcificado, oleomas en región glútea por inyecciones intramusculares previas, etc.
- *Líquido libre intraperitoneal*: Si hay gran cantidad de líquido hay un aumento difuso de la densidad abdominal con asas centralizadas, dificultad para delimitar el borde hepático y el colon está separado de las líneas grasas de los flancos. Si hay poco líquido es más difícil apreciarlo y habrá que recurrir a otros métodos diagnósticos como la ecografía.

La ***Radiografía de Abdomen en bipedestación*** se realiza fundamentalmente para la observación de niveles hidroaéreos, como signo de obstrucción intestinal y que representan la existencia de asas intestinales dilatadas con contenido líquido y gas en su interior. Dependiendo de la distribución de estos niveles podemos aproximarnos al diagnóstico de la altura de la obtrucción o si se trata de un íleo dinámico. La radiología simple será poco decisiva para detectar la etiología de la obstrucción.

Las ***Radiografías en decúbitos laterales con rayo horizontal*** permiten identificar pequeños neumoperitoneos. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo durante unos diez minutos y se realiza la radiografía; pueden verse pequeñas cantidades de aire sobre la zona hepática.

ECOGRAFÍA

Es un método diagnóstico inocuo y fiable. Tiene su principal utilidad en la identificación de patología a nivel de hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo e hipogastrio, siendo su gran enemigo la presencia de gas. Otro problema es que al tratarse de una prueba dinámica depende de la interpretación y experiencia del ecografista.

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.

La patología del tubo digestivo es la gran laguna que presenta esta técnica diagnóstica en cuanto al estudio del dolor abdominal, presentando una muy baja sensibilidad diagnóstica aunque en algunas patologías como la apendicitis aguda (sobre todo en niños) o la diverticulitis pueda tener una especificidad aceptable.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA. (T.A.C.)

Es la exploración complementaria más útil considerada individualmente, proporciona la evaluación más sensible de gas extraluminal y sobre todo del retroperitoneo. Es exacta en la localización de colecciones y nos da la opción de realizar su drenaje, también localiza las lesiones inflamatorias y lesiones ocupantes de espacio. Todo paciente con sospecha de patología retroperitoneal y aquellos con enfermedad progresiva con diagnóstico oscuro deben ser candidatos a estudio con T.A.C. Es el estudio de elección cuando se sospecha de litiasis renal y de las vías urinarias.

Preferiblemente, la TAC debe realizarse empleando medios intravenosos y oral. Permite evaluar detalladamente las vísceras sólidas y las estructuras retroperitoneales (páncreas, aorta). Es de gran valor en el diagnóstico de abscesos intraperitoneales y en casos seleccionados puede ser útil para realizar drenaje percutáneo. Cuando se sospecha diverticulitis, la tomografía puede ser de gran utilidad para confirmar el diagnóstico y de hecho constituye el estudio de elección.

En casos de apendicitis de difícil diagnóstico la TAC puede ser de gran valor y está indicado casi de rutina. Si bien la TAC está siendo empleada cada vez con mayor frecuencia en la evaluación y diagnóstico de muchas condiciones abdominales, en ningún caso debe reemplazar la completa evaluación y el juicio clínico.

ESTUDIOS CON CONTRASTE

Ante la sospecha de obstrucción debe comenzarse el estudio con la realización de un enema opaco, que localizará o descartará el nivel de obstrucción colónica. El tránsito esofagogastroduodenal no tiene demasiada aplicación en el abordaje inicial del dolor abdominal teniendo más aplicación en el dolor abdominal no urgente o crónico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

No tiene un papel importante en el estudio en el estudio de los pacientes con dolor abdominal agudo. Sin embargo es una prueba diagnóstica fundamental en el estudio de gran cantidad de patología digestiva, permite la valoración directa y facilita el estudio histológico de multitud de procesos (patología esofágica, enfermedad péptica, tumores, patología inflamatoria del colon, patología bilio-pancreática - CPRE -, etc) y en algunas ocasiones proporciona un abordaje terapéutico (esclerosis y ligadura de lesiones sangrantes, papilotomía, dilataciones, realización de gastrotomía, etc.).

LAPAROSCOPIA

Desde la reciente generalización del uso de la laparoscopia están apareciendo nuevas indicaciones para su utilización estando en la actualidad todavía por definir de una manera clara sus indicaciones. Como ventajas se puede aducir su efectividad diagnóstica cercana al 100%, la posibilidad de realizar maniobras terapéuticas que eviten una laparotomía y reducir la necesidad de una laparotomía exploradora en cuadros abdominales de difícil filiación. Tiene la desventaja de precisar anestesia general y ser una prueba invasiva y de altos costes. De momento la finalidad diagnóstica de la laparoscopia debe ser limitada por otros procedimientos diagnósticos más accesibles y menos agresivos.

La indicación fundamental puede ser el diagnóstico diferencial en un cuadro abdominal agudo en una mujer en edad fértil con sospecha de patología ginecológica, también se discute su utilidad en aquellos casos de traumatismo abdominal cerrado en pacientes hemodinámicamente estables y en traumatismos penetrantes cuando exista duda de realizar laparotomía exploradora.

ARTERIOGRAFIA

Debe realizarse en un cuadro agudo, fundamentalmente ante la sospecha de patología isquémica intestinal (trombosis o embolia de la arteria mesentérica superior). También es útil en traumatismos hepáticos, aneurismas aórticos, etc.

PARACENTESIS Y PUNCIÓN LAVADO PERITONEAL

Debe realizarse una paracentesis diagnostica en la valoración del dolor abdominal en enfermos con ascitis crónica y ascitis de comienzo brusco.

El lavado peritoneal se realiza fundamentalmente en aquellos pacientes con traumatismo abdominal clínicamente inestables o de difícil traslado a otras salas, para descartar la existencia de hemoperitoneo. También puede tener su utilidad en cuadros de abdomen agudo con sospecha de perforación de víscera hueca.

La técnica se realiza previo sondaje vesical con anestesia local, mediante una incisión por debajo del ombligo, introduciendo el trocar de lavado hasta atravesar el peritoneo. El lavado se efectúa con 500cc de suero fisiológico, comprobando el aspecto del líquido de lavado que si sale intensamente teñido es indicativo de hemorragia intraperitoneal. Si existen dudas puede analizarse cuantitativamente los hematíes (si > 100.000/mm³ o hematocrito > de 1% indica hemorragia importante que precisa intervención quirúrgica) y los leucocitos (si > 700/cc indica peritonitis) , también pueden realizarse determinaciones de proteínas, amilasa, tinción Gram, cultivos, etc.

Las principales contraindicaciones de la punción lavado peritoneal son: la existencia de intervenciones abdominales previas, embarazo y distensión vesical.

10. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Cuando vemos a un paciente con dolor abdominal por primera vez, es fundamental decidir la orientación que precisa el paciente, ante un cuadro de dolor abdominal crónico o recurrente podemos realizar un estudio programado orientado al aparato digestivo, ginecológico, urológico, etc. Sin embargo un dolor abdominal agudo obliga a una valoración más rápida, dado que puede evolucionar a un cuadro de abdomen agudo y precisar una intervención quirúrgica urgente.

Causas de dolor abdominal agudo según su frecuencia	
Dolor abdominal no específico Apendicitis aguda Colecistitis aguda Obstrucción de intestino delgado Patología ginecológica aguda Pancreatitis aguda	Cólico renal Úlcera péptica perforada Cáncer Enfermedad diverticular Otras

La primera decisión, una vez realizado un estudio inicial del paciente, será determinar si el proceso causante precisará una intervención quirúrgica de urgencia o bien requerirá un tratamiento médico.

Para determinar si el paciente con dolor abdominal va a necesitar un tratamiento quirúrgico, y poder tomar esa decisión, es necesario encuadrar el cuadro clínico dentro de alguno de los diagnósticos sindrómicos que precisan tal actitud terapéutica y que de forma esquemática se pueden esquematizar en:

1. Inflamatorio
2. Obstructivo
3. Traumático
4. Vascular

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL QUE NO PRECISAN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO			
Parietales	Hematoma de la vaina de los rectos Neuralgia intercostal Herpes Zoster Mialgia reumática	**Endocrino-metabólicas**	Porfiria aguda intermitente Cetoacidosis diabética Insuficiencia suprarrenal Hiperparatiroidismo hipertiroidismo Hiperlipemia Uremia Hipopotasemia Hemocromatosis
Abdominales	Gastroenteritis aguda Hepatitis aguda Pancreatitis no complicada Ulcera péptica Adenitis mesentérica Diverticulitis no complicada Enfermedad inflamatoria intestinal Anexitis Rotura folículo De Graaf Ileo paralítico Cólico nefrítico Intestino irritable	**Hematológicas**	Anemia hemolítica Leucemia aguda Policitemia Drepanocitosis Esferocitosis hereditaria PTT Trastornos de la coagulación Crioglobulinemia mixta
Retroperitoneo	Aneurisma aórtico Patología nefroureteral	**Vasculares**	Infarto renal Infarto esplénico Vasculitis PAN
Torácicas	Neumonías basales Pleuritis Embolia pulmonar Pericarditis I.A.M.	**Intoxicaciones**	Plomo Cobre Alimenticias Setas
Óseas	Enfermedad de Pott Osteitis del ilíaco Hernia discal Espondilitis Osteomielitis	**Fármacos**	Anticoagulantes Anticolinérgicos Anticonceptivos Bloqueantes ganglionares Síndrome de deprivación
Genital	Orquitis Prostatitis	**Infecciosas**	Víricas (gripe, sarampión, etc.) Enfermedad de Weil Fiebre Tifoidea Brucelosis Paludismo
Neurológicas	Meningoencefalitis Tabes dorsal Forma abdominal de la migraña	**Otras**	Fiebre mediterránea familiar Edema angioneurótico

A continuación se esbozan algunas características generales de estos procesos, así como los principales cuadros clínicos susceptibles de tratamiento quirúrgico que podemos encontrar en nuestro medio.

PROCESOS INFLAMATORIOS

Se caracterizan por presentar dolor de tipo continuo localizado en algún cuadrante abdominal, acompañado de contractura refleja de la musculatura abdominal y un cierto grado de íleo reflejo por parálisis de la fibra muscular lisa de la zona inflamada. Las causas más frecuentes son:

- *Apendicitis aguda*: Clásicamente se caracteriza por la presencia de dolor epigástrico que se sigue de náuseas y vómitos irradiándose posteriormente a fosa ilíaca derecha. A la exploración destaca la febrícula y la defensa abdominal a la palpación de la fosa ilíaca derecha. (Blumberg +) pudiendo aparecer los signos de Rovsing y Psoas (Apendicitis retrocecal). En el tacto rectal aparece un aumento de dolor hacia fosa ilíaca derecha. En la Rx. simple de abdomen puede aparecer un apendicolito y asa centinela en fosa ilíaca derecha. En el cuadro hemático aparece leucocitosis generalmente moderada con desviación a la izquierda. Se hace impresión diagnóstica. Interconsulta cirugía general. (*Ver guía de manejo de Apendicitis*)

- *Colecistitis aguda*: Se caracteriza por la presencia de dolor continuo en hipocondrio derecho y epigastrio que irradia hacia la espalda en cinturón y hacia la escápula derecha, acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración destaca el dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho con signo de Murphy +, a veces se puede palpar la vesícula distendida o un plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho. También existe leucocitosis con desviación izquierda. En la Ecografía abdominal se objetivara litiasis (el 90% de las colecistitis son por litiasis biliar), con engrosamiento de la pared vesicular, halo hipoecoico, colecciones líquidas, etc. al hacer el diagnóstico se interconsulta con cirugía general (*Ver guía de manejo de Colecistitis*)

- *Perforación de víscera hueca*: Aparece un dolor súbito y violento generalmente en epigastrio (perforación de úlcera gastroduodenal). El enfermo está inmóvil, sudoroso y taquipneico, con supresión de la respiración abdominal. A la palpación se comprueba un abdomen en tabla. Es característica la aparición de un neumoperitoneo en la radiografía postero-anterior de Tórax, en ciertos casos cuando la clínica es altamente sugestiva, puede ser útil introducir 100 o 200 cc de aire por una sonda nasogástrica dejando al paciente de cubito lateral izquierdo y repetir una radiografía de abdomen de cúbito lateral izquierdo para observar aire sobre la sombra hepática. Interconsulta con cirugía. Manejo quirúrgico.

- *Pancreatitis aguda*: Aparece dolor epigástrico que puede describirse como en puñalada o en cinturón con irradiación a la espalda, nauseas y vómitos. En la exploración aparece dolor a la palpación profunda con defensa ligera en algunos casos, también puede aparecer subictericia. En la química sanguínea se encuentra elevada la amilasa sérica y urinaria. En la radiografía simple encontramos la presencia de un asa centinela, el signo del colon cortado, derrame pleural izquierdo, atelectasias laminares, etc. (*Ver guía de manejo de Pancreatitis*).

- *Lesiones inflamatorias del colon*: Generalmente precisarán tratamiento quirúrgico cuando aparezcan complicaciones como perforación, obstrucción, absceso intraabdominal, hemorragia masiva, etc. La más frecuente es la diverticulitis aguda que provoca un cuadro de dolor abdominal similar a la apendicitis aguda pero en fosa ilíaca izquierda. Otras lesiones inflamatorias del colon que producen cuadros de dolor abdominal agudo son la Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis isquémica, colitis necrotizante, etc. Manejo del episodio agudo en urgencias y según respuesta, remitir ambulatoriamente a medicina interna, cirugía general y/o pediatra.

- *Patología Ginecológica*: Pueden precisar tratamiento quirúrgico los procesos inflamatorios (Salpingitis, Parametritis, Pelviperitonitis, etc.) que no se resuelven con el adecuado tratamiento médico o evolucionan hacia la formación de un absceso. Necesitaran tratamiento quirúrgico de urgencia: Embarazo ectópico, torsión de quiste ovárico, Aborto séptico, mioma necrosado, etc. Manejo del episodio agudo en urgencias y según respuesta remitir ambulatoriamente a ginecología.

PROCESOS OBSTRUCTIVOS

Se caracterizan por la presencia de un dolor de tipo cólico en epigastrio o periumbilical sin irradiaciones con nauseas y vomitos que serán desde biliosos hasta fecaloideo según el nivel de la obstrucción y la competencia de la válvula ileocecal, y la ausencia de emisión de gases y heces. A la exploración aparece distensión abdominal, timpanismo y ruidos peristálticos de lucha a la auscultación abdominal. En estos pacientes es particularmente importante la realización de un tacto rectal y la búsqueda minuciosa de tumoraciones herniarias. En la Radiología simple encontramos distensión de asas con luminograma aéreo previo a la obstrucción y signos de sufrimiento intestinal (engrosamiento de pliegues, liquido entre asas, etc.) así como ausencia de gas en recto. En bipedestación podran verse niveles hidroaereos. Las causas principales se pueden dividir en:

- *Causas en la pared intestinal*: Tumores (en un paciente añoso y sin antecedentes de cirugía abdominal o patología herniaria hay que sospechar la existencia de un cáncer de colon ante un cuadro obstructivo), lesiones inflamatorias (Diverticulitis, Enteritis regional, Tuberculosis), estenosis postradiación, invaginación intestinal, postraumático (hematomas), estenosis isquémica, etc.
- *Causas fuera de la pared*: Hernias (la causa mas frecuente de obstrucción intestinal), bridas postquirúrgicas, Carcinomatosis intestinal, vólvulos, etc.
- Causas en la luz: Ileo por cálculos biliares (fistula bilio-entérica), ingesta de cuerpos extraños, bezoares, bolo fecal, etc.

TRAUMÁTICO

Según el mecanismo de la lesión pueden ser:
- *Cerrados*: Directos o indirectos (por desaceleración)
- *Abiertos*: Por arma blanca o arma de fuego.

Según la lesión que produzcan:
- *De vísceras huecas*: Producen una peritonitis.
- *De vísceras macizas*: Se manifiestan como shock hipovolémico.

VASCULAR

Puede ser producido por oclusiones de la luz de los vasos (Embolos, Trombos), oclusiones vasculares (arteriosclerosis, inflamaciones), oclusiones extraparietales (torsión del pedículo vascular) o ser de origen funcional (Insuficiencia cardiaca, Shock). Existen vías accesorias de circulación colateral entre el Tronco celiaco y la Arteria Mesentérica superior a través de la arteria pancreatica y de las arcadas pancreatico-duodenales anterior y posterior, entre la Arteria Mesentérica Superior y la Arteria mesentérica Inferior a través de la arcada de Riolano, la arteria marginal de Drunmond y la arteria cólica media, y entre la Arteria Mesentérica inferior y las arterias Ilíacas a través de las Hemorroidales media y superior.

Las zonas criticas son las ramas terminales de la Arteria Mesentérica superior (asas intestinales), entre la arteria cólica media y la ileocólica (arco avascular de Treves, correspondiente a ileon terminal y ciego), la anastomosis de la sigmoidea inferior y la rectal superior (unión recto-sigmoidea) y el angulo esplénico del colon.

Pueden producirse los siguientes cuadros clínicos:

- *Infarto mesentérico*. Tiene lugar en la mayoría delos casos a nivel de la Mesentérica superior. Puede ser de origen embolígeno (Valvulopatía mitral, endocarditis, fibrilación auricular,etc) o trombótico (Arteriosclerosis, estados de hipercoagulabilidad, sepsis,etc.). Aparece dolor abdominal generalmente de origen brusco, mal delimitado e importante afectación del estado general (palidez, sudoración, hipotensión) puede aparecer una diarrea con heces sanguinolentas. Es característica una pseudomejoría a olas pocas horas de iniciarse el cuadro. En la gasometría aparece una acidosis metabólica. La arteriografía es diagnóstica, demostrando el nivel de la obstrucción.
- *Trombosis venosa mesentérica*. Aparece en enfermos con Hipertensión Portal, consumo de contraceptivos,etc.
- *Enteritis* y colitis isquemicas primitivas
- *Enteropatías* necrosantes.
- *Arteritis*. Producen necrosis segmentarias.

11. DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO

El paciente anciano presenta unas características peculiares en su manejo por la especial dificultad de su diagnóstico debido a la conjunción de diversas circunstancias como por ejemplo la dificultad de elaborar una adecuada historia clínica en pacientes con alteraciones del lenguaje, oído, etc. La presencia de alteraciones físicas que dificultan la exploración, disminución de la conciencia del dolor y por tanto escasa sintomatología, hay que destacar la ausencia o disminución de los signos físicos exploratorios típicos del abdomen agudo ya que al tener poca masa muscular suelen tener poca defensa aún en casos de peritonitis. La presencia de multipatología que puede enmascarar un proceso abdominal y agravar su pronóstico.

También hay que valorar la diferente frecuencia de procesos abdominales que se pueden presentar en el anciano, aumentando los procesos neoplásicos respecto a la población general y con una mayor inclinación hacia los fenómenos necróticos en el organismo de las personas de edad muy avanzada.

Es frecuente en el paciente anciano que la presencia o ausencia de anormalidad en las pruebas de laboratorio rutinarias y el grado de fiebre y leucocitosis no distingan aquellos pacientes que puedan requerir una intervención quirúrgica, no es raro encontrar un paciente con defensa abdominal importante y con cifras de leucocitos dentro de la normalidad. El médico que evalúa al paciente anciano con dolor abdominal agudo debe ser consciente que la impresión clínica de la existencia de un proceso intraabdominal grave tiene más importancia que las pruebas de laboratorio en la decisión de realizar estudios especiales o precisar intervención quirúrgica.

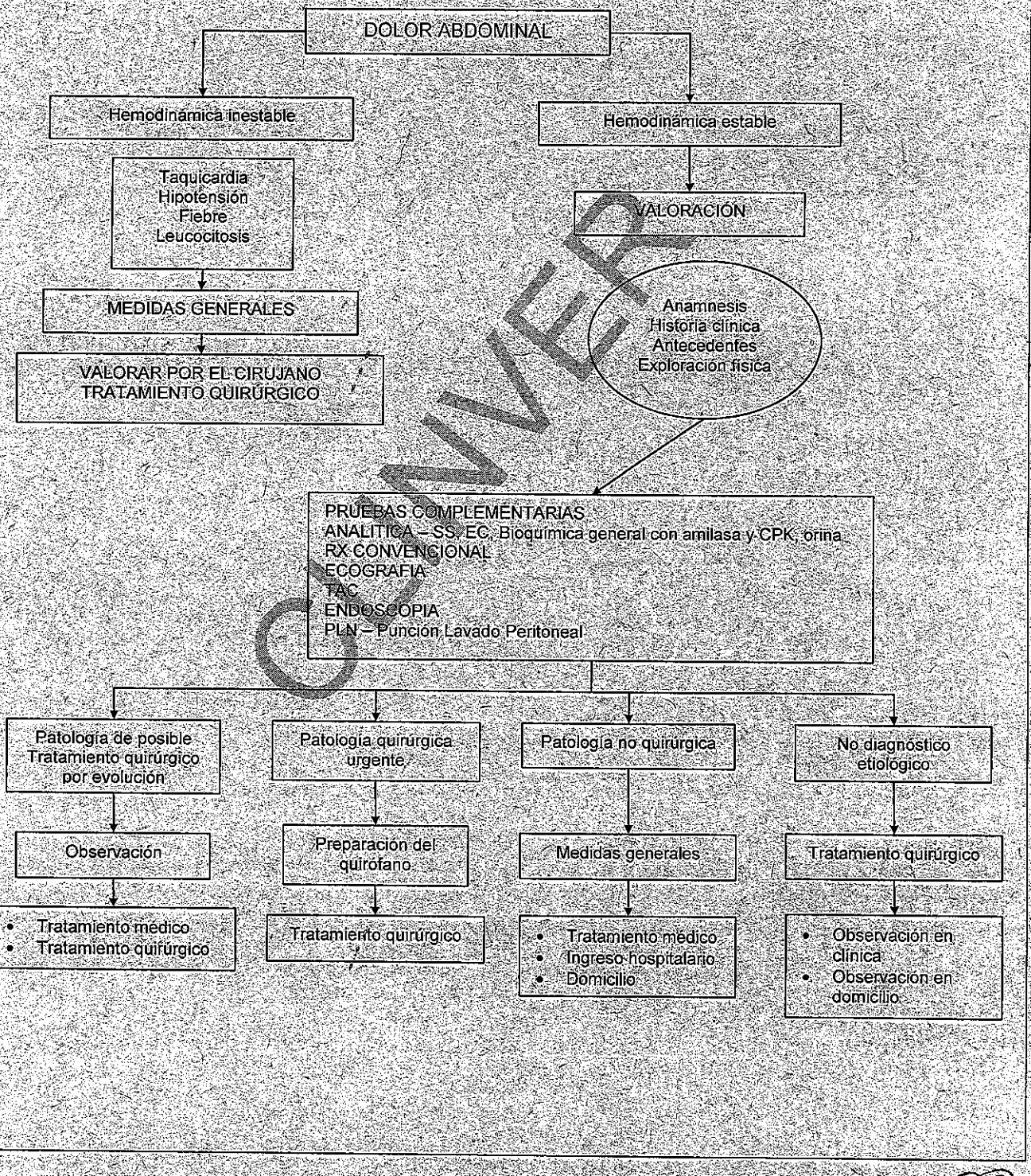
12. MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Como consideración final hay que recordar que en casi un tercio de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal agudo, no vamos a poder lograr un diagnóstico definitivo englobándose bajo el diagnóstico genérico de "dolor abdominal no específico". En estos pacientes es importante realizar un estudio de exclusión, descartando las principales causas de dolor abdominal que precisen un tratamiento urgente y mantenerlos bajo observación (hospitalaria o domiciliaria) para comprobar la evolución del cuadro. Se especula como posibles causas en formas menores de adenitis mesentérica, dolor de ovulación, rotura de un folículo ovárico, torsión de apéndice epiploico u obstrucción abdominal incompleta. En este tipo de pacientes los síntomas y signos suelen desaparecer espontáneamente.

13. TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

- Observación del paciente.
- Control de signos vitales.
- No vía oral.
- Toma de muestra de sangre para analítica.
  - » Petición básica: Hematología y bioquímica elemental.
  - » Si sospecha de pancreatitis: amilasa, amilasemia si el cuadro es < 24 hr. / amilasuria si es > 24 hr.
  - » Si sospecha de IAM: CPK, CPK-MB.
  - » Si sospecha de isquemia mesenterica, obstrucción intestinal, hernia o eventración incarcerada, sepsis o cualquier otra entidad que impresione de gravedad: gasometría arterial y venosa.
  - » Si ictericia, coluria, acolia, o hepatopatía: perfil hepatico.
  - » Si traumatismo, hemorragia digestiva, o tratamiento quirúrgico: piloto para pruebas cruzadas (salvo apendicitis y hernias).
- Establecer vía de perfusión venosa. En enfermos que nos impresionan de gravedad se aseguran dos vías venosas para reposición hidroelectrolítica.
- Posteriormente si es posible se colocará cateter venoso central (tipo DRUM) o colaborar en coger una vía central tipo subclavia o yugular interna.
- Aporte de líquidos para tratar la caída de TA fisiológica. Ringer lactato, elohes 6%, a veces sangre sin cruzar. Cuidado con el aporte de líquidos en caso de que se sospeche un aneurisma.
- Mejorar la ventilación aportando oxígeno con mascarilla.
- Colocar sonda nasogástrica en hemorragia digestiva alta, sospecha de perforación víscera hueca, pancreatitits obstrucción intestinal.
- Sondaje vesical para controlar el ritmo de diuresis en todo enfermo que consideremos grave (obteniendo además sistemático de orina).
- No administrar analgésicos hasta diagnóstico o decisión terapéutica.
- En heridas abdominales con evisceración: cubrir la zona con compresas mojadas con suero salino y paño estéril.

14. ALGORITMO PARA TOMA DE DECISIONES



COPIA NO CONTROLADA

15. BIBLIOGRAFIA

- Pera C. "CIRUGÍA. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas" Editorial Salvat 1983
- Schwartz, S.I., Ellis, H., Husser W.C., "Maingot", Operaciones Abdominales", Editorial Medica Panamericana S.A. 1986, 8ª edición
- Sierra A. "Manual de Cirugía de Urgencias" Editorial ARKE 144 1997
- Unidad del tratamiento del Dolor. Hospital San Juan. "Dolor Agudo y Crónico. Actitudes Terapéuticas" Editorial MARTGRAF S.A. 1989
- Delgado M.A., Cano J., Santoyo J., Lozano P. " Manual de diagnóstico y tratamiento quirúrgico" Ediciones ARAN 1987
- Lobo E., Fernández J.M. "Manual de Urgencias quirúrgicas" . Editorial IM&C 1997
- Heistermann HP, Joosten U, Krawzak HW, Hohlbach. "Effect of intestinal ultrasound on choice of surgical procedure in acute abdominal pain" Ultraschall Med. 1995 Dec; 16:6: 288-92
- Castro F, Caccamo LP, Carter KJ, Erickson BA, Johnson W, Kessler E, Ritchey NP, Ruiz CA "Sequential test selection in the analysis of abdominal pain" Med Decis Making. 1996 Apr-Jun; 16:2; 178-83
- Taourel P, Pradel J, Fabre JM, Cover S, Seneterre E, Bruel JM " Role of CT in the acute nontraumatic abdomen." Semin Ultrasound CT MR Apr 1995 16 (2) p151-64
- Vidaña E, Orte A, Martín J.A. et cols. "Abdomen Agudo en el anciano. Estudio de un trienio" Cirugía Española vol 61 Nº3 Marzo 1997
- Parker JS, Vukov LF, Wollan "Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease" Fam Med. 1996 Mar; 28:3; 193-7

16. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION No.	DESCRIPCION DEL CAMBIO
01	Documento original

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Liliana Patiño MD Cargo: Coordinadora de Urgencias Firma:	Jose Luis Gelvez MD Cargo: Gerente Médico Firma:	Nora Riani-Llano MD Cargo: Gerente Científica Firma:

ESTA GUIA DE MANEJO ES SOLO UNA PAUTA PARA EL ENFOQUE DEL PACIENTE. EL MEDICO TRATANTE PODRA INDIVIDUALIZAR CADA CASO CLINICO DE ACUERDO A SU CRITERIO Y A LOS REQUERIMIENTOS DE CADA PACIENTE.

Khl

82

ATENCIONES CLINICA VERSALLES. PACIENTE LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA		
FECHA	ATENCIÓN	MÉDICO
15/10/2013 20:28	Asiste paciente en compañía de la madre, con dolor en fosa ilíaca de 2 días de evolución que se intensificó ese día en la mañana, con emesis (vómito), deposiciones con pintas de sangre y 3 episodios de lipotimias (desmayos), sin fiebre. Dolor similar cada mes, sin embargo mayor intensidad en este episodio. Niega inicio de actividad sexual. Examen físico: signos vitales normales, dolor en abdomen generalizado, predominio en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, no rebote ni masas. Se indica manejo con líquidos endovenosos, analgesia y estudios de laboratorio.	Jennifel Lozano. Médico General
23:08	Hemograma normal, uroanálisis con coloración gram sin alteraciones, prueba de embarazo negativa. Paciente persiste con dolor en fosa ilíaca izquierda, se sospecha quiste de ovario izquierdo, se ajusta analgesia.	Jennifel Lozano. Médico General
16/10/2013 02:54	Persiste con dolor en fosa ilíaca izquierda a pesar de ajuste analgésico, sin signos de irritación peritoneal, se solicita ecografía ginecológica transabdominal y analgesia con horario.	Jennifel Lozano. Médico General
11:49	Valoración por G/O: sin inicio de vida sexual, ciclos irregulares y dismenorrea, examen físico con signos vitales normales, abdomen con dolor en fosa ilíaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. Paraclínicos con hemograma normal, uroanálisis normal, prueba de embarazo negativa, ecografía con lesión quística sobre anexo izquierdo de 7X3cm, se decide hospitalizar para manejo expectante.	Gilberto Messa. Ginecólogo
17/10/2013 10:04	Continúa dolor abdominal. Al examen físico abdomen con dolor intenso a la palpación profunda de hipogastrio y fosa ilíaca izquierda donde presenta signo de Blumberg positivo. Por signos de irritación peritoneal se sospecha torsión de anexo y se solicita lapatoromía exploratoria.	Gilberto Messa. Ginecólogo
10:12	Paciente presenta lipotimia, se toman signos vitales en parámetros normales. Reacciona ante estímulo.	Enfermería
11:40	Intervención quirúrgica: útero, trompas uterinas, ovarios y apéndice normal. Sin hallazgos anormales.	Darío Alberto Santacruz. Ginecólogo
18/10/2013	Se encuentra paciente con signos vitales normales, abdomen con dolor en hipogastrio y fosas ilíacas. Se decide continuar hospitalización para estudio de dolor. Solicitan nuevos paraclínicos.	Gilberto Messa. Ginecólogo
19/10/2013	Se encuentra abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, con dolor a nivel de área quirúrgica, herida quirúrgica sana.	Gilberto Messa. Ginecólogo
20/10/2013	Urocultivo negativo, Drepanocitos negativo. Paciente refiere encontrarse con mejoría de su cuadro clínico de ingreso, al examen físico signos vitales normales, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, dolor a nivel de herida quirúrgica. Paciente asintomática, sin signos de irritación peritoneal, se da salida con recomendaciones, signos de alarma, analgesia y nueva orden de ecografía.	Astrid Simonetta Cervantes Ferrer. Ginecóloga

Tomado de historia clínica de la paciente Lizbeth Tatiana Angulo Mojica TI 99072510816

Doctora
CLAUDIA CECILIA NARVAEZ CAICEDO
JUEZ DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Proceso:	Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Medica
Demandantes:	Lizbeth Tatiana Angulo Mojica
Demandado:	Clínica Versalles S.A.
Radicación:	2018-235

Perfil Profesional Del Perito:

JORGE SEJNAUI SAYHER:

- Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
- Título de Médico y Cirujano otorgado por la Universidad del Valle en el año 1982.
- Título de especialista en Ginecología y Obstetricia otorgado por la Universidad del Valle en el año 1986.
- Docente de la Facultad de Medicina en el área de Ginecología y Obstetricia año 1986 - 1995.
- Miembro de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Valle. SOVOGIN.
- Miembro y Socio Fundador de la Fundación para el Desarrollo del Láser en Colombia. FUNDALÁSER.

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226.

Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.

Declaro que no me hayo incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.

Declaro que para el interesado Dr. Harold Aristizabal Marín apoderado de la entidad CLÍNICA VERSALLES S.A., he rendido en el pasado un dictamen pericial, en el proceso promovido por Jennifer Montaño Giraldo en contra de Comfandi y otros, que cursa en el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cali bajo la radicación No. 2016-013. En dicho proceso, el Dr. Harold Aristizabal es apoderado de Comfandi.

En el pasado, he rendido dictamen pericial solicitado por Clínica Versalles, en el proceso promovido por Katherine Preciado en contra de dicha entidad y otros, que cursa en el Juzgado 5 Civil del Circuito bajo la radicación No. 2018-285, cuyo apoderado judicial fue el Dr. Roberto Alfonso Jimenez.

Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.

Técnica aplicada

Manifiesto que el dictamen fue elaborado de acuerdo al estudio de los documentos aportados por la persona solicitante, entre ellos: historia clínica de la CLÍNICA VERSALLES S.A. y el escrito de demanda presentado por la señora LIZBETH TATIANA ANGULO. Igualmente, para el presente dictamen me serví de literatura científica y mis conocimientos técnicos como médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia.

Resumen de la información aportada al perito.

Paciente de 14 años que ingresa a la Clínica Versalles el 15 de octubre de 2013 en horas de la noche por dolor abdominal de 2 días de evolución en fosa ilíaca izquierda, con emesis, deposiciones con sangre, lipotimias y disuria, sin fiebre. Niega inicio de actividad sexual. Se encuentran signos vitales normales, abdomen con dolor de predominio en fosa ilíaca izquierda sin rebote o masas. Se inicia manejo analgésico y se solicitan hemograma, uroanálisis con coloración Gram y BHCG cualitativa. Estos estudios son normales, con prueba de embarazo negativa, pero la paciente persiste sintomática, por lo que bajo sospecha de quiste de ovario se solicita ecografía pélvica transabdominal, que reporta lesión anexial izquierda dada por imagen hipoecoica irregular sin septos ni nodulaciones que mide 73 x 55 mm. Se solicita valoración por ginecología desde donde consideran continuar manejo intrahospitalario por persistencia del dolor, dejándola hospitalizada el 16 de octubre. El 17 de octubre la paciente persiste con dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda y al examen físico se encuentra signos de Blumberg positivo, por lo que decide pasarse a laparotomía bajo sospecha de torsión de anexo teniendo en cuenta dolor abdominal agudo con aparición de signos de irritación peritoneal y ecografía que evidencia masa anexial izquierda.
Se realiza laparotomía bajo incisión de Pfannenstiel, encontrando útero, trompas uterinas y ovarios de aspecto normal, fondo de saco libre, así como apéndice de aspecto normal. Se continúa vigilancia intrahospitalaria con laboratorios de control que incluyó estudio para drepanocitosis. Paciente que presentó adecuada evolución clínica, sin nuevos episodios de dolor abdominal, por lo que el 20 de octubre se definió continuar manejo de forma ambulatoria.

Dictamen

Resultados y análisis

A continuación, se responde el cuestionario planteado por la persona solicitante:

1. ¿Conforme a la historia clínica del 15 de octubre de 2013, indique cuál fue la causa de consulta de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO y cuál fue el tratamiento instaurado?
   Respuesta:
   La paciente Lizbeth Tatiana consultó el 15 de octubre por dolor en fosa ilíaca izquierda (parte baja izquierda del abdomen) de 2 días de evolución que ese día se intensificó, asociado a 3 episodios de lipotimia ese día y un

signos de irritación peritoneal (signos que sugieren patología de manejo quirúrgico), por lo que se definió realizar manejo analgésico y solicitar estudios de laboratorios.

2. ¿Indique la razón por la cual fue ordenado la realización de ecografía pélvica transabdominal en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO y cuál fue su resultado?
   Respuesta:
   Porque una vez con el reporte de los estudios solicitados (hemograma, Prueba cualitativa de embarazo, y uroanálisis con coloración Gram), que se encontraban normales, se revaloró a la paciente quien persistía con dolor pélvico a nivel de fosa ilíaca izquierda, y ante sospecha de estar frente a posible quiste de ovario se realizó solicitud de imagen diagnóstica. En el caso de la paciente, y por no haber iniciado aún actividad sexual, este estudio debía ser realizado vía transabdominal, como ocurrió, y no transvaginal.

3. ¿Teniendo en cuenta el reporte de la ecografía y la evolución clínica de la paciente, fue correcto ordenar su hospitalización para manejo expectante?
   Respuesta:
   De acuerdo. En una paciente con dolor en fosa ilíaca izquierdo que no ha sido controlado con el manejo médico instaurado es necesario vigilar la evolución para definir si requerirá un manejo adicional, o si se logrará control de los síntomas.
   "EL VALOR DE LA OBSERVACIÓN. Una proporción considerable de casos de dolor abdominal agudo se muestran de un modo oscuro en sus etapas iniciales. A pesar del esfuerzo y la sagacidad del clínico, su interpretación es difícil. En una situación de este tipo y en ausencia de signos de alarma, resulta aconsejable mantener al enfermo en un área de observación y repetir el examen clínico algunas horas después. Con gran frecuencia, este tiempo de espera permite una mejor definición de los síntomas y hace posible un diagnóstico."
   Capítulo "6 Dolor abdominal agudo" del Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Edición.

4. De acuerdo a la historia clínica del 17 de octubre de 2013, la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO presentó Blumberg positivo, ¿indique qué significa dicho hallazgo y qué implica en el manejo expectante que se había ordenado en la paciente?
   Respuesta:
   El signo de Blumberg es un hallazgo que indica que el peritoneo (tela que recubre y protege a los órganos intraabdominales) se encuentra irritado o inflamado. Esto puede ocurrir por procesos infecciosos, químicos o mecánicos, y es muestra de un comportamiento anormal en la cavidad peritoneal por entidades que requieren manejo urgente por parte del médico y aparece en la mayoría de los pacientes que cuentan con patología quirúrgica abdominal.

localizado en la cavidad pélvica, específicamente fosa ilíaca izquierda, imagen que muestra hallazgo anexial, y dolor que evoluciona a irritación peritoneal, la primera posibilidad diagnóstica es una torsión de anexo.

6. ¿Ante la sospecha o impresión diagnóstica de torsión de anexo y la evolución clínica de la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO, manifieste si estaba indicada la realización de LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA y qué fue tenido en cuenta para tomar esta decisión?
   Respuesta:
   El manejo para la torsión de anexo es eminentemente quirúrgico, por lo que ante esta sospecha diagnóstica la paciente debe ser llevada a cirugía. Para este caso se tuvieron en cuenta los síntomas de la paciente, los hallazgos encontrados al examen físico, el resultado del estudio imagenológico y la evolución clínica presentada, elementos que conjugaron una altísima sospecha de estar frente a esta entidad patológica y que soportan la decisión quirúrgica tomada.

7. ¿Cuál es el propósito de una LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA?
   Respuesta:
   Como su nombre lo indica, es un procedimiento que permite explorar y lograr valoración directa de la cavidad abdominal para identificar la posible etiología de los síntomas del paciente y lograr a la vez su intervención dependiendo de los hallazgos encontrados.

8. En su criterio como médico especialista en ginecología y obstetricia, ¿indique si era necesario algún examen complementario para realizar la LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA en la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO?
   Respuesta:
   Teniendo los síntomas presentados por la paciente, con imagen diagnóstica que reporta lesión anexial, y paciente que presenta signos de irritación peritoneal la conducta a seguir es llevarse a intervención quirúrgica.

9. ¿Cuál es el riesgo que se puede presentar si no se interviene de forma urgente a una paciente con signos de irritación peritoneal y sospecha de torsión de anexo?
   Respuesta:
   De no intervenirse quirúrgicamente una torsión de ovario para procurar la detorsión del anexo éste sufre isquemia (falta de flujo sanguíneo) y por lo tanto su viabilidad se expone. Con esto, la paciente puede perder el ovario y la trompa de Falopio, órganos reproductivos.

10. En su criterio como médico especialista en ginecología y obstetricia, ¿indique si constituye un error médico haber realizado la cirugía que permitió descartar la torsión de anexo, entre otras etiologías, como causa probable del dolor abdominal agudo que presentó la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO?
    Respuesta:

11. ¿Indique si la cicatriz es una secuela inevitable después de un procedimiento quirúrgico?
Respuesta:
Toda intervención que lleva a pérdida de la continuidad de la piel implica que el organismo deba entrar en un proceso de recuperación de las distintas capas afectadas, e indefectiblemente generará cicatriz. La cicatrización es un proceso complejo que busca restaurar la integridad de los tejidos. Esta, sin embargo, puede variar de acuerdo a diversos factores que intervienen en su proceso, como el flujo sanguíneo del área intervenida, el estado nutricional e inmunológico del paciente, la edad, antecedente de consumo de medicamentos, entre otros, siendo los inherentes al paciente fundamentales en el resultado final.

12. ¿Qué significa que el proceso de cicatrización de una persona sea idiosincrásico?
Respuesta:
Que es definido por condiciones individuales dadas por componentes genéticos, nutricionales, ambientales, comportamentales que dependen de cada persona.

13. De las técnicas quirúrgicas para LAPAROTOMÍA EXLORATORIA, explique si la PFANNENSTIEL es la más recomendada para minimizar la cicatriz quirúrgica
Respuesta:
Si. Es la técnica que permite lograr una cicatriz más discreta, siendo además la de elección en cirugía pélvica.

14. De la revisión de la historia clínica completa, indique si ¿encuentra alguna irregularidad en la atención brindada a la paciente LIZBETH TATIANA ANGULO?
Respuesta:
No, ninguna. Encuentro la atención ajustada a lo requerido por la paciente y a lo referido en la literatura científica, y de haberme enfrentado yo a este caso mi conducta habría sido la misma.

Principios técnico científicos aplicados

Para el análisis se tuvo en consideración la información bibliográfica que anexo al presente dictamen pericial.

Jorge Sejnaui Sayher
Gineco-obstetra
C.C 16.605.040 Cali
RM. 12375

Dr. JORGE SEJNAUI SAYHER
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad del Valle
CC. 16.605.040
RM. 12375

Ministerio de Educación Nacional por su nombre

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Médico y Cirujano

A

Jorge Sejnaui Sayhyr

Identificado con CC No. 16.605.040 - Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Cali, Valle del Cauca, a los 15 días, del mes de Octubre de 1982

El Rector

El Secretario

25 NOV 1986

6 DIC 85

88

150

151

La República de Colombia

en su nombre

La Universidad del Cauca

confiere el título de

Especialista en Ginecología y Obstetr

al Doctor

Mario Antonio Sarria

C.C. No. 16605040 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Cali, Valle del Cauca, el día 27 del mes de Marzo de 1987 y lo refrenda con el sello de la Institución.

Rector

Secretario de la Universidad

Decano de la Fac.

Jefe del Departamento

Jefe de Escuela

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina hace constar que el programa de _____ de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, está acreditado por este

89

UNIVERSIDAD DEL VALLE - RECTORIA

ACTA DE GRADO

ACTA No. 426

En la ciudad de Santiago de Cali, capital del Departamento del Valle del Cauca, a las 11:00 de la mañana del día 15 de Octubre de 1982, en el Teatro Imbanaco y de conformidad con lo dispuesto por la Resolución de Rectoría No. 438 se celebró sesión solemne con el fin de otorgar títulos de formación avanzada, universitaria y tecnológica a estudiantes de la Institución.

La sesión estuvo presidida por el Señor Rector-Encargado.-

El orden del día fue el siguiente: 1) Apertura de la sesión, 2) Lectura de la Resolución No. 438, 3) Toma del juramento, 4) Entrega de Diplomas. Se declaró abierta la sesión. A continuación se dio lectura a la Resolución No. 438 por medio de la cual la Universidad en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título de MEDICO Y CIRUJANO (Acuerdo No. 313 de Noviembre de 1981 ICFES.-) A: JORGE SEJNAUI SAYHER (Cédula de Ciudadanía No. 16.605.040 de Cali.-)

Acto seguido se tomó a los graduandos el juramento universitario y se procedió a la entrega de los respectivos diplomas. Siendo las 12:00 de la día se levantó la sesión.

(Fdo.) Orlando Márquez Cifuentes - Rector-Encargado.-

(Fdo.) José Cers - Secretario General-Encargado.-

ES FIEL COPIA
Jorge Sejnaui Sayher.-

Cali Diciembre 6 de 1982.

Mario Varela Perea
Director-Encargado
Oficina de Registro Académico

mpb.

Centro Médico Imbanaco

JORGE SEJNAUI SAYHER, M.D.
Ginecología - Obstetricia - Cirugía Ginecológica
Laparoscopia e Infertilidad

Cra. 38A # 5a-100
Consultorio 816 Torre B
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
57-2-5564143/5584144
e-mail:jsejnauimd@yahoo.com

DR. JORGE SEJNAUI SAYHER

Informacion personal

Estado civil	Casado
Nacionalidad	Colombiano
Lugar de nacimiento	Cali
Fecha de nacimiento	Noviembre 27 de 1956
Pais	Colombia
Cedula Ciudadania	16.605.040
lugar de expedicion	Cali

Educacion

Universidad del Valle
Medicina y Cirugia
Cali, Colombia, 1982

Medico Rural
Hospital Local de Candelaria
Candelaria, Colombia, 1982-1983

Universidad del Valle
Ginecologia y Obstetricia
Cali, Colombia, 1987

Licencia

Tarjeta Profesional de Medico, Ministerio de Salud
Registro No. 18074/85
Fecha de expedicion 9/01/1998

Asociaciones Profesionales

Lasser de Occidente
Cali, Colombia, 1988

Sociedad Vallecaucana de Ginecología
Cali, Colombia

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
SCARE
Cali, Colombia, 1996

Asociación Colombiana de Médicos Endoscopistas
Cali, Colombia, 1996

Seminarios y Congresos

Curso de Laparoscopia y Esterilización Tubarica por Laparoscopia
Cali, Agosto 1988

Simposio Internacional de actualización en Medicina Materno Fetal
Cali, Febrero 1995

XX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Medellín, Marzo 1996

III Congreso Colombiano de Fertilidad y Esterilidad
Cali, Noviembre 1996

V Congreso Colombiano de Perinatología
Cali, Abril 1997

XXI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Cali, Marzo 1998

Curso Taller Medicina Basada en la Evidencia y Lectura Crítica de Literatura Biomédica
Cali, Mayo 1999

Simposio de Ginecología y Obstetricia
Cali, Octubre 1999

Simposio de Ginecología y Obstetricia "Una proyección hacia el nuevo milenio"
Cali, Octubre 1999

XXII Congreso Colombiano y I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología
Cartagena, Marzo 2000.

Entrenamiento Consejería- Inserción- Seguimiento de Endoceptivo Mirena
Abril 2000.

I Simposio Regional de Menopausia
Cali, Octubre 2000.

VII Congreso Colombiano de Medicina Perinatal
Medellín, Febrero 2001.

IV Congreso Nacional de Menopausia
Cartagena, Abril 2001.

II Simposio Regional de Menopausia
Cali, Enero 2002.

VII Congreso Internacional de SIAEGI
Caracas, Marzo 2002.

XXIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Cartagena, abril 2002.

III Simposio Regional de Ginecología y Perinatología
Cali, Septiembre 2002.

V Congreso Colombiano de Menopausia
Bogotá, Marzo 2003.

Simposio de Actualización en Endoscopia en Ginecología y Obstetricia
Cali, Marzo 2003.

VIII Congreso Colombiano de Perinatología
Cartagena, abril 2003.

Simposio en Medicina de la Reproducción
Cali, Mayo 2003.

I Congreso Internacional de Medicina Materno Fetal
Bogotá, Octubre 2003.

XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics
Chile, Noviembre 2003.

I Congreso Internacional de la Red de Apoyo en Ginecología y Obstetricia
Cali, Noviembre 2003

IV Simposio de Ginecología y Perinatología
Cali, Marzo 2004

XXIV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Cartagena, Mayo 2004

V Latin American Livial Expert
México, Junio 2004

VI Jornadas de Actualización en Ginecología y Obstetricia
Bogotá, Agosto 2004

Curso Latinoamericano de Osteoporosis
Bogotá, Septiembre 2004

Congreso Internacional de Medicina y Enfermería Materno Perinatal
Cali, Septiembre 2004

XI World Congress on the Menopause
Argentina, Octubre 2005

II Congreso Internacional de la Red de apoyo a la Obstetricia y Ginecología
Medellín, Noviembre 2005

Curso en Emergencias en Ginecoobstetricia y Código Azul Obstétrico
Cali, Septiembre 2006

VII Congreso Nacional de Menopausia
Barranquilla, Marzo 2007

IX Congreso de la sociedad Ibero Americana de Endoscopia Ginecológica e Imagenología
Panamá, Abril 2007

V Congreso de la Sociedad Panameña de Obstetricia y ginecología
Panamá, Abril 2007

X Congreso Colombiano de Perinatología
Medellín, Junio 2007

Primer Taller Teórico y Práctico Sobre Incontinencia Urinaria Femenina y Prolapsos
Cali, Noviembre 2007

Centro Médico Imbanaco®

JORGE SEJNAUI SAYHER, M.D.
Ginecología - Obstetricia - Cirugía Ginecológica
Laparoscopia e Histeroscopia

Simposio Internacional de Histerectomía
Cali, Febrero-Marzo 2008.

12º Congreso Internacional de Menopausia
Madrid, Mayo 2008.

V Congreso Mundial de Perinatología D.C.
XXVI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
VII Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Terapia Prenatal
Cartagena, Mayo 2008.

Manejo De Emergencias en Gineco-Obstetricia
Cali, Julio 2008.

Simposio Infecciones Perinatales
Cali, Agosto 2008.

III Simposio Nuevas Practicas en Ginecología y Obstetricia
Lago Calima, Septiembre 2008.

Curso Teorico Practico de UroGinecologia
Cali, Septiembre 2008.

XIX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología
Mendoza (Argentina), Octubre 2008.

Sesión Teórico-Practica de Entrenamiento en la Técnica de Inserción y Retiro del Implante Anticonceptivo IMPLANON
Cali.

Carrera 39A No. 6A-40 E Cons. 616 Torre 2 Tels. 3181483-3184101 Fax: 667 1318
E-mail: jsejnaui@yahoo.com Cali, Colombia

Simposio de Cirugía Mínimamente Invasiva en Infertilidad
Santiago de Cali, Febrero 2009

VIII Congreso Colombiano de Menopausia
Santiago de Cali, Marzo 2009

X Congreso de la sociedad Iberoamericana de Endoscopia Ginecológica e Imagenología
Cartagena, Mayo 2009

Simposio de Piso Pélvico, Incontinencia Urinaria y Estética Vaginal
Santiago de Cali, Agosto 2009

Taller Teórico-Practico Cirugía Estética Genital
Santiago de Cali, Agosto 2009

IV Simposio de Nuevas Fronteras en Ginecología y Obstetricia
Cálima- Darién, Octubre 2009

Master Class 2010

Cartagena, Marzo 6 /2010.

Jornada de Actualización en Menopausia

La Tebaida, Marzo 20-22 /2010.

Mención de Honor Laboratorios Tecnofarma

Bogotá, Marzo 2010.

XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Santiago de Cali, Mayo 2010.

VI Congreso Latino Americano de Climaterio y VIII Congreso Mexicano de Climaterio

Cancún, México Junio 2010.

V Simposio Nuevas Prácticas en Ginecología y Obstetricia

Darién (Valle), Octubre 2010.

13 th World Congress of the International Menopause Society

Roma, Italia- Junio 2011

VI Simposio Que hay de nuevo en Ginecología y Obstetricia

Calima, Darién – Octubre 2011

13th World Congress of the International Menopause Society

Roma- Italia, Junio 2011

9th Congress of the European Society of Gynecology

Copenhagen- Denmark, Septiembre 2011

Primer Simposio Internacional de Ginecología y Obstetricia

Miami, Septiembre 2011

VI Simposio "Que hay de nuevo en Ginecología y Obstetricia"

Calima- Darien, Octubre 2011

II Taller de Sutura Nivel Básico y Avanzado - Curso de Técnica Endoscópica

Santiago de Cali, Abril 2012

XXVIII Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia

Cartagena, Mayo 2012

4º. Congreso Colombiano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Miami- Agosto 2012.

Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica Avanzada Pélvica y Oncológica

Santiago de Cali, 2013.

Simposio Actualización en Ginecología y Obstetricia

Santiago de Cali, Septiembre 2013.

XII Congreso SIAEGI y III Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica

Cartagena- Noviembre 2013

14º. Congreso de Menopausia

Cancún- México, Mayo 2014.

AAGL -Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide

Octubre - 2014

1 Congreso Colombiano de Endocrinología y Ginecología & Reproductiva

Santiago de Cali, Noviembre 2014

CURSO MASTER DE SUTURAS LAPAROSCOPICA

Cali, Marzo 6 de 2015

II SIMPOSIO DE ANTICONCEPCION Y MENOPAUSIA "PENSANDO EN ELLAS"

Curacao, Agosto 28 de 2015

SIMPOSIO DE ACTUALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Cali, Septiembre 05 de 2015

IV CONGRESO COLOMBIANO DE ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

PEREIRA, Septiembre 9 de 2015

SIMPOSIO DE CIRUGIA EN PISO PELVICO

Cali, Noviembre 6 de 2015

CURSO "PARTO VAGINAL SEGURO"

Cali, Marzo 9 de 2016

VII CONGRESO PERUANO DE CLIMATERIO - DE LA FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Lima, Junio 13 de 2016

6 Dolor abdominal agudo

Miguel A. Montoro, Menchu Casamayor*
Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca
*Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza

Introducción

El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato. El término dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo. No en vano, solo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso son diagnosticados correctamente. El dolor abdominal agudo debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico[1]. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores que con frecuencia conducen a error. Tres ejemplos representativos son el paciente anciano, el sexo femenino y la inmunosupresión[2].

OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

- Comprender los mecanismos neurofisiológicos del dolor abdominal, incluyendo tipos de estímulos dolorosos, vías de transmisión y factores que modulan la percepción del dolor.
- Describir la semiología del dolor abdominal subrayando la importancia de la historia clínica y del examen físico para establecer una hipótesis diagnóstica.
- Conocer los principales síndromes que son causa de dolor abdominal agudo.

REFERENCIAS CLAVE

1. Cope, Z. Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 2nd ed. Oxford. London, 1921.
2. Kendall JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011 (www.uptodate.com).
3. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.
4. Millham FH. Acute Abdominal Pain. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger & Fordtran. Gastrointestinal and Liver Disease, 9th edition. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2010:151-62.

Bases anatomofisiológicas

Receptores del dolor

En el abdomen existe una serie de terminaciones libres o receptores del dolor situados específicamente tanto en el músculo liso de las vísceras huecas (vesícula y vías biliares, intestino, vejiga y uréteres), como en la cápsula de algunas vísceras sólidas (hígado, bazo y riñones), el peritoneo parietal y el mesenterio. Estos receptores responden tanto a estímulos mecánicos, como químicos. En contraste, los receptores existentes en la mucosa de las vísceras huecas únicamente responden a estímulos químicos. Otras estructuras como el peritoneo visceral o el epiplón, carecen de

receptores, lo que explica la insensibilidad de estas estructuras.

Tipos de estímulos dolorosos

DISTENSIÓN O ESTIRAMIENTO

Representa el principal mecanismo implicado en la nocicepción visceral. Puede tratarse de la distensión de una víscera hueca, como ocurre en el cólico hepático o renal o de la contracción vigorosa del músculo liso, tal como sucede en la obstrucción intestinal. Finalmente puede tratarse del estiramiento o tracción del peritoneo o la distensión de las cápsulas que envuelven las vísceras sólidas. Así ocurre en el hígado turgente y congestivo de la trombosis de las venas suprahepáticas que acompaña al síndrome de Budd-Chiari.

INFLAMACIÓN O ISQUEMIA

Tanto la inflamación como la isquemia pueden producir dolor abdominal por diversos mecanismos. Estos incluyen la liberación de mediadores como serotonina, bradiquinina, histamina, sustancia P y prostaglandinas que actúan directamente sobre el sistema nociceptivo, así como cambios en la temperatura y pH (asociados al metabolismo anaerobio en el caso de la isquemia). A su vez, ambos fenómenos (isquemia e inflamación) son capaces de disminuir el umbral del dolor aumentando la intensidad de percepción. Otros factores que pueden modular la intensidad del dolor han quedado reflejados en la tabla 1.

Bases neurológicas del dolor abdominal

En presencia de un estímulo adecuado se produce la activación de las terminaciones libres específicas –receptores del dolor–, que forman parte de lo que se denomina "primera neurona". Su cuerpo celular se sitúa en los ganglios de las raíces dorsales existentes en los agujeros vertebrales. La señal generada se transmite hasta la "segunda neurona" situada en el asta posterior medular, cuyo axón cruza al lado opuesto de la médula para constituir el haz espinotalámico. Este último establece conexión con la "tercera neurona" a nivel del tálamo. Desde allí, los axones se proyectan hacia la corteza somatosensorial permitiendo la percepción del estímulo y sus características: localización, intensidad y carácter. El aspecto emocional del dolor ocurre como consecuencia de las conexiones establecidas entre las neuronas talámicas, el córtex frontal y el sistema límbico (figura 1).

TABLA 1. Factores que modifican el umbral del dolor

Disminuyen el umbral del dolor (el enfermo es más sensible al dolor).

- Ansiedad.
- Depresión.
- Dolor recidivante.
- Inflamación.
- Isquemia.

Aumentan el umbral del dolor (el enfermo manifiesta menos sensibilidad al dolor).

- Demencia.
- Somnolencia.
- Concentración.
- Estimulación simpática.
- Hipnotismo.
- Placebo-analgésicos.

Tipos de dolor abdominal

Básicamente se describen tres tipos de dolor abdominal: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal.

DOLOR VISCERAL

Su origen se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios esplácnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es el dolor referido por el paciente en el epigastrio, durante las fases iniciales de un cuadro apendicular. La cualidad del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media (figura 2).

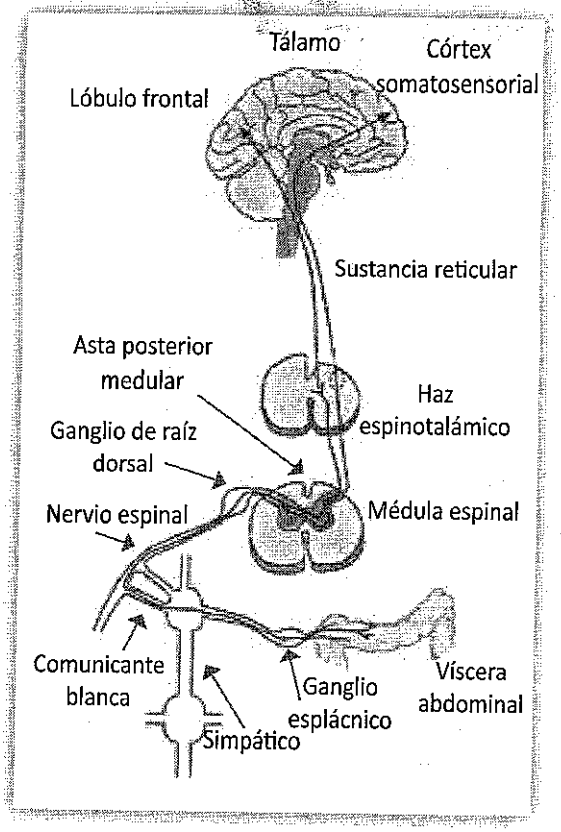


Figura 1. Vías transmisoras del dolor abdominal.

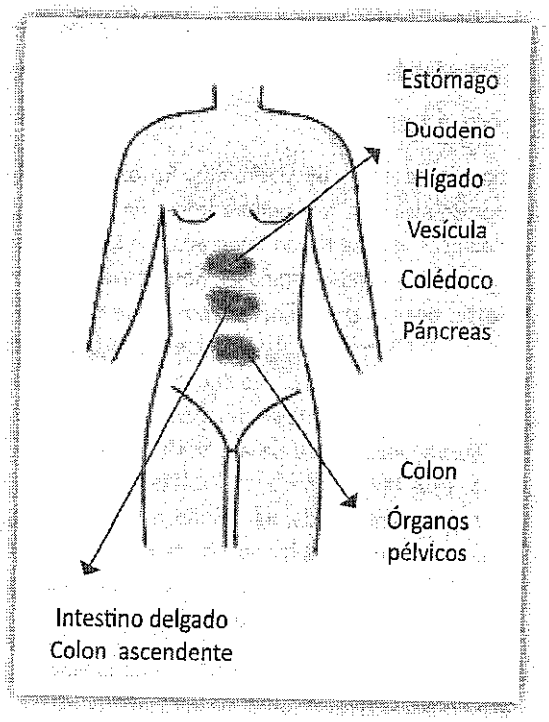


Figura 2. Localización del dolor visceral verdadero en función del origen embriológico del órgano afectado.

DOLOR REFERIDO

En ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej: procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular. Por ejemplo, los impulsos nociceptivos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales D5-D10 (figura 3). Cuando la vesícula es afectada por un proceso inflamatorio –colecistitis–, la inflamación hace descender

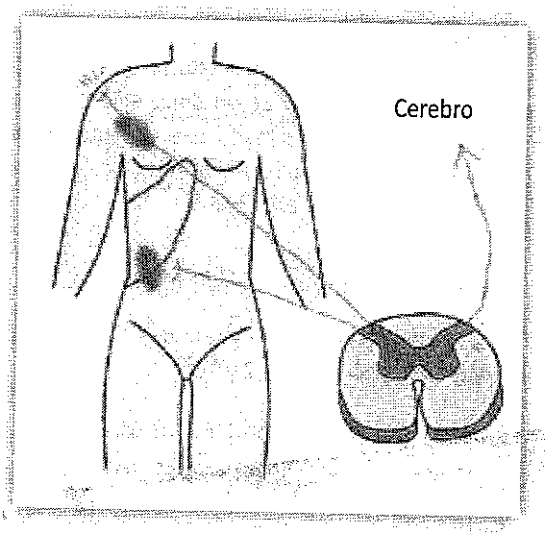


Figura 3. Fisiopatología del dolor referido. El haz espinotalámico proyecta los estímulos de las estructuras somáticas y viscerales que convergen en la misma neurona medular. El cerebro interpreta erróneamente el origen del estímulo localizado en las estructuras somáticas, debido a que las señales aferentes de estas estructuras (p. ej: la piel) son recibidas por el cerebro con mayor frecuencia que las procedentes de las mismas vísceras.

el umbral del dolor, justificando la aparición de un dolor referido a la escápula.

DOLOR PARIETAL

Aparece en casos de peritonitis. En este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras A Δ mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney en un caso de apendicitis aguda avanzada. Este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada. En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular.

La apendicitis aguda representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilustrar los tres tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca del apéndice provocada por la oclusión del segmento proximal conduce a la aparición de un dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción justificando la aparición de un dolor referido a la fosa ilíaca derecha. Finalmente la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal.

Causas de dolor abdominal agudo

Existe un amplio espectro de causas de DAA intra- y extraabdominales (tablas 2 y 3)[1-4].

Causas de dolor abdominal que ponen en riesgo la vida del enfermo

Se incluyen en esta categoría aquellas entidades que entrañan un riesgo vital inminente para el enfermo, para distinguirlas de aquellas otras que aun pudiendo tener un curso desfavorable (p. ej.: pancreatitis aguda necrotizante), éste no depende tanto de las consecuencias de un retraso en el diagnóstico, como de la propia naturaleza de su enfermedad y sus complicaciones.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)

El AAA es una dilatación permanente y focal de la aorta que implica a las tres capas de la pared arterial y que supera en un 50% su diámetro normal medido a la altura de la aorta renal (1,4-3,00 cm). Su incidencia oscila entre 30-40 casos por 100.000 habitantes y año y su prevalencia se estima en un 5-9% por encima de los 65 años y del 15-18% por encima de los 75 años. Factores de riesgo claramente asociados al AAA son la edad avanzada, la existencia de factores de riesgo vascular y la presencia de antecedentes familiares. La mayoría de los AAA permanecen quiescentes hasta su rotura, momento en el que aparecen las manifestaciones de una hemorragia exanguinante con profunda inestabilidad hemodinámica e hipotensión (figura 4). Otros pacientes refieren dolor abdominal o de espalda desde semanas o meses antes. Casi un 30% de los pacientes con rotura de AAA muestran una presentación atípica, que explica la elevada tasa de error diagnóstico. Así ocurre cuando la rotura del AAA es inicialmente contenida (taponada) en el retroperitoneo, contribuyendo al mantenimiento inicial de la TA, o cuando aparece hematuria conduciendo a un diagnóstico erróneo de nefrolitiasis[4].

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA (IMA)

Este término se aplica a aquellos pacientes que presentan las manifestaciones clínicas que siguen a la interrupción del flujo vascular dependiente del territorio de la arteria mesentérica superior (AMS) e incluye formas arteriales (embolia, trombosis e isquemia no oclusiva) y venosas (trombosis venosa aguda). La supervivencia de estos pacientes depende primordialmente del reconocimiento precoz del síndrome basado en un elevado índice de sospecha clínica (véase capítulo 28). A pesar de los avances en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad su elevada mortalidad apenas se ha modificado en las últimas décadas debido fundamentalmente al retraso en el diagnóstico, cuando el infarto intestinal ya es una realidad irreversible (figura 5). La aparición de un dolor abdominal de intensidad extrema que contrasta con la escasa relevancia de los signos encontrados en la exploración del abdomen, debería suscitar rápidamente la sospecha clínica en un paciente con factores de riesgo[4,57].

TABLA 2. Causas intraabdominales de dolor abdominal agudo

- Estómago y duodeno
  - Úlcera péptica con penetración o perforación
  - Vólvulo gástrico
- Intestino delgado
  - Gastroenteritis
  - Apendicitis
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Obstrucción
  - Perforación
  - Isquemia intestinal
  - Diverticulitis de Meckel
- Intestino grueso
  - Colitis infecciosa
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Megacolon
  - Diverticulitis
  - Perforación
  - Oclusión
  - Colitis isquémica
- Hígado
  - Hepatitis aguda
  - Síndrome de Budd-Chiari
  - Trombosis portal
  - Infarto hepático
  - Absceso hepático
  - Rotura o necrosis de tumor hepático
- Vías biliares y páncreas
  - Colangitis
  - Colecistitis
  - Pancreatitis
- Bazo
  - Rotura de bazo
  - Infarto esplénico
- Aparato genital femenino
  - Rotura o torsión de quiste ovárico
  - Salpingitis aguda
  - Embarazo ectópico
  - Rotura uterina
  - Endometritis
  - Piosalpinx
  - Amenaza de aborto
- Problemas urológicos
  - Cólico nefrítico
  - Pielonefritis
  - Perinefritis
  - Absceso perirrenal
  - Torsión de testículo
  - Retención urinaria
  - Prostatitis
- Retroperitoneo
  - Rotura o disección de aneurisma abdominal
  - Hemorragia retroperitoneal
- Pared abdominal
  - Hematomas de los músculos rectos
- Peritoneo
  - Fiebre mediterránea familiar
  - Peritonitis bacteriana primaria o espontánea
- Mesenterio
  - Linfadenitis mesentérica

PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA

La causa más frecuente de perforación es la úlcera péptica gastroduodenal. La anamnesis retrospectiva suele revelar en la mayoría de estos casos síntomas previos compatibles con una enfermedad ulcerosa péptica, salvo en los casos de pacientes ancianos que toman antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en cuyo caso la perforación puede ser la primera manifestación de la enfermedad (ver capítulo 18). La presentación típica es la de un dolor abdominal de comienzo súbito e intensidad extrema, que se acompaña de rápido deterioro del estado general con colapso periférico y signos de peritonismo. La desaparición de la matidez hepática no es un hecho constante en todas las perforaciones

TABLA 3. Causas extraabdominales de dolor abdominal agudo

- Torácicas:
  - Infarto agudo de miocardio.
  - Pericarditis.
  - Miocarditis.
  - Endocarditis.
  - Neumonía basal.
  - Neumotórax.
  - Infarto pulmonar.
  - Rotura del esófago.
- Metabólicas:
  - Insuficiencia suprarrenal.
  - Hiperparatiroidismo.
  - Uremia.
  - Cetoacidosis diabética.
  - Porfiria aguda intermitente.
  - Hiperlipoproteinemia.
- Tóxicas:
  - Intoxicación por plomo.
  - Picaduras.
  - Deprivación de opiáceos.
- Hematológicas:
  - Crisis hemolíticas.
  - Leucemia aguda.
  - Hemocromatosis.
- Neurológicas:
  - Herpes zoster.
  - Tabes dorsal.
  - Causalgia.
  - Epilepsia abdominal.
- Vertebrales:
  - Dolor radicular.
  - Íleo secundario a fractura vertebral

viscerales. Un retraso en el diagnóstico superior a 24 h se asocia a un incremento de la mortalidad[4].

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal con estrangulación (compromiso vascular) pone en riesgo la vida del paciente y, de hecho, la mortalidad de la oclusión intestinal se relaciona claramente con el tiempo

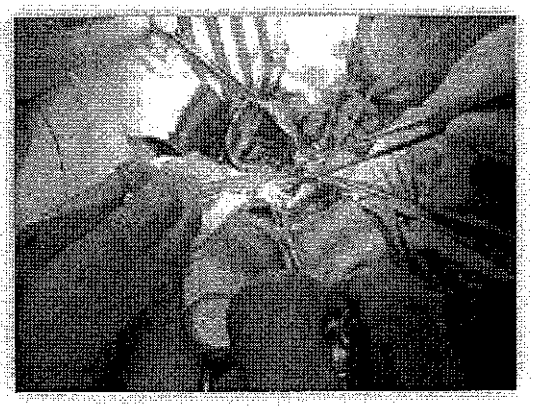


Figura 4. La rotura del aneurisma de la aorta abdominal es una causa de DAA que entraña un riesgo vital inminente para el paciente. La imagen corresponde a la rotura de un aneurisma de la aorta ilíaca interna. Cortesía de la Dra. Casamayor. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

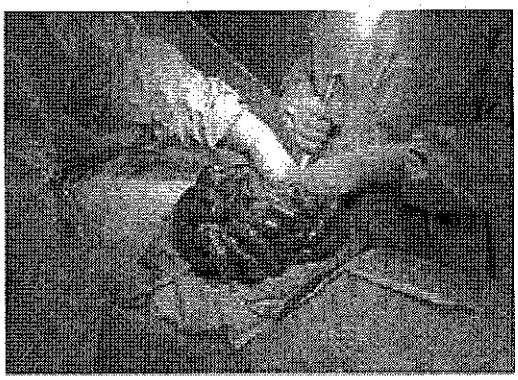


Figura 5. La aparición de un dolor abdominal de intensidad extrema que contrasta con la escasa relevancia de los signos encontrados en la exploración del abdomen, debería suscitar rápidamente la sospecha clínica de isquemia mesentérica aguda, especialmente en un paciente con factores de riesgo. La imagen corresponde a la laparotomía de un paciente con una trombosis de la arteria mesentérica superior. Cortesía del Dr. Placer. Hospital de Donostia.

transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el momento de la cirugía (8% cuando la cirugía se lleva a cabo antes de las 36 horas y 25% cuando la cirugía se retrasa más de 36 horas). Síntomas habituales de oclusión son la aparición de dolor abdominal de carácter cólico, náuseas, vómitos y cierre abdominal con dificultad para la emisión de heces y gases (capítulo 27). Las obstrucciones del intestino delgado suelen provocar vómitos paroxísticos, episodios de dolor a intervalos de pocos minutos y escasa distensión abdominal. Cuando el dolor se hace persistente debe sospecharse compromiso vascular. Sus causas más frecuentes son las bridas

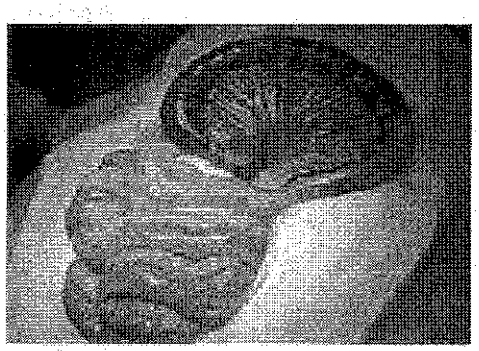
peritoneales (50-70%) y las hernias incarceradas (15%). El íleo biliar es una etiología a considerar en el anciano (20%). En la obstrucción del colon predomina la distensión abdominal, el vómito aparece más tardíamente y el intervalo entre los episodios de dolor abdominal suele ser más prolongado. En sus fases iniciales, el "cierre abdominal" puede estar enmascarado por la evacuación de heces que permanecían retenidas en un punto distal a la oclusión. El vólvulo (ver más abajo) y el cáncer de colon constituyen las causas más frecuentes. La figura 6 muestra diferentes condiciones clínicas que conducen a fenómenos de obstrucción intestinal.

VÓLVULO

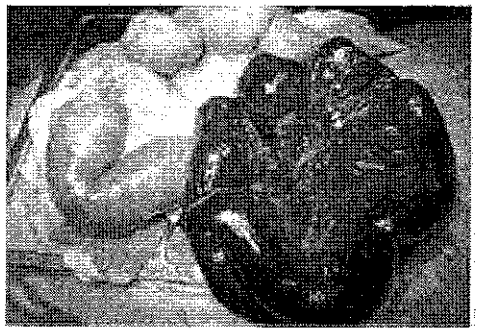
La torsión del colon, bien sea en el nivel del ciego o del sigma, constituye una causa no infrecuente de dolor abdominal que pone en riesgo la vida del enfermo. El vólvulo del ciego suele asociarse a la presencia de adherencias congénitas o adquiridas (postcirugía) y su mortalidad alcanza el 12-17% (más del 65% en ancianos). El vólvulo de sigma es más frecuente y aparece con mayor frecuencia en pacientes con un uso abusivo de laxantes, medicaciones ansiolíticas y fármacos con propiedades anticolinérgicas, incluyendo los antiparkinsonianos. Típicamente cursan con una gran distensión asimétrica del abdomen asociada al dolor abdominal. Cuando éste se hace constante y se acompaña de fiebre, peritonismo o hipotensión, debe sospecharse estrangulación (figura 7). Los casos de más difícil diagnóstico corresponden a personas jóvenes. En ellos la presentación es más insidiosa con ataques frecuentes de dolor que se resuelven coincidiendo con la desvolvulación espontánea del colon.

EMBARAZO ECTÓPICO

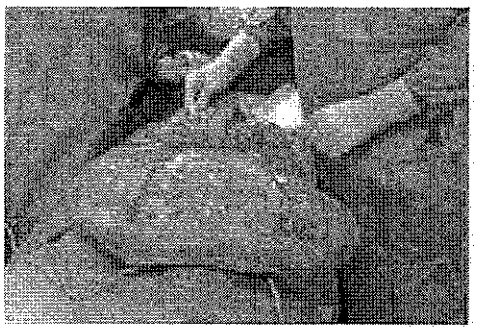
El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fertilizado fuera del útero y es una de las causas más frecuentes de morbimortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. Algunos antecedentes como la enfermedad inflamatoria pélvica, el embarazo tubárico previo o la cirugía pélvica, así como el dispositivo intrauterino (DIU) constituyen claros factores de riesgo, pero realmente éstos solo aparecen en el 50% de los casos. La tríada típica: dolor abdominopélvico unilateral de comienzo brusco y de gran intensidad, sangrado vaginal y amenorrea aparece únicamente en la mitad de los casos. Un 30% de los casos, por ejemplo, cursan sin sangrado vaginal. El diagnóstico se basa en la determinación de los niveles de β-HCG (generalmente por debajo de lo que corresponde a



A

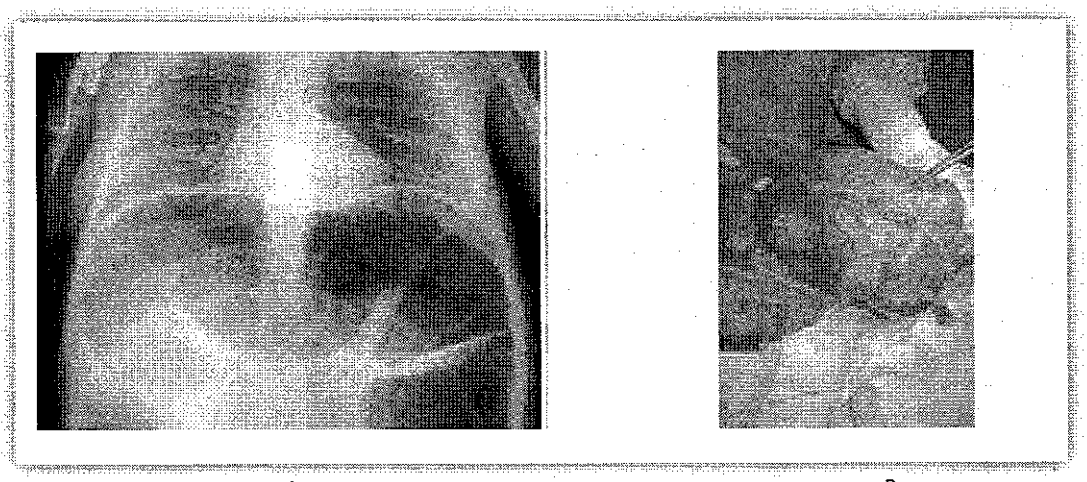


B



C

Figura 6. La oclusión intestinal con estrangulación constituye una emergencia quirúrgica frecuente. La imagen A corresponde a una isquemia focal segmentaria de intestino delgado secundaria a una brida postquirúrgica. Nótese la transición brusca entre el tejido isquémico y el tejido viable, consecuencia de la compresión extrínseca del intestino por la brida. La imagen B corresponde a otro caso de isquemia focal segmentaria debida a estrangulación del asa por una brida peritoneal. La imagen C corresponde a un vólvulo de sigma. Obsérvese la coloración rojo-violácea y el aspecto congestivo del intestino afectado por el compromiso vascular. Cortesía de la Dra. Casamayor. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.



A B

Figura 7. El vólvulo del colon es la causa más frecuente de obstrucción del colon. La imagen corresponde a un vólvulo del colon transverso. (A) Gran distensión del colon derecho visible en la Rx simple de abdomen. (B) Imagen obtenida en el curso de la laparotomía que muestra una perforación diastásica del ciego.

su edad gestacional) y los datos que proporciona la ecografía endovaginal.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

El desprendimiento de placenta es una urgencia obstétrico-ginecológica que cursa con dolor abdominal o de espalda, acompañado de hemorragia vaginal y contracciones uterinas. Cuando el desprendimiento afecta al menos al 50% de la placenta, la vida de la madre y del feto están amenzadas. Típicamente aparece en mujeres hipertensas (al menos en un 40% de ocasiones). Otros factores de riesgo incluyen el abuso de cocaína o de alcohol, el hábito de fumar, traumatismos y la edad avanzada de la mujer gestante.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

A menudo el IAM puede presentarse de una forma atípica. Ello ocurre con más frecuencia en mujeres de edad superior a los 65 años. Aproximadamente en un tercio de estas formas atípicas, el IAM puede manifestarse como dolor abdominal, especialmente en su localización diafragmática.

Causas comunes de dolor abdominal agudo

En esta categoría se incluyen causas frecuentes de DAA, que no entrañan un riesgo vital inminente para el enfermo, con independencia de que en su curso evolutivo puedan aparecer o no complicaciones de pronóstico incierto.

GASTROINTESTINALES

APENDICITIS

La apendicitis aguda (AA) constituye la urgencia quirúrgica más común (una de cada diez personas la padecerá a lo largo de su vida), afecta por igual a ambos sexos y es más frecuente en la adolescencia y más rara en lactantes y ancianos. Se trata de una inflamación del apéndice cecal condicionada por la obstrucción de su luz por fecalitos, parásitos o hiperplasia folicular linfoide. A la congestión inicial le sigue la apendicitis flemonosa, que puede regresar, o progresar a la supuración, gangrena y perforación. Típicamente, se inicia con dolor en epigastrio o periumbilical de tipo visceral que acaba desplazándose 3-6 horas después a la FID, donde aparece contractura muscular e irritación peritoneal. Síntomas comunes son las náuseas, vómitos, inapetencia y fiebre. Estos síntomas típicos, a menudo se ven modificados, debido a localizaciones atípicas del apéndice. Tal es el caso de la apendicitis retrocecal que puede cursar sin signos peritoneales o el de la apendicitis pelviana que puede cursar con síntomas urinarios o diarrea. En la mujer gestante, la FID sigue siendo la localización más frecuente del dolor apendicular, pese a que en algunos casos el desplazamiento del apéndice por el útero grávido pueda ser causa de dolor en hipocondrio derecho.

La mortalidad de la AA es del 0,1% pero se eleva al 0,6-5% en las formas complicadas. Un caso especial es el de la apendicitis del anciano con tasas de mortalidad que pueden llegar a alcanzar hasta el 70%.

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Los cálculos biliares y sus complicaciones constituyen una de las causas más frecuentes de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho del abdomen. Típicamente los pacientes describen un dolor en la línea media superior del abdomen con irradiación al hipocondrio derecho y a la región subescapular, acompañado de náuseas, vómitos y anorexia. A menudo, el enfermo refiere una ingesta rica en grasas 1-2 horas antes y no es infrecuente el comienzo nocturno de los síntomas. Cuando el dolor se prolonga más de 5 horas debe sospecharse una colecistitis aguda. En tal caso, el dolor se hace más relevante (salvo en los ancianos) y puede aparecer fiebre. La impactación de un cálculo en el colédoco distal es un motivo muy frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. En tales casos es común la asociación de icteria, fiebre y elevación de los enzimas hepáticos (AST, ALT, F. alcalina y GGT) como expresión de colangitis (capítulo 45).

PANCREATITIS

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria del páncreas clínicamente caracterizada por dolor abdominal y elevación de los niveles plasmáticos de enzimas pancreáticos. En España se registra una incidencia de 350 casos por millón de habitantes y año, siendo la litiasis biliar y el abuso de alcohol las causas más frecuentes (80%). Su mortalidad global es del 5-10%, elevándose al 25-30% en las formas graves[4]. En su forma más típica, el enfermo describe un dolor inicialmente centrado sobre la línea media superior del abdomen o el mesogastrio, con irradiación (en banda o en cinturón) hacia ambos hipocondrios o región dorsal. El dolor suele adquirir una intensidad máxima en el curso de los primeros 20-30 minutos desde su comienzo y permanece al menos 48-72 horas. En los casos de mayor gravedad, el dolor es difuso y se acompaña de distensión abdominal, íleo y signos peritoneales. Excepcionalmente, la pancreatitis puede debutar con un cuadro de *shock* y coma, sin dolor abdominal (capítulo 42).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La enfermedad diverticular del colon es una entidad frecuente cuya prevalencia aumenta con la edad. Consiste en protusiones de la mucosa cólica (seudodivertículos) en las zonas de mayor debilidad de la pared intestinal. El sigma es la región más afectada debido a las mayores presiones endoluminales en este segmento. Aproximadamente un 15-25% de los pacientes desarrollarán una diverticulitis aguda (DA) consistente en una inflamación necrotizante de un divertículo que conduce a la micro o macroperforación del mismo (figura 8). La expresión clínica de la DA depende de la gravedad de la perforación y de la respuesta del organismo. La mayoría se limitan a una inflamación de la pared, quedando la perforación cubierta por la grasa epiploica (diverticulitis aguda no complicada). Un 25% presentarán complicaciones, incluyendo abscesos pericólicos o a distancia, fístulas en órganos vecinos, estenosis, obstrucción y perforación a peritoneo libre. La pileflebitis (trombosis séptica del árbol venoso portal) es una complicación infrecuente, pero grave. La presentación más común es el dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (en casos de sigma redundante, el dolor puede estar centrado en hipogastrio e incluso en FID), acompañado de signos de peritonitis focal (no difusa), náuseas, anorexia y fiebre en grado variable. Algunos enfermos refieren disuria y polaquiria como expresión de irritación vesical por vecindad. El diagnóstico de DA es más probable cuando el enfermo lleva varios días con disconfort abdominal hasta que acude al hospital (aunque la presentación brusca con peritonitis difusa no es excepcional). No es infrecuente que el enfermo haya presentado 1-2 episodios previos de DA.

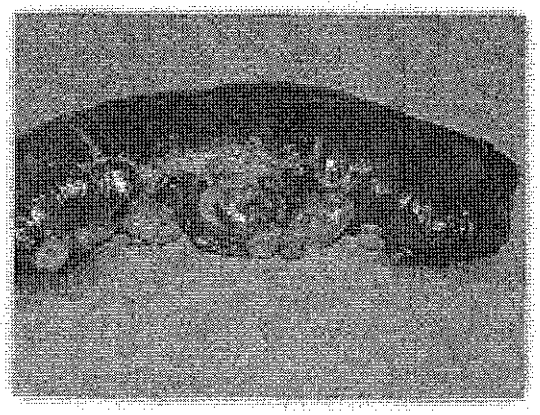


Figura 8. Pieza de laparotomía que muestra la imagen de una perforación de un divertículo del intestino delgado. Cortesía de la Dra. Casamayor. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

La úlcera péptica puede ser una causa de dolor abdominal agudo, especialmente cuando se trata de úlceras de gran tamaño con penetración visceral en el epiplon gastrohepático o el páncreas. En tales casos, el dolor pierde su ritmo habitual y se vuelve intenso y continuo, con frecuente irradiación a la región dorsal. La perforación de la úlcera ha sido tratada en el apartado de condiciones que ponen en riesgo la vida del paciente (ver más arriba).

HERNIA INCARCERADA

La incarceración de una hernia inguinal es una causa de DAA de intensidad relevante que requiere de una intervención quirúrgica precoz para evitar las consecuencias de la estrangulación. Con frecuencia el enfermo refiere desde varias semanas o meses antes un dolor en el hipogastrio que se exacerba con la tos y el esfuerzo de la defecación.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

La historia natural de la EII implica el desarrollo de numerosas complicaciones que se acompañan de DAA. En la enfermedad de Crohn se incluyen la penetración transmural de una fisura, la oclusión intestinal debida al estrechamiento de la luz del intestino por el edema y los fenómenos de reparación cicatricial, la formación de un absceso y la perforación a peritoneo libre (capítulo 31). El megacolon tóxico representa la causa más frecuente de DAA en la colitis ulcerosa (capítulos 32 y 37).

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

El SII es un cuadro caracterizado por dolor abdominal que alivia con la defecación y que se acompaña de un trastorno concomitante en la consistencia y/o frecuencia de las deposiciones. Aproximadamente un 10% de la población se ve afectada por este síndrome. En pacientes con un umbral bajo para el dolor, no es excepcional que la intensidad de los episodios de dolor conduzcan al paciente a un servicio de Urgencias. A diferencia de otras causas de DAA, en el SII la palpación del abdomen puede causar alivio del dolor.

GASTROENTERITIS INFECCIOSA

Los pacientes con una gastroenteritis infecciosa pueden presentar dolor abdominal de carácter cólico y relevante. Especial interés tienen aquellos casos de gastroenteritis producidos por gérmenes enteroinvasivos *(Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia, E. coli enterohemorrágico, Entamoeba hystolitica)*. Estos agentes son causa de ulceración en la mucosa con exudación de moco, sangre y proteínas que justifican la aparición de una diarrea "inflamatoria". Una complicación infrecuente, pero grave, en estos casos es la perforación de una úlcera transmural con peritonitis o el megacolon tóxico (capítulo 39).

HEPATITIS

La hepatitis aguda, cualquiera que sea su etiología, puede producir dolor abdominal, centrado en el hipocondrio derecho, asociado a diversas manifestaciones dispépticas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea) junto con fiebre generalmente de bajo grado. En general, se trata de un dolor de intensidad leve-moderada, con la excepción de la hepatitis alcohólica aguda que puede ser una causa de dolor relevante. La asociación de ictericia franca y fiebre puede crear confusión y conducir a un diagnóstico erróneo de colangitis aguda.

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

La interrupción brusca del flujo venoso hepático por oclusión de las venas suprahepáticas o de la cava inferior es una causa de DAA relacionada con la distensión de la cápsula de Glisson por un hígado congestivo y turgente. La etiología más frecuente es la trombosis de las venas suprahepáticas. En más del 90% de estos pacientes existe un factor trombofílico siendo los síndromes mieloproliferativos crónicos la causa más común. El cuadro debe sospecharse ante la aparición de un DAA asociado a las manifestaciones de un síndrome de hipertensión portal con ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorrenal o hemorragia por varices. Algunos pacientes desarrollan un fallo hepático fulminante con encefalopatía (capítulos 52 y 59).

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA (PBE)

La PBE es una complicación de la cirrosis hepática con hipertensión portal y ascitis. Aproximadamente un 20% de los pacientes cirróticos que ingresan en un hospital por presentar ascitis presentan signos de infección espontánea del líquido ascítico, por lo general asintomática. Otros casos, sin embargo, presentan un cuadro de dolor abdominal agudo con signos peritoneales, fiebre y rápido deterioro de la condición general asociado a insuficiencia renal, encefalopatía hepática y hemorragia digestiva (capítulo 64).

GENITOURINARIAS

CAUSAS UROLÓGICAS

Una miscelánea de causas urológicas de DAA conducen a menudo a los pacientes a los Servicios de

Urgencia hospitalaria. Entre ellas se incluyen el cólico renal, las infecciones del tracto urinario, el dolor testicular agudo (escroto agudo) y la retención vesical. El cólico renal es un cuadro clínico caracterizado por un dolor intenso, lancinante, paroxístico y agitante que no se alivia con el cambio postural ni posición antiálgica determinada y que es debido a la obstrucción del tracto urinario superior. El cólico "séptico" es una urgencia urológica, debida a la sobreinfección de la orina retenida. Cursa con fiebre y las alteraciones hemodinámicas propias de un proceso séptico con repercusión sistémica. Las infecciones del tracto urinario (ITU) comprenden una amplia variedad de patologías que tienen en común la colonización bacteriana progresiva de tejidos y vías que se extienden desde el meato uretral hasta la corteza renal. Se caracterizan por disuria, polaquiuria, micción urgente y, a menudo, van acompañadas de dolor suprapúbico, orina maloliente y, en ocasiones, hematuria. El síndrome de escroto agudo define una situación clínica de urgencia que se caracteriza por dolor testicular agudo de instauración brusca, acompañada habitualmente de signos locales y sistémicos. Su etiología es variable y precisa de una actuación quirúrgica urgente. Engloba una serie de patologías que incluyen la torsión del conducto espermático, la orquitis u orquioepididimitis, traumatismos y, en menor medida, varicocele, tumores e hidrocele. La torsión testicular tiene una incidencia anual de 1/4.000 varones menores de 25 años. Es característico encontrar un testículo elevado en posición horizontal (signo de Gouverneur), con dolor que aumenta al elevarlo (signo de Prehn), reflejo cremastérico abolido, edema periescrotal y dolor intenso que no disminuye con la elevación del testículo. La viabilidad del testículo depende del tiempo de evolución, siendo del 100% cuando el tiempo de evolución es inferior a 3 horas y del 0% cuando supera las 24 horas. En pacientes ancianos, diabéticos, alcohólicos o inmunocomprometidos, se ha descrito, rara vez, una fascitis necrotizante del testículo y tejidos perirrectales de etiología polimicrobiana que conducen a la esfacelación y gangrena (síndrome de Fournier) (figura 9). Finalmente, la retención y la obstrucción urinaria aguda son términos que se utilizan para definir la dificultad o impedimento al flujo de la orina en cualquier nivel del tracto urinario. En algunos casos, la retención vesical, provoca un cuadro seudoperitonítico que puede conducir al paciente al quirófano erróneamente, cuando el clínico ha pasado por alto los signos clínicos de un globo vesical.

CAUSAS GENITALES EN EL SEXO FEMENINO

Además de la apendicitis aguda, existen cinco entidades que cursan con dolor abdominopélvico en la mujer y que pueden ser causa de morbilidad relevante e incluso de mortalidad. Éstas incluyen la rotura de un embarazo ectópico (ya mencionada), la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el absceso tuboovárico, la torsión de la trompa de Falopio y la rotura de un quiste de ovario, además de la endometriosis. La EIP es el resultado de la migración atraumática de microorganismos desde la vagina o el cérvix hacia estructuras superiores del aparato reproductor femenino y, potencialmente a la cavidad peritoneal. Típicamente cursa con dolor abdominopélvico, coitalgia, secreción o sangrado vaginal anormal y peritonitis. El dolor al movilizar el cuello uterino es un signo prácticamente constante. Debe sospecharse en mujeres jóvenes con múltiples parejas sexuales, especialmente si no utilizan métodos contraceptivos de barrera. Aunque poco frecuente, la EPI puede complicarse con un absceso tuboovárico. Aproximadamente un 10% de las pacientes con EPI desarrollan una perihepatitis encapsulante (síndrome de Fitz-Hugh Curtis). Dado que estas pacientes presentan dolor e hiperalgesia en el hipocondrio derecho, el síndrome puede simular las características de una colecistitis, una neumonía o una embolia pulmonar. La torsión del ovario se define como el giro del ovario alrededor de su pedículo vascular, ocasionando obstruc-

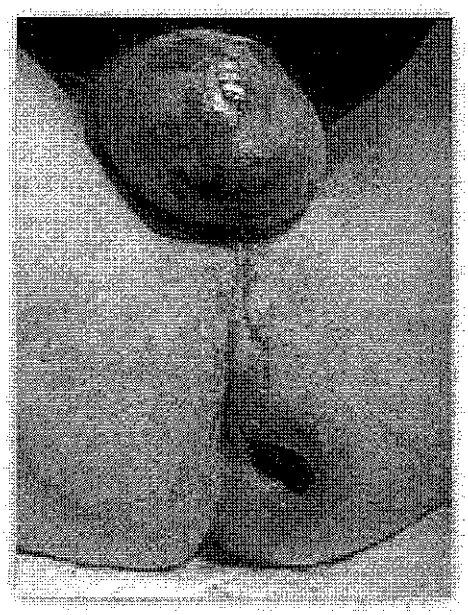


Figura 9. Escroto agudo con fenómenos de fascitis necrotizante perirrectal. Cortesía de la Dra. Casamayor. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

ción del drenaje venoso y linfático con necrosis progresiva del tejido. Típicamente debuta con un dolor abdominal de inicio brusco localizado en el hemiabdomen inferior, acompañado de náuseas y vómitos. Además del dolor, la palpación puede mostrar una masa anexial unilateral. Solo un 3% muestran signos de irritación peritoneal. La rotura de un quiste de ovario puede ser asintomática o asociada con un dolor de comienzo súbito en cualquiera de los cuadrantes abdominales inferiores. A menudo, el dolor se inicia coincidiendo con una intensa actividad física o durante las relaciones sexuales y se acompaña de discreto sangrado vaginal. La preeclamsia ocurre habitualmente en el último trimestre del embarazo y se define por la tríada: hipertensión, proteinuria y edema. Algunas de estas pacientes pueden presentar daño hepático concomitante con dolor en hipocondrio derecho. Finalmente, la endometriosis, entidad caracterizada por la aparición de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina puede ser causa de inflamación y de dolor en distintas localizaciones de la región pelviana. El dolor suele tener un curso crónico con frecuentes exacerbaciones durante el período menstrual o la ovulación. Son típicas la dismenorrea, la infertilidad y la dispareunia.

Causas menos frecuentes (a menudo insospechadas) de DAA

A menudo, el abdomen se comporta como "caja de resonancia" de diversas afecciones sistémicas que pueden manifestarse con dolor abdominal como síntoma principal o secundario. Se trata de causas "inusuales" de DAA que deben ser conocidas por el médico práctico, dado que su mera consideración evitará en algunos casos una laparotomía innecesaria.

CAUSAS TORÁCICAS

CARDIOVASCULARES

Ya se ha mencionado el IAM como causa de dolor abdominal que puede poner en riesgo la vida del enfermo. Alrededor del 50% de los pacientes diagnosticados de un un síndrome coronario agudo (SCA) debutan con síntomas distintos al dolor torácico. De ellos, entre un 2% y un 15% presentan dolor abdominal comúnmente localizado en el epigastrio y asociado a náuseas y vómitos. Por lo tanto, la presencia de tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y antecedentes familiares de coronariopatía obliga a considerar un posible origen miocárdico del dolor (especialmente en ancianos).

NEUMONÍA

La neumonía puede asociarse a síntomas abdominales como naúseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, anorexia y dolor abdominal. El dolor abdominal se explica por la irritación pleural y, de forma típica, se agrava con la tos y la inspiración profunda.

EMBOLIA PULMONAR (EP)

La EP puede ser una causa de dolor abdominal cuyo origen cabe relacionar con diversos mecanismos que incluyen la irritación pleural, el íleo secundario a la afectación pleurodiafragmática y la congestión hepática (hígado de estasis) debida al fallo ventricular derecho.

HERPES ZOOSTER

El herpes zooster es una reactivación de una infección latente por el virus de la varicela zooster en un ganglio de la raíz dorsal que puede cursar con dolor abdominal, según el nivel (dermatoma) afectado por la infección. Debe conocerse que el dolor puede preceder en días o semanas a la aparición del *rush*.

DISFUNCIÓN DE LA RAIZ DEL NERVIO TORÁCICO

La disfunción de la raíz del nervio torácico puede cursar con dolor abdominal constante que empeora por la noche. Típicamente pueden desarrollar una hipoalgesia con pérdida de la sensibilidad al pinchazo *(loss of pinprick sensation)* sobre la pared abdominal.

INFECCIONES Y AGENTES TÓXICOS

Ante un DAA de origen incierto debe tenerse en consideración la posible implicación de agentes infecciosos, tóxicos o farmacológicos capaces de provocar efectos deletéreos sobre el abdomen, incluyendo la aparición de ulceración, perforación y peritonitis. Algunas infecciones extraabdominales como la **faringitis estreptocócica** o la **enfermedad de Lyme** (además de la neumonía y la infección por el virus varicela zooster) pueden ser una causa de DAA. En este mismo apartado debe incluirse la linfadenitis mesentérica reactiva a una infección vírica o bacteriana, una causa no infrecuente de dolor en FID que puede imitar al de una apendicitis, la infección por *Yersinia enterocolítica* y por *Yersinia paratuberculosis* y la mononucleosis infecciosa. Un 50% de estos últimos presentan esplenomegalia. En este escenario, un dolor abdominal súbito lo-

calizado en el cuadrante superior izquierdo o de forma difusa debería suscitar la sospecha acerca de una posible rotura del bazo. La ingesta de ácidos o metales pesados (hierro, mercurio), así como la ingesta de opiáceos o anticolinérgicos puede ser la causa de un íleo. Por su parte el abuso de cocaína o de anfetaminas puede provocar isquemia intestinal por vasoconstricción y la ingesta de paracetamol o de alcohol, daño hepático y pancreatitis, respectivamente. En este mismo contexto debe valorarse el envenenamiento por setas y los efectos de la picadura de la araña de la especie *Lactodrectus mactans*. El veneno de este arácnido estimula la liberación de acetilcolina a nivel periférico y central, apareciendo a las 6-8 horas de la picadura dolor abdominal y "vientre en tabla" aunque con ruidos intestinales preservados.

CAUSAS ENDOCRINOMETABÓLICAS Y SISTÉMICAS

El DAA puede formar parte del espectro de presentación clínica de la acidosis metabólica que complica la evolución de la diabetes mellitus, la insuficiencia renal o el propio alcoholismo. De hecho, entre el 40-75% de los pacientes con cetoacidosis diabética presentan DAA. La presencia de una infección concomitante (factor que con mayor frecuencia precipita esta complicación), asociada a otros síntomas clásicos de la cetoacidosis, debería alertar al clínico sobre esta complicación. La persistencia del dolor abdominal, a pesar de las medidas terapéuticas adecuadas obliga a considerar un diagnóstico alternativo y plantea la posibilidad de que el DAA haya sido la causa y no la consecuencia de la descompensación hiperglucémica. La enfermedad de Addison puede ser la causa de un DAA asociado a la presencia de signos peritoníticos e inestabilidad hemodinámica. Siempre debe considerarse la supresión brusca del tratamiento con corticoides como factor causal. La tirotoxicosis puede originar DAA acompañado de pérdida de peso y diarrea. El estreñimiento, sin embargo, forma parte del espectro sintomático de la hipercalcemia debida a hiperparatiroidismo, que también es causa de episodios de DAA asociados a náuseas y vómitos. Finalmente, el feocromocitoma es un raro tumor secretor de catecolaminas, que puede cursar con episodios repetidos de DAA, asociados a náuseas y vómitos. La cefalea y las crisis hipertensivas concomitantes deben sugerir el diagnóstico. El síndrome de hiperestimulación ovárica es una emergencia ginecológica que puede ocurrir en mujeres que reciben tratamientos inductores de la ovulación en el manejo de la infertilidad. En tales casos pueden aparecer múltiples y grandes quistes de ovario que conducen a situaciones de depleción de volumen y a un estado de *shock* asociado a dolor abdominal.

- La **fiebre mediterránea familiar** (FMF) es un trastorno hereditario (autonómico recesivo) caracterizado por episodios recidivantes de fiebre, asociada a peritonitis (95%), con o sin otras serositis concomitantes (pleuritis, pericarditis, sinovitis e incluso meningitis aséptica). Los brotes suelen empezar en edad temprana, duran 48-72 horas y ceden espontáneamente, permaneciendo asintomáticos durante las intercrisis. La colchicina previene de nuevas crisis y evita el desarrollo de amiloidosis. Otros síndromes autoinflamatorios incluyen la fiebre periódica familiar (síndrome TRAPS), la hiperinmunoglobulinemia IgD (HIDS) y el síndrome PFAPA (estomatitis aftosa, faringitis y adenitis).

- El **angioedema hereditario**, un trastorno originado por el déficit del C-1 inhibidor esterasa, es causa de ataques periódicos de dolor abdominal, provocados por el edema de la pared intestinal, asociados a vómitos, diarrea y, en ocasiones, signos de colapso periférico. La asociación de edema facial (sin prurito) y laríngeo (riesgo de asfixia) puede ser determinante para la sospecha clínica. El cuadro suele iniciarse en la adolescencia y es típica la aparición de pródromos (fatiga, exantema cutáneo). Las crisis pueden venir precipitadas por leves traumatismos o extracciones dentarias. Existen formas adquiridas de debut tardío, casi siempre asociadas a trastornos linfoproliferativos o autoinmunes.

- La **drepanocitosis (anemia de células falciformes)** y la **porfiria aguda intermitente (PAI)** son causas reconocidas de DAA de origen hematológico. En el primer caso, una forma defectuosa de hemoglobina (HbS) aumenta su adhesión a los capilares provocando oclusión de pequeños vasos y dolor adominal que, a menudo, simula un abdomen quirúrgico. La afectación simultánea del tórax y de las extremidades puede ser útil para aumentar la sospecha. Las crisis pueden precipitarse por infecciones respiratorias, estresores metabólicos y psicológicos. La PAI es un trastorno autonómico dominante que tiene su origen en una deficiencia de los enzimas responsables de la síntesis del grupo HEMO y es causa de dolor abdominal difuso, irradiado a espalda, glúteos o muslos. El dolor es refractario a

los analgésicos habituales. Con frecuencia asocia síntomas neuropsiquiátricos, vómitos e hiponatremia secundaria a síndrome de secreción inadecuada de ADH. Los brotes pueden venir precipitados por múltiples circunstancias (incluyendo fármacos) que interfieren con la síntesis del grupo hemo (estrógenos, barbitúricos, fenitoína, etanol, sulfonamidas, infecciones, ayuno y menstruación).

- La **gastroenteritis eosinofílica** es una entidad poco frecuente caracterizada por una densa infiltración eosinofílica de la pared intestinal (la eosinofilia periférica no es una constante). Sus manifestaciones clínicas dependen de la capa intestinal predominantemente afectada (mucosa, muscular propia o serosa). Los casos con afectación de la mucosa conducen a una diarrea crónica con malabsorción y enteropatía pierdeproteínas. Los casos con afectación de la muscular propia provocan episodios de obstrucción intestinal en relación con el engrosamiento de la pared muscular y pueden ser difíciles de diagnosticar. Los casos con afectación de la serosa cursan con episodios recidivantes de serositis con ascitis rica en eosinófilos.

NEOPLASIAS

Diversas afecciones neoplásicas pueden expresarse por dolor abdominal, especialmente el cáncer de ovario y el cáncer colorrectal, este último asociado generalmente a cambios en el ritmo intestinal y rectorragia. Los pacientes con leucemia pueden presentarse con los síntomas de un abdomen agudo, debido a obstrucción funcional (seudoobstrucción) secundaria a disfunción autonómica, trastornos vasculares localizados o irritación peritoneal. La propia quimioterapia y la radioterapia pueden ser causa de dolor abdominal. La vincristina, por ejemplo, puede originar dolor abdominal cólico y relevante hasta 10 días después de su administración. Algunos pacientes con leucemia que reciben quimioterapia pueden presentar tiflitis o colitis necrotizante con afectación del ciego y apéndice.

VASCULITIS Y CONECTIVOPATÍAS

El **lupus eritematoso sistémico** (LES) puede ser la causa de un DAA debido al padecimiento de diversas afecciones gastrointestinales relacionadas, incluyendo peritonitis, úlcera péptica, vasculitis mesentérica con infarto intestinal y pancreatitis aguda. La **púrpura de Shönlein-Henoch** (PSH) es una vasculitis mediada por mecanismos de hipersensibilidad más común en niños, aunque también puede afectar a adultos, caracterizada por púrpura, artralgias, hematuria secundaria a glomerulonefritis, dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos y diarrea. La poliarteritis nodosa cursa con síntomas gastrointestinales en más del 50% de los casos y hasta 1/3 de los pacientes desarrollará complicaciones que pueden requerir una actuación quirúrgica (infarto intestinal, hemorragia y perforación).

CAUSAS PARIETALES

Entre las causas de DAA no pueden olvidarse aquellas cuyo origen se sitúa en la propia pared abdominal ("dolor abdominal de origen parietal"). Aunque son pocos los escenarios donde la patología de la pared comporta un riesgo vital (hemorragia incoercible por hematoma de la vaina de los rectos abdominales, isquemia focal por incarceración y estrangulación herniaria), su identificación temprana es de importancia crucial para evitar un desenlace no deseado. Entre las causas de dolor abdominal de origen parietal deben destacarse el hematoma de la vaina de los rectos debido a la rotura súbita de los vasos epigástricos favorecido por el aumento de la presión intraabdominal (tos, embarazo) y la anticoagulación oral; la incarceración del omento de hernias abdominales (sin oclusión intestinal), el atrapamiento del nervio cutáneo anterior por edema (e isquemia), favorecido por los anticonceptivos orales, la radiculopatía sensorial compresiva (neuralgia abdominal parietal) (ver importancia del test de Carnett, más adelante) y la neuralgia postherpética, entre otras (tabla).

SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS (EPILEPSIA O MIGRAÑA ABDOMINAL)

El síndrome de vómitos cíclicos (asocia dolor abdominal con frecuencia) cursa con episodios recidivantes de vómitos de comienzo abrupto y duración inferior a 1 semana. Se requieren al menos tres episodios en al año previo al diagnóstico y ausencia de náuseas y vómitos durante las intercrisis (criterios de Roma). Apoya el diagnóstico una historia familiar de migraña.

Diagnóstico del dolor abdominal agudo

La evaluación del paciente que consulta por presentar un DAA reviste, a menudo, una gran complejidad y constituye un reto, incluso para los más expertos[3]. Aproximadamente un 25% de los pacientes que son dados de alta tras haber sido evaluados

por presentar un DAA en los Servicios de Urgencia hospitalaria son diagnosticados finalmente de un dolor abdominal inespecífico; esta proporción aumenta hasta un 35-40% cuando los enfermos son ingresados por este mismo motivo[5-7]. Debe recordarse que existen causas intra- y extraabdominales y que el listado de aquellas es amplio (tablas 2 y 3). Los puntos esenciales sobre los que debe sustentarse el juicio diagnóstico son siempre una historia clínica concienzuda y un examen físico minucioso, así como la interpretación juiciosa de exámenes de laboratorio y algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas. Otras claves que resultan de gran ayuda son el valor de la observación, la experiencia acumulada y el conocimiento de las etiologías más frecuentes[4].

Historia clínica

La historia clínica debería centrarse en tres puntos esenciales: los antecedentes clínicos del enfermo, la semiología del dolor y los síntomas asociados.

ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS

El conocimiento de los antecedentes clínicos del paciente aporta valiosa información para orientar el diagnóstico. Especial relevancia tiene la edad del enfermo. Así, la probabilidad de que el DAA obedezca a una causa grave (rotura de aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica, infarto agudo de miocardio) es netamente superior en el anciano. Por otro lado, la expresividad clínica de determinadas enfermedades, –como la colecistitis aguda–, puede ser diferente en edades avanzadas, donde el dolor abdominal a menudo es un síntoma menor o incluso inexistente[8]. La mujer en edad fértil también constituye un problema a la hora de interpretar el origen de un DAA, dado que ha de valorarse la posibilidad de un embarazo ectópico o una preeclampsia. Otras entidades como la salpingitis o la torsión de un quiste ovárico han de ser igualmente consideradas en el sexo femenino. El antecedente de inmunosupresión (p. ej.: sida) debe ser firmemente considerado en el paciente con DAA, dado que puede haber una infección oportunista o una complicación derivada del empleo de fármacos antirretrovirales (p. ej.: pancreatitis aguda), como causa del dolor. Igualmente importante es consignar el consumo crónico de alcohol o de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En el primer caso porque el alcoholismo conduce al desarrollo de enfermedades que pueden cursar o debutar con DAA, incluyendo la pancreatitis aguda, o la peritonitis bacteriana espontánea que complica la evolución de una cirrosis hepática. En el segundo caso, porque los AINE incrementan el riesgo de perforación de una úlcera péptica o del propio intestino. La presencia de factores de riesgo cardiovascular (p. ej.: arterioesclerosis), arritmias cardiacas o un estado de hipercoagulabilidad debe siempre despertar la sospecha de un cuadro de isquemia intestinal, en cualquiera de sus modalidades clínicas (ver capítulo 28). Es crucial pensar en esta entidad antes de que el infarto intestinal sea una realidad insoslayable y de pronóstico infausto (figura 5). Cualquier detalle de la historia clínica puede resultar de gran utilidad, por insignificante que pueda parecer. Por ejemplo, los corredores de grandes distancias o los consumidores de cocaína (un potente vasoconstrictor) tienen una probabilidad mayor de desarrollar episodios de isquemia cólica, lo mismo que aquellas personas que han sufrido una cirugía reciente de reemplazamiento aórtico o sesiones frecuentes de hemodiálisis. El antecedente de una laparotomía previa es importante, dado que la presencia de bridas intraperitoneales constituye la causa más frecuente de oclusión del intestino delgado, particularmente cuando la intervención se realizó sobre el apéndice, el útero o el colon pélvico (figura 6). Algunas enfermedades metabólicas como el hiperparatiroidismo o la hiperlipoproteinemia tipo I, IV o V se hallan implicadas en la etiopatogenia de algunos cuadros de pancreatitis. Otras como el hipotiroidismo, la diabetes o la enfermedad de Parkinson pueden provocar episodios de seudoobstrucción intestinal. La historia debe proporcionar detalles en relación con el uso de drogas ilícitas, alergias, viajes recientes, medicación inmunosupresora y datos psicosociales, incluyendo los antecedentes de violencia doméstica.

SEMIOLOGÍA DEL DOLOR

Localización

La localización del dolor constituye una valiosa ayuda para reducir el espectro de posibilidades diagnósticas (tabla 4)[9]. El dolor de origen visceral tiende a localizarse de acuerdo con el origen embriológico del órgano afectado. Así, la afectación de órganos situados desde la boca hasta la porción proximal del intestino causa dolor en el abdomen superior, los órganos localizados desde el duodeno proximal hasta el colon transverso medio causan dolor en la región periumbilical y los localizados entre el colon transverso distal y el recto, producen dolor en el hemiabdomen inferior. Desde un punto de vista

práctico, el clínico debe considerar las siguientes posibilidades:

- **Abdomen superior:** el dolor localizado en el cuadrante superior derecho suele tener su origen en procesos hepatobiliares (hepatitis, colangitis, colecistitis) y otros como el infarto agudo de miocardio, la neumonía del lóbulo inferior derecho del pulmón y la embolia del lado derecho del pulmón[10]. El dolor centrado en el epigastrio debería sugerir una enfermedad relacionada con el ácido (duodenitis, úlcera péptica gastroduodenal) o pancreática (pancreatitis aguda, crónica o cáncer de páncreas), en tanto que el dolor localizado en el hipocondrio izquierdo debería sugerir enfermedad pancreática o infarto esplénico, así como embolia del

TABLA 4. Causas comunes de DAA ordenadas en función de la localización predominante del dolor

- Hipocondrio derecho
  - Hepatitis
  - Colecistitis
  - Colangitis
  - Pancreatitis
  - Síndrome de Budd-Chiari
  - Neumonía – empiema pleural
  - Abscesos subdiafragmáticos
  - Embolia pulmonar
- Fosa ilíaca derecha
  - Apendicitis
  - Salpingitis
  - Endometriosis
  - Embarazo ectópico
  - Torsión de ovario
  - Rotura de quiste ovárico
  - Hernia inguinal
  - Nefrolitiasis
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Linfadenitis mesentérica
  - Ileocecitis por Yersinia.
- Epigástrico
  - Úlcera gastroduodenal
  - Enfermedad por reflujo gastroesofágico
  - Gastritis aguda
  - Pancreatitis aguda
  - Infarto agudo de miocardio
  - Pericarditis
  - Rotura de aneurisma de aorta
- Periumbilical
  - Apendicitis aguda (fase inicial)
  - Gastroenteritis
  - Obstrucción intestinal
  - Rotura de aneurisma de aorta abdominal
- Hipocondrio izquierdo
  - Absceso esplénico
  - Infarto esplénico
  - Gastritis aguda
  - Úlcera gastroduodenal con penetración
  - Pancreatitis
  - Rotura de bazo
  - Infarto esplénico
  - Neumonía-empiema pleural
  - Embolia pulmonar
- Fosa ilíaca izquierda
  - Diverticulitis aguda
  - Colitis isquémica
  - Salpingitis
  - Endometriosis
  - Embarazo ectópico
  - Torsión de ovario
  - Rotura de quiste ovárico
  - Hernia inguinal
  - Nefrolitiasis
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Síndrome de intestino irritable
- Difuso
  - Isquemia mesentérica aguda
  - Obstrucción intestinal
  - Peritonitis difusa aguda
  - Gastroenteritis aguda
  - Síndrome de intestino irritable
  - Enfermedades sistémicas y endocrinometabólicas
    - Cetoacidosis diabética
    - Enfermedad de Addison
    - Fiebre mediterránea familiar
    - Edema angioneurótico
    - Porfiria aguda intermitente.
    - Etc. (ver texto)

lado izquierdo del pulmón, neumonía o herpes zooster.

- **Abdomen inferior:** los procesos que con mayor frecuencia causan dolor en esta localización son la apendicitis aguda, la enfermedad diverticular del colon, los cálculos renoureterales y la enfermedad pélvica inflamatoria, entre otras causas ginecológicas como el embarazo ectópico, la rotura de un quiste ovárico, la torsión de las trompas de Falopio y la endometriosis.
- **Dolor abdominal difuso:** a diferencia de los anteriores –casi siempre expresión de un síndrome de inflamación visceral–, la localización difusa del dolor debe hacer considerar la posibilidad de entidades que pueden comprometer gravemente la vida del enfermo, entre ellas, la isquemia mesentérica aguda, la oclusión intestinal y la peritonitis difusa aguda. Otras entidades menos graves, pueden originar un dolor abdominal difuso, incluyendo la propia gastroenteritis (la intensidad del dolor es menor), la migraña abdominal y una miscelánea de causas endocrino-metabólicas o sistémicas de dolor abdominal: fiebre mediterránea familiar, enfermedad de Addison, hiperparatiroidismo, edema angioneurótico e intoxicación por plomo. En todo caso, basar el diagnóstico de presunción en la localización del dolor abdominal puede conducir a error. Un ejemplo típico es el caso de un paciente con apendicitis retrocecal, que puede referir el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Un estudio informó una tasa de errores de hasta el 30-40% cuando el diagnóstico se centró en el patrón del dolor[11].

Irradiación

La irradiación del dolor a menudo proporciona información útil para el diagnóstico. La figura 10 muestra irradiaciones típicas de algunos procesos abdominales frecuentes. Entre ellas deben mencionarse:

- El dolor irradiado al hipocondrio derecho y zona subescapular, típico del cólico biliar y la colecistitis.
- El "dolor en cinturón" que suele aparecer en individuos con bajo umbral frente al dolor, marcada distensión gástrica o intestinal o pancreatitis.
- El dolor irradiado a la espalda es característico de procesos biliopancreáticos, úlcera péptica con signos de penetración o perforación, patología renoureteral o vertebral y procesos ginecológicos. Nunca debe olvidarse el aneurisma de aorta abdominal, entre las causas de dolor abdominal agudo con irradiación a la espalda.
- La irradiación a la ingle es propia del cólico nefrítico, pero también del aneurisma disecante de aorta. Algunos pacientes han presentado muerte súbita después de haber sido diagnosticados de un cólico renoureteral, debido a que ambas entidades comparten, a menudo, características semejantes en la irradiación del dolor.

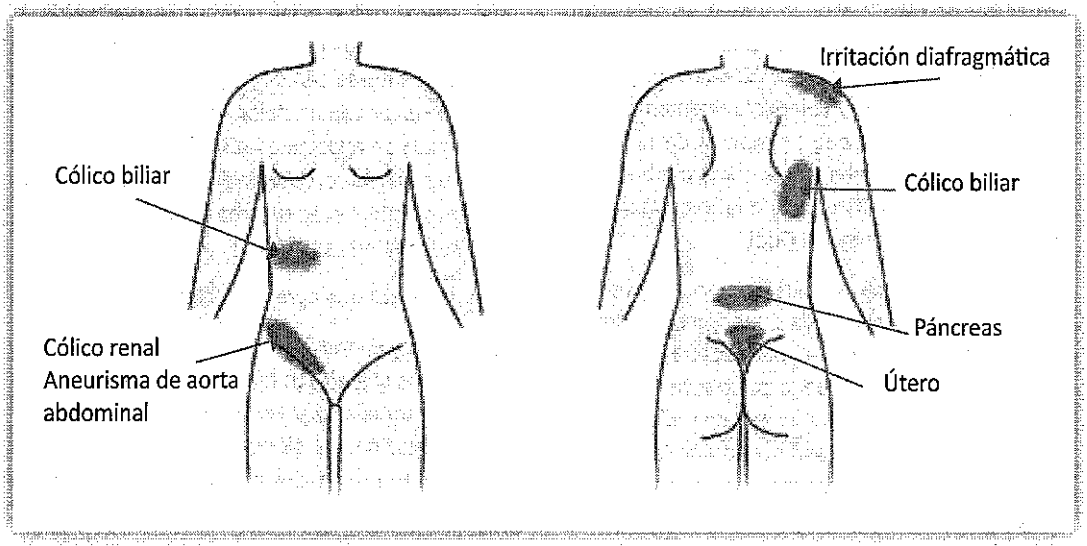


Figura 10. Irradiaciones más frecuentemente observadas en los procesos que cursan con dolor abdominal agudo.

Forma de comienzo

El modo de comienzo puede aportar datos interesantes para un diagnóstico precoz. Un dolor de comienzo súbito sugiere la perforación de una víscera hueca, una oclusión vascular mesentérica o la torsión de un quiste ovárico. El cólico nefrítico y la pancreatitis aguda también pueden originar un cuadro de dolor de comienzo brusco o que adquiere una intensidad extrema en pocos minutos. Ambas entidades, sin embargo, pueden manifestarse de un modo más insidioso, como ocurre, en general, en el síndrome de inflamación visceral.

Calidad o carácter del dolor

El matiz, carácter o calidad del dolor es con frecuencia difícil de precisar, particularmente cuando el paciente es poco colaborador, presenta deterioro cognitivo, hipoacusia o, simplemente, se muestra poco receptivo –entre otros factores por la sensación de disconfort que experimenta o por la necesidad de contestar una y otra vez a las mismas preguntas formuladas por distintos médicos–. Sin embargo, el carácter o calidad del dolor puede ser de valiosa ayuda para discernir el origen del cuadro. Ello es más probable cuando el paciente describe un dolor manifiestamente cólico –intensidad creciente hasta alcanzar una meseta y desaparición gradual hasta remitir totalmente, para repetir nuevamente después de un intervalo libre de algunos segundos o minutos–. Este tipo de dolor refleja el peristaltismo de lucha propio de la obstrucción intestinal (figura 11), el espasmo intestinal que acompaña a la gastroenteritis, la distensión del sistema uroexcretor por un cálculo renoureteral y, en ocasiones, el modo de comienzo de una oclusión embólica de la arteria mesentérica superior. El mal denominado "cólico hepático" no se comporta realmente como un dolor cólico, sino que se expresa de un modo continuo y con exacerbaciones, como también ocurre con la pancreatitis debida a la impactación de un cálculo en el esfínter de Oddi.

Se han definido otros términos como "lancinante" para expresar el dolor de la disección de un aneurisma aórtico, "terebrante" para describir el dolor típicamente transfixivo de la pancreatitis aguda o de la úlcera penetrante, el dolor "en puñalada" de la úlcera péptica perforada o el dolor "gravativo" propio del *disconfort* experimentado por los pacientes portadores de una masa quística o tumoral. Sin embargo, la validez orientativa de estos términos no ha sido validada por estudios prospectivos. Resulta característico, sin embargo, el cambio de

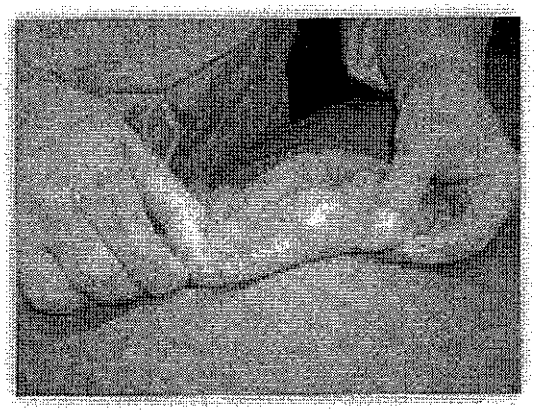


Figura 11. La presencia de una estenosis en el intestino justifica la aparición de un dolor abdominal manifiestamente cólico. La imagen revela la presencia de una onda peristáltica por delante de un segmento estenótico en un paciente con una yeyunoileítis ulcerativa no granulomatosa.

carácter del dolor típicamente descrito por el enfermo ulceroso cuando el ulcus evoluciona hacia la penetración en el epiplón gastrohepático o el páncreas. En tal caso, el dolor típicamente postprandial que alivia con la ingesta, se vuelve continuo y adquiere una mayor intensidad, justificando su irradiación a cualquiera de los hipocondrios o la región dorsal (véase fisiopatología del dolor referido).

Intensidad del dolor

La intensidad del dolor suele relacionarse con la gravedad del cuadro, particularmente cuando el comienzo de aquél es agudo. Las causas más frecuentes de dolor abdominal de intensidad "extrema" son el cólico biliar o renal, la peritonitis, la pancreatitis aguda y el aneurisma de aorta abdominal. Tiene interés conocer algunas patologías que pueden cursar con un dolor de intensidad desproporcionada en relación a los hallazgos encontrados en el examen físico. Éstas incluyen la isquemia mesentérica aguda, el aneurisma de aorta abdominal, el cólico renal y la porfiria.

Circunstancias que agravan o alivian el dolor

Es importante interrogar al paciente acerca de circunstancias que alivian o agravan el dolor, particularmente aquellas que se relacionan con la ingesta o la defecación. La úlcera gástrica y pilórica, así como las enfermedades pancreáticas y la "angina intestinal" son situaciones en las que el dolor abdominal típicamente se inicia o se agrava con la ingesta hasta el punto de que algunos pacientes refieren una pérdida ponderal progresiva secundaria al te-

mor que suscita la ingesta del alimento –sitofobia–. De igual modo, el dolor abdominal dependiente de una oclusión intestinal de etiología inflamatoria o neoplásica se agrava con la ingesta de alimento como consecuencia del peristaltismo gastrointestinal. En estos casos resulta orientativo el tiempo que media desde la toma del alimento y la aparición del dolor. Así, las obstrucciones del íleon producidas por una enfermedad de Crohn, por ejemplo, provocan un dolor que aparece entre una y dos horas después de la ingesta. En otras ocasiones, el dolor se alivia típicamente con la ingesta. Ello es característico de la úlcera duodenal no complicada. En lo que concierne al hábito intestinal, el dolor abdominal que se alivia con la emisión de heces o gases es propio de enfermos con meteorismo, intestino irritable, obstrucción intestinal y enterocolitis.

Otras circunstancias que influyen en la aparición o percepción del dolor son los cambios posturales, el ejercicio físico y la palpación del abdomen. Así, la flexión del tronco alivia en algunos casos el dolor pancreático. El dolor propio de la peritonitis se agrava con cualquier maniobra que implique movimiento del abdomen –tos, estornudo o deambulación– y alivia al mantener las piernas flexionadas sobre el abdomen. El ejercicio físico puede desencadenar o agravar el dolor de la isquemia miocárdica o intestinal o precipitar un cólico biliar o nefrítico en relación con la impactación súbita de un cálculo en el conducto cístico o el uréter. Finalmente, la palpación del abdomen suele agravar el dolor de la mayoría de los procesos abdominales, excepto el del síndrome de intestino irritable que puede aliviar con la propia maniobra de palpación. Una última reflexión debe plantearse en relación con la posibilidad de enmascarar datos esenciales para el diagnóstico cuando se administra un analgésico para aliviar el dolor. En la última década se han realizado algunos estudios controlados, aleatorizados y doble ciego[10] que inducen a pensar que la administración de analgesia en los pacientes con dolor abdominal de origen incierto no enmascara los signos básicos del examen físico ni repercute negativamente sobre el diagnóstico final, por lo que su administración es segura y humana y debe ser firmemente considerada en este tipo de pacientes.

SÍNTOMAS ASOCIADOS

La anorexia es un síntoma frecuentemente observado en el dolor abdominal agudo. Aunque se trata de un síntoma inespecífico, su ausencia es prácticamente incompatible con el diagnóstico de apendicitis. Este hecho es importante, dado que algunos procesos urológicos o ginecológicos que, a menudo, pueden confundirse con un cuadro apendicular pueden cursar sin anorexia. Es habitual, igualmente, la presencia de náuseas y vómitos. El vómito es un síntoma inespecífico, pero su relación cronológica con el dolor puede ser de utilidad en determinados contextos. Así el vómito que aparece después del inicio del dolor abdominal responde, a menudo, a un proceso que requiere resolución quirúrgica. El vómito que acompaña al síndrome de inflamación visceral suele ser el resultado de una estimulación refleja del centro medular del vómito. Este tipo de vómitos no suele aliviar el disconfort del paciente. Distinta es la situación del vómito que acompaña a la oclusión mecánica del intestino, que puede aliviar temporalmente los síntomas. El carácter fecaloideo del vómito sugiere un cuadro de oclusión, pero también puede aparecer en el íleo secundario a un cuadro peritonítico.

El estreñimiento es un síntoma que acompaña a la mayoría de los episodios de dolor abdominal agudo secundario a oclusión intestinal, isquemia mesentérica o inflamación visceral (con excepción de la gastroenteritis infecciosa, la enfermedad inflamatoria intestinal y la colitis isquémica). Por el contrario, la presencia de diarrea acuosa asociada al dolor sugiere gastroenteritis por mecanismo enterotóxico. La presencia de sangre y pus en la deposición sugiere colitis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica. Una hemorragia de mayor relevancia es más propia de otras entidades como la enfermedad diverticular, angiodisplasia o la fístula aortoentérica. La presencia de un cuadro sincopal concomitante debe hacer pensar en un infarto de miocardio, aneurisma de aorta abdominal, embarazo ectópico, hemorragia gastrointestinal o rotura de bazo.

La fiebre es un síntoma de alarma que acompaña con frecuencia al dolor abdominal agudo[2]. La tabla 5 muestra los cuadros de dolor abdominal asociados con mayor frecuencia a fiebre. Cuando aparece pocas horas después del comienzo del cuadro debe pensarse en un proceso neumónico, infección renal, biliar o enterocolitis. Por el contrario, la aparición de fiebre como síntoma tardío es más propia de entidades como la apendicitis, la diverticulitis o la colecistitis. Debe considerarse que algunas de estas entidades pueden cursar sin fiebre cuando se trata de enfermos ancianos o inmunodeprimidos. La presencia de ictericia y dolor abdominal debe sugerir un problema en la encrucijada hepatobilio-

TABLA 5. Cuadros de dolor abdominal agudo asociados a la presencia de fiebre

- Apendicitis.
- Colecistitis.
- Diverticulitis.
- Gastroenteritis.
- Hepatitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Absceso tuboovárico.
- Absceso intraabdominal.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Neumonía.
- Pielonefritis o sepsis urinaria.
- Peritonitis bacteriana espontánea.
- Fiebre mediterránea familiar.

pancreática, sin olvidar el hígado de sepsis o las crisis hemolíticas. El enfermo también ha de ser interrogado acerca de la presencia de síntomas miccionales, respiratorios (disnea, tos), cardiovasculares y oculares (dolor ocular, visión borrosa). En el caso de la mujer en edad fértil es importante obtener información en relación con su historial obstétrico-ginecológico. La tabla 6 muestra un listado de datos proporcionados por la historia y el examen físico que sitúan al paciente en un contexto de alto riesgo.

Examen físico

El examen físico proporciona información primordial para el diagnóstico del dolor abdominal agudo. Brevemente, el médico práctico no debe olvidar algunos principios esenciales:

- El examen físico debe comenzar con una evaluación del estado general. La actitud del enfermo (agitado en el cólico hepático o renal, inmóvil en el abdomen con peritonitis), el registro de las constantes (pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura), así como la coloración de la piel y el estado de hidratación, proporcionan valiosa información para evaluar el impacto de la enfermedad sobre la condición general. Puede ser útil comprobar la presencia de cambios significativos en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial con el ortostatismo (como indicadores de hipovolemia). Algunas condiciones como la oclusión intestinal, el infarto mesentérico y el íleo asociado a la peritonitis suelen asociarse a un secuestro importante de líquidos en el tercer espacio que pueden influir en la condición hemodinámica. La presencia de fiebre es un hecho relevante en el abdomen agudo. Su ausencia, sin embargo, no descarta una enfermedad de naturaleza inflamatoria o genuinamente infecciosa, particularmente en el enfermo anciano, inmunodeprimido o debilitado[13-18].
- La inspección del abdomen resulta esencial para identificar la presencia de hernias y cicatrices quirúrgicas, a menudo implicadas en la patogénesis de la oclusión mecánica del intestino.

TABLA 6. Factores proporcionados por la historia y examen físico que aumentan la probabilidad de una causa potencialmente grave de DAA

- Historia
  - Edad > 65 años.
  - Alcoholismo (riesgo de pancreatitis, hepatitis y PBE).
  - Inmunosupresión (VIH, cáncer, corticoides, quimioterapia).
  - Enfermedad cardiovascular (coronariopatía, hipertensión, fibrilación auricular).
  - Estados de hipercoagulabilidad.
  - Comorbilidades relevantes (diabetes, insuficiencia renal, cirrosis hepática).
  - Episodios previos de dolor abdominal asociados a cálculos biliares, enfermedad pancreática o diverticular o isquemia intestinal).
  - Cirugía previa o procedimientos instrumentales en fecha reciente (riesgo de obstrucción o perforación respectivamente).
  - Embarazo.
- Características del dolor abdominal
  - Comienzo súbito.
  - Intensidad extrema desde el comienzo.
  - El dolor abdominal precede a los vómitos.
  - Dolor constante y persistente de menos de dos días de duración.
- Examen físico
  - Rigidez o contractura abdominal.
  - Defensa involuntaria.
  - Signos de *shock* o inestabilidad hemodinámica.

PBE: Peritonitis bacteriana espontánea.

- La auscultación debería preceder a la palpación del abdomen. El fonendoscopio debe aplicarse al menos durante 2 minutos. La frecuencia de ruidos intestinales que reflejan el peristaltismo normal oscila entre 2-12 por cada minuto. La presencia de "silencio abdominal" durante más de 2 minutos debe sugerir un cuadro de peritonitis difusa aguda[19]. Por el contrario la existencia de ruidos hiperactivos de elevada tonalidad –peristaltismo de lucha– permite sospechar la presencia de una obstrucción intestinal en su fase más precoz. La identificación de soplos vasculares o de ruidos de fricción debe sugerir la presencia de un aneurisma de aorta o de un infarto esplénico, respectivamente, pero no siempre están presentes.

- La palpación del abdomen debe realizarse con especial cuidado, comenzando por el punto más alejado de la zona problema con el fin de no provocar una contractura abdominal que dificulte la palpación de otras áreas. La mayoría de los médicos han sido instruidos para identificar algunos signos como señales evidentes de irritación peritoneal (dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o los movimientos bruscos del mismo, contractura abdominal y dolor significativo al percutir el área comprometida)[20]. La sensibilidad y especificidad de estos signos es variable en los diferentes estudios. Algunos autores abogan por suprimir la maniobra de descompresión abdominal, cuando el contexto clínico es claramente sugestivo de peritonitis, por considerar que aquella no hace sino incrementar el disconfort del enfermo suscitando recelo y desconfianza para ulteriores exploraciones. La aparición de dolor tras una percusión suave sobre el área del problema o tras algunas maniobras simples como la tos o la caída de los talones sobre el suelo a menudo proporcionan información suficiente y menos traumática[21-23].

- La palpación de una masa pulsátil siempre debe sugerir la presencia de un aneurisma de aorta (AAA). En personas de más de 50 años debe realizarse siempre una búsqueda intencionada de este signo. La maniobra de flexionar las piernas sobre el abdomen con el paciente en decúbito supino puede facilitar esta maniobra al relajar la pared del abdomen. No obstante, la presencia de un AAA no siempre se expresa por una masa pulsátil[24-26].

- Aunque poco sensibles, las maniobras del psoas, del obturador y de Rosving presentan una buena especificidad para el diagnóstico de apendicitis[27]. La maniobra del psoas resulta positiva si al extender pasivamente la cadera derecha del paciente –hallándose tumbado sobre su lado izquierdo– se produce exacerbación del dolor. Esta maniobra a menudo es positiva en la apendicitis retrocecal. El signo del obturador puede ser positivo en la apendicitis pelviana. En tales casos, la rotación interna del muslo flexionado despierta o exacerba el dolor. Finalmente, el signo de Rovsing consiste en provocar dolor en la fosa iliaca derecha del paciente cuando se ejerce presión sobre el lado opuesto (fosa iliaca izquierda).

- La maniobra de Murphy resulta positiva cuando el enfermo interrumpe bruscamente una inspiración profunda, mientras el explorador está palpando el hipocondrio derecho. Aunque esta maniobra debería sugerir el diagnóstico de colecistitis aguda, su sensibilidad puede estar muy disminuida en el anciano[28].

- En ocasiones es difícil diferenciar un dolor visceral de un dolor parietal. Un ejemplo es el originado por una radiculopatía sensorial compresiva o neuralgia abdominal parietal, frecuente en mujeres afectadas por patología vertebral. En el último caso puede ser útil la maniobra de Carnett consistente en palpar la región abdominal afectada por el dolor (frecuentemente el hipocondrio o la fosa iliaca derecha) a la vez que se invita al paciente a contraer la prensa abdominal (incorporándose sobre la cama sin apoyarse con las manos). Cuando el dolor tiene un origen parietal, se incrementa notablemente de intensidad, con una exactitud diagnóstica del 95%[29].

- La percusión sobre el área hepática proporciona valiosa infomación cuando sugiere la presencia de un neumoperitoneo (ausencia de matidez). Sin embargo, este hallazgo no es usual en las perforaciones de un divertículo o del propio apéndice. Su ausencia, no permite excluir, por consiguiente, esta complicación. A su vez, la percusión puede sugerir la presencia de líquido libre en el peritoneo (ascitis). Es importante considerar la posibilidad de un líquido ascítico infectado, circunstancia frecuentemente observada en el enfermo cirrótico con hipertensión portal.

- El examen del recto puede revelar una impactación fecal como causa responsable de los síntomas abdominales en un paciente anciano. Aunque tradicionalmente se ha dado un gran valor al tacto rectal para identificar un "apéndice inflamado", su sensibilidad es ciertamente baja, encontrándose en menos de la mitad de los casos de apendicitis. La apendicitis retrocecal puede ser una excepción a esta regla. A su vez, el tacto rectal proporciona la posibilidad de extraer una muestra de heces para la detección de sangre oculta, un dato que puede ser importante en el abdomen agudo.
- Resulta imperativa una exploración ginecológica en toda mujer en edad fértil que presenta un cuadro abdominal agudo. La ayuda del espéculo puede ser valiosa para recoger muestras de la secreción vaginal para tinción de Gram y cultivo. En cualquier caso, tanto el examen de la pelvis, como de los testículos en los casos de dolor abdominal en hipogastrio conduce con frecuencia a errores de apreciación, cuando la exploración no es efectuada por expertos[29,30]. El lector puede encontrar más adelante algunas consideraciones acerca del examen físico del abdomen en el anciano, la mujer o el enfermo inmunodeprimido.
- Finalmente, en un paciente con DAA no puede obviarse una exploración general, incluyendo el tórax. La auscultación del corazón puede descubrir soplos o signos de fibrilación auricular que obligan a valorar la posibilidad de un accidente vascular intraabdominal (embolia o trombosis mesentérica). El examen del pulmón puede revelar la semiología típica de una condensación neumónica (una causa no infrecuente de dolor abdominal) o de una embolia pulmonar. La exploración del raquis y de la pelvis pueden descubrir anomalías esqueléticas implicadas en la patogénesis de un dolor radicular o procesos de naturaleza inflamatoria o séptica que afectan a la articulación de la cadera y explican la aparición de un dolor referido a la región inguinal. El dolor provocado por la percusión en los ángulos costovertebrales sugiere patología renoureteral, incluyendo la pielonefritis. Tampoco puede pasarse por alto la exploración de la piel que a menudo descubre la presencia de equimosis en la región periumbilical o en el flanco (signos de Turner y Grey-Turner), propios de una pancreatitis necrotizante, o la existencia de un herpes zooster, entidad que debe ser investigada siempre en el paciente anciano, donde es más frecuente.

Pruebas diagnósticas

Aunque la historia clínica y el examen físico proporcionan información esencial para una correcta orientación diagnóstica, es indiscutible el peso específico de algunas pruebas complementarias en el estudio del dolor abdominal agudo[31]. Estas pueden clasificarse en pruebas básicas o elementales, de uso rutinario, y exploraciones avanzadas, que resultan de utilidad en casos muy concretos[4]. La complejidad de las pruebas diagnósticas suele aumentar en modo proporcional a la edad de los pacientes. En un 30% de estos casos el clínico encuentra dificultades para elaborar una historia clínica concienzuda debido a las taras biológicas inherentes a la edad (hipoacusia, deterioro cognitivo). A su vez, el enfermo anciano suele tener una menor sensibilidad visceral, hecho que contribuye a enmascarar los síntomas y signos[32].

Datos de laboratorio

La petición de cualquier prueba de laboratorio en el DAA en un individuo, por otra parte sano, debería ir orientada para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica inicial o simplemente para obtener información que resulte de utilidad para discernir el origen de un dolor abdominal sin una etiología clara. El umbral para solicitar un amplio panel de pruebas analíticas debe reducirse en enfermos con comorbilidades relevantes como ocurre en el enfermo con cirrosis, diabetes, inmunodepresión, o cáncer. Una determinación de β-HCG en sangre o en orina resulta obligada en toda mujer en edad fértil con DAA. Es práctica común solicitar un hemograma en todo paciente con DAA, aunque ciertamente sus resultados no suelen alterar el manejo de los pacientes[33-35]. El recuento leucocitario, por ejemplo, suele estar alterado en el 70-80% de los casos de apendicitis aguda, pero también en el 70% de los pacientes con otras causas de dolor en la fosa iliaca derecha[36]. Es bien conocido, por otra parte, que el recuento de leucocitos es frecuentemente normal en el paciente anciano con DAA, en tanto que la leucocitosis es un hecho común en la mujer sana en estado de gestación[37]. La determinación de las enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatasa alcalina y GGT), es obligada ante todo paciente con DAA centrado en el cuadrante superior derecho del abdomen, epigastrio o región periumbilical, así como ante la sospecha de pileflebitis como compli-

cación secundaria a un foco séptico-inflamatorio en otra región del abdomen (p. ej.: apendicitis, diverticulitis). La determinación de amilasa para confirmar la sospecha de pancreatitis aguda, encuentra la dificultad de su escasa especificidad, dado que este parámetro puede elevarse en otros procesos abdominales graves como la oclusión intestinal con estrangulación, la perforación de una úlcera gastroduodenal o la isquemia mesentérica aguda, además de algunas causas ginecológicas de dolor abdominal. La determinación de lipasa es más específica en este contexto (ver capítulo 42). Otras determinaciones analíticas como la glucemia, los parámetros de la función renal y los electrolitos resultan de utilidad para evaluar el impacto de la enfermedad causante de DAA sobre la condición general del paciente y su situación hemodinámica. Una marcada elevación de los niveles de glucosa obliga a considerar la cetoacidosis diabética como causa de DAA. La acidosis metabólica siempre es un marcador de gravedad en el DAA. Algunos parámetros como la elevación simultánea de LDH, fosfatasa alcalina, CPK y amilasa suelen reflejar la presencia de necrosis gangrenosa del intestino (capítulo 28). La elevación del dímero-D constituye un marcador de trombosis que puede ser de utilidad, en fases más precoces de isquemia mesentérica aguda. Un análisis elemental de orina puede aportar información de valor, pero también puede confundir al médico. Por ejemplo, el hallazgo de hematuria, piuria y proteinuria es común en la infección del tracto urinario (ITU), pero a menudo se observan en la apendicitis aguda. De hecho, entre el 20 y el 40% de los pacientes con apendicitis aguda muestran alteraciones en el sedimento urinario[38-39] y la piuria es un hallazgo común en el anciano[40]. Todas estas circunstancias pueden inducir a error en la valoración diagnóstica.

Exploraciones de imagen

RX SIMPLE DE ABDOMEN

Hoy en día, se desaconseja la realización de Rx simple de abdomen de forma indiscriminada, dado que su rendimiento diagnóstico es bajo en el DAA[41,42]. Su mayor utilidad sigue siendo la detección de signos de perforación o de obstrucción intestinal, aunque la ausencia de estos signos no excluye en modo alguno este diagnóstico. La demostración de aire libre intraperitoneal (neumoperitoneo) es diagnóstico de perforación de víscera hueca (salvo que el enfermo haya sido sometido recientemente a una laparoscopia). La sensibilidad de este signo radiológico depende de la localización de la perforación, hallándose presente en 2/3 de los casos de perforación gastroduodenal y solo en 1/3 de los casos de perforación de intestino delgado o colon. La sensibilidad del procedimiento es menor cuando el paciente ha sufrido una intervención quirúrgica previa[43] y aumenta cuando la Rx se obtiene en decúbito lateral (proyección aconsejada, por otra parte, cuando la condición clínica del paciente no permite la bipedestación). Esta proyección permite detectar hasta 1-2 cm^3 de aire libre[43,44]. Otro recurso para incrementar la sensibilidad de la técnica es la inyección de aire (50 ml) o de contraste hidrosoluble a través de una sonda nasogástrica. Globalmente, la sensibilidad y especificidad de la Rx simple de abdomen para el diagnóstico de obstrucción intestinal es del 69 y 57%, respectivamente[45]. Signos característicos de oclusión son la distensión de las asas (más de 2,5 cm), la presencia de niveles hidroaéreos y el signo de la cuenta de rosarios (*string of beads*), resultante del atrapamiento de burbujas de gas que flotan en el líquido retenido sobre las válvulas conniventes (figura 12). Éste es el único signo patognomónico de obstrucción[43]. La presencia de íleo, impresiones dactilares (*thumbprinting*) o de gas intramural (neumatosis) o en el territorio venoso portal constituye un hallazgo inequívoco de gangrena. Un estudio demostró que la presencia de estos hallazgos radiológicos en un paciente con isquemia mesentérica aguda comporta una tasa de mortalidad superiro al 75%, frente a un 29% cuando la Rx simple de abdomen es normal (capítulo 28)[46].

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

El examen con ultrasonidos (US) puede ser llevado a cabo a la cabecera del paciente (lo que constituye un valor añadido en el enfermo en estado crítico) y constituye la técnica de elección en tres situaciones: 1) ante la sospecha de aneurisma de aorta abdominal (AAA); 2) cuando la clínica orienta hacia una enfermedad de la vesícula biliar y 3) en el embarazo. También proporciona información de utilidad en el cólico renal (permite evaluar hidronefrosis), la pancreatitis (informa sobre la presencia de cálculos biliares) y el hemoperitoneo. El registro con Doppler puede aportar, a su vez, datos a favor de una trombosis venosa en el territorio mesentérico-portal o suprahepático. Un estudio efectuado sobre una larga serie de pacientes en el que se utilizó como estrategia la realización de una ecografía abdominal y posteriormente una tomografía computarizada del abdomen, cuando el examen con US

113

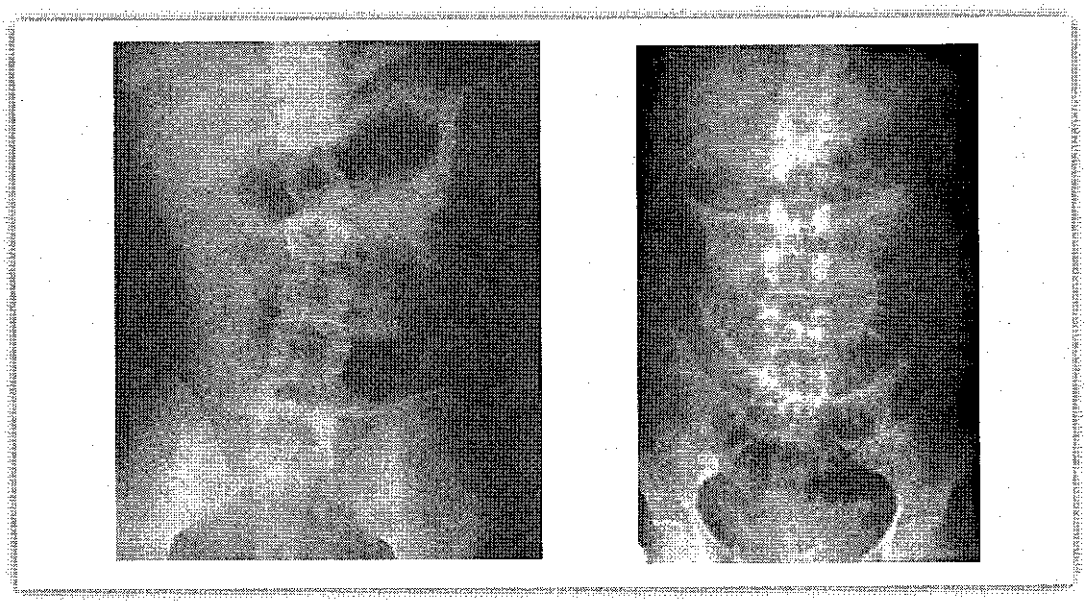


Figura 12. Rx simple de abdomen que muestra distensión de asas de intestino delgado en un caso de oclusión intestinal por adherencias postapendicectomía.

fue negativo o no concluyente, permitió reducir la exposición a la radiación en una elevada proporción de pacientes[47].

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL ABDOMEN (TC)

A pesar de una considerable dosis de radiación (aspecto a considerar siempre), la TC del abdomen proporciona información de gran valor y a menudo definitiva en el diagnóstico del DAA[48,49]. De especial utilidad es en el anciano, donde la TC abdominal es capaz de establecer el diagnóstico de la causa en el 75% de los casos totales y en el 85% de aquellos que precisan una resolución quirúrgica[48,49]. Aunque la US es de elección en el paciente inestable con sospecha de rotura de AAA, en el paciente que permanece estable, la TC es excelente para delimitar el diámetro de la aorta y la extensión del aneurisma, así como para evidenciar signos de hemorragia retroperitoneal, sin necesidad de administrar contraste *iv*. Ni la presencia de gas, ni la obesidad constituyen un inconveniente para la TC en estos escenarios. En manos experimentadas, la TC ofrece una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda del 90-100% y del 83-97%, respectivamente y ha contribuído de forma notable a disminuir la tasa de apendicectomías negativas desde un 20 hasta un 4%[50-56]. De hecho, hoy en día, se considera el procedimiento diagnóstico de elección ante la sospecha de apendicitis y signos clínicos equívocos. Debe considerarse que los hallazgos más frecuentemente observados en la apendicitis son los cambios inflamatorios en la región pericecal y en la grasa periapendicular. Estos signos pueden pasar inadvertidos en pacientes jóvenes con poca grasa retroperitoneal y mesentérica. La TC abdominal es superior a la ecografía abdominal en la valoración de los enfermos con pancreatitis aguda (figura 13). Su indicación, sin embargo, queda restringida a los casos que exhiben signos biológicos predictivos de un curso grave o complicado. En estos casos es importante la angio-TC con el fin de

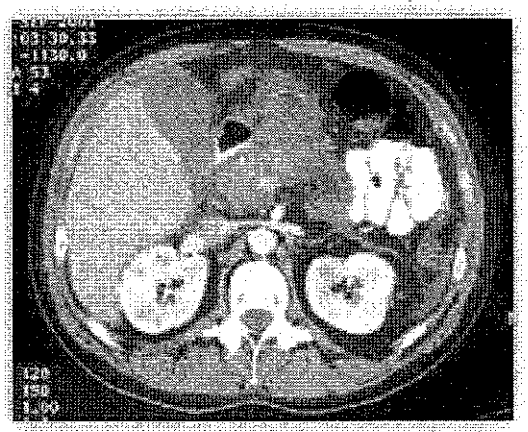


Figura 13. Imagen de una pancreatitis aguda obtenida por TC abdominal. Obsérvese el aumento difuso de la glándula pancreática con infiltración y desdibujamiento del plano graso peripancreático.

confirmar la sospecha de pancreatitis necrotizante, un diagnóstico que modifica de forma sustancial el manejo de estos pacientes. La TC resulta de elección igualmente en el diagnóstico de la diverticulitis aguda y alguna de sus complicaciones (p. ej.: absceso peridiverticular), así como ante la sospecha de absceso hepático o intraabdominal de cualquier etiología. En tales casos, la TC añade la posibilidad de llevar a cabo un drenaje percutáneo y evitar con ello la cirugía.

ANGIOGRAFÍA

Aunque la TC con multidetector es un procedimiento sensible y fiable para el diagnóstico de la oclusión vascular mesentérica, la angiografía aporta como valor añadido importante, la posibilidad de perfundir papaverina intraarterial para neutralizar el vasoespasmo asociado a todas las formas de isquemia mesenterica aguda, así como la perfusión de agentes trombolíticos en casos seleccionados (véase capítulo 28)[57]. La angiografía, sin embargo, no puede llevarse a cabo en los pacientes en estado crítico. En tales casos, solo puede contribuir a retrasar peligrosamente el diagnóstico y únicamente puede plantearse de forma perioperatoria[58].

OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La RMN, los estudios digestivos con contraste, especialmente el enema opaco, la gammagrafía con leucocitos o con HIDA, la urografía de eliminación, la ecografía transvaginal y la laparoscopia, constituyen procedimientos alternativos o complementarios que en determinados contextos resultan de utilidad en la evaluación de un paciente con DAA. Su indicación debe apoyarse siempre en un juicio clínico bien ponderado. Los estudios con contraste poseen limitadas indicaciones en el estudio del DAA. Un estudio gastroduodenal con contraste hidrosoluble puede demostrar signos de extravasación en un caso de perforación sin neumoperitoneo visible o una fístula gastroyeyunocólica. El enema opaco puede ser útil para discernir el origen mecánico o funcional de una obstrucción de colon. En algunos casos puede ser utilizado con fines terapéuticos, como ocurre con las invaginaciones cólicas o ileocólicas de los niños. El papel del enema opaco en el vólvulo de sigma y en la diverticulitis aguda (enema con baja presión) ha quedado relegado por la desvolvulación endoscópica y la TC abdominal, respectivamente. Otras exploraciones avanzadas en el estudio del DAA incluyen la citología peritoneal (dirigida primordialmente al recuento de PMN), el lavado peritoneal (útil para investigar la rotura de una víscera maciza), la ecografía transvaginal cuyo valor en la detección de embarazo ectópico está supeditado a los niveles de β-HCG (superior a 1.000-2.000 mIU/ml) y la laparoscopia. Esta última ofrece un rendimiento diagnóstico elevado en el estudio del dolor abdominal en FID o en la pelvis menor. Algunos autores preconizan su empleo en todas las mujeres jóvenes con dolor abdominopélvico agudo, dado el elevado porcentaje de error diagnóstico observado en este grupo[59-62].

Otras claves para el diagnóstico

EL VALOR DE LA OBSERVACIÓN

Una proporción considerable de casos de dolor abdominal agudo se muestran de un modo oscuro en sus etapas iniciales. A pesar del esfuerzo y la sagacidad del clínico, su interpretación es difícil. En una situación de este tipo y en ausencia de signos de alarma, resulta aconsejable mantener al enfermo en un área de observación y repetir el examen clínico algunas horas después. Con gran frecuencia, este tiempo de espera permite una mejor definición de los síntomas y hace posible un diagnóstico[63].

LA EXPERIENCIA ACUMULADA

El interés por conocer el diagnóstico final, tras la evaluación personal del caso, ofrece la oportunidad de obtener una información que puede ser de gran utilidad en el futuro. Este aspecto contribuye, sin duda, a mejorar sensiblemente la capacidad diagnóstica del médico[63].

CONOCER LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Un aspecto importante en la evaluación diagnóstica del DAA es el conocimiento de las causas más frecuentes de este síndrome. Es cierto que el espectro de posibilidades etiológicas es muy amplio. Sin embargo, en la práctica clínica, solo un número reducido de ellas es responsable del 90% de los casos[2] (tabla 7).

Factores que aumentan la incidencia de error diagnóstico

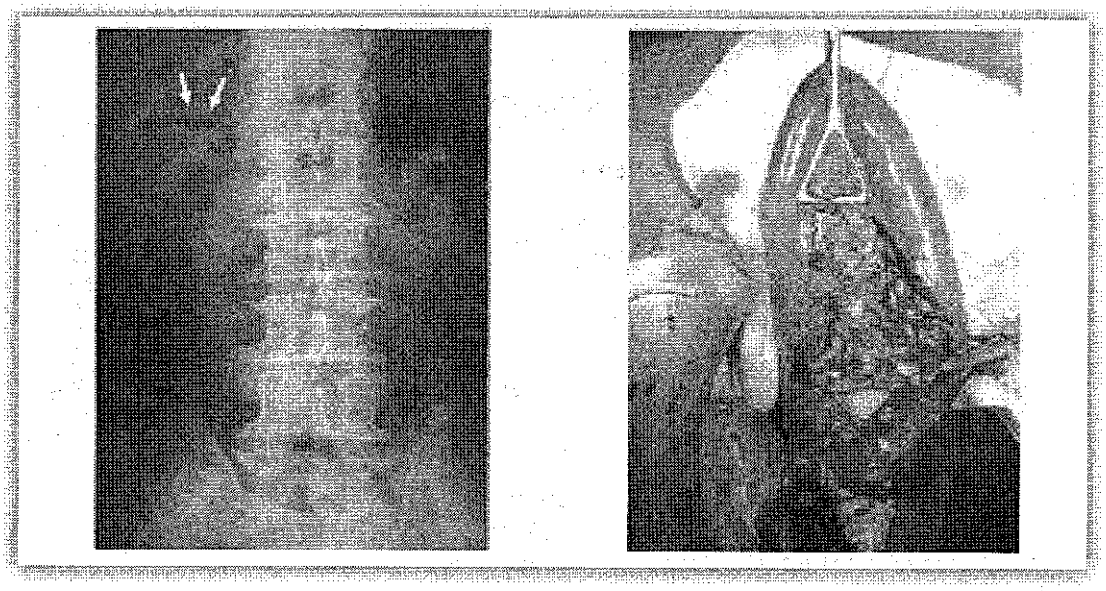
Algunos factores aumentan la incidencia de error diagnóstico: el sexo femenino, la edad avanzada y el tratamiento inmunosupresor.

TABLA 7. Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo

- Dolor abdominal inespecífico.
- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda.
- Obstrucción intestinal.
- Cólico nefrítico.
- Perforación de víscera hueca.
- Pancreatitis.
- Diverticulitis.

- El **sexo femenino** viene gravado por una elevada incidencia de errores diagnósticos. Algunas patologías como la salpingitis aguda, el embarazo ectópico y la torsión o rotura de un quiste de ovario pueden simular los síntomas de una apendicitis aguda[65]. De hecho, éste es un diagnóstico que se formula de forma errónea en una tasa importante de casos. Algunos datos como la fecha de la última menstruación, los antecedentes obstétricos y la historia sexual de la paciente tienen indudable interés para el diagnóstico. Igualmente tiene valor la presencia de leucorrea, una adecuada palpación de la pelvis (una masa anexial hipersensible debe sugerir embarazo ectópico) y la exploración vaginal (la aparición de dolor pélvico bilateral con el desplazamiento del cuello uterino debe sugerir enfermedad pélvica inflamatoria). En algunos casos puede ser necesaria una prueba de embarazo o el cultivo de las secreciones vaginales, así como el análisis bacteriológico del líquido obtenido por punción del fondo de saco de Douglas. Una ecografía endovaginal o una laparoscopia pueden ser necesarias para completar el estudio. En todo caso, no debe olvidarse que la apendicitis aguda sigue siendo la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en la mujer embarazada. Dos hechos deben ser tenidos en cuenta para reducir la posibilidad de error: 1) el fondo uterino desplaza progresivamente el apéndice desde su posición habitual hasta el vacío derecho (6.º mes) y región subcostal derecha (8.º mes), lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de explorar a la mujer gestante con dolor abdominal; 2) el desplazamiento del apéndice por el útero grávido evita, a menudo, una irritación evidente del peritoneo parietal, lo que explica que los signos de peritonitis focal puedan estar ausentes en algunos casos[2].

- El dolor abdominal puede ser difícil de interpretar en **niños y ancianos**. La historia es difícil de obtener en ambas situaciones debido a los problemas de comunicación que representa el contacto con niños muy pequeños o ancianos con demencia o hipoacusia severa. La pared abdominal de los niños está poco desarrollada y los signos de peritonitis (defensa y contractura abdominal) pueden ser poco relevantes. Algunos signos biológicos como la fiebre o la leucocitosis resultan poco específicos por su elevada prevalencia en otras entidades. Algunas consideraciones deben realizarse en el enfermo anciano[2,8,14,17,18,21,25,32,35,38]:
  - Tanto la mortalidad como la probabilidad de error diagnóstico se incrementan de modo exponencial a partir de los 50 años.
  - Algunos estudios demuestran que un dolor abdominal generalizado (y no localizado) puede aparecer en un 14% de los pacientes de más de 50 años, con apendicitis, comparado con solo un 2%, entre los pacientes más jóvenes.
  - La maniobra de descompresión puede ser negativa, con mayor probabilidad entre los pacientes de mayor edad.
  - Entre los ancianos es más probable el diagnóstico de una enfermedad de evolución fatal, incluyendo la isquemia mesentérica aguda, la rotura de un aneurisma de aorta, el propio infarto agudo de miocardio y la colecistitis gangrenosa (figura 14).
- Una categoría especial está constituída por el **paciente inmunodeprimido**[65-68]. Es el caso de pacientes con sida, enfermos de cáncer sometidos a tratamiento con citostáticos o pacientes que toman regularmente corticosteroides. En algunos pacientes, la neutropenia determina reacciones oligosintomáticas en respuesta a un proceso inflamatorio. De este modo, las primeras manifestaciones clínicas de una inflamación visceral pueden ser las de una sepsis evolucionada y de difícil control. En el paciente VIH, deben considerarse algunos diagnósticos, además de las causas habituales de dolor abdominal. Estos incluyen: 1) la enterocolitis aguda con diarrea y deshidratación; 2) la perforación del intestino grueso por CMV; 3) una obstrucción del intestino delgado por linfoma, sarcoma de Kaposi o micobacterias atípicas y 4) enfermedad



A B

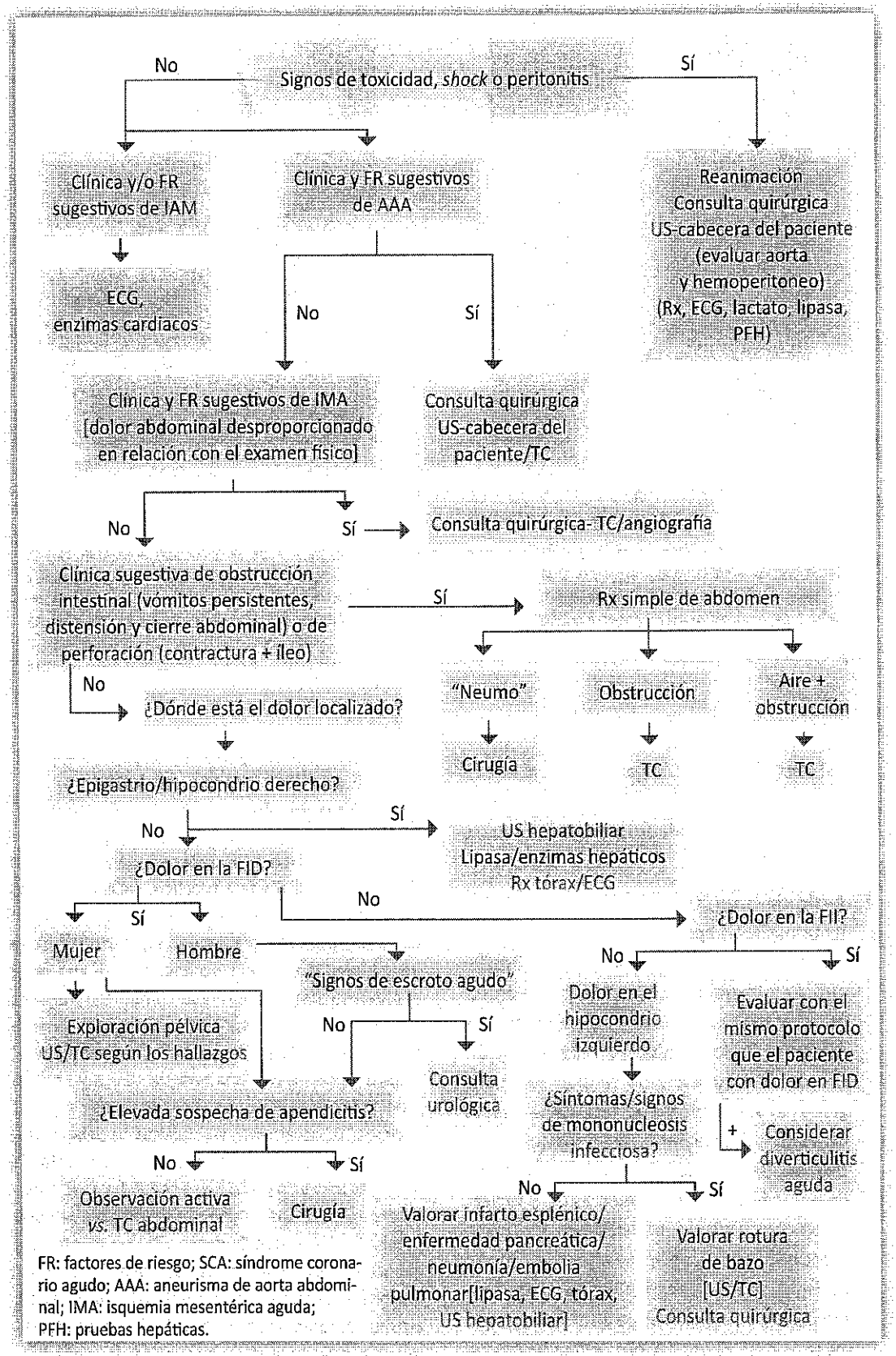
Figura 14. La colecistitis gangrenosa es una entidad que incide con mayor frecuencia en el paciente anciano. A menudo existe una desproporción entre la escasa relevancia de la semiología abdominal y el deterioro de la condición general, con evolución a *shock* séptico. El caso que se muestra corresponde a una colecistitis grave A): obsérvese la presencia de un nivel hidroaéreo en el cuadrante superior derecho del abdomen indicativo de la presencia de gas intraluminal (sobreinfección por anaerobios); B) pieza de colecistectomía.

del tracto biliar por CMV o criptosporidium. Finalmente se han descrito algunos casos de pancreatitis grave asociada al consumo de fármacos retrovirales.

- **Analgesia como factor que induce a error.** Durante mucho tiempo se pensó que la administración de analgésicos constituía una grave interferencia en la evaluación del DAA[70]. Numerosos estudios han cuestionado recientemente este concepto[71-74]. Hoy en día el proceso de diagnóstico del DAA ha avanzado considerablemente gracias al advenimiento de técnicas avanzadas de imagen, disponibles en todos los hospitales. Una vez registrada la información proporcionada por la historia y el examen físico, y teniendo en cuenta que en muchos casos el cirujano participa desde el principio en la evaluación del paciente, carece de sentido mantener al enfermo con dolor abdominal para no "enmascarar los síntomas". El uso juicioso de analgésicos en este contexto no debería suponer un hándicap en la valoración del caso.

Actitud ante el enfermo con dolor abdominal agudo

El dolor abdominal agudo representa un auténtico desafío para el médico práctico. Incluso los más expertos con frecuencia interpretan la condición clínica del paciente de un modo equívoco[1-5,63]. Ya se ha mencionado que el sexo femenino, el anciano y el enfermo inmunodeprimido comportan mayores probabilidades de error. Como siempre, en medicina, la probabilidad de orientar correctamente el cuadro aumenta con una historia clínica y un examen físico minucioso. El uso juicioso de algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas, según los casos, permite confirmar o descartar la hipótesis inicial. El protocolo a seguir ha de ir orientado siempre a descartar en primer lugar cualquier patología que comporte riesgo vital inminente para el paciente. Dado que estas patologías inciden con mayor frecuencia en los pacientes de mayor edad, algunos autores abogan por establecer un algoritmo de actuación distinto, en función de la edad del paciente (mayor o menor de 50 años). En su excelente revisión, John L. Kendall y María E. Moreira[69]



FR: factores de riesgo; SCA: síndrome coronario agudo; AAA: aneurisma de aorta abdominal; IMA: isquemia mesentérica aguda; PFH: pruebas hepáticas.

Figura 15. Algoritmo de actuación en el paciente con DAA con edad mayor de 50 años (modificado de Kendall J & Moreira ME. Ref-69).

proponen el algoritmo de actuación que ha quedado expuesto en la figura 15.

Protocolo de actuación en el paciente con edad mayor de 50 años

Brevemente, y considerando las entidades que comportan riesgo vital para el enfermo, el protocolo propuesto es el siguiente:

- En primer lugar el médico debería centrar su atención en la presencia de cualquier signo de inestabilidad hemodinámica, peritonitis o toxicidad sistémica. En tales casos, debe establecerse consulta quirúrgica de inmediato, a la vez que se inician las medidas de reanimación hemodinámica. Un examen con ultrasonidos (US) a la cabecera del paciente permite evaluar la aorta y la presencia de hemoperitoneo. Algunas pruebas analíticas elementales (lactato, lipasa y perfil hepático), un ECG y una Rx simple de abdomen pueden aportar información complementaria esencial.

- En ausencia de signos de compromiso hemodinámico o de peritonitis, la siguiente cuestión a plantear es si el paciente presenta síntomas, signos o factores de riesgo de AAA o de síndrome coronario agudo (SCA). Ante la sospecha de AAA es obligatorio solicitar una US a la cabecera del paciente, a la vez que se establece consulta quirúrgica. Una TC abdominal puede proporcionar información más precisa sobre el tamaño y características del aneurisma cuando el paciente está estable.

- Si el enfermo no presenta síntomas, signos o factores de riesgo de AAA, la siguiente cuestión a considerar es si la historia o el examen físico proporcionan evidencias en favor de una isquemia mesentérica aguda (IMA) (p. ej.: dolor de intensidad desproporcionada a los hallazgos del examen físico en un paciente con factores de riesgo). En caso positivo y, en ausencia de peritonitis, debe consultarse con cirugía, a la vez que se inician las medidas de reanimación y se planifican las pruebas de imagen que puedan certificar la naturaleza del accidente vascular.

- El siguiente paso en los pacientes sin signos de inestabilidad hemodinámica y sin evidencia alguna de IAM, AAA o IMA es preguntarse si la historia o el examen físico sugieren la presencia de una posible obstrucción intestinal (vómitos persistentes, distensión y cierre abdominal) o perforación (rigidez en la pared abdominal y ausencia de ruidos intestinales). En ambos casos, una Rx simple de abdomen puede demostrar la presencia de signos de obstrucción o aire libre en la cavidad peritoneal. En caso negativo, y si la sospecha clínica es razonable, debe indicarse una TC abdominal.

- Una vez que se han descartado la mayoría de las entidades que comportan riesgo vital para el paciente (IAM, AAA, IMA, oclusión con estrangulación y perforación), el diagnóstico puede orientarse en función de la localización predominante del dolor abdominal (tabla 4) y del sexo del paciente.

  - Si el dolor está centrado en el epigastrio o el hipocondrio derecho, debe obtenerse una Rx tórax, ECG y US de la encrucijada hepatobilio-pancreática, así como pruebas analíticas que puedan certificar la existencia de cualquier complicación asociada a la presencia de cálculos biliares (lipasa y perfil hepático).

  - Si el dolor está centrado en la fosa iliaca derecha, el protocolo depende en gran medida del sexo del paciente. Si el paciente es una mujer, además de considerar el diagnóstico de apendicitis aguda, el clínico debe valorar la posibilidad de una enfermedad ginecológica y proceder en consecuencia (examen pélvico y US o TC de la región abdomino-pélvica, según los casos). Si el paciente es del sexo masculino, el médico puede considerar cualquiera de las entidades que pueden conducir a un "escroto agudo". Por lo tanto, si el enfermo presenta una masa escrotal sensible o dolor a la palpación o elevación del testículo, debe establecerse consulta urológica y en su caso, explorar el testículo con US. Cuando la historia y el examen físico no orientan hacia una patología urogenital, el diagnóstico de apendicitis aguda debe de ser firmemente considerado. Si la sospecha es elevada, el enfermo debe ser conducido al quirófano. Si los datos clínicos son equívocos, alternativamente puede recurrirse a la observación clínica activa o a la realización de una TC (valorar siempre el riesgo-beneficio de la radiación).

  - Las consideraciones relativas a la posibilidad de una patología urogenital son igualmente aplicables cuando el dolor está centrado en la fosa iliaca izquierda. En estos casos, sin embargo, se valora la diverticulitis aguda en-

tre los diagnósticos posibles. En tal caso, la exploración de elección es la TC abdominal, especialmente cuando se trata de un primer episodio o existe sospecha de una complicación supurativa (capítulo 38).

- Una cuestión a plantear cuando el dolor esta centrado en el hipocondrio izquierdo, es si el paciente presenta síntomas o signos de mononucleosis infecciosa, ya que en estos enfermos existe riesgo de rotura de bazo. La mejor opción en estos casos es un examen con US. Si éste es positivo (hemoperitoneo) se indica cirugía. Si es negativo, y la sospecha persiste se aconseja completar el estudio con una TC. Si la mononucleosis infecciosa no es considerada en el diagnóstico diferencial, cabe pensar en una enfermedad pancreática, infarto esplénico o una enfermedad del tórax (neumonía, embolia pulmonar) con repercusión abdominal y las exploraciones deben ir dirigidas con esta orientación (ECG, Rx tórax, lipasa, US-TC abdominal).

Protocolo de actuación en el paciente con edad menor de 50 años

El protocolo de actuación en el paciente con edad inferior a 50 años es similar al descrito para el paciente con edad superior a 50 años, pero teniendo en cuenta que algunas entidades que ponen en riesgo la vida del enfermo como el AAA y la IMA son infrecuentes en este grupo etario y que el DAA en la mujer joven comporta una pauta de actuación específica, para disminuir la posibilidad de error (ver más arriba). El protocolo aconsejado para la mujer en edad fértil es el siguiente:

- En presencia de signos de *shock* o peritonitis, debe establecerse consulta quirúrgica de inmediato, a la vez que se inician las medidas de reanimación hemodinámica, se solicita un test de embarazo y se indica una US a la cabecera de la paciente para excluir la presencia de líquido libre en el peritoneo o signos de gestación.

- En las pacientes estables, resulta prioritario esclarecer cualquier posibilidad de embarazo, mediante una determinación cualitativa de β-HCG, para orientar la pauta a seguir. Si ésta es positiva, debe ordenarse una determinación cuantitativa, así como indicar un examen pélvico con medidas apropiadas de esterilidad (este último está contraindicado en presencia de sangrado vaginal en el 1/3 trimestre del embarazo) y un examen con US transabdominal o transvaginal. El decubrimiento de un embarazo ectópico obliga a establecer consulta ginecológica urgente. En las pacientes en quienes se demuestra un embarazo intrauterino no complicado, debe recordarse que la apendicitis aguda siendo siendo la enfermedad quirúrgica más frecuentemente encontrada en el embarazo. La US puede ser útil en este escenario, dado que la TC abdominal está formalmente contraindicada durante la gestación.

- Si el embarazo no es posible o probable y la determinación cualitativa de β-HCG es negativa, el siguiente punto a considerar es la existencia de dolor y sensibilidad a la palpación en cualquiera de las regiones anexiales. Si la respuesta es afirmativa, debe realizarse una US para descartar torsión o rotura de quiste ovárico.

- Si la exploración del abdomen no revela dolor a la palpación en una región anexial (unilateral), el clínico debe plantearse la posibilidad de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El diagnóstico diferencial puede ser difícil con la apendicitis aguda cuando el dolor se ha centrado más en la FID[75]. Dos signos que pueden ser de ayuda son el dolor a la movilización del cuello uterino (característico de la EPI) y el hecho de que en la apendicitis suele haber anorexia (un síntoma que no es constante ni obligado en la EPI). La conducta a seguir si se confirma la presencia de una EPI depende de la condición clínica de la paciente. En ausencia de vómitos o signos de toxicidad, el manejo puede realizarse con antibióticos por vía ambulatoria. En caso contrario, la enferma debe de ser hospitalizada y recurrir a la vía *iv*.

- Las pacientes que presentan como síntoma predominante dolor en la FID y no existen datos en la historia a favor de EPI, deben ser investigadas para descartar apendicitis aguda en primer lugar, sin olvidar otras entidades responsables de una clínica similar (nefrolitiasis, ITU, neoplasia intraabdominal y violencia doméstica, entre otras). Nuevamente la US y la TC pueden ser de utilidad en este contexto.

¿Puede seguir el enfermo su evaluación por vía ambulatoria?

Un paciente puede ser derivado para efectuar un estudio ambulatorio cuando reúne las características de un proceso banal –dolor de intensidad leve o moderada, mal delimitado, no asociado a síntomas o signos relevantes (ver tabla 4), con un examen físico normal, al igual que el resto de exploraciones complementarias básicas. Algunos pacientes son dados de alta hospitalaria con un diagnóstico de "dolor abdominal inespecífico". Generalmente se trata de pacientes jóvenes del sexo femenino, con un dolor abdominal localizado o difuso, sin signos de irritación peritoneal y con un tacto rectal normal. Su curso clínico suele ser autolimitado y su evolución incierta y heterogénea. Muchos acaban cumpliendo criterios de dolor abdominal funcional o de intestino irritable. En otros llega a descubrirse finalmente una patología orgánica. En cualquier caso, el alta de un paciente que ha sido evaluado en un Servicio de Urgencias por DAA debería ir acompañada de un documento con instrucciones concretas acerca del peligro potencial que comporta la aparición de cualquier cualquier síntoma o signo de alto riesgo que pueda aparecer en el intervalo de las siguientes 12-24 horas[76].

Resumen

El dolor abdominal representa el 5-10% de los pacientes evaluados en los Servicios de Urgencia hospitalaria y puede obedecer a una amplia miscelánea de causas intra- o extraabdominales. El abordaje diagnóstico de estos pacientes es complejo y puede orientarse según el órgano afectado por la enfermedad causal, según la localización del dolor o el riesgo vital que comporta. Sin embargo, ninguna aproximación acaba siendo tan eficiente como aquella basada en los datos proporcionados por una historia y examen físico efectuados con rigor. El valor de la observación, la experiencia acumulada y el conocimiento de las patologías que con mayor frecuencia son causa de DAA son determinantes a la hora de escoger aquellas exploraciones que con mayor probabilidad permiten confirmar o descartar una hipótesis diagnóstica. El sexo femenino, el anciano y el paciente inmunodeprimido son factores que incrementan la probabilidad de error, lo que debe ser tenido muy en consideración para no pasar por alto enfermedades cuyo pronóstico puede verse ensombrecido por un diagnóstico equívoco o tardío.

Bibliografía

1. American Collage of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues for the initial evaluation and manage-ment of patients presenting with a chief complaint of non-traumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2000;36:406-15.
2. García Cabezudo J. Montoro Huguet M *et al.* Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia; 2.ª edición. Jarpyo Editores. Madrid, 2002:751-82.
3. Kendall, JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011 (www.uptodate.com).
4. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.
5. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 76:1121-5.
6. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S *et al.* Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. A prospective study. *Am J Surg* 1982;144:338-40.
7. Lukens TW, Emerman C, Effron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med* 1993;22:690-6.
8. Parker LJ, Vukov LF, Wollan PC. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Acad Emerg Med* 1997; 4:51-5.
9. Yamamoto, W, Kono, H, Maekawa, H, Fukui, T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: An epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol* 1997; 7:27.
10. Thomas, SH, Silen, W, Cheema, F *et al.* Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: A prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196:18-31.
11. Kelso LA, Kugelmas M. Nontraumatic abdominal pain. *AACN Clin Issues* 1997;8:437-48.
12. Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *Br Med J* 1972;3:393-8.
13. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990; 19:1383-6.

14. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982;143:751-4.
15. Barone JE, Gingold BS, Arvanitis ML, Nealon TF Jr. Abdominal pain in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Ann Surg* 1986; 204:619-23.
16. Yoshida D, Caruso JM. Abdominal pain in the HIV infected patient. *J Emerg Med* 2002; 23:111-6.
17. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:937-69.
18. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994;19:146-8.
19. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 1994;29:715-21.
20. Moore SW. The physiological basis for diagnostic signs of an acute abdomen. *Surg Clin NorthAm* 1958;38:371-83.
21. Liddington MI, Thomson WH. Rebound tenderness test. *Br J Surg* 1991;78:795-6.
22. Bemelman WA, Kievit J. [Pysical examination--rebound tenderness]. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999;143:300-2.
23. Bennett DH, Tambeur LJ, Campbell WB. Use of coughing test to diagnose peritonitis. *BMJ* 1994;308:1336.
24. Chervu A, Clagett GP, Valentine RJ *et al.* Role of physical examination in detection of abdominal aortic aneurysms. *Surgery* 1995;117:454.
25. MacSweeney ST, O'Meara M, Alexander C *et al.* High prevalence of unsuspected abdominal aortic aneurysm in patients with confirmed symptomatic peripheral or cerebral arterial disease. *Br J Surg* 1993;80:582-4.
26. Lederle FA, Simel DL. The rational clinical examination. Does this patient have abdominal aortic aneurysm? *JAMA* 1999;281:77-82.
27. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996; 276:1589-94.
28. Adedeji OA, McAdam WA. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people. *J R Coll Surg Edinb* 1996;41:88-9.
29. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:61-72.
30. Thomson H, Francis DM. Abdominal-wall tenderness: A useful sign in the acute abdomen. *Lancet* 1977;2:1053-4.
31. Gupta M, Dupuy DE. Advances in imaging of acute abdomen. *Surg Clin North Am* 1997; 77:1245-63
32. De Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterol* 1994;19:331-5
33. Nagurney JT, Brown DF, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med* 2003;25:363-71.
34. Silver BE, Patterson JW, Kulick M, Schadt ME, Heller MB. Effect of CBC results on ED management of women with lower abdominal pain. *Am J Emerg Med* 1995;13:304-6.
35. Elangovan S. Clinical and laboratory findings in acute appendicitis in the elderly. *J Am Board Fam Pract* 1996;9:75-8.
36. Calder JD, Gajraj H. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Br J Hosp Med* 1995;54:129-33.
37. Berry J Jr, Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg* 1984;200:567-75.
38. Paajanen H, Tainio H, Laato M. A chance of misdiagnosis between acute appendicitis and renal colic. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30:363-6.
39. Puskar D, Bedalov G, Fridrih S, Vuckovićl, Banek T, Pasini J. Urinalysis, ultrasound analysis, and renal dynamic scintigraphy in acute appendicitis. *Urology* 1995;45:108-12.
40. Pomper SR, Fiorillo MA, Anderson CW, Kopatsis A. Hematuria associated with ruptured abdominal aortic aneurysms. *Int Surg* 1995;80:261.
41. Eisenberg RL, Heineken P, Hedgcock MW, Federle M, Goldberg HI. Evaluation of plain abdominal radiographs in the diagnosis of abdominal pain. *Ann Surg* 1983;197:464-9.
42. Kellow ZS, MacInnes M, Kurzencwyg D, Rawal S, Jaffer R, Kovacina B *et al.* The role of abdominal radiography in the evaluation of the nontrauma emergency patient. *Radiology* 2008; 248:887-93.
43. Billittier AJ, Abrams BJ, Brunetto A. Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14:789-850.
44. Mindelzun RE, Jeffrey RB. Unenhanced helical CT for evaluating acute abdominal pain: a little more cost, a lot more information. *Radiology* 1997;205:43-5.

45. Maglinte DD, Reyes BL, Harmon BH, Kelvin FM, Turner WW Jr, Hage JE *et al.* Reliability and role of plain film radiography and CT in the diagnosis of small-bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 1996;167:1451-5.
46. Ritz JP, Runkel N, Berger G, Buhr HJ. [Prognostic factors in mesenteric infarct]. *Zentralbl Chir* 1997;122:332-8.
47. Laméris W, Van Randen A, Van Es HW, Van Heesewijk JP, Van Ramshorst B, Bouma WH *et al.* Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ* 2009; 338:b2431.
48. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller, Rosen MP, Steer M. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. *AJR Am Roentgenol* 1997;168:173-8.
49. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM *et al.* The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005;23:259-65.
50. Balthazar EJ, Rofsky NM, Zucker R. Appendicitis: the impact of computed tomography imaging on negative appendectomy and perforation rates. *Am J Gastroenterol* 1998;93:768-66.
51. Balthazar EJ, Megibow AJ, Siegel SE, Birnbaum BA. Appendicitis: prospective evaluation with high-resolution CT. *Radiology* 1991;180:21-4.
52. DeArmond GM, Dent DL, Myers JG, Chopra S, Mumbower AL, Kumar A *et al.* Appendicitis: selective use of abdominal CT reduces negative appendectomy rate. *Surg Infect* (Larchmt) 2003;4:213-8.
53. Ege G, Akman H, Sahin A, Bugra D, Kuzucu K. Diagnostic value of unenhanced helical CT in adult patients with suspected acute appendicitis. *Br J Radiol* 2002;75:721-5.
54. Raman SS, Lu DS, Kadell BM, Vodopich DJ, Sayre J, Cryer H. Accuracy of nonfocused helical CT for the diagnosis of acute appendicitis: a 5-year review. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 178:1319-25.
55. In't Hof KH, Van Lankeren W, Krestin GP, Bonjer HJ, Lange JF, Becking WB *et al.* Surgical validation of unenhanced helical computed tomography in acute appendicitis. *Br J Surg* 2004; 91:1641-5.
56. Lee SY, Coughlin B, Wolfe JM, Polino J, Blank FS, Smithline HA. Prospective comparison of helical CT of the abdomen and pelvis without and with oral contrast in assessing acute abdominal pain in adult Emergency Department patients. *Emerg Radiol* 2006;12:150-7.
57. Brandt LJ, Boley SJ. AGA review on intestinal ischemia. *Gastroenterology* 2000;118:954-68.
58. Oldenburg WA, Lau L, Rodenberg TJ, Edmons HJ, Burher CD. Acute Mesenteric Ischemia. *Arch Intern Med* 2004;164:1054-62.
59. Caruso C, La Torre M, Benini B, Catani M, Crafa F, De Leo A *et al.* Is laparoscopy safe and effective in nontraumatic acute abdomen? J Laparoendosc *Adv Surg Tech A* 2011;21:589-93.
60. Kirshtein B, Roy-Shapira A, Lantsberg L, Mandel S, Avinoach E, Mizrahi S. The use of laparoscopy in abdominal emergencies. *Surg Endosc.* 2003;17:1118-24.
61. Agresta F, Mazzarolo G, Ciardo LF, Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: has the attitude changed?: A single-center review of a 15-year experience. *Surg Endosc* 2008;22:1255-62.
62. Memon MA, Fitztgibbons RJ Jr. The role of minimal access surgery in the acute abdomen. *Surg Clin North Am* 1997;77:1333-53.
63. Silen, W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. Oxford University Press. Oxford, 1990.
64. Westrom L, Mardh, PA. Epidemiology, etiology, and prognosis of acute salpingitis: A study of 1,457 laparoscopically verified cases. En: Nongonococcal Urethritis and Related Diseases, Hobson, D, Holmes KK, eds. *Am Soc Microbiol,* Washington DC, 1977:84-103.
65. Parente, F, Cernuschi, M, Antinori, S, Lazzarin A, Moroni M, Fasan M *et al.* Severe abdominal pain in patients with AIDS: Frequency, clinical aspects, causes and outcome. *Scand J Gastroenterol* 1994;29:511-5.
66. Slaven EM, López F, Weintraub SL, Mena JC, Mallon WK. The AIDS patient with abdominal pain: a new challenge for the emergency physician. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:987-1015.
67. Barone JE, Gingold BS, Arvanitis ML, Nealon TF Jr. Abdominal pain in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Ann Surg* 1986; 204:619-23.
68. Wilson SE, Robinson G, Williams RA, Stabile BE, Cone L, Sarfeh IJ. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Indications for abdominal surgery, pathology, and outcome. *Ann Surg* 1989;210:428-33.
69. Kendall JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011 (www.uptodate.com).
70. Cope Z. Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 2nd ed. Oxford. London, 1921.

71. Thomas SH, Silen W, Cheema F, R.eisner A, Aman S, Goldstein JN *et al.* Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196:18-31.
72. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996;3:1086-92.
73. Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2006;48:150-60.
74. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA* 2006; 296:1764-74.
75. Rothrock SG, Green SM, Dobson M, Colucciello SA, Simmons CM. Misdiagnosis of appendicitis in nonpregnant women of childbearing age. *J Emerg Med* 1995;13:1-8.
76. Graff L, Russell J, Seashore J, Tate J, Elwell A, Prete M *et al.* False-negative and false-positive errors in abdominal pain evaluation: failure to diagnose acute appendicitis and unnecessary surgery. *Acad Emerg Med* 2000;7:1244-55.

181

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Torsión de ovárica

William Sarmiento Q[1], María Belén Fernández O[2], Angela Poblete S[2].

Resumen

La torsión ovárica (TO) es la rotación completa o parcial del ovario. La TO representa un desafío en el diagnóstico de la urgencia ginecológica, su evaluación quirúrgica precoz y manejo permitiría preservar la función ovárica y prevenir hemorragia, infección y formación de adherencias. Los principales factores de riesgo son masa ovárica, tamaño, edad reproductiva, embarazo, inducción ovulatoria y TO previa. La presentación clínica es variable, observándose dolor pélvico moderado a severo de inicio súbito, asociado a náuseas y vómitos, en una mujer con masa anexial. Se debe descartar embarazo y solicitar ultrasonido pélvico como primera línea de estudio. El manejo es quirúrgico idealmente vía laparoscópica. La mayoría de los ovarios son considerados potencialmente viables, por tanto se recomienda la detorsión precoz. En presencia de quistes se puede realizar quistectomía y si se sospecha malignidad, salpingo-ooforectomía. La anexectomía sólo debe realizarse en tejido necrótico, gelatinoso o muerto y/o como alternativa después de la menopausia.

Palabras clave: *Torsión, ovario, dolor abdominal, ooforectomía, detorsión.*

Summary

Introduction: Ovarian torsion (OT) is a full or partial rotation of the ovary that represents a challenge in the diagnosis of gynecological urgency which early surgical evaluation and management would allow preserving the ovarian function and preventing bleeding, infection and adhesion formation. The main risk factors include ovarian mass, size, reproductive age, pregnancy, ovulatory induction and previous OT. It is a clinical variable with moderate to severe sudden pelvic pain associated with nausea and vomiting in a woman with adnexal mass. Pregnancy should be ruled out and pelvic ultrasound be requested as the first line of study. Surgical laparoscopy is the ideal management. Most ovaries are considered potentially viable, therefore, premature detorsion is recommended. In case of cysts, cystectomy may be performed as well as salpingo-oophorectomy if malignancy is suspected. Adnexectomy should only be considered in necrotic, and gelatinous or dead tissue and/or alternatively after menopause.

Key words: *Torsion, ovary, abdominal pain, oophorectomy, detorsion.*

[1] Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Oriente de Peñalolén. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
[2] Interno Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia: William Sarmiento Quintero. Av. Las Torres 5100 Peñalolén, Santiago, Chile. E mail: williamsar4@hotmail.com

Disponible en www.revistaobgin.cl

119

Introducción

La torsión ovárica (TO) se refiere a la rotación completa o parcial del ovario en sus ligamentos de soporte[1]. El diagnóstico precoz es importante para preservar la función tubaria y ovárica como asimismo para prevenir otras morbilidades asociadas[2]. Sin embargo, el diagnóstico puede ser un desafío por sus síntomas inespecíficos.

Patogénesis

Cuando ocurre la TO, el ovario típicamente rota alrededor del ligamento infundíbulo-pélvico y el ligamento útero-ovárico, causando la compresión de los vasos ováricos e impidiendo el drenaje linfático y venoso. Inicialmente existe un compromiso de la irrigación venosa antes que la arterial dado que la capa muscular de las arterias es menos compresible, lo que produce edema, aumento de volumen y mayor compresión vascular. Finalmente ocurre la isquemia ovárica que lleva a necrosis, infarto y hemorragia local[3].

El ovario derecho parece tener más riesgo de torsión que el izquierdo, posiblemente porque su ligamento útero-ovárico es más largo que el izquierdo y/o que la presencia del colon sigmoides en el lado izquierdo puede prevenir la torsión.

Factores de riesgo para torsión ovárica

Los factores asociados a mayor riesgo para TO, descritos se incluyen:

Masa ovárica

Las masas ováricas son el principal factor de riesgo para TO[4], observando su ocurrencia entre 86% y 95% de TO. La torsión en general ocurre infrecuentemente en fetos, neonatos o niñas antes de la menarquia, pero cuando una masa ovárica está presente la torsión es una complicación común[5]. La torsión es más probable en masas benignas, posiblemente porque las masas malignas suelen estar más fijas.

Tamaño

En general, la TO es más probable que ocurra cuando el ovario tiene 5 cm de diámetro o más[6]; sin embargo, también puede acontecer con tamaños menores.

Se ha postulado que ovarios muy grandes son menos propensos a torcerse porque el tamaño impide el movimiento dentro de la pelvis, el límite superior de tamaño aún no ha sido definido.

Edad reproductiva

La TO se ha observado en mujeres de todas las edades con ovarios normales siendo la edad promedio entre los 20 y 30 años. Particularmente el riesgo de TO antes de la menarquia estaría explicado por un excesivo movimiento, producto de una natural elongación del ligamento útero-ovárico a esta edad. En la pubertad existiría un acortamiento de dicho ligamento.

Embarazo

Diez por ciento a 22% de las TO ocurren durante el embarazo. Siendo más frecuente entre las 10 a 17 semanas gestación.

Otros factores de riesgo

Dentro de otros factores de riesgo se describe la inducción ovulatoria y TO previa. Otros estudios sugieren que la salpingoligadura está asociada a mayor riesgo de TO, pero el grado de riesgo es incierto. También hay algunos reportes de casos de TO asociada a ovarios aumentados de tamaño en el contexto de síndrome de ovario poliquístico[6].

Presentación y estudio clínico en torsión ovárica

La TO se presenta como dolor pélvico moderado a severo de inicio súbito, a menudo con náuseas y vómitos, en una mujer con masa anexial[7]. Sin embargo, la presentación puede variar y muchos síntomas y signos que acompañan la TO son también asociados a otras condiciones. La frecuencia de los síntomas y hallazgos de TO se presentan en Tabla 1[2].

La valoración clínica en TO incluye una anamnesis y examen físico detallado buscando los síntomas anteriormente descritos. Solicitar subunidad beta-gonadotrofina coriónica humana para excluir embarazo. Asimismo se sugiere ultrasonido pélvico como primera línea de estudio imagenológico en sospecha de TO.

Los hallazgos ecográficos que están asociados a TO son[8]: a) Ovario redondeado y alargado comparado con el ovario contralateral, debido al edema e ingurgitación vascular y linfática; b) Masa ovárica; c) Estroma ovárico heterogéneo debido a edema y hemorragia; d) Múltiples folículos periféricos pequeños ("collar de perlas"), debido al desplazamiento por el edema; y e) Ubicación ovárica anormal: pueden estar localizados anterior al útero. La sensibilidad reportada de la ultrasonografía para el diagnóstico de TO, va desde 46% a 75%[9].

El flujo vascular del ovario disminuido o ausente en el doppler color, ha sido propuesto como prueba para la TO, puesto que el ovario tiene una irrigación sanguínea que es doble al flujo que puede estar presente incluso en presencia de torsión. Flujo arterial en sístole sin flujo en diástole es evidencia de obstrucción al flujo de salida. El flujo venoso en el escenario de torsión está asociado con la viabilidad ovárica. La escala de grises al doppler "signo del remolino"

Disponible en www.revistaobgin.cl

Tabla 1. Frecuencia de síntomas y hallazgos en torsión ovárica[2].

Síntomas y hallazgos	Frecuencia %
Dolor abdominal	90
Masa anexial	86 a 95
Náusea y vómito	47 a 70
Fiebre	2 a 20
Sangrado genital anormal	4

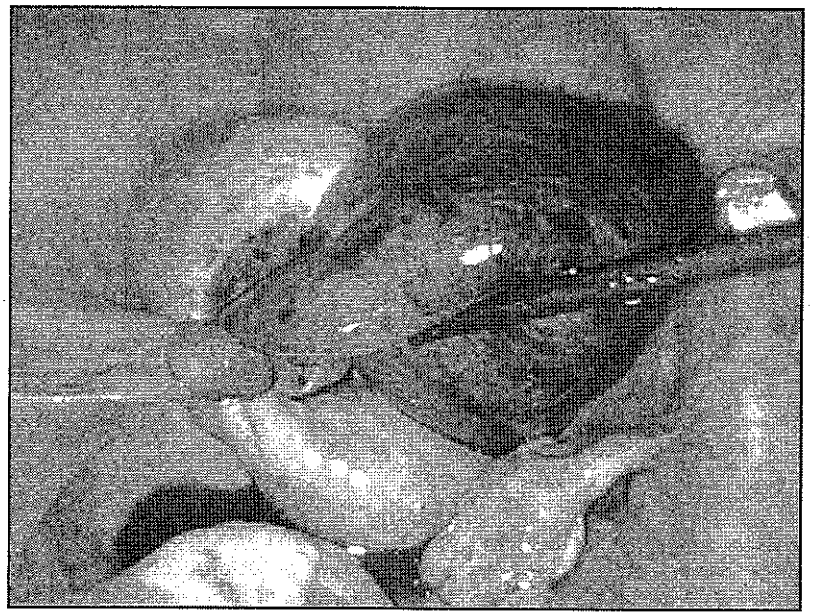


Figura 1. Imagen de torsión anexial izquierda.

en vasos ováricos, es visualizado como una estructura hiperecogénica con estructura concéntrica hipoecogénica o una estructura tubular con ecos homogéneos internos. Este signo es para representar el giro del pedículo vascular.

Manejo de la torsión ovárica

Frente a la sospecha de TO, es mandatorio su manejo quirúrgico idealmente vía laparoscópica, siendo sus objetivos iniciales confirmar la presencia de torsión y evaluar la vitalidad del ovario y la trompa[10]. La mayoría de los ovarios son considerados potencialmente viables, exceptuando los que presentan un evidente aspecto necrótico.

El enfrentamiento habitual para determinar la vitalidad ovárica es la inspección visual. El ovario que es oscuro y elongado, con congestión vascular y linfática y lesiones hemorrágicas tradicionalmente se ha pensado que no es viable, pero múltiples estudios han observado que estas mujeres mantienen la función ovárica luego de la detorsión. En seguimiento ecográfico se ha observado actividad folicular mayor al 80% después de la detorsión[11].

En raras ocasiones, la necrosis de los ovarios o las trompas está presente al momento de la cirugía. La inspección macroscópica de un ovario necrótico incluye una pérdida de la estructura anatómica normal y una consistencia gelatinosa o friable.

Se han propuesto otros enfoques para evaluar si la perfusión del ovario está presente, pero aún se encuentran en investigación. Una técnica es bivalving de ovario, que consiste en la detorsión del ovario y la realización de una incisión en la corteza ovárica. Este método permite la visualización del flujo

Disponible en www.revistaobgin.cl

sanguíneo al realizar la incisión. Además, hay un potencial efecto terapéutico al disminuir la presión que ejerce la congestión venosa y linfática. Esta técnica se reportó en una serie de cinco pacientes que se sometieron a bivalving, cuatro de los cuales tuvieron un desarrollo folicular normal posoperatorio documentado por ultrasonido[12]. Otro método que se ha reportado es la inyección de fluoresceína intravenosa intraoperatoria seguido por visualización directa del ovario afectado bajo luz ultravioleta. Sin embargo, este enfoque requiere un equipo especializado y su eficacia no ha sido validada.

La evaluación quirúrgica precoz en TO, permitiría preservar la función ovárica y prevenir otros efectos adversos (por ejemplo, hemorragia, infección, la formación de adherencias)[13]. En mujeres antes de la menopausia se recomienda la detorsión y conservación ovárica. La quistectomía ovárica se realiza a menudo si se encuentra una masa benigna. Si se sospecha malignidad se debe realizar salpingo-ooforectomía. Los ovarios que son hemorrágicos y/o edematosos son probablemente viables, por lo que la ooforectomía sólo debe realizarse en tejido necrótico, gelatinoso o muerto. La anexectomía es una alternativa en las mujeres después de la menopausia[14].

Históricamente, la salpingo-ooforectomía ha sido el tratamiento estándar de la torsión ovárica porque se creía que la conservación del ovario dejaría tejido necrótico y la detorsión podía provocar desprender coágulos a la vena ovárica y provocar embolias[15]. Sin embargo, se ha observado que la detorsión se asocia a restauración de la función ovárica. El factor clave es realizar la detorsión lo antes posible. Un estudio en ratas demostró que la necrosis se producía 36 horas después de la oclusión de los vasos ováricos. A mayor intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas y la cirugía la tasa de conservación ovárica reportada en estudios disminuye[16].

Tampoco hay evidencia de un aumento de los eventos adversos con la detorsión. En el único estudio comparativo, retrospectivo de 94 mujeres menores de 40 años con torsión ovárica, no se observó mayores complicaciones posoperatorias en las mujeres sometidas a detorsión con quistectomía al compararlas con aquellas en que se realizó anexectomía. No hubo eventos embólicos pulmonares.

Mientras que los beneficios de la cirugía conservadora parecen ser mayores que los riesgos quirúrgicos teóricos de detorsión, el daño isquémico irreversible en los anexos puede ocurrir y puede producir una infección si se mantiene un ovario necrosado[17].

Prevención de recurrencias de torsión ovárica

La TO puede recurrir, desconociendo su incidencia y los factores de riesgo[18]. Hay varias opciones para reducir el riesgo de recurrencia entre las cuales se cuentan la supresión de los quistes ováricos funcionales. El uso de anticonceptivos orales disminuye los quistes, sin embargo, su uso prolongado se asocia a eventos tromboembólicos y no se ha demostrado que esta terapia disminuya el riesgo de torsión ovárica recurrente.

También se ha postulado la ooforopexia, para prevención de recurrencia. No existiendo datos respecto a la eficacia de este tratamiento. Algunos expertos aconsejan este procedimiento en el ovario contralateral en las niñas en las que se ha realizado anexectomía por TO.

Conclusiones

La TO representa un desafío en el diagnóstico de la urgencia ginecológica, su evaluación quirúrgica precoz, permitiría preservar la función ovárica y prevenir hemorragia, infección y formación de adherencias que pueden afectar el futuro reproductivo de la mujer. La evaluación de la vitalidad ovárica debe realizarse en el pabellón, siendo la anexectomía una alternativa en casos de necrosis y/o mujeres después de la menopausia.

Bibliografía

1. Huchon C, Staraci S, Fauconnier A. Adnexal torsion: a predictive score for preoperative diagnosis. *Hum Reprod* 2010; 25: 2276-80.
2. Servaes S, Zurakowski D, Laufer MR, Feins N, Chow JS. Sonographic findings of ovarian torsion in children. *Pediatr Radiol* 2007; 37(5): 446-51.
3. Daponte A, Pournaras S, Hadjichristodoulou C, Lialios G, Kallitsaris A, Maniatis AN, et al. Novel serum inflammatory markers in patients withvadnexal mass who had surgery for ovarian torsion. *Fertil Steril* 2006; 85(5): 1469-7.
4. Stankovic ZB, Bjelica A, Djukic MK, Savic D. Value of ultrasonographic detection of normal ovarian tissue in the differentialdiagnosis of adnexal masses in pediatric patients. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36 (1): 88-92.
5. Valsky DV, Esh-Broder E, Cohen SM, Lipschuetz M, Yagel. S. Added value of the gray-scale whirlpool sign in the diagnosis of adnexal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36(5): 630-4.
6. Tay J, Parker H, Dhange P, Paton-Forrester C, Atiomo W. Isolated torsion of the fallopian tube in a patient with polycystic ovarian syndrome (PCOS). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150(2): 218-9.

Disponible en www.revistaobgin.cl

7. Cohen SB, Wattiez A, Stockheim D, Seidman DS, Lidor AL, Mashiach S, et al. The accuracy of serum interleukin-6 and tumour necrosis factor as markers for ovarian torsion. *Hum Reprod* 2001; 16(10): 2195-7.
8. Smorgick N, Maymon R, Mendelovic S, Herman A, Pansky M. Torsion of normal adnexa in postmenarcheal women: can ultrasound indicate an ischemic process? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 338-41.
9. Kiseli M, Caglar GS, Cengiz SD, Karadag D, Yilmaz MB. Clinical diagnosis and complications of paratubal cysts: review of the literature and report of uncommon presentations. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(6): 1563-9.
10. Bouguizane S, Bibi H, Farhat Y, Dhifallah S, Darraji F, Hidar S, et al. Adnexal torsion: a report of 135 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003; 32(6): 535-40.
11. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reprod* 2003; 18: 2599-602.
12. Nizar K, Deutsch M, Filmer S, Weizman B, Beloosesky R, Weiner Z. Doppler studies of the ovarian venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion. *J Clin Ultrasound* 2009; 37(8): 436-9.
13. Balci O, Icen MS, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Management and outcomes of adnexal torsion: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet* 2010 Oct 6. [Epub ahead of print].
14. Shalev J, Goldenberg M, Oelsner G, Ben-Rafael Z, Bider D, Blankstein J, et al. Treatment of twisted ischemic adnexa by simple detorsion. *N Engl J Med* 1989; 321(8): 546.
15. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I, Langer R, Herman A, Kaplan B. Fallopian tube torsion: laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(4): 274-7.
16. Kaleli B, Aktan E, Gezer S, Kirkali G. Reperfusion injury after detorsion of unilateral ovarian torsion in rabbits. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 110: 99.
17. Troncoso JL, Ricci P, Susaeta R, Devoto JC. Torsión anexial y embarazo: Resolución laparoscópica mínimamente invasiva, con entrada bajo visión directa. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73: 277-82.
18. Galinier P, Carfagna L, Juricic M, Lemasson F, Moscovici J, Guitard J, et al. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. *J Pediatr Surg* 2008; 43(11): 2004-9.

Disponible en www.revistaobgin.cl

LINA MARCERLA BORJA RIVERA
ABOGADA
RESPONSABILIDAD Y DAÑO RESARCIBLE

Doctora
CLAUDIA CECILIA NARVÁEZ CAICEDO
JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

JUN 14 '19 AM 11:21
JUZ. DOCE. CIV. CTO. CALI

Referencia: Radicación No. **2018- 00235-00**
Proceso: **Verbal**
Demandante: **LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA Y OTROS**
Demandados: **CLÍNICA VERSALLES Y OTROS**

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES

Respetada señora Juez:

LINA MARCELA BORJA RIVERA, mayor de edad, vecina de la ciudad de Cali, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y portadora de la tarjeta profesional No. 262.921 del C.S. de la J., en mi condición de apoderada judicial del especialista en Ginecología Dr. **DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS** en su calidad de demandado dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito contestar[1] dentro del término legal, la demanda VERBAL de responsabilidad civil médica, con base en los argumentos que expondré.

Manifiesto señora Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones de los demandantes y las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer ésta de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso y, por lo mismo, las rechazamos de plano.

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO-1. ES CIERTO que la joven LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA ingresa a la clínica VERSALLES, el 15 de octubre de 2013 por presentar dolor abdominal.

En este punto se hace importante señalar las condiciones clínicas en las que ingreso la menor ÁNGULO al servicio de urgencias de la clínica VERSALLES. Tal como lo registra la Dra. JENNIFER LOZANO en la historia clínica, la paciente ingresa con un cuadro clínico de dos días de evolución de dolor abdominal, que se presentaba de forma más intensa, acompañada de un episodio de vómito, cuadro deposiciones con pintas de sangres, en ese día refirió haber perdido el conocimiento (lipotimia) en tres ocasiones y con dificultad para orinar (disuria). Ver folio No. 16 de la historia clínica aportada por los demandantes.

[1] Según constancia de notificación por Aviso al doctor DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS, con fecha de entrega del 16 de mayo de 2019, según No. de guía 995974735 de Servientrega, corren términos desde el día viernes 17 de mayo de 2019 y vence el día viernes 14 de junio de 2019.

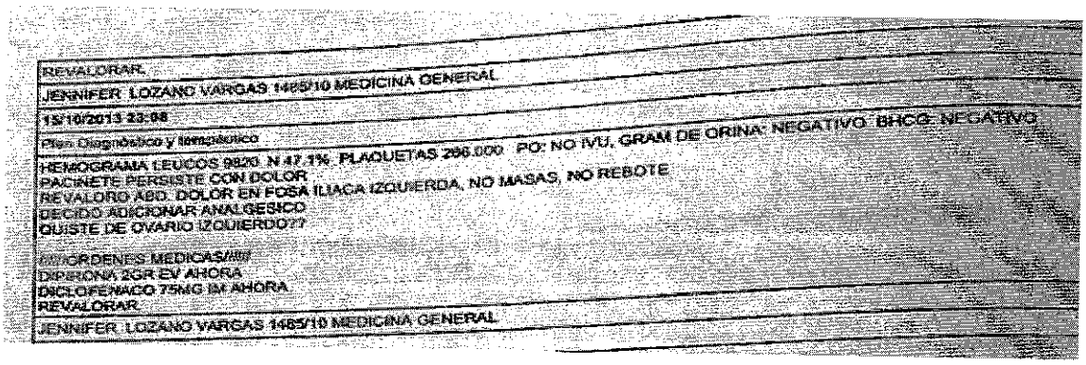
Avenida 4 Norte # 7N-46-Oficina 335, Centro Comercial Centenario
Cali-Valle del Cauca
Teléfono: (2) 524 0655 Ext. 118. Celular: 321-4701345
limabori035@gmail.com

191

Valoración de Urgencias - Área: CONSULTORIOS URGENCIAS ADULTOS SP	
Información General	Fecha: 15/10/2013 Hora: 20:28
¿El paciente llegó por sus propios medios?: Si ¿Estado de embriaguez:?: No	
Motivo Consulta	
ACOMPAÑANTE LA MADRE DOLOR ABDOMINAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	
DESDE HACE DOS DIAS APARECE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NO IRRADIADO , QUE VARIA DE INTENSIDAD, PERO HOY DESDE LA MAÑANA SE HACE PERSISTENTE POR LO CUAL CONSULTA, HOY UN EPISODIO EMETICO, CUATRO DEPOCISIONES CON PINTAS DE SANGRE, HOY TRES LIPOTIMIAS, Y DISURIA, NO FIEBRE. MADRE REFIERE QUE NOTA QUE LA PACIENTE CADA MES PRESENTA ESTE DOLOR, PERO PACIENTE AFIRMA QUE ESTA VEZ ES MUY INTENSO COMPARADO CON LOS OTROS MESES, ADEMAS TIENE DISURIA HA TOMADO HIOSCINA ULTIMA DOSIS A LAS 4PM. ANTECEDENTES PAT: NIEGA ALERGICOS: NIEGA QX. NIEGA GO_ FUR OCT 15 2013 CICLOS IRREGULARES. NIEGA INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL FAM NIEGA	

La profesional ordena dejar la paciente en observación, administrar medicamentos analgésicos, tomar exámenes de laboratorio como hemograma, prueba de embarazo y parcial de orina. Todos estos exámenes se reportan como normales y la prueba de embarazo negativa.

La médica general solicita valoración por ginecología por la localización del dolor y la presencia de sangrado vaginal, dando como impresión diagnóstica inicial: "***QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO??***". Folio 16 reverso de la historia clínica aportada con la demanda.


REVALORAR
JENNIFER LOZANO VARGAS 1465/10 MEDICINA GENERAL
15/10/2013 23:08
Plan Diagnóstico y terapéutico
HEMOGRAMA LEUCOS 9820 N 47.1% PLAQUETAS 266.000 PO: NO IVU, GRAM DE ORINA: NEGATIVO BHCG: NEGATIVO
PACIENTE PERSISTE CON DOLOR
REVALORO ABD. DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA, NO MASAS, NO REBOTE
DECIDO ADICIONAR ANALGESICO
QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO??
ORDENES MEDICAS////
DIPIRONA 2GR EV AHORA
DICLOFENACO 75MG IM AHORA
REVALORAR
JENNIFER LOZANO VARGAS 1465/10 MEDICINA GENERAL

AL HECHO-2. ES CIERTO.

AL HECHO-3. PARCIALEMENTE CIERTO.

Es cierto que la doctora JENNIFER LOZANO ante las condiciones clínicas en las que ingreso la menor a la clínica VERSALLES, decide dejar en observación y revalorar tal como se describió anteriormente.

No es cierto que la doctora LOZANO haya decido tomar la ecografía trasabdominal. Se debe aclarar que es el doctor GILBERTO MESSA MOSQUERA ginecólogo, quien solicita dicha ayuda diagnóstica una vez valorada la paciente en forma oportuna por el facultativo.

El doctor MESSA ante la persistencia del dolor presentado por la paciente, aun recibiendo analgésicos solicita la toma de la Ecografía Trasabdominal en busca de la causa del dolor que aquejaba a la menor; ayuda diagnóstica que es considera Gold Estándar de elección cuando se sospecha quistes ováricos en adolescentes.

Dicha ecografía evidencio un quiste de a próximamente 7cm en el ovario izquierdo de la paciente, con esta ecografía más el cuadro clínico de la

paciente con signos claros de dolor pélvico persistente irradiado en fosa iliaca izquierda, el doctor GILBERTO MESSA sospecho de una TORSIÓN DE OVARIO.

AL HECHO-4. ES CIERTO. Es una trascripción que realiza el demandante sobre el resultado de la Ecografía tomada a la menor, la cual reportaba una lesión quística ovárica.

AL HECHO-5. ES CIERTO. Es una trascripción que realiza el demandante sobre el resultado de la Ecografía tomada a la menor, la cual reportaba una lesión quística ovárica.

No obstante, de lo que se debe interpretar sobre la conclusión de la ecografía: de las *"LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TÉCNICA TRASABDOMINAL, SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HALLAZGOS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS"*.

Primero, es menester indicar que la ecografía es el estudio de imagen de elección para evaluar los quistes y tumores anexiales, y por lo tanto es el paso de elección después de hacer la historia clínica, realizar el examen físico y obtener los análisis de sangre.

Segundo, las "limitaciones del estudio por la técnica trasabdominal" hacen referencia a que idealmente estas ecografías deberían tomarse por vía pélvica, pero en el caso LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA no estaba indicada realizar la ecografía pélvica transvaginal, toda vez que se trataba de una menor de edad que no había iniciado su vida sexual, así lo refrenda la literatura médica científica[2]:

> *"Si se detecta un quiste durante un examen pélvico o examen por imágenes, el obstetra–ginecólogo le hará preguntas sobre sus síntomas y su historial médico personal y familiar. Se podrían recomendar exámenes que proporcionen más información. Entre otros, un examen de* ***ecografía (ultrasonido) transvaginal*** *o un examen de* ***ecografía (ultrasonido) transabdominal*** *y, en algunos casos, un análisis de sangre.*
>
> ***Examen por ecografía (ultrasonido).*** *Un examen por ecografía (ultrasonido) es un examen por imágenes que usa ondas sonoras para crear imágenes de los órganos internos. Durante este examen, se introduce un instrumento delgado que se llama transductor en la vagina o el abdomen. Las imágenes que crean las ondas sonoras revelan la forma, el tamaño, la ubicación y si el quiste es sólido o está lleno de líquido. Estas características pueden dar una idea del tipo de quiste que tiene e incluso si el quiste es benigno o maligno".*
>
> *"La ecografía pélvica puede ser realizada por vía transabdominal o transvaginal. Esta última brinda imágenes más claras en la mayoría de las pacientes.* ***La exploración transabdominal está indicada para los tumores grandes; cuando el acceso vaginal es difícil (como en las pacientes vírgenes o con atrofia vaginal)*** *o, cuando el tumor está fuera de la distancia focal de la sonda vagina[3]".* (Destacado fuera de texto).

[2] The American College of Obstetricians and Gynecologists 409 12th Street, SW PO Box 96920 Washington, DC 20090-6920.

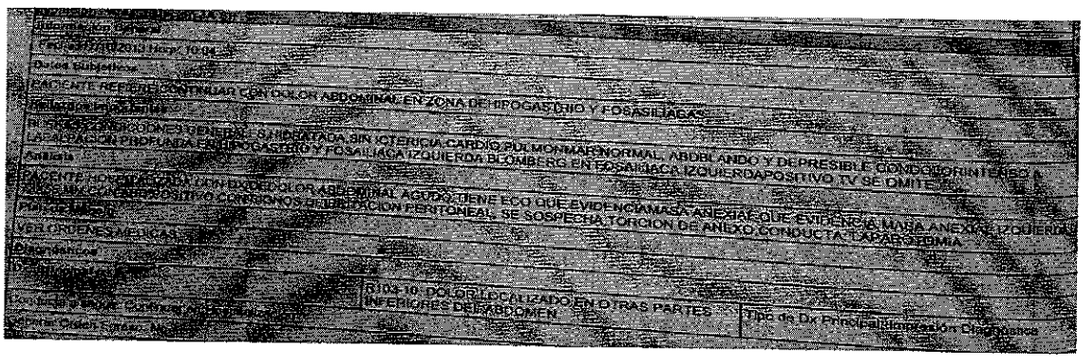
[3] Quistes de ovario incidentales. Se proporciona un método para evaluar los quistes de diagnóstico dudoso. Autor: Elisa K. Ross, Medhi Kebria. Cleveland Clinic Journal Of Medicine Volume 80 • Number 8 August 2013 503

Tercero, "se sugiere correlacionar con hallazgos y estudios complementarios". Debe entenderse que es asociar el resultado de la ecografía trasabdominal, con la historia clínica de la paciente, el examen físico y los signos y síntomas presentados por la menor del dolor pélvico persistente en fosa iliaca izquierda que no cedía a pesar de la administración de medicamentos analgésicos.

Los estudios complementarios hacen referencia a los exámenes de laboratorio: cuadro hemático completo y parcial de orina.

AL HECHO-6. ES CIERTO. Como se refirió anteriormente la ecografía trasabdominal realizada a LIZBETH TATIANA ÁNGULO, evidencio un quiste de a próximamente 7cm en el ovario izquierdo de la paciente.

Con el reporte de esta ecografía que mostraba un quiste de gran tamaño, más el cuadro clínico de la paciente, con signos claros de dolor pélvico persistente irradiado en fosa iliaca izquierda que no cedía con la administración de medicamentos analgésicos, el doctor GILBERTO MESSA sospechó de una TORSIÓN DE OVARIO, tal y como lo dejo registrado en la historia clínica y determinó con conducta a seguir cirugía (LAPAROTOMÍA).



El término torsión de ovario hace referencia a la rotación completa o parcial del ovario sobre sus elementos de soporte, lo que conlleva una disminución o pérdida completa de su aporte sanguíneo. Por lo que es considerada como una urgencia ginecología que requiere de intervención quirúrgica[4].

Esta patología puede afectar a mujeres en todos los rangos de edad, siendo más frecuente en pacientes en edad fértil. Es muy importante el diagnóstico de sospecha y la rápida actuación para preservar los ovarios y/o la función de las trompas y evitar otro tipo de morbilidad asociada. Sin embargo, realizar el diagnóstico, en la mayoría de los casos, resulta difícil debido a que los síntomas son relativamente inespecífico[5], así lo ratifica la literatura médica científica[6]:

> *"La torsión de un anejo es un proceso poco frecuente, pero todavía más la torsión aislada de la trompa, siendo excepcionales los casos que se presentan. Por otro lado, su diagnóstico es complicado y en la mayoría de los casos se establece* a posteriori. ***Sólo mediante cirugía***

[4] https://www.agrupacionginecologica.es/es/actualidad/torsion-ovarica-cuadro-clinico-poco-comun-pero-puede-poner.

[5] Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia versión On-line ISSN 2304-5132 Rev. peru. ginecol. obstet. vol.61 no.4 Lima oct./dic. 2015. ARTÍCULO ORIGINAL. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años.

[6] Torsión tubárica en una niña de 11 años. Author. J.Quesada L.Aceituno. R.Rodríguez A.I.Barqueros. J.López. M.Olivar. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Volume 30, Issue 3, 2003, Pages 99-102.Publicado en ELSEIVER.

127

> ***exploradora podremos llegar al diagnóstico definitivo*** *que, por otro lado, la mayoría de las veces se efectúa demasiado tarde, lo que no permite la conservación de la trompa afectada"*(Destacado fuera de texto).

De lo anterior se puede colegir que ante la sospecha clínica de que la menor estaba cursando por una torsión de ovario, se hacía mandatorio realizar la intervención quirúrgica para intentar salvar el ovario y precaver mayores complicaciones que pudiese presentar la paciente.

AL HECHO-7. ES CIERTO. Como se refirió anteriormente la menor tenía una Ecografía que evidenciaba un gran quiste en el ovario izquierdo, y dolor pélvico persistente irradiado en fosa iliaca izquierda, que hacía que su diagnóstico fuese compatible con una torsión de ovario, lo que hacía que la cirugía estuviese totalmente indicada y así se señala la literatura médica aplicable al caso:

> ***"El tratamiento quirúrgico está recomendado en pacientes sintomáticas con sospecha de torsión o malignidad***[7]."(Destacado fuera de texto).

En igual sentido lo refiere el siguiente artículo médico, sobre el tratamiento de torsión de ovario[8]:

> "***Ante la sospecha, es oportuna una evaluación en quirófano,*** *y el manejo posterior dependerá de los hallazgos y la edad de la paciente. Se ha demostrado la seguridad y la eficacia de la conservación del ovario, cuando es posible. La mayoría recupera su forma y función previa, incluso si parecen isquémicos tras la destorsión por la laparoscopia".*

AL HECHO-8. NO ES CIERTO como lo señala el demandante que la cirugía practicada a LIZBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA, el 17 de octubre de 2013 fuese realizada por los médicos RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA y GILBERTO MESSA MOSQUERA. Basta con hacer una lectura rápida de la historia clínica y en especial la nota operatoria, para identificar los especialistas que realizaron el procedimiento. El especialista en ginecología Dr. DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS es quien realiza el procedimiento de laparotomía exploratoria.

La menor LIZBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA, al ser una paciente institucional, que ya tenía un plan de conducta definido por otro ginecólogo, que era la cirugía, y fue intervenida quirúrgicamente cuando estaba asignado a turno de cirugía el doctor DARÍO ALBERTO SANTACRUZ y como ayudante quirúrgico el doctor GILZAN JAVIER NARVÁEZ.

Antes de la intervención quirúrgica el doctor SANTACRUZ valora a la paciente, la historia clínica, los exámenes de laboratorio y la ecografía trasabdominal, para confirmar que efectivamente la menor tenga criterio quirúrgico.

---

[7] QUISTES OVARICOS EN RECIEN NACIDAS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: ASPECTOS ULTRASONOGRAFICOS. Revista Chilena de Radiología. Vol. 12 Nº 1, año 2006; 15-20.

[8] Dolor abdomino-pélvico en ginecología. R. Ezcurra, N. Lamberto, V. Peñas. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1

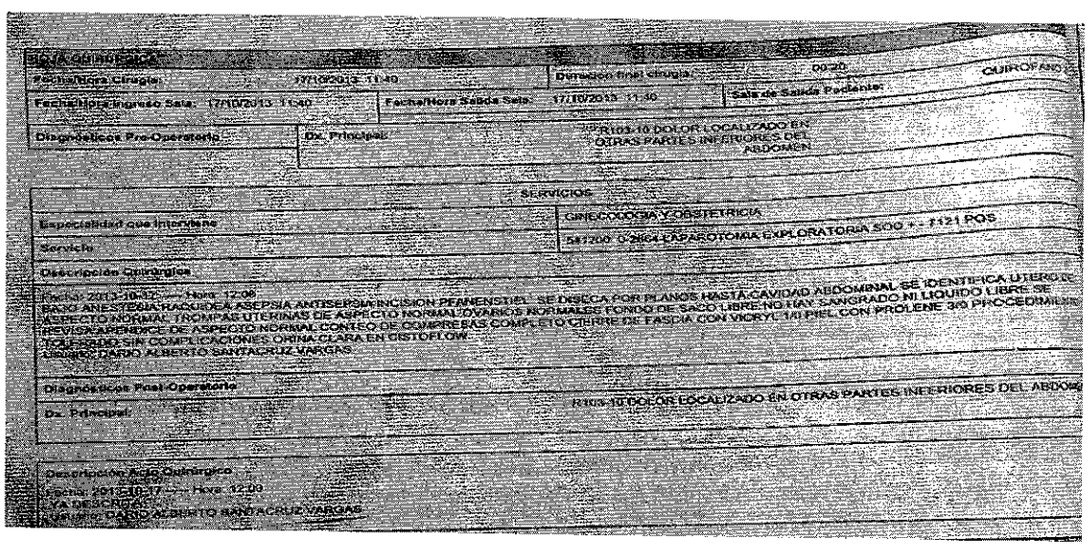
202

Compartiendo el concepto del doctor GILBERTO MESSA ante la sospecha de torsión de ovario, el doctor SANTACRUZ decide realizar el procedimiento de laparotomía exploratoria, que como está avalado por la literatura médica y la medicina basada en la evidencia, si se sospecha una torsión anexial que es confirmada por ecografía, y que aunado a ello en el caso de la menor que se trataba de un quiste que la ecografía reportaba como grande y que estaba produciendo síntomas, debía realizarse una laparotomía para intentar salvar el ovario, y solo mediante la exploración quirúrgica se podría permitir confirmar o descargar la sospecha diagnóstica de torsión de ovario.

> *"La torsión de un anejo es un proceso poco frecuente, pero todavía más la torsión aislada de la trompa, siendo excepcionales los casos que se presentan. Por otro lado, su diagnóstico es complicado y en la mayoría de los casos se establece* a posteriori. ***Sólo mediante cirugía exploradora podremos llegar al diagnóstico definitivo*** *que, por otro lado, la mayoría de las veces se efectúa demasiado tarde, lo que no permite la conservación de la trompa afectada*[9]"(Destacado fuera de texto).

Previo a la cirugía el doctor DARÍO SANTACRUZ, de forma oportuna y diligente explica a los padres de la menor y a LIZBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA, en que consiste el procedimiento de laparotomía exploratoria, cuales son los riesgos de la laparotomía y los riesgos personalizados de la cirugía al ingresar al ovario y la implicación de no realizar el procedimiento, tal y como consta en el consentimiento informado que obra a folio No. 116 de la historia clínica aportada por la demanda CLÍNICA VERSALLES.

La intervención quirúrgica se llevó a cabo cumpliendo todos los protocolos, y dentro del procedimiento quirúrgico el doctor DARÍO ALBERTO SANTACRUZ, no evidencio en el ovario izquierdo el quiste que reportaba la ecografía trasabdominal. Encontró los ovarios normales, con fondo de saco libre, sin sangrado o líquido que permitiera establecer que se hubiese presentado una ruptura del quiste, por lo que procedió terminar el procedimiento, sin que se presentaran complicaciones durante el mismo. Folio 19 reverso y 23 de la historia clínica aportada con la demanda.


Fecha/Hora Ingreso Sala: 17/10/2013 11:40
Fecha/Hora Salida Sala: 17/10/2013 11:50
Diagnósticos Pre-Operatorio
Dx. Principal:
R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
SERVICIOS
Especialidad que Interviene: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Servicio: 541200 0-2864 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD +- 1121 POS
Descripción Quirúrgica
Fecha: 2013-10-17 --- Hora: 12:00
BAJO ANESTESIA RASQUDEA ASEPSIA ANTISEPSIA INCISION PFANNENSTIEL SE DISECA POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL SE IDENTIFICA UTERO DE ASPECTO NORMAL TROMPAS UTERINAS DE ASPECTO NORMAL OVARIOS NORMALES FONDO DE SACO LIBRE NO HAY SANGRADO NI LIQUIDO LIBRE SE REVISA ASPECTO DE ASPECTO NORMAL CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 1/0 PIEL CON PROLENE 3/0 PROCEDIMIENTO TOLERADO SIN COMPLICACIONES ORINA CLARA EN DISTOFLOW
Cirujano: DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS
Diagnósticos Post-Operatorio
Dx. Principal:
R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOM
Descripción Acto Quirúrgico
Fecha: 2013-10-17 --- Hora: 12:00
CIRUJANO: DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS

[9] QUISTES OVARICOS EN RECIEN NACIDAS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: ASPECTOS ULTRASONOGRAFICOS. Revista Chilena de Radiología. Vol. 12 N° 1, año 2006; 15-20.

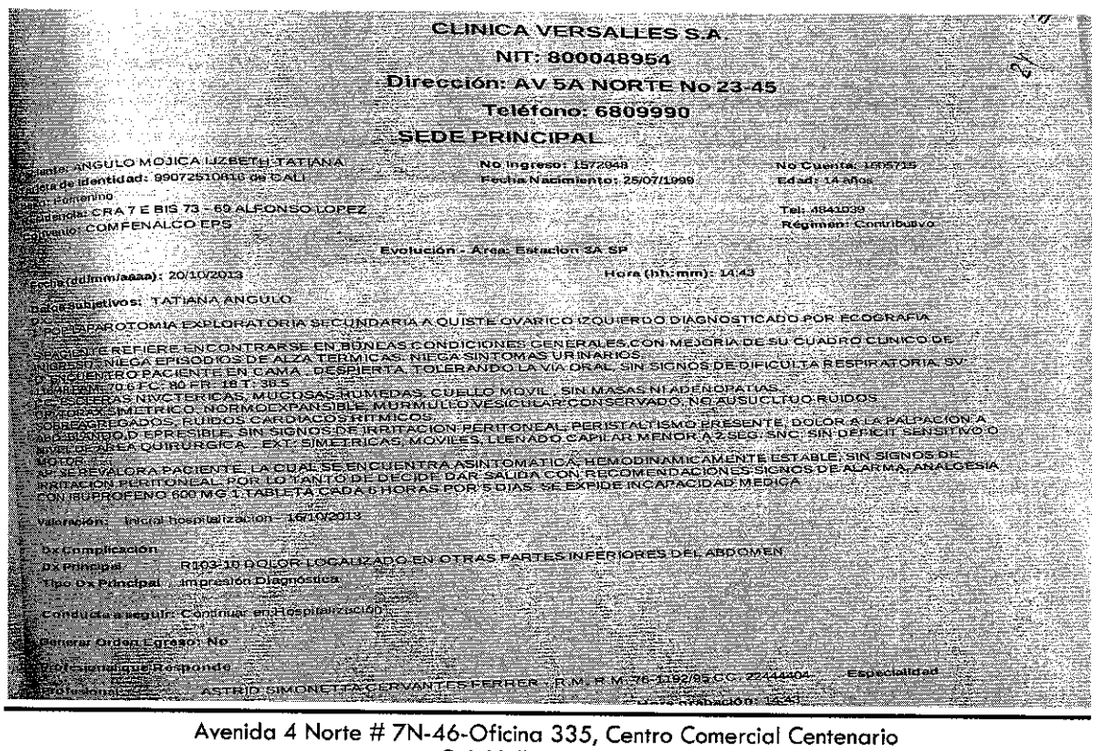
201

Después del procedimiento quirúrgico, la paciente es traslada a sala de recuperación donde se recupera satisfactoriamente de la cirugía.

El doctor SANTACRUZ no realiza ninguna otra intervención y/o valoración con la menor, pues como se mencionó anteriormente se trata de una paciente institucional que una vez que cumple con su periodo de recuperación de la cirugía, continua con el manejo multidisciplinario dispuesto por la clínica VERSALLES. En ese orden de ideas el doctor GILBERTO MESSA valora la paciente el día 18 de octubre de 2013 y ante la cirugía que no evidenció una patología pélvica ginecológica, ni anomalías, ni malignidad en el ovario de la paciente, decide en forma diligente continuar con la hospitalización de la menor para seguir estudiando la causa del dolor abdominal. Folio 20 de la historia clínica aportada con la demanda.

S: PACIENTE REFIER PASAR BUENA NOCHE, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS. O: ENCUENTRO PACIENTE SENTADA, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: TA: 100/80, FR: 19, FC: 90, SATO2: 99%, T: 36. EF: C/C: NORMOCEFALA, CUELLO MOVIL CENTRADO, NO DOLOSO SIN PRESENCIA DE MASAS, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENAS INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, MV PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN PRESENCIA DE SOBREAGREGADOS. ABD: DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSAS ILIACAS. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE. GU: NORMOCONFIGURADA EXT: SIMETRICAS, MOVILES, SIN PRESENCIA DE EDEMA. SNC: SIN DEFICIT APARENTE. A/P: PACIENTE DE 14 AÑOS HOSPITALIZADA EN EL CONTEXTO DE DOLOR ABD AGUDO CON ECO QUE EVIDENCIA MASA ANEXIAL IZQUIERDA, SE LLEVA A LAPAROSCOPIA LA CUAL NO EVIDENCIAN ANMALIAS NI MALIGNIDAD, NORMAL, POR LO CUAL SE DECIDE CONTINUAR HOSPITALIZACION PARA ESTUDIO DE DOLOR ABD. POR LO CUAL SE SS DREPANOCITOS, HEMOGRAMA. UROCULTIVO , SE DEJA IGUAL MANEJO, Y UROBILINOGENO EN 24 HORAS PARA DESCARTAR PORFIRIA.		
Diagnósticos		
Dx. Principal	R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	Tipo de Dx Principal: Impresión Diagnóstica
Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización		
Generar Orden Egreso: No		
18/10/2013 11:08 GILBERTO MESSA MOSQUERA - R.M. R.M. 13014/81 CC. 14985532 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		

La paciente continua bajo observación y estudio médico, durante los días 18, 19 y 20 de octubre de 2013, y ante la mejoría de su cuadro clínico de ingreso, el 20 de octubre de 2013, se da egreso de la clínica VERSALLES, encontrándose la menor en buenas condiciones generales, hemodinamicamente estable, tolerando vía oral, con signos vitales normales, sin dificultad respiratoria, sin dolor abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Folio 24 de la historia clínica aportada con la demanda.



CLINICA VERSALLES S.A.
NIT: 800048954
Dirección: AV 5A NORTE No 23-45
Teléfono: 6809990
SEDE PRINCIPAL

Evolución - Area: Estacion 3A SP

Fecha(dd/mm/aaaa): 20/10/2013 Hora (hh:mm): 14:43

DatosSubjetivos: TATIANA ANGULO

POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SECUNDARIA A QUISTE OVARICO IZQUIERDO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA

REFIERE ENCONTRARSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO DE INGRESO NIEGA EPISODIOS DE ALZA TERMICAS. NIEGA SINTOMAS URINARIOS

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA , DESPIERTA, TOLERANDO LA VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTA RESPIRATORIA. SV:

ESCLERAS NIVCTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL , SIN MASAS NI ADENOPATIAS

RUIDOS SOBREAGREGADOS , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE AREA QUIRURGICA , EXT: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR ETC

AP: SE REVALORA PACIENTE, LA CUAL SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, POR LO TANTO SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA, ANALGESIA CON IBUPROFENO 600 MG 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. SE EXPIDE INCAPACIDAD MEDICA

Valoración: Ingreso hospitalización - 16/10/2013

Dx Complicación

Dx Principal: R103-10 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

Tipo Dx Principal: Impresión Diagnóstica

Conducta a seguir: Continuar en Hospitalización

Generar Orden Egreso: No

Profesional que Responde

Profesional: ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER R.M. R.M. 76-1192/95 CC: 22444404 Especialidad

Fecha y hora de Impresión: 16:43

202

AL HECHO-9. NO ES CIERTO lo que afirma el demandante en este hecho que: *"los médicos RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ y GILBERTO MESSA MOSQUERA, no le realizaron exámenes o estudios complementarios, recomendados o concluidos por la Dra. PAOLA A. OTERO y así haber evitado el dolor caudado a la menor con la cirugía."*

El apoderado del extremo activo de la Litis descontextualiza la historia clínica y lo indicado por la Dra. PAOLA OTERO, lo que se debe interpretar sobre la conclusión de la ecografía de las *"LIMITACIONES DEL ESTUDIO POR LA TÉCNICA TRASABDOMINAL, SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HALLAZGOS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS"*.

Primero, es menester indicar que la ecografía es el estudio de imagen de elección para evaluar los quistes y tumores anexiales, y por lo tanto es el paso de elección después de hacer la historia clínica, realizar el examen físico y obtener los análisis de sangre.

Segundo, las "limitaciones del estudio por la técnica trasabdominal" hacen referencia a que idealmente estas ecografías deberían tomarse por vía pélvica, pero en el caso LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA no estaba indicada realizar la ecografía pélvica transvaginal, toda vez que se trataba de una menor de edad que no había iniciado su vida sexual, como ya se mencionó anteriormente ello está avalado por la literatura médica de esta especialidad.

Tercero, "se sugiere correlacionar con hallazgos y estudios complementarios". Debe entenderse que es asociar el resultado de la ecografía trasabdominal, con la historia clínica de la paciente, el examen físico y los signos y síntomas presentados por la menor del dolor pélvico persistente en fosa iliaca izquierda que no cedía a pesar de la administración de medicamentos analgésicos.

Los estudios complementarios hacen referencia a los exámenes de laboratorio: cuadro hemático completo y parcial de orina.

Por lo anterior se concluye, que **NO ES CIERTO** que a LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA no se le hayan realizado todos los estudios para buscar la causa de su dolor pélvico abdominal, tal como se demuestra con la historia clínica a la paciente se le colocó a su disposición y alcance un equipo médico especialista que valoró constantemente sus condiciones clínicas y físicas, se prescribieron medicamentos, se tomaron exámenes de laboratorio, se solicitaron las ayudas diagnósticas de primera línea y se llevó a cirugía cunado fue necesario.

NO ES CIERTO que se hubiese podido evitar la cirugía, como se ha sostenido a lo largo de esta contestación, la paciente tenía todo un cuadro clínico compatible con una torsión de ovario, sintomático, es decir, con un dolor pélvico abdominal irradiado a fosa iliaca izquierda, con una ecografía que reportaba un quiste de gran tamaño, por lo que solo la intervención quirúrgica podía permitir confirmar o descartar la sospecha diagnóstica. Así se informa en el siguiente artículo de revisión médica[10]:

[10] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-93082006000100006&script=sci_arttext.

203

> ***"No existe una prueba perfecta para la evaluación preoperatoria de una masa quística ovárica. Cada método tiene su inconveniente. Por lo tanto, National Institutes of Health estima que en EE. UU. el 5% al 10% de las mujeres se someterá, en su vida, a la exploración quirúrgica de un quiste de ovario y solo el 13% al 21% de estos quistes serán malignos."***

AL HECHO-10. NO ES CIERTO que *"la herida quirúrgica a causa de la cirugía cause mucho dolor a la paciente"*, tal y como lo afirma el demandante.

Lo primero que se tiene que decir, es que la paciente LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA después de 5 años de la intervención quirúrgica, no tiene una herida quirúrgica, sino una cicatriz.

Tal como está consignada en la nota operatoria del doctor SANTACRUZ, cuando realizó el procedimiento de laparotomía exploratoria en octubre 17 de 2013 a LISBETH ÁNGULO, realizó una Incisión llamada de Pfannenstiel[11]:

> ***"Incisión de Pfannenstiel.*** *Incisión transversal realizada a unos 3 cm por encima del pubis y que permite realizar las intervenciones quirúrgicas pélvicas. Los resultados estéticos son mejores que en las incisiones longitudinales abdominales."*

Esta incisión que es necesaria para realizar la cirugía, es la más cosmética de todas las incisiones que se pueden realizar a nivel abdominal, ya que la cicatriz quedará cubierta por el vello genital de la mujer; es usada frecuentemente en ginecología y obstetricia por su buen resultado estético, y a su vez permite el mismo acceso a la pelvis que una laparotomía media infraumbilical, es decir, la incisión tradicional de la laparotomía exploratoria (en el centro del abdomen).

Respecto del dolor esto es una consideración subjetiva, pues los artículos de revisión médica relación el dolor de esta clase de incisión en pacientes postcesárea y nada se reporta sobre pacientes postlaparotomía ginecológica.

AL HECHO-11. NO ES CIERTO que en el caso de la paciente ÁNGULO haya existido un "mal diagnóstico" como lo afirma el apoderado del extremo activo de la Litis.

En este punto se hace importante aclarar que si bien es cierto la ecografía trasabdominal realizada a LISBETH ÁNGULO, en octubre de 2013 reportaba en el *"anexo izquierdo una masa de 73 x 55 mm"*, dicha ayuda diagnóstica que es la considerada de primera línea para el estudio de patologías ginecológicas, no es 100% especifica, ni 100% sensible, ni mucho menos 100% falible. Tanto la sensibilidad como la especificidad proporcionan información acerca de la probabilidad de obtener un resultado concreto (positivo o negativo) en función de la verdadera condición del enfermo con respecto a la enfermedad, pero infortunadamente ninguna prueba da el 100% de precisión.

La medicina es una ciencia de probabilidades y un arte de manejar la incertidumbre. Dicha incertidumbre se extiende no sólo a las actividades preventivas, terapéuticas y pronosticas sino también a las diagnósticas. De ahí que las ayudas que como su nombre lo indica, "ayudas diagnósticas", son en

[11] REF. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

las el profesional se apoya para guiar su diagnóstico, es por ello que asocia esa estudio ecográfico con la historia clínica, con los signos y síntomas presentados por la paciente, su examen físico y demás exámenes de laboratorio que permitan definir una conducta.

Es por ello que se concluye que en el caso de LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA, no existió un error de diagnóstico por su cuadro clínico era compatible a una torsión de ovario, el cual hacia mandatorio la cirugía para confirmar o descartar la sospecha inicial.

AL HECHO-12. NO ES UN HECHO, es una apreciación subjetiva del demandante. No obstante, como se mencionó anteriormente la incisión necesaria para practicar el procedimiento quirúrgico a la paciente, es la más estética de todas las incisiones que se pueden hacer a nivel abdominal cuya cicatriz queda cubierta por el vello genital.

AL HECHO-13. NO NOS CONSTA lo que narrado por la demandante en este hecho, pues se trata de circunstancias de su esfera privada.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con fundamento en la contestación de esta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa ni obligación pendiente, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al doctor DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS ya que su actuar fue el adecuado, correcto y aceptado por la ciencia médica actual en su condición de especialista en ginecología, habiéndole prestado por su parte a la paciente la atención médica necesaria. Especialmente nos oponemos a:

PRIMERO: Nos oponemos A que se declare civilmente responsable y al pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al Dr DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS ya que nunca actuó con negligencia y mucho menos actúo con desconocimiento profesional, dispuso de todo su cuidado y pericia para brindar una adecuada atención a LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA

SEGUNDO: Nos oponemos al reconociendo de los perjuicios inmateriales

A. **PERJUICIO MORAL. NOS OPONEMOS** al reconocimiento por concepto a título de "PERJUICIO MORAL" de 400 SMLMV a favor de la señora LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA. Teniendo en cuenta que la suma solicitada por la demandante es ostensiblemente desproporcionada a los límites Jurisprudenciales, pretende un enriquecimiento sin justa causa, sin sustento jurídico o probatorio. Esta pretensión debe descartarse por carecer de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas.

   Hay que recordar que para la tasación de dicho daño moral debe aplicarse el mencionado test de proporcionalidad. Así, además de referirse a los subprincipios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad stricto sensu, se ha esbozado por la jurisprudencia uno topes máximos de indemnización que estandariza la cuantía del perjuicio.

295

B. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN. NOS OPONEMOS al reconocimiento por concepto a título de "DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN" de 400 SMLMV a favor de la señora LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA.

Debo indicar que tampoco es procedente esta pretensión por cuanto primero debe probarse el nexo causal, la negligencia de la que aquí se acusa a la médica tratante. Sólo y en el caso de tal declaración procederá la revisión de este perjuicio.

Requisitos y efectos:

- La existencia e intensidad del perjuicio debe ser demostrada dentro del proceso por la parte demandante.
- Se refiere tanto a la imposibilidad de gozar de los placeres de la vida, como de las simples actividades rutinarias que ya no pueden realizarse. Por lo anterior, este perjuicio se refleja en la vida exterior o social del individuo.
- **Se requiere que se afecte de modo superlativo las condiciones habituales de vida del individuo que padece el daño.**

Además de lo anterior para este concepto se omiten pruebas que relacionen su afectación, si es que la hubiere, a la causa del presente proceso. Por tanto esta pretensión debe descartarse.

C. DAÑO A LA SALUD. NOS OPONEMOS al reconocimiento por concepto a título de "DAÑO A LA SALUD" de 400 SMLMV a favor de la señora LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA.

El perjuicio solicitado a título de daño a la salud no debe ser reconocido, pues en nuestro país el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños, motivo por el que, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado "daño a la salud o fisiológico" en jurisdicción contencioso administrativa, y "daño a la vida en relación" en jurisdicción ordinaria; sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.

Desde esa panorámica, los daños a la vida de relación o a la alteración de las condiciones de existencia, no podrán servir de instrumento para obtener la reparación del daño a la salud, es decir, son improcedentes para reparar las lesiones a la integridad psicofísica.[12]

Razón de lo anterior los demandantes al solicitar sumas que van en abierta contravía de las cuantías sugeridas por la Corte Suprema de Justicia, la cual tasa en dinero y no en salarios mínimos mensuales

[12]Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 14 de septiembre de 2011, expedientes n.os 19.031 y 38.222, M.P.: Enrique Gil Botero.

286

legales vigentes y las dispuestas por el Consejo de Estado en Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014 y al solicitar que se repare el mismo concepto del supuesto perjuicio varias veces y sin sustento legal y jurisprudencial para reclamar las desproporcionadas sumas, se pretende por el extremo activo de la Litis un ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA, que no puede ser llamado a prosperar.

III. Al JURAMENTO ESTIMATORIO

Si bien no estimamos objetar el juramento estimatorio por tratarse de perjuicios inmateriales, pues incurre en un error el demandante al realizar el juramento estimatorio sobre los perjuicios inmateriales, pues como se mencionó este no aplica para cuantificar perjuicios de carácter extrapatrimonial, y nada dijo sobre perjuicios de carácter patrimonial, nos oponemos a cada una de los perjuicios solicitados por los demandantes por carecer de sustento jurídico y probatorio.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

1- <u>INEXISTENCIA DE ERROR DE DIAGNÓSTICO</u>

Ya quedó establecido que de conformidad con los signos y síntomas que arrojaba la paciente, el diagnóstico no fue errado; no obstante y con el fin de despejar toda sombra de duda frente al comportamiento del Dr. DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS, debe dejarse muy en claro que no todo error en el diagnóstico equivale a culpa o negligencia, veamos:

> *"No se puede pedir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad, de lo contrario, todas las complicaciones posibles y las muertes probables, deberían ser 'pagadas' por los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado se origina en acto negligente que no sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y circunstancias del momento en el cual se evalué el caso".*
>
> *"El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la "anamnesia", vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.*
>
> *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 diagnosticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin*

duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él.

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

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

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

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico"[13] .

Téngase en cuenta además que la jurisprudencia ha señalado que el diagnóstico es la parte más conjetural de la medicina y, por esta razón, no

[13] CSJ Civil, 26 de noviembre 2010, Pedro Octavio Munar, pp. 17-18

constituye una culpa en sí, salvo si se trata de un error grave. "*los médicos en una materia tan delicada como es frecuentemente el diagnóstico de las enfermedades, no serán jamás responsables de sus errores salvo si éstos son el resultado de una culpa, de una inhabilidad evidente*"[14]. De igual manera, "*la medicina no forma parte de las ciencias exactas, intervienen con frecuencia elementos inaprensibles, se interfieren y sorprenden riesgos extraños de difícil previsibilidad, propiciando errores de diagnóstico, dentro de tolerables márgenes, que pueden escapar al rigor de la incriminación*"[15].

Ahora bien, no siempre culpa es sinónimo de responsabilidad; En otros términos, constituye una carga del extremo demandante acreditar que el hecho de haber efectuado un diagnóstico errado fue lo que generó el daño invocado. La sola demostración del error no basta para desencadenar la declaratoria de responsabilidad del demandado, por cuanto aunado a ese hecho se impone la prueba de que esa circunstancia fue la base de la patología por la cual se reclama.

Por consiguiente, la responsabilidad a partir de un régimen subjetivo no está determinada por el reproche que, de forma eventual, pueda imputársele sino porque el comportamiento negligente o imprudente fue, en el plano fáctico, el causante del daño antijurídico.

2. AUSENCIA DE DAÑO

Bajo el entendido de que el daño, la conducta culposa o dolosa y la relación causal entre el daño y la conducta, son los tres elementos necesarios para que se estructure la responsabilidad civil, es el daño el primer elemento que se debe abordar en un juicio de responsabilidad por ser en palabras del Dr. Hinestrosa "*... la razón de ser de la responsabilidad, y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en sí, precisando sus distintos aspectos y cuantía, ha de ocupar el primer lugar, en términos lógicos y cronológicos, en la labor de las partes y el Juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le puedo evaluar, hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultará necio e inútil...*"[16], que al no estar presente torna inútil el estudio de la misma o lo que es lo mismo, el daño es la causa de la reparación y si éste no se ha sufrido, lo que se busca es un enriquecimiento sin causa.

En el presente caso, es claro que no existe un daño que alegar y por lo tanto tampoco que reparar, pues alega el extremo actor que básicamente el daño sufrido por LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA, es una cicatriz en el pubis originada por la cirugía del 15 de octubre de 2013, como consecuencia de un mal diagnóstico que la ha llevada a cambiar su forma de vestir.

---

[14] FR. Tribunal Civil de Nantes sur Seine, 26-I-1912
[15] ES, Trib Supremo, 29-III-1988.
[16] Henao, Juan Carlos, "EL DAÑO" ANALISIS COMPARATIVO DE LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL ESTADO EN DERECHO COLOMBIANO Y EN DERECHO FRANCES, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, ABRIL DE 2007, PÁG. 36.

A pesar de estas manifestaciones, en el presente caso se puede evidenciar que no hubo un error en el diagnóstico inexcusable que hiciera incensario el procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria, cuya cicatriz reclama la demandante como objeto de indemnización y que no estuviese el deber jurídico de soportar.

En este sentido, me permito reiterar la ausencia de un daño imputable a mi poderdante y por consiguiente solicito declarar probada la presente excepción ante la evidencia de ausencia de daño.

3. AUSENCIA DE CULPA DEL Dr. DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS

En materia de responsabilidad médica, para que exista y sea declarada la responsabilidad, es necesario que se presente la figura jurídica de la culpa, es decir que haya culpa por parte del profesional de la salud en su actuar, lo cual en el presente caso no se dio.

Véase como en este caso, se obró de manera diligente pues la paciente ingresa a la CLÍNICA VERSALLES, refiriendo cuadro clínico de dolor abdominal especialmente en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal, pero con dolor persistente el cual no mejoraba a la aplicación de analgésicos. Le realizan ecografía en la cual reportan la presencia de quiste de ovario izquierdo, posteriormente la paciente es valorada y le encuentran signos de irritación peritoneal y sospechan que cursa con quiste torcido de ovario y le indican la realización de una laparotomía exploratoria, la cual es realizada por el Dr. SANTACRUZ y no encuentra ninguna alteración en los órganos internos de la paciente, procede a cerrar, y trasladan a la paciente a recuperación y posteriormente a hospitalización para seguir con su manejo. Por la mejoría de la paciente y al no presentar el cuadro de dolor abdominal es dada de alta en buenas condiciones generales.

De esta manera, se observa claramente que no existe ninguna actuación (conducta) de mi poderdante, de la cual se le pueda atribuir culpa, sino por el contrario, que su conducta fue excesivamente diligente y cuidadosa, y al no existir culpa, como se ha dicho, ésta situación destierra cualquier principio de responsabilidad, por lo que consecuentemente, se debe exonerar a mi representado de todas las pretensiones de la demanda.

4-LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente, pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

212

V. A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

A los testigos solicitados por la parte demandante ruego se me permita contrainterrogarlos.

VI. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DEMANDADO DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS

A. DOCUMENTALES APORTADAS

Por ser PERTINENTES y CONDUCENTES, y en aras de preservar los principios y garantías constitucionales, se le solicita a su Señoría decrete las siguientes pruebas:

- Hoja de vida y copia de diplomas del Doctor DARÍO ALBERTO SANTACRUZ que lo acreditan como GINECÓLOGO. (14 folios). **Pertinencia:** Prueba la idoneidad de mi poderdante para realizar laparotomía exploratoria la paciente LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA

- Hoja de vida y copia de diplomas del Doctor GILBERTO MESSA MOSQUERA que lo acreditan como GINECÓLOGO. (17 folios). **Pertinencia:** Prueba la idoneidad del doctor MESSA para brindar tratamiento a la paciente.

LITERATURA MÉDICA CIENTÍFICA:

- DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO EN GINECOLOGÍA. R. Ezcurra, N. Lamberto, V. Peñas. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1. (5 folios).

C.PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

- Solicito señora juez, se SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA DR. GILZAN JAVIER NARVÁEZ, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Av. 5a Nte. #23N-46/57 Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** El especialista que participo en la cirugía de LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA.

- Solicito señora juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICA ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA DRA. PAOLA A. OTERO, quien participó en la

211

atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Av. 5a Nte. #23N-46/57 Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** La especialista que realizó la ecografía a LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA

- Solicito señora juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICA ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA DRA. ASTRID SIMONETTA CERVANTES FERRER, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Av. 5a Nte. #23N-46/57 Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** El especialista valoró a LISBETH TATIANA ÁNGULO MOJICA y dio egreso de la institución.

D.INTERROGATORIO DE PARTE

- Solicito señora juez, se sirva citar a la DEMANDANTE, para que rinda INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna.

- Solicito a su señoría como garantía al derecho de defensa y el debido proceso disponga INTERROGATORIO DE PARTE al codemandado GILBERTO MESSA MOSQUERA.

E.DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud el artículo 165 del Código General del Proceso, vigente al momento de contestar la demanda y aplicable en la etapa probatoria:

> *"Art.165* ***MEDIOS DE PRUEBA.*** *Son medios de prueba la* ***declaración de parte****, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.*
>
> *El juez practicará las pruebas no previstas en este código de acuerdo con las disposiciones que regulen medios semejantes o según su prudente juicio, preservando los principios y garantías constitucionales"* (Negrilla fuera de texto)

Ruego a su señoría hacer comparecer a su despacho al demandado Dr. DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS quien podrá ser ubicado en la notificación de la contestación de la demanda, para que en Declaración de parte en forma escrita o verbal le formularé y que versará sobre los hechos de la demanda y sus contestaciones.

212

F- <u>DICTAMEN PERICIAL DE PARTE</u>

De conformidad con lo dispuesto en el artículo artículos 227 y siguientes del Código General del proceso, me permito manifestarle su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA**, para lo cual, es insuficiente el termino para contestar la demanda para aportar dicho DICTAMEN.

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días, para aportar el **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE** que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA,** de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

Me permito copiar el artículo 227 del Código General del Proceso que permite lo solicitado:

> ***"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.*** *La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas.* ***<u>Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días</u>****. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.* (Subrayas y negrillas son mías).
>
> *El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado"*

VII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículos 1604, 2341 a 2360 del Código Civil. Artículos 60, 96, 165,198, 206, 220 y ss, 226, 227, 228 del Código General del Proceso.

VIII. ANEXOS

- Poder conferido a mi conferido del Dr. DARÍO ALBERTO SANTACRUZ que ya obra en el expediente para efectos de notificación.
- Me permito aportar los documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales aportadas.

IX. NOTIFICACIONES

- El Dr DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGASen la Av. 4 N #4N-76, oficina 335, Centro Comercial Centenario, Cali-Valle del Cauca.
- La suscrita recibirá en la carrera Av. 4 N #4N-76, oficina 335, Centro Comercial Centenario, Cali-Valle del Cauca. Teléfonos: 321-4701345-5240655.

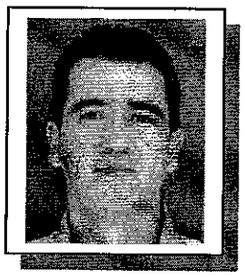
IIX. AUTORIZACIÓN DE DEPENDENCIA JUDICIAL

- Adjunto constancia de estudio de la dependiente judicial la señorita **CAMILA CRUZ MARMOLEJO**, identificada cédula de ciudadanía No. 1.144.095.690 de Cali, estudiante de derecho de la Universidad Santiago de Cali. Respetuosamente ruego reconocer tal calidad.

Con atento respeto,

LINA MARCELA BORJA RIVERA
C.C. No 1.112.459.279
T.P. No. 262.921 del C.S. de la J.
Apoderada del Dr. **DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS.**

Anexo. Lo enunciado.



HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

Nombre:	**Darío Alberto Santacruz Vargas**
Fecha de Nacimiento:	**19 de Diciembre de 1971**
Cédula de ciudadanía:	**98.380.760 de Pasto**
Estado Civil:	**Casado**
Profesión:	**Medico Ginecobstetra** **Medicina Materno-Fetal (Perinatologia)**
Dirección de Residencia:	**Calle 39 Norte # 6N41 Apto 803 Alameda de Chipichape II**
Teléfono:	**6613605**
Dirección de Consultorio:	**Carrera 38 A # 5ª100 Torre A Consultorio 224 Telefono 5584227-5586193 Centro Medico Imbanaco**
Celular:	**312-8507576**

Darío Alberto Santacruz Vargas

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA:	**Colegio Filipense Pasto**
SECUNDARIA:	**Colegio Militar Colombia** **Bachillerato Académico Militar** **Pasto, Junio de 1989**
UNIVERSITARIO:	**Universidad Libre - Seccional Cali** **Facultad de Medicina** **Enero 1991- Octubre 1.997** **Médico y Cirujano** **Cali Octubre de 1.997**
POST-GRADO:	**Universidad Libre – Seccional Cali** **Facultad de Ciencias de la Salud** **Especialización en Ginecología y Obstetricia** **Abril de 2000 – Marzo de 2004**
	Fellow Medicina Materno-Fetal **The Toledo Hospital** **Ohio- Estados Unidos** **Julio 2003-Junio 2004**
	The Fetal Medicine Foundation **Certificate of Competente in Ultrasound Examination at 11-14 weeks.**

Darío Alberto Santacruz Vargas

OTROS:

VI Congreso Colombiano de Perinatologia
Santiago de Cali, 14 al 16 de Mayo de 1999

Simposio Ginecología, Obstetricia y Perinatologia
Basadas en las Evidencias
Cali, Agosto 25,26 de 2000

III Curso Anual Anestesia – Obstetricia – Aspectos
Medicolegales Cali, Octubre 21 de 2000.

VII Congreso Colombiano de Perinatologia
Medellín, Febrero 22,23,24 de 2001

VI Simposio de actualización en Ginecología y Obstetricia
Cali, 30-31 Marzo 2001

Primer Simposio PERIVAL Nuevo Milenio
Cali, 11 Mayo de 2001

II Simposio Regional de Ginecología y Perinatologia
Basadas en las Evidencias
Cali, Septiembre 7,8 de 2001

IV Jornadas Internacionales de Actualización en Medicina
Maternofetal Bogota, Octubre 25,26 de 2001

XXIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Cartagena, Marzo de 2002.

Darío Alberto Santacruz Vargas

VIII Congreso Colombiano de Perinatología
Cartagena, Abril de 2003

IV Simposio de Ginecología y Perinatologia Basadas en las Evidencias
Cali, Marzo 5 y 6 de 2004.

XXIV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología
Cartagena, Mayo de 2004

Congreso Internacional de Medicina y Enfermería Materno Perinatal.
COMFERENCISTA.
Cali, Septiembre 2,3 y 4 de 2004.

IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia.
Cartagena, Abril 7,8 y 9 de 2005.

IV Congreso Internacional de Fertilidad y Esterilidad.
Cali, Septiembre 21,22 y 23 de 2005.

Curso de Actualización en Salud Sexual y Reproductiva
COMFERENCISTA
Lago Calima Abril 28 y 29 de 2006.

XXV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.
Medellín, Junio 6 al 10 de 2006.

Curso de Actualización en salud Sexual y Reproductiva.
COMFERENCISTA.
Cartago, Julio 14 y 15 de 2006.

Darío Alberto Santacruz Vargas

VI Simposio Regional de Ginecología y Perinatologia Basadas en las Evidencias.
COMFERENCISTA.
Cali, Agosto 18 y 19 de 2006.

IX Simposio de Actualización en cardiología Pediátrica Fetal y Neonatal.
Cali, Agosto 25 de 2006.

Simposio de Neurosonografia Fetal Normal y Anormal.
Medellín, Septiembre 1 y 2 de 2006.

IV Curso de Medicina Fetal- Diagnostico Prenatal y Terapia Fetal Avanzada
Bogota, Noviembre 11,12, y 13 de 2006.

X Congreso Colombiano de Perinatologia
Medellin Junio 28,29 y 30 de 2007.

Curso de Alto Riesgo y Cuidado Critico Obstetrico.
Medellin junio 28 de 2007.

Curso de Terapia Fetal.
Medellin junio 30 de 2007.

Curso de Doppler en Obstetricia y Ginecologia.
Medellin Junio 29 de 2007.

Curso Tematico "Ecografia Obstetrica Indicaciones e Interpretacion"
CONFERENCISTA
Cali, Septiembre 28 y 29 de 2007.

Simposio Nuevas Practicas en Ginecología y Obstetricia.
Cali 26 y 27 de Octubre de 2007.

Darío Alberto Santacruz Vargas

V Curso Internacional Medicina Fetal "Diagnostico Prenatal Y Terapia fewtal Avanzada"
Bogota 9 al 12 de Noviembre de 2007.

Curso Basico Avanzado en Ecocardiografia Fetal-ISUOG.
Bogota Noviembre 9 de 2007.

VIII Annual Meeting of the Iberoamerican Society for Prenatal Diagnosis and Therapy.
Diciembre 6-8 de 2009.

1er Curso Taller Correlacion Anatomo-Sonografica del Corazon fetal.
Profesor Philippe Jeanty
Diciembre 1-3 2011.

LASUS Latin American School of Ultrasound. Fetal Ecocardiography
Miami, Abril 25-28 de 2012

Gynecology Ultrasound Course.
Miami, Septiembrel 16-17 de 2012.

3D Ultrasound y Fetal Brain Course
Miami, Septiembre 18-19 de 2012.

Curso de ecografía Avanzado.
Ecocardio fetal-Neurosonografia fetal
Julio 13-14 de 2012.

Simposio Internacional de embarazo Gemelar.
Anthony Johnson.
Noviembre 29 de 2012.

Darío Alberto Santacruz Vargas

PUBLICACIÓNES

Uso de Nifedipina en la Hiperestimulación uterina inducida por Misoprostol. Revista Colombia Médica Volumen 34 No 3 de 2003.

Capítulo de libro publicado "Trabajo de parto normal. Intervenciones no beneficas" Ginecología Y Obstetricia Basadas En Las Nuevas Evidencias (2dª Edición) ed: Distribuna Editorial Medica , v. , p.153 - ,2008.

Secuestro Pulmonar en Embarazo Gemelar Monocorial-Biamniótico, Revista Colombiana Salud Libre; Vol. 11 Núm. 1 (2016): Revista Colombiana Salud Libre (Extra); 78 – 81.

Reporte de caso de trisomía 8 en mosaico con diagnóstico prenatal y revisión de la literatura. 51 Revista Salutem Scientia Spiritus; Vol. 2 Núm. 2 (2016)

Interrupción del Arco Aórtico. Reporte de caso. Revista Colombiana Salud Libre; Vol. 12 Núm. 2 (2017): Revista Colombiana Salud Libre; 67-70.

SOCIEDADES

Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Valle del Cauca SOVOGYN Miembro activo desde Julio de 2004.

Sociedad Vallecaucana de Perinatologia PERIVAL Miembro activo desde Julio de 2004, actualmente VICEPRESIDENTE.

Federacion Colombiana de Sociedades de Perinatologia FECOPEN desde Julio de 2004, actualmente PRESIDENTE.

Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia SEGO desde Octubre 8 de 2008 como socio correspondente extranjero código 10570.

Darío Alberto Santacruz Vargas

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
FLASOG Miembro activo desde Septiembre de 2004.

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA:	**Hospital San Roque-Guacari**
CARGO:	**Médico Servicio Social Obligatorio**
TELEFONO:	**2531211-2531311-2531312**
FECHA:	**Octubre 1997 - Febrero 1998**

EMPRESA:	**Hospital Carlos Carmona Montoya**
CARGO:	**Médico Servicio Social Obligatorio**
TELEFONO:	**328 08 47 - 328 32 02**
FECHA:	**Febrero 1998 - Octubre 1998**

EMPRESA:	**Hospital Carlos Carmona Montoya**
CARGO:	**Médico General – Sala de partos**
TELEFONO:	**328 08 47 – 328 32 02**
FECHA:	**Octubre 1998 – Diciembre 2000**

EMPRESA:	**Caja de Compensación Familiar Campesina**
CARGO:	**Coordinador Técnico de Salud**
TELEFONO:	**6671609**
FECHA:	**Agosto 1998 – Marzo 2000**

EMPRESA:	**Clínica Versalles – Cali**
CARGO:	**Medico Asistencial Partos**
TELEFONO:	**6809990**
FECHA:	**Febrero de 2002-Agosto de 2003**

Darío Alberto Santacruz Vargas

EMPRESA:	**Clínica Versalles-Cali**
CARGO:	**Ginecobstetra-Medicina Materno-Fetal Coordinador Servicio de Ginecologia y Obstetricia.**
TELEFONO:	**6809990- Ext442-518**
FECHA:	**Abril de 2004 a la Fecha.**
EMPRESA:	**COOMEVA EPS**
CARGO:	**Ginecobstetra- Medicina Materno-Fetal**
TELEFONO:	**3314142 Unidad Prevención Clínica**
FECHA:	**Septiembre de 2004 hasta Julio de 2012.**
EMPRESA:	**RAYOS X DE OCCIDENTE**
CARGO:	**Ginecobstetra- Medicina Materno-Fetal**
TELEFONO:	**4897373 EXT. 109-112**
FECHA:	**Septiembre de 2008 a Sep de 2017.**
EMPRESA:	**Clinica Corporacion Comfenalco Unilibre**
CARGO:	**Ginecobstetra- Medicina Materno-Fetal**
TELEFONO:	**320 7187530**
FECHA:	**Septiembre de 2008 Sep 2017.**
EMPRESA:	**Universidad Libre Seccional Cali**
CARGO:	**Ginecobstetra- Medicina Materno-Fetal**
TELEFONO:	**Docente Asignatura Perinatologia**
FECHA:	**Septiembre de 2008 a la Fecha.**
EMPRESA:	**Centro Medico Imbanaco**
CARGO:	**Ginecobstetra- Medicina Materno-Fetal Medico SOCIO**
TELEFONO:	**5584227-5586193**
FECHA:	**Julio de 2012 a la Fecha.**

Darío Alberto Santacruz Vargas

223

REFERENCIAS PERSONALES

RODRIGO CIFUENTES BORRERO
Ginecobstetra
Director Postgrado Ginecología y Obstetricia
Universidad Libre Seccional-Cali
Tel. 5584227

JHON E. MORALES
Médico Traumatólogo
ISS Clínica Santa Isabel de Hungría
Teléfono: 275 32 77 Palmira
Celular: 561 29 44

JORGE MOSQUERA M.
Ginecobstetra-Perinatólogo
Perinatólogos
Cel. 315-4594239

DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS
CC # 98.380.760 de Pasto

Darío Alberto Santacruz Vargas

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Dario Alberto Santacruz Vargas

C.C. No. 98.380.760 de PASTO

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

El Rector

El Secretario General

La Notaría Trece de Cali certifica que corresponde a la ORIGINAL que ha tenido a la vista.
Cali, 08 MAYO 1998
LUCIA BELL
Notaria Trece

EDITH TAGUADO
ENCARGADA
NOTARIA TRECE DE CALI

UNIVERSIDAD LIBRE RECTORIA

UNIVERSIDAD LIBRE SECRETARIA GENERAL

En la ciudad de Santiago de Cali
a 6 de Octubre de 1951
en el Folio 05 Libro

Libro de Registro

224

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Dario Alberto Santacruz Vargas

C.C. No. 98.380.760 de PASTO

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Ginecología y Obstetricia

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Rector

El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro

29 de Abril del 2002

Registro 00104[illegible] Folio 1534 Libro de Registro 07

El Decano

de SANTIAGO DE CALI

del 2004

Folio 305 Libro 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA QUINCE Dpto. del Valle del Cauca
CERTIFICA
Que el presente documento es fiel copia de su original que he tenido a la vista.
Cali, 18 JUL 2005
Ma. MERCEDES LALINDE O.
Notaria Quince de Cali

225

The Toledo Hospital

PROMEDICA HEALTH SYSTEM

Certifies That

Dario A. Santacruz M.D.

Visiting Fellow in the division of

MATERNAL - FETAL MEDICINE

July 1, 2003 - June 30, 2004

This certificate is awarded at Toledo, Ohio this 30th day of June 2004

Fernando Arias, M.D., Ph.D.
Maternal - Fetal Medicine
The Toledo Hospital

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA QUINCE
EL NOTARIO QUINCE DEL CIRCULO

04 MAR 2013

CERTIFICA
QUE ES FIEL COPIA DEL CERTIFICADO QUE FUE PUESTO A LA VISTA
PARA SU CONFRONTACION
JAVIER FRANCO SILVA
Notario Quince de Cali

226

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE PERINATOLOGÍA Y MEDICINA MATERNO FETAL

FECOPEN

CERTIFICA QUE EL DOCTOR:

DARÍO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS

Según el

"Programa de acreditación voluntario y mejoramiento de la calidad en ultrasonido obstétrico en Colombia"

Ha cumplido con los requisitos exigidos para:

Nivel de Intervencionismo Fetal

Dado en Santiago de Cali el día 09 de Enero de 2019

DARIO ALBERTO SANTACRUZ VARGAS
Presidente FECOPEN

DAHIANA MARCELA GALLO GORDILLO
Secretaria ejecutiva FECOPEN

Éste certificado tiene una vigencia de (03) años a partir de la fecha de expedición.

227

822

HOJA DE VIDA

INFORMACION PERSONAL

Nombre	:	Gilberto Messa Mosquera
Cédula de Ciudadania	:	14.985.532 de Cali
Libreta Militar	:	D 533563 Distrito 34
Dirección	:	(Carrera 79 A #10-A-27 Ciudad Capri) 11 69 # 3E-15 Manzana 4 Casa 14
Teléfono	:	~~30-26-05~~ 331 6630 La Hacienda
Ciudad	:	Cali
Lugar de nacimiento	:	Florencia (Caquetá)
Fecha de nacimiento	:	Diciembre 14, 1950
Edad	:	40 añoss
Estado Civil	:	Casado
Profesión	:	Médico Cirujano
Especialidad	:	Obstetricia y Ginecología

Buscapersonas 556 08 08 Cód. 1338

EDUCACION Y APTITUDES

BACHILLERATO

Estudios de Bachillerato completo terminados en el Colegio Fray Damián González en el año 1968

UNIVERSITARIOS

EStudios de medicina realizados en la Universidad del Valle y terminados en el año de 1977

MEDICATURA RURAL

Realizada en su totalidad en el municipio de Ulloa (Valle) en el año 1978

ESPECIALDIAD

Especializado en obstetricia y ginecologia y terminada la especialización en junio de 1986 - Universidad del Valle

230

INFORMACION GENERAL

EMPLEOS COMO MEDICO GENERAL

Nombre de la Empresa : Ecopetrol
Ciudad : Barrancabermeja
Fecha de Ingreso : 1978
Fecha de Retiro : 1981
Funciones Principales : Médico General

Nombre de la Empresa : Cafaba
Ciudad : Barrancabermeja
Fecha de Ingreso : 1980
Fecha de Retiro : 1981
Funciones Principales : Médico General

Nombre de la Empresa : I.S.S. - Los Cámbulos
Ciudad : Cali
Fecha de Ingreso : 1982
Fecha de Retiro : 1983
Funciones principales : Médico General

Nombre de la Empresa : Hospital Universitario del Valle
Ciudad : Cali
Fecha de Ingreso : 1982
Fecha de Retiro : 1983
Funciones Principales : Médico General - Consulta Externa

EMPLEOS COMO ESPECIALISTA

Nombre de la Empresa	:	Hospital Universitario del Valle
Ciudad	:	CAli
FEcha de Ingreso	:	Junio de 1986
Funciones Principales	:	Especialista de planta Docente adjunto de la Universidad del Valle

Nombre de la Empresa	:	I.S.S. Clínica Rafael Uribe Uribe
Ciduad	:	Cali
FEcha de Ingreso	:	Junio de 1986 hasta el 28 de febrero de 1988
Funciones Principales	:	Gineco-Obstreta
	:	ISS Clinica Santa Isabel - Palmira desde 1/8/90

Nombre de la Empresa	:	Profamilia
Ciudad	:	Cali
Fecha de Ingreso	:	Junio de 1987
Funciones Principales	:	Cirugía - Laparoscopia

Consultorio	:	Avenida EStación NO. 3 BN 93 piso 6o. Edificio Maria Victoria Teléfono 589834

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	:	Doctor Eduardo De Lima
Ciudad	:	Cali
Dirección	:	Imbanaco
Teléfono	:	58 37 63 - 51 42 93

Nombre	:	Doctor CArlos Quintero
Ciudad	:	Cali
Dirección	:	Hospital Universitario del Valle
Teléfono	:	58 32 03

Nombre	:	Doctor Marco Julio Velásquez
Ciudad	:	Cali
Dirección	:	I.S.S.
Teléfono	:	58 09 08 - 39 47 23

233

COLOMBIA

SECCION:

AL CONTESTAR CITESE ESTE NUMERO

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SERVICIO DE SALUD

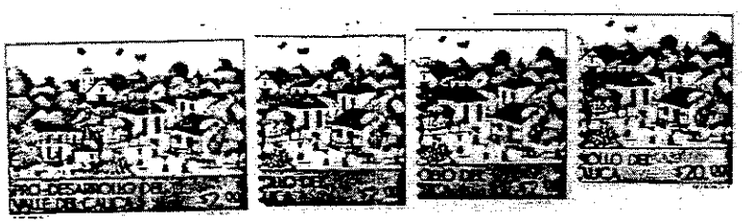
CERTIFICADO No.J- 1257

El Director del Grupo Jurídico del Servicio de Salud del Valle del Cauca, hace constar que: GILBERTO MESSA MOSQUERA --------, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 14.985.532 de Cali (V), se encuentra inscrito (a) en este despacho como MEDICO Y CIRUJANO ----------, egresado (a) UNIVERSIDAD DEL VALLE ---------, según consta en el Libro de Registro No. XXI -, Folio No. 491, Registro No. 9.255, del 9 de febrero de 1982

Dado en Cali, a los veintiún (21) días, del mes de agosto de mil novecientos ochenta y seis (1986).

TYRONE W. CARVAJAL CEBALLOS
Director
Grupo Jurídico

lmg



231

La República de Colombia
y en su nombre

La Universidad del Valle

confiere el título de

Médico y Cirujano

a

Gilberto Mesza Mosquera

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Cali, Valle del Cauca, el día 28 del mes de Enero de 1977 y lo refrenda con el sello de la Institución.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Bogotá, Nov. 26/81
Resolución No. 13014

MINISTRO

RECTOR

DECANO

SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

MINISTERIO DE EDUCACION

SECRETARIO DEL MINISTERIO DE EDUCACION

ANOTADO AL FOLIO 237-01 DEL LIBRO 26
DE DIPLOMAS

(BOGOTA) D. E. Cali, Octubre 14 DE 1.9.81

235

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 476

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 488 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 31 de Octubre de 1986, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Acuerdo No. 0202 de Septiembre 1985 - ICFES

a:

GILBERTO MESSA MOSQUERA
Identificado con C.C. 14985532

El diploma correspondiente fué entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 488.

(Fdo) Harold Rizo Otero - Rector
(Fdo) Iván Alberto Díaz Gutiérrez - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 14 de Agosto de 2014

MARTA SOFÍA COTACIO TORRES
JEFA DE DIVISIÓN (E)

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No. 1024 DE 1982
Generado por: Andrés_Hernández
Revisado por: Elizabeth López Santacruz

La República de Colombia
y en su nombre

La Universidad del Valle

confiere el título de

Especialista en Ginecología y Obstetricia

al Doctor

Gilberto Messa Mosquera

C.C. No. 14.985.532 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Cali, Valle del Cauca, el día 31 del mes de Octubre de 1988 y lo refrenda con el sello de la Institución.

Rector

Secretario de la Universidad

Decano de la Facultad de Salud

Jefe del Departamento

Jefe de Educación para Graduados

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, hace constar que el programa de _____ de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, está aprobado por esta Institución.

Presidente

Bogotá,

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 13014 DE 19

( )

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134 de 1956

y en desarrollo de la Resolución número 1820 de 1962, y

CONSIDERANDO:

Que GILBERTO MESSA MOSQUERA , con cédula de ciudadanía número

14'905.532 de Cali , ha solicitado la refrendación de su Título

de MEDICO Y CIRUJANO , que le otorgó

La Universidad del Valle , el 28 de

enero de 19 77 , y

Que dicho Título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación del Valle del Cauca al folio 237-01 del libro 36 el 14 de octubre de 1981.

Fue de acuerdo con el certificado de julio 17 de 1979, expedido por el Jefe del Servicio de Salud del Valle del Cauca, GILBERTO MESSA MOSQUERA cumplió el Servicio Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO — Autorízase a GILBERTO MESSA MOSQUERA

para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO , en el territorio

nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

Vo.Bo.

HELTER GOMEZ TRIVIÑO
Director Vigilancia y Control

Secretario General

JUDITH GUEVARA PARRA
Jefe Sección Profesiones

INSALUD 181

237

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
GOBERNACIÓN
Secretaría de Salud

0093-013-14

CONSTANCIA

Que Gilberto Messa Mosquera identificado con la Cédula Ciudadanía No.14985532 expedida en Cali-Valle, fue autorizado para ejercer como Médico y Cirujano según título que le otorgó la Universidad del Valle, el 28 de enero de 1977, mediante Resolución No. 13014 del 26 de Noviembre de 1981 expedida por el Ministerio de Salud.

Que Gilberto Messa Mosquera se encuentra inscrito en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 974 del 29 de Agosto de 2014 como Especialista en Ginecología y Obstetricia según título que le otorgó la Universidad del Valle, el 31 de Octubre de 1986.

Santiago de Cali, 29 de Agosto de 2014

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
GOBERNACIÓN
Registro - Diplomas - Secretaría de Salud

DORA LILIA BECERRA
Profesional Especializado
Tarjeta Notarial 5143

Mónica Restrepo

Valle del Cauca
Bien Hecho!

UNIVERSITY OF MIAMI
ETHICS PROGRAMS

CITI Collaborative Institutional Training Initiative

Panamerican PABI Bioethics Iniciative

Fundación Santa Fe de Bogotá

Certificate of Completion

GILBERTO MESSA

Has successfully completed the CITI Program courses corresponding to Curso Básico de Ética en Investigación en Humanos en el Contexto Colombiano

Dr. Elizabeth Alwers
Administrator
PABI Colombia

June 12, 2012
Date

This completion report will expire on: June 11, 2014

Program Sponsored in Colombia by the Pan American Bioethics Initiative Grant #1R25TW008186 / Fogarty International Center (NIH-FIC)

239

GEDREP

Grupo Especializado en Rehabilitación de los Desórdenes del Piso de la Pelvis

Por la presente se certifica que el **Dr. Gilberto Messa**
ha participado del

WORKSHOP TEORICO PRACTICO "HANDS ON" DE NUEVAS TECNICAS EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DEL PISO PELVIANO
(50 hs cátedra)

Del 4 al 7 de Octubre de 2010, Buenos Aires, Argentina.

Dr. S. Perez Junqueira
Staff

Dr. C. Sarsotti
Director Médico

Dra. I. Sänger
Staff

240

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

Certifica que:

Gilberto Messa Mosquera

Asistió al Seminario

Docencia Javeriana en medicina

Celebrado en la ciudad de Santiago de Cali, entre los días 19 de septiembre y 30 de octubre de 2013, con una intensidad horaria de cincuenta y seis (56) horas.

Vicerrectora académica
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Decano
Facultad de Ciencias de la salud

241

212

ASOCIACION VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Personería Jurídica No. 1.904 - 1.956

Santiago de Cali, 09 de Noviembre de 2016

Doctor
GILBERTO MESSA MOSQUERA
Ciudad.

Reciba un Cordial Saludo.

La Junta Directiva de la Asociación Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología –SOVOGIN-, en sesión del 01 de Noviembre de 2016, decidió exaltar sus méritos profesionales, docentes y gremiales; esperamos contar con su presencia en la reunión del asociado que tendrá lugar en el Club Colombia, el día Sábado 19 de Noviembre de 2016, 8:00 PM.

Cordialmente,

RAFAEL A. CAMACHO MAFLA
Presidente

Sede Médica del Valle • Calle 20 Norte No. 6A-33 • Tels.: 667 8870 • 660 8599 Telefax: 667 8870
Cels.: 316 290 6133 • 315 488 6129 E-Mail: sovogin@gmail.com Cali - Colombia

Fundación INSIMED
Instituto de Simulación Médica

UNIVERSITARIA SANITAS
FUNDACIÓN

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE :

GILBERTO MESSA MOSQUERA

C.C. No. 14985532

Ha participado en el curso:

MATERNAL FETAL LIFE SUPPORT (MFLS)

Celebrado en La Fundación INSIMED el 8 y 9 de Marzo de 2013, con una intensidad de 16 horas.
Bogotá, D.C. Colombia

Dr. Guillermo Ortiz
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica - Center For Medical Simulation

Dr. Mauricio Herrera
Médico Gineco-Obstetra
Director Curso MFLS
Medicina Materno Fetal
Miembro Faculty Fundación INSIMED

243

CLINICA VERSALLES S.A.

CERTIFICA QUE

MESSA MOSQUERA GILBERTO

Con cédula de ciudadanía número **14985532** cursó y aprobó la acción en formación en **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**, en cumplimiento a la Resolución 459 de 2012 y 2003 de 2014 con una intensidad de dos (2) horas, realizado en la ciudad de Santiago de Cali, en el mes de Abril de 2018.

CATALINA OTÁLORA MARTÍNEZ
DIRECCIÓN DE CALIDAD

IVANY GIRALDO VELASQUEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

244

Dolor abdomino-pélvico en ginecología

Abdominal-pelvic pain in gynaecology

R. Ezcurra, N. Lamberto, V. Peñas

RESUMEN

El dolor abdomino-pélvico es una entidad compleja, a veces de difícil diagnóstico, que requiere un análisis profundo para determinar sus causas y el tratamiento más adecuado. Implica a diversas vísceras por lo que frecuentemente el abordaje debe ser multidisciplinar y en ocasiones exige una actuación rápida ya que está en juego la vida de la paciente

Se han expuesto en este trabajo sólo las causas de origen ginecológico pues entendemos que el resto de patologías corresponde explicarlas a otras especialidades.

Se expone un cuadro de diagnóstico diferencial entre las causas más frecuentes de dolor pélvico de origen ginecológico.

Palabras clave. Dolor pélvico. Torsión de ovario. Embarazo ectópico. Enfermedad pélvica inflamatoria. Endometriosis.

ABSTRACT

Abdominal-pelvic pain is a complex entity, at times difficult to diagnose, which requires a deep analysis to determine its causes and the most suitable treatment. It involves different viscera which is why its management must frequently be multidisciplinary and on occasion it requires rapid action as the patient's life is at stake.

This article sets out only the causes with a gynaecological origin since, in our understanding, it corresponds to other specialities to explain the rest of the pathologies.

A diagnostic table is set that differentiates amongst the most frequent causes of pelvic pain with a gynaecological origin.

Key Words. Pelvic pain. Ovarian torsion. Ectopic pregnancy. Pelvic inflammatory disease. Endometriosis.

An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 49-58

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
Ricardo Ezcurra Irure
Avda. Sadar, 42
31192 Mutilva Baja (Navarra)
Tfno. 647559863
E-mail: rezcurri@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominopélvico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica y la causa más frecuente de hospitalización.

La valoración inicial más importante que se debe realizar es determinar si se trata de un abdomen agudo quirúrgico y si precisa hospitalización inmediata. Es importante descartar la gestación al comenzar la evaluación de la paciente (considerar posibilidad de gestación ectópica rota, que puede convertirse en una situación de riesgo vital).

Dentro de los posibles diagnósticos se presentan: gestación ectópica, torsión de quiste de ovario (la importancia de su diagnóstico precoz radica en una rápida intervención para preservar el ovario y la trompa), dismenorrea, endometriosis y los miomas.

El diagnóstico oportuno del dolor pélvico agudo es de importancia crítica porque el retraso podría aumentar la morbimortalidad. La historia precisa es clave para establecer el diagnóstico correcto. Es necesario verificar la fecha y el carácter de los dos últimos periodos menstruales y la presencia de hemorragia o secreción anormal.

DOLOR PÉLVICO AGUDO

Se debe tener en cuenta el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor y correlacionarlos con los cambios (micción, defecación, relaciones sexuales, actividad física...), la regularidad de los periodos menstruales, la posibilidad de embarazo, la presencia de sangrado vaginal o flujo, antecedentes medicoquirúrgicos. Una historia reciente de dispareunia o dismenorrea es sugestiva de patología pélvica. Las causas más frecuentes de dolor pélvico agudo en las mujeres incluye: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), masas o quistes anexiales con torsión, rotura o sangrado, gestación ectópica, endometritis o degeneración, infarto o torsión del mioma.

Cuando se presenta una mujer con dolor abdominopélvico, la valoración inicial más importante es determinar si se trata de un abdomen agudo quirúrgico. Las dos siguientes consideraciones son averiguar si se encuentra embarazada, (considerar la posibilidad de embarazo ectópico) y si precisa hospitalización inmediata. Hay que hacer una valoración rápida para identificar pacientes que requieren intervención quirúrgica urgente, incluyendo anamnesis, si es posible, y exploración física, incluyendo examen pélvico. Pueden presentarse signos de gravedad que indican necesidad de cirugía urgente (inestabilidad hemodinámica: hipotensión, confusión, diaforesis, obnubilación...).

Es importante determinar los antecedentes del dolor: cómo y en qué momento se inició éste: la presencia de síntomas gastrointestinales (ej: anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento relativo o pertinaz, flatulencia); de síntomas urinarios (ej: sensación urgente de orinar, micción frecuente, hematuria y disuria y signos de infección (fiebre, escalofrío).

CAUSAS DE DOLOR PÉLVICO

Dolor agudo: enfermedad o disfunción ginecológica

- Complicación del embarazo
  - Embarazo ectópico (EE) roto
  - Amenaza de aborto (AA) o aborto incompleto
  - Degeneración de leiomioma
- Infecciones agudas
  - Endometritis
  - Enfermedad inflamatoria pélvica
  - Absceso tuboovárico
- Trastornos de los anexos
  - Quiste ovárico funcional hemorrágico
  - Torsión de anexo
  - Quiste paraovario torsión
  - Rotura quiste ovárico (funcional o neoplásico: dermoide/endometrioma...)

Dolor pélvico recurrente

- Dolor periovulatorio (Mittelschmerz)
- Dismenorrea primaria/secundaria

Causas gastrointestinales

- Gastroenteritis
- Apendicitis
- Obstrucción intestinal
- Diverticulitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome colon irritable

Causas geritourinarias
- Cistitis
- Pielonefritis
- Litiasis ureteral

Causas musculoesqueléticas
- Hematoma pared abdominal
- Hernia inguinal

CAUSAS GINECOLÓGICAS (Tabla 1)

Tabla 1. Cuadro de diagnóstico diferencial abdomen agudo ginecológico.

Sospecha diagnóstica	Clínica	Confirmación	Tratamiento
EIP	Fiebre, dolor, flujo vaginal anómalo	Bacteriológico Laparoscopia	Antibioterapia Cirugía
Ectópico	Amenorrea, dolor, sangrado vaginal, hemoperitoneo	Hemograma Prueba de embarazo Laparoscopia	Laparoscopia vs Laparotomía
Quiste anexial	Masa anexial Tacto doloroso	Ecografía	Laparoscopia vs Laparotomía
Mioma	Menometrorragia Útero irregular	Ecografía	Expectante vs Laparotomía
Infección orina	Fiebre, dolor lumbar/ suprapúbica	Urocultivo	Antibioterapia

Ováricas
- Quiste ovárico complicado (hemorragia, torsión, rotura)
- Rotura folicular

Tubáricas
- Embarazo ectópico
- Torsión anexial
- EIP

Uterinas
- EE intersticial o en cuerno
- Mioma complicado
- Adenomiosis
- Aborto en curso

Otras causas
- Porfiria aguda
- Tromboflebitis pélvica
- Aneurisma
- Angina abdominal

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR PÉLVICO AGUDO

Para un correcto diagnóstico es importante la historia clínica, tipo de dolor, datos clínicos, analíticos y pruebas de diagnóstico completas. Se debe determinar su relación con la menstruación y ovulación o coito.

- Historia y examen físico
- Hemograma y coagulación
- Orina, sedimento
- Prueba de embarazo (orina/suero)
- Cultivo cervical (Gonococo/Chlamydia)
- Ecografía pélvica
  - Si prueba de embarazo +: descartar EE
  - Tumoración pélvica de diagnóstico incierto
- Radiografía abdominal del tubo digestivo si predominan síntomas digestivos
- TAC: valorar tumoración retroperitoneal, o abscesos del tubo digestivo
- Laparoscopia diagnóstica:
  - Abdomen agudo de causa no filiada
  - Aclarar la naturaleza de una tumoración dudosa de un anejo

- Delimitar si un embarazo es intra o extrauterino
- Mejorar la precisión del diagnóstico si se sospecha salpingooforitis

– Laparotomía (laparoscopia relativamente contraindicado)
- Peritonitis
- Íleo grave
- Obstrucción intestinal

EMBARAZO ECTÓPICO

Embarazo ectópico es una de las urgencias ginecológicos más frecuentes, constituyendo la primera causa de muerte materna por shock hemorrágico.

La incidencia es del 1%, en aumento (EIP, dispositivo intrauterino –DIU-, tratamiento de reproducción asistida (TRA), cirugía conservadora, mayor edad...). Gestación heterotópica (1/30.000).

Manifestaciones clínicas

Aparecen habitualmente con 6 ó 7 semanas de amenorrea, aunque puede ocurrir más tarde. Puede presentarse desde asintomático hasta shock hipovolémico y muerte.

Los síntomas clásicos son (EE íntegro o si rotura)[1,2]:

– Dolor abdominal: es el síntoma mas importante, en el 99% casos

– Amenorrea en el 75%

– Sangrado vaginal (escasa cantidad, intermitente, oscuro) en el 56%

Un EE debe ser sospechado en cualquier mujer en edad reproductiva con estos síntomas, especialmente con factores de riesgo, para poder tratar de forma menos agresiva (aproximadamente la mitad pasan desapercibidos en la primera visita).

Factores de riesgo[3]:

– Alto riesgo
- EE previo
- Cirugía tubárica previa (aumenta riesgo un 5-10%)
- Ligadura de trompas (x 20 veces)
- Patología tubárica/endometriosis.
- Dietilestilbestrol intraútero
- DIU (más frecuente en "liberador de hormonas")

– Riesgo moderado
- Infertilidad. Fecundación *in vitro* (FIV): (incidencia 1-3%)[4]
- Cervicitis previa
- Historia de EIP (Chlamydia, riesgo x6)[5]
- Múltiples parejas sexuales
- Tabaco

– Bajo riesgo
- Cirugía abdominopélvica previa (adherencias)
- Comienzo precoz de relaciones sexuales

Es importante realizar un test de embarazo en mujeres con dolor abdominal o sangrado vaginal para enfocar la evaluación posterior.

Amenorrea más dolor abdominal con presencia o ausencia de sangrado vaginal son síntomas de complicación del embarazo precoz (amenaza de aborto, rotura o torsión de cuerpo lúteo, degeneración de leiomioma uterino, EE.).

TEST DIAGNÓSTICOS RECOMENDADOS

Ecografía transvaginal

El test Eco transvaginal es el más útil para determinar la localización del saco. Posee alta sensibilidad y especificidad. Si hay rotura aparece líquido libre en abdomen.

Detecta la presencia o ausencia de un saco gestacional dentro o fuera del útero y así establece el diagnóstico. Una masa anexial compleja + test de embarazo positivo y útero vacío es altamente sugestiva de un EE y es la alteración ecográfica más común (E: 99,9%, VPP 96,7%, VPN 99,4%)[6].

ßhCG

La combinación del Eco transvaginal y la gonadotropina coriónica ßh permite el diagnóstico definitivo en casi todos casos, de forma muy precoz, permitiendo tratamientos menos invasivos que la escisión quirúrgica[7].

Puede ser detectada en suero y orina 8 semanas tras aparición de pico LH. Aumenta más despacio en la mayoría, pero no

siempre (EE y gestaciones no viables[8] o a veces similar).

La medida de ßhCG cada 72 horas en vez de cada 48 horas es más practica[9]. Un aumento normal de ßhCG se debe evaluar con ecografía (si ßhCG mayor de 1.500) pudiendo diagnosticarse intrauterino o ectópico. Si la ßhCG no se dobla tras 72 horas, es posible afirmar que se trata de una gestación intrauterina normoevolutiva (anembrionado, aborto tubárico, aborto, EE resuelto espontáneamente). Un descenso de ßhCG es más consistente con una gestación fallida; el descenso es más lento con un EE, medida semanal hasta ßhCG (-).

A partir de 1.500 (2.000 UI/l) de ßhCG se debe poder visualizar el saco con eco[10] (la ecografía no es sensible para determinar la localización cuando ßhCG es menor). La ausencia de saco intrauterino con este nivel de ßhCG sugiere EE o no viable o puede representar una gestación múltiple por lo que se repite ecografía y ßhCG en 48 horas.

Un EE puede ser diagnosticado si la concentración de ßhCG está aumentada o "plateau" y no se visualiza por ecografía.

Otros test diagnósticos son: nivel de progesterona en suero, eco-Doppler, laparoscopia, RMN, culdocentesis, pero no añaden información clínica adicional útil.

El tratamiento se puede orientar desde un punto de vista médico o quirúrgico. Si se sospecha rotura de trompa o existe inestabilidad hemodinámica, el tratamiento de elección es laparoscopia con salpinguectomía. Si no existe rotura de trompa se puede considerar un tratamiento más conservador con salpingostomía (apertura de trompa) y extracción del saco; posteriormente se deben realizar controles de ßhCG has su negativización. Pero si la paciente esta sintomática, la ßhCG es menor de 5.000 UI y la trompa menor de 3 cm se puede intentar tratamiento médico con 50 mg de metotrexate en dosis única i.m. y posterior control de ßhCG hasta su negativización.

Aunque el factor más importante para el pronóstico de fertilidad futura es el diagnóstico precoz, es importante conocer el estado de la trompa contralateral y el antecedente de la cirugía tubárica.

QUISTE OVÁRICO ROTO

Esta situación es frecuente en edad reproductiva; más frecuente en el anejo derecho. Puede ser asintomático o asociado con el inicio repentino de dolor abdominal unilateral, y que comienza durante una actividad física o relación coital. Puede estar acompañado de un ligero sangrado vaginal. Según la naturaleza del quiste, puede permanecer asintomático (seroso o mucinoso) o produce dolor intenso (dermoide: peritonitis química).

Lo más importante es excluir el EE roto (hemoperitoneo) por la necesidad de cirugía urgente.

Hay que efectuar prueba de embarazo, hemograma, grupo y Rh, análisis de orina; ecografía: (sensibilidad: 85-100%)[11]; una masa anexial con líquido en pelvis sugiere rotura, pero no es diagnóstico. Evitar culdocentesis, paracentesis y marcadores tumorales.

Si la rotura no es complicada hacer manejo ambulatorio y analgesia oral a demanda. El líquido se reabsorbe en 24 horas y los síntomas mejoran en unos días (posible cirugía posterior si quiste persistente, o crece, o sospecha de malignidad).

Si se complica con hemoperitoneo es preciso hospitalización con reemplazo de fluido, constantes vitales, hematocrito seriado y repetir ecografía. Una vez que cesa, tarda varias semanas en reabsorberse. Si la paciente está inestable se valorará laparoscopia (laparotomía).

Si existe rotura de quiste dermoide (poco frecuente) se producirá peritonitis química, que desarrolla formación de adherencias y dolor pélvico crónico.

TORSIÓN DE ANEJOS

Es la quinta emergencia[12] ginecológica en frecuencia (2,7%) tras EE, rotura de cuerpo lúteo, EIP y apendicitis. Representa un 15% de las masas anexiales intervenidas. Afecta a mujeres de todas edades, (80% en edad reproductiva). El riesgo aumenta en embarazadas y con TRA (8%) en ovarios con síndrome de hiperestimulación ovárica. Sin embargo, su diagnóstico puede ser un reto, debido a síntomas poco específicos. Un diagnóstico oportuno es impor-

tante para preservar la función del ovario y prevenir secuelas (necrosis, hemorragia, infarto, peritonitis...). Una torsión tubárica aislada es muy infrecuente, generalmente ocurre con patología tubárica o infección. El aumento brusco de presión abdominal facilita la torsión.

La etiología más frecuente son los quistes de ovario[13]. El 90% son benignos. A mayor tamaño del quiste, es más probable la torsión.

La clínica más común es un inicio brusco de dolor abdominal bajo, a menudo asociado con crisis de náuseas o vómitos. La fiebre como marcador de necrosis causa leucocitosis (un cuadro de dolor crónico con crisis de dolor severo puede asociarse a una torsión intermitente)[14]. El diagnóstico definitivo se realiza en la cirugía (sólo un 38% de casos con diagnóstico correcto previo).

Mediante ecografía, el hallazgo más común es un agrandamiento heterogéneo de un ovario, sin embargo un ovario normal no lo descarta. La utilidad del Doppler es controvertida[15], hallando disminución o ausencia de flujo venoso. La hemorragia aumenta la sospecha de torsión.

Este cuadro clínico debe considerarse ante una mujer con dolor abdominal y masa anexial, descartando EE, rotura de quiste hemorrágico, EIP, leiomioma,...

Ante la sospecha, es oportuna una evaluación en quirófano, y el manejo posterior dependerá de los hallazgos y la edad de la paciente. Se ha demostrado la seguridad y la eficacia de la conservación del ovario, cuando es posible[16]. La mayoría recupera su forma y función previa, incluso si parecen isquémicos tras la destorsión por la laparoscopia[17].

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Es una infección aguda del tracto genital superior (útero-trompas-ovarios). A menudo se acompaña de afectación de los órganos pélvicos vecinos (endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis, perihepatitis y absceso tuboovárico); el endometrio y el ovario son menos susceptibles a la infección que la trompa, pero pueden ser el foco de infección.

Es una infección adquirida sexualmente en la mayoría de casos y menos frecuentemente es causado por procedimientos médicos, embarazo y otros procesos abdominales primarios. Representa un espectro dentro de la infección. No hay un único diagnóstico "gold-estándar" y el valor del diagnostico clínico tiene la mayor importancia.

Síntomas

El dolor abdominal inferior es el síntoma principal de presentación, aunque la característica del dolor puede ser bastante sutil. El comienzo reciente del dolor que empeora durante el coito puede ser el único síntoma y el inicio durante o justo después de la menstruación es particularmente sugestivo[18]. El dolor abdominal es normalmente bilateral y raramente de más de 2 semanas de duración.

En un tercio de los casos se añade sangrado uterino anormal[19]. Aparecen flujo vaginal, uretritis y fiebre que pueden estar asociados, pero no son ni sensibles ni específicos para el diagnostico. La EIP es menos probable si existen síntomas referentes al tracto urinario o digestivo.

Son factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual: edad inferior a 25 años, precocidad sexual, no métodos de barreras, nuevas o múltiples o parejas sexuales sintomáticas, anticonceptivos orales y ectopia cervical.

Hay que evaluar a la paciente y los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de EIP como son: episodios previos de EIP, relaciones sexuales durante la regla, ducha vaginal, vaginosis bacteriana y DIU.

En el examen físico sólo la mitad tienen fiebre y dolor difuso abdominal. Flujo purulento endocervical y/o dolor a la movilización cervical y dolor anexial en la exploración bimanual es altamente sugestiva de EIP. Útero y anejos: punto de máximo dolor. La lateralización del dolor anexial es poco común en la EIP; la existencia de una masa anexial palpable puede representar absceso tuboovárico y otros procesos.

Consideraciones del diagnóstico

La EIP representa un espectro de enfermedad clínica desde endometritis a sepsis

intraabdominal. A pesar de que la laparoscopia tiene sustancial valor en la confirmación del diagnóstico de EIP, no es suficientemente sensible para ser considerada una "gold-estándar" en el diagnóstico.

Criterios diagnósticos

El grado de sospecha debe ser alto especialmente en mujeres adolescentes aunque nieguen relaciones sexuales. Un mínimo de criterios para el tratamiento empírico ha sido recomendado por la CDC para reducir la posibilidad de perder o retrasar el diagnóstico[20].

Se aconseja tratamiento empírico en mujeres con dolor abdominal que tienen al menos uno de los siguientes criterios:

- Movilización cervical dolorosa o dolor uterino/anexial
- Temperatura mayor de 38,3 ºC
- Leucocitosis con desviación izqda
- Flujo anormal mucopurulento cervical o vaginal
- Leucocitos en frotis vaginal
- Aumento de la velocidad de sedimentación globular
- Aumento de la proteína C reactiva

Test diagnósticos

Incluye analítica completa buscando signos de inflamación, frotis de las secreciones vaginal o cervical, cultivos y estudios de imagen.

Siempre hay que comenzar con una prueba de embarazo para descartar EE. El hemograma es poco útil ya que sólo la mitad tienen leucocitosis[21].

El examen al microscopio del flujo puede ofrecer información útil, si el Gram es + para diplococos la probabilidad de EIP es muy alta; si es negativo es poco útil. Test chlamydia y gonococo, sedimento de orina, PCR. La ecografía resulta un test que ofrece un diagnóstico definitivo de EIP según la CDC.

Recomendación

Se debe tener un umbral bajo para el diagnóstico de EIP, y las mujeres jóvenes sexualmente activas con la combinación de dolor abdominal bajo, dolor a la movilización cervical o anexial deben recibir tratamiento empírico. La especificidad de estos criterios puede aumentar por la presencia de fiebre, flujo vaginal/cervical anormal, aumento de VSG y/o PCR y la demostración de infección por gonococo/chlamydia.

Incluso mujeres con hallazgos mínimos deben ser tratadas. El diagnóstico diferencial es extenso, sin embargo, el tratamiento antibiótico no debe ser retrasado, cuando la sospecha es alta.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO

Es una secuela de la salpingitis aguda y suelen ser bilaterales. Signos y síntomas similares a salpingitis aguda, pero frecuentemente dolor y fiebre mayor a 1 semana. Absceso roto: urgencia quirúrgica por posible shock tóxico por gram negativo

Al hacer un examen bimanual se aprecian tumoraciones bilaterales, fijas muy firmes y de gran sensibilidad.

Es preciso confirmar el diagnóstico mediante ecografía. Hacer diagnóstico diferencial de una tumoración unilateral: torsión de anejo, endometrioma, quiste de ovario, absceso periapendicular. Si el examen y la ecografía no dan un resultado definitivo: laparoscopia / laparotomía.

En el tratamiento hay que diferenciar entre absceso no roto aplicando posible tratamiento con antibióticos intravenosos, o roto con peritonitis difusa: taquicardia, hipersensibilidad de rebote. Laparoscopia/ Laparotomía exploradora: resección del tejido infectado.

ENDOMETRITIS

Endometritis aguda

Es un componente común de EIP, dolor pélvico y sangrado vaginal anormal, frecuentemente con fiebre. En población no gestante normalmente va precedido de EIP tras ETS o de proceso ginecológico invasivo. Procedimientos ginecológicos transcervicales son una causa poco frecuente por lo que no se recomienda realizar test para Chlamydia, y gonorrea previos. Tras interrupción de embarazo, se recomienda pro-

filaxis antibiótica. Se sugiere su uso previo a histerosalpingografía o histerosonografía en mujeres con historia de EIP y después de proceso en que se halle hidrosalpinx.

En el 70-90% de las laparoscopias por salpingitis existe endometritis. La endometritis puede estár fuertemente asociada a *Chlamydia*, y más débilmente también existe asociación con gonococo y vaginosis bacteriana

Leiomioma uterino (tumor del músculo liso uterino)

Es un tumor del músculo liso del útero que puede causar molestias cuando comprime vejiga, recto adyacente o ligamentos de sostén de útero. Es raro el dolor pélvico atribuible al mioma, pero es posible si degenera o se torsiona.

La degeneración de los miomas es secundaria a la pérdida de riego sanguíneo, causado por crecimiento rápido relacionado con el embarazo. En una mujer no embarazada se confunde con salpingooforitis subaguda.

Existe el leiomioma subseroso pediculado que produce torsión y necrosis isquémica y el leiomioma submucoso pediculado que se manifiesta con dolor tipo cólico "trabajo de parto" y hemorragia.

Como signos aparecen: hipersensibilidad abdominal a la palpación e hipersensibilidad de rebote leve localizada, aumento de temperatura y leucocitosis.

Para diagnóstico y tratamiento es preciso realizar:

- Ecografía
- Degeneración: analgésicos y observación
- Torsión subseroso pediculado: laparoscopia, no indispensable intervención
- Torsión submucoso con dolor y hemorragia: histeroscopia

ENDOMETRIOSIS

Se define así a la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial y del músculo uterino.

El dolor es el síntoma mas común asociado a la endometriosis; aproximadamente ¾ partes de los pacientes sintomáticas experimentan dolor pélvico y/o dismenorrea[22], el cual puede ser crónico, pero a menudo es más severo durante la regla o durante la ovulación. Se puede presentar con subfertilidad, dispareunia profunda, síntomas intestinales o urinarios cíclicos, sangrado uterino anormal y fatiga crónica.

El dolor pélvico ha sido atribuido al sangrado activo, producción de sustancias e irritación de nervios pélvicos. El grado de endometriosis no se correlaciona con la presencia de síntomas severos (los síntomas pueden estar más relacionados con la reacción inflamatoria peritoneal local que con el volumen de implantes). El lugar y profundidad de la implantación se correlaciona con el tipo y la severidad de los síntomas[23-25]. El dolor pélvico es más común en mujeres con implantes infiltrantes profundos[26].

El diagnóstico de endometriosis debe hacerse por visualización directa de los implantes.

Puede probarse la supresión hormonal ovárica ("pseudomenopausia") como tratamiento y como medio para confirmar la correlación entre el dolor actual y el diagnóstico subyacente.

No existe tratamiento que cure la enfermedad sólo se puede realizar tratamientos sintomáticos y paliativos: laparoscopia y laparotomía con cistectomía versus ovariectomía. Aplicar tratamiento expectante si es pequeño (<3 cm) y no está roto.

DOLOR PÉLVICO PERIOVULATORIO (Mittelschmerz)

El dolor pélvico periovulatorio también denominado Mittelschmerz es un dolor unilateral menor abdominal.

Lo sufren aproximadamente el 20% de las mujeres. El dolor puede producirse justo antes, durante o después de la ovulación. Hay varias explicaciones. Justo antes de la ovulación, el crecimiento del folículo puede prolongar la superficie del ovario, causando dolor. En el momento de la ovulación, líquido o sangre se libera de la ruptura del folículo y puede causar irritación del revestimiento abdominal. Puede sentirse en un lado un mes, luego hacia el lado opuesto el mes siguiente, o puede ser sen-

tido en el mismo lado durante varios meses sucesivamente.

Es dolor abdominal inferior de características:

- Unilateral
- Recurrente o con dolor similar en los últimos meses.
- Normalmente dura de minutos a unas pocas horas, pero puede ampliar el tiempo a 24-48 horas
- Grave (raro)

No se presenta con anomalías pélvicas aunque puede aparecer cierta irritabilidad abdominal. Pueden realizarse otros procedimientos de diagnóstico como una ecografía abdominal para descartar otras causas de dolor. Se efectúa hematimetría para valorar la posible perdida hemática.

Ningún tratamiento es necesario generalmente. Analgésicos pueden ser necesarios en casos de dolor intenso o prolongado, produciendo excelente resultado.

Normalmente no aparece ninguna complicación, aunque excepcionalmente se requiere una laparoscopia urgente para cohibir la hemorragia que produce el folículo roto.

La anticoncepción hormonal se puede tomar para prevenir la ovulación –y, por tanto el dolor ovulatorio– pero por lo demás no se conoce prevención[27].

DISMENORREA

Es un dolor cíclico. Trastorno ginecológico frecuente, que afecta a cerca del 50% de las mujeres que menstrúan.

Primaria

Dolor menstrual sin trastorno pélvico que suele manifestarse 1 ó 2 años después de la menarquia –época en la que se establecen los ciclos ovulatorios–. Afecta a mujeres jóvenes pero puede persistir hasta la 5ª década. Su causa es el aumento de la producción endometrial de prostaglandinas en el endometrio secretor.

El dolor suele iniciarse unas horas antes del inicio del periodo menstrual, o justamente después del mismo, y puede durar 48-72 horas. Es de tipo cólico, suprapúbico, y se puede acompañar de dolor lumbosacro. Mejora con el masaje abdominal, el calor o los movimientos corporales.

La región suprapúbica es hipersensible a la palpación. El examen bimanual durante la crisis de dismenorrea revela hipersensibilidad uterina; no se observa dolor con la movilización cervical o al palpar anejos.

Para su diagnóstico es necesario descartar enfermedad pélvica subyacente mediante un examen ginecológico normal (dismenorrea primaria) y confirmar la naturaleza cíclica del dolor.

El tratamiento consiste en:

- Inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas: eficaz 80%. Deben tomarse justo antes de aparecer el dolor o al iniciarse y de forma seriada cada 6-8 horas.
- Anticonceptivos orales: disminuye la proliferación endometrial. Alivio de >90% de casos. Tratamiento durante 4-6 meses antes de confirmar que ha fracasado.

Secundaria

Es la que aparece con trastorno pélvico subyacente y ocurre con ciclos anovulatorios; se manifiesta años después de la menarquia. Suele comenzar dos semanas antes de la menstruación y persiste unos cuantos días después de interrumpirse la hemorragia.

Las causas más frecuentes son: endometriosis, adenomiosis o portar DIU. Se trata con ACO, AINES, progestágenos y la histerectomía es el tratamiento definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ankum, WM, Mol, BWJ, Van Der Veen, F, Bossuyt, PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril 1996; 65: 1093-1099.
2. Alsuleiman, SA, Grimes, EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. J Reprod Med 1982; 27: 101-106.
3. Weckstein, LN. Current perspective on ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Surv 1985; 40: 259-272.
4. Eccleston C, Kalson EA, Bell RF. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. The cochrane database of suystematic reviews 2003 (1); CD003351.

5. Cañete ML, García L, Cid J, Sánchez JM, Lanciego C, Sánchez-Dehesa A. Emboliación de miomas uterinos. En: Cañete M.L. Urgencias en ginecología y obstetricia, ed. FISCAM, 2003, 659-669.
6. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. Hum Reprod 2007; 22: 2824.
7. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nosurgical management of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1997; 67: 421-433.
8. Silva C, Sammel MD, Zhou L, Gracia C, Hummel AC, Baruhart K. Human chorionic gonadotropin profile for women with ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2006; 107: 605-610.
9. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2006; 107: 399-413.
10. Kadar N, DeVore G, Romero R. Discriminatory hCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1981; 58: 156-161.
11. Poletti PA, Kinkel K, Vermeulen B, Irmav F, Unger PF, Terrier F. Blunt abdominal trauma: should US be used to detect both free fluid and organ injuries? Radiology 2003; 227: 95-103.
12. Hibbard, LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 456-461.
13. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara Ch, Hadjopoulos F, Akrivis Ch. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. Clin Exp Obstet Gynecol 2004; 31: 34-38.
14. Sasso RA. Intermittent partial adnexal torsion after electrosurgical tubal ligation. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996; 3: 427-430.
15. Ben-Ami M, Perlitz Y, Haddad S. The effectiveness of spectral and color Doppler in predicting ovarian torsion. A prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 104: 64-66.
16. Anders JF, Powell EC. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159: 532-535.
17. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. Hum Reprod 2003; 18: 2599-2602.
18. Korn AP, Hessol NA, Padian NS, Bolan GA, Donegan E, Landers DV et al. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical Neisseria gonorrhoeae, cervical Chlamydia trachomatis, or bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 987-990.
19. Jacobson L, Weström L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1969; 105: 1088-1098.
20. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55: 1-94.
21. Eschenbach DA, Buchanan TM, Pollock HM, Forsyth PS, Alexander ER, Lin Js et al. Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. N Engl J Med 1975; 293: 166-171.
22. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. Fertil Steril 2008; 89: 538-545.
23. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EU. Correlation between endometriosis and pelvic pain. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6: 429-434.
24. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie Fj. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. Fertil Steril 1991; 55: 759-765.
25. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2002; 78: 719-726.
26. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Grelo R et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod 2005; 20: 2698-2704.
27. Goldman L, Ausiello D. Cecil de libros de texto de medicina, 22 ed. Filadelfia, Pa: WB Saunders; 2004: 1495.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

USC UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE DERECHO
CERTIFICADO DE MATRICULA

NOMBRE CRUZ MARMOLEJO CAMILA
IDENTIFICACION No. 1144095690
PROGRAMA P107 Derecho

PERIODO 2019A

SEM	CODIGO	ASIGNATURAS	ESTADO	I.H	C.R.	GRUPO
9	D065	CONSULTORIO JURIDICO III	Matriculada	1	1	C1A
9	D058	MONOGRAFIA JURIDICA I	Matriculada	1	1	9-F2
9	D063	ELECTIVA PRACTICA FORENSE II	Matriculada	2	2	9DE-C
9	D064	CURSO I CAMPO GESTION	Matriculada	3	3	A3G98
9	D061	DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO	Matriculada	2	2	9F2A
9	D060	ELECTIVA DE PROFESIONALIZACION II	Matriculada	2	2	9-DE
9	D059	DERECHO PENAL ESPECIAL II	Matriculada	3	3	9F3V
9	D062	SOCIEDADES COMERCIALES	Matriculada	2	2	9F2M
			Total Matriculado		16	

La estudiante se encuentra ubicada en NOVENO SEMESTRE para el periodo 2019A

Nota: Este certificado se firma con la información que presenta el sistema vigente de la Universidad Santiago De Cali (SINU) a través de la opción "Certificado de Matrícula" (Cerr12).
En constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los siete (07) días del mes de mayo de 2019.

YANETH VARGAS RUEDA
DIRECTORA ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

OBSERVACION: Un (1) Crédito Académico equivale a 48 horas de trabajo académico durante el periodo académico correspondiente. Artículo 18, Decreto 2566 de Septiembre 10 de 2003.

El estudiante se encuentra cursando el 13% de sus clases en la Jornada CURSOS VIRTUALES.
88% de sus clases en la Jornada MIXTA.

Para interpretar este certificado debe tener en cuenta las siguientes abreviaturas
SEM: Semestre en el que está definida la asignatura
IH: Intensidad horaria semanal
CR: Créditos
Impreso por [illegible]
a los siete (07) días del mes de Mayo de 2019

ISO 9001:2015 BUREAU VERITAS Certification N°C018.00577

Formulario [illegible]

270

31 Folios

Doctora
CLAUDIA CECILIA NARVÁEZ CAICEDO
JUEZ DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

Referencia:	Verbal declarativo de responsabilidad civil médica LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA *vs.* CLÍNICA VERSALLES y otros
Radicado:	218-00235
Asunto:	Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía

FRANCISCO J. HURTADO LANGER, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi condición de apoderado judicial de la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., sociedad legalmente constituida, con NIT 860.026.182-5, con domicilio principal en Bogotá D.C. y sucursal en Santiago de Cali (Valle del Cauca), representada legalmente por la doctora ANDREA LONDOÑO GUZMÁN, según el poder especial a mí conferido, dentro del término legal, me permito contestar la demanda interpuesta, mediante apoderado judicial, por LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA en contra de la CLÍNICA VERSALLES (en adelante la "Clínica" o "Clínica Versalles"), GILBERTO MESSA MOSQUERA y DARÍO ALBERTO SANTA CRUZ e, igualmente, contestar el llamamiento en garantía presentado por la Clínica, según se indica a continuación.

I. SE PRESENTA OPORTUNAMENTE ESTE ESCRITO

El día 23 de enero de 2020 mi mandante realizó diligencia de notificación personal del Auto del 8 de noviembre de 2019 dictado dentro del proceso de la referencia, notificado a las demás partes por Estado No. 95 del 22 de noviembre de 2019, por medio del cual se admitió el llamado en garantía realizado por la Clínica, notificación que se entendió surtida de conformidad con el artículo 66 del Código General del Proceso (en adelante, el "C. G. P.").

[espacio en blanco]

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

En ese orden de ideas, el término de 20 días para contestar la demanda y el llamamiento en garantía transcurrirán de la siguiente manera:

24 de enero de 2020; 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27 y 28 de febrero de 2020 y 2 de marzo de 2020[1].

En consecuencia, este escrito es presentado en forma oportuna.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1. FRENTE A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO. A pesar de que en este numeral se acumulan varios hechos, no haré la distinción de cada uno de ellos porque no me constan en su totalidad. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO SEGUNDO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO TERCERO. A pesar de que en este numeral se acumulan varios hechos, no haré la distinción de cada uno de ellos porque no me constan en su totalidad. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO CUARTO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO QUINTO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

[1] El 25 y 26 de enero de 2020; 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22, 23 y 29 de febrero de 2020; y el 1 de marzo de 2020 no corrieron términos por tratarse de días inhábiles. Así mismo, los días del 27 al 31 de enero de 2020; 12 y 21 de febrero los juzgados estuvieron cerrados al público, por lo que tampoco corrieron términos.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

AL HECHO SEXTO. A pesar de que en este numeral se acumulan varios hechos, no haré la distinción de cada uno de ellos porque no me constan en su totalidad. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO SÉPTIMO. No me consta lo afirmado en este hecho por tratarse de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO OCTAVO. A pesar de que en este numeral se acumulan varios hechos, no haré la distinción de cada uno de ellos porque no me constan en su totalidad. se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO NOVENO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO DÉCIMO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO UNDÉCIMO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO DUODÉCIMO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO DECIMOTERCERO. No me consta lo afirmado en este hecho. Se trata de circunstancias que no hubiera podido conocer mi poderdante como entidad aseguradora. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

[espacio en blanco]

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las declaraciones y condenas solicitadas en el escrito de la demanda, pues carecen de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable siquiera su prosperidad.

La contraparte no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos que configurarían la eventual responsabilidad en cabeza de la asegurada, ni tampoco dar razón que justifique la desproporción de sus pretensiones. A tal punto que en el escrito de demanda no se aporta la prueba técnica requerida en estos casos para demostrar de manera idónea la culpa y el nexo de causalidad que se predica. Contrario a ello, la historia clínica sí demuestra un actuar perito y diligente por parte del personal médico adscrito a la Clínica Versalles.

Así las cosas, evidenciando que no se constituyen las premisas fácticas que configuren los elementos de responsabilidad que se pretende endilgar a la persona jurídica demandada y que no hay prueba alguna que pueda soportar sus pretensiones, me opongo a la prosperidad de todas y cada una de ellas por considerarlas improcedentes.

Por lo que, en ese orden de ideas, se formulan las siguientes:

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO

3.1. La Clínica Versalles y su equipo médico actuaron en forma diligente y cuidadosa - Ausencia de culpa

Como es bien sabido, para que exista un juicio de responsabilidad es necesario que estén presentes los tres elementos que la componen, a saber: 1) un daño 2) una conducta culposa y 3) un nexo causal entre la conducta culposa y daño resarcible.

Lo cierto es que de la lectura cuidadosa del expediente es forzoso concluir que el equipo médico adscrito a la Clínica Versalles de manera diligente, cuidadosa e hizo todo lo que la ciencia de la salud y la *lex artis* les exigía en el caso en concreto. Por tanto, no se encuentra acreditado el elemento de "culpa" del extremo pasivo de este proceso.

Los galenos actuaron usando todos los medios para que la evolución de la salud de la paciente tuviese un éxito total, por lo que hicieron varios exámenes diagnósticos, monitorearon continuamente a la paciente y, siguiendo los protocolos médicos, ordenaron la realización del procedimiento médico más ajustado. El hecho de que tras la realización del procedimiento

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

quirúrgico no se encontrara la causa evidente que explicara el dolor abdominal de la paciente, no es absoluto resultado de una falta de pericia médica. Lo que es más, explicaron la naturaleza, procedimiento y riesgos del procedimiento quirúrgico a realizar, incluyendo la posibilidad de que no se identificara o desapareciera el problema y el riesgo de presentar cicatriz tipo queloide.

Es por esto que es forzoso concluir que el equipo médico adscrito a la demandada cumplió con los deberes profesionales y con los protocolos existentes.
Para dar mayor luz al anterior argumento, hay que tener presente que la obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado, sino de medio, esto es, el facultativo está obligado a desplegar en pro de su paciente los conocimientos de su ciencia, pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable de un eventual resultado no satisfactorio. Puede haber casos en los que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica con fines estéticos, lo cual, como es apenas obvio, no se presentó en este caso.

La responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa, sino que exige no solo la certidumbre de la culpa del médico, sino también la gravedad. Incluso, en materia de culpa, la jurisprudencia y la doctrina no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible.

A pesar de que se demostró la diligencia por parte de la Clínica Versalles, se recuerda que conforme al artículo 167 del Código General del Proceso la carga de demostrar la culpa – como supuesto de hecho requerido para predicar una responsabilidad civil – recae sobre la parte demandante, quien la incumplió y debe asumir por ello las consecuencias procesales que no son otras que la negación de las pretensiones de la demanda por parte del fallador.

Por todo lo anterior y al encontrarse ausente el elemento de "culpa" de la demandada, al actuar ésta de manera diligente, cuidadosa, con pericia, prudencia y cumpliendo a cabalidad con las obligaciones de medio a su cargo, debe ser declarada probada la presente excepción y, por consiguiente, desestimadas todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

3.2. Inexistencia de relación o nexo de causalidad entre los supuestos daños sufridos por la demandante y las actuaciones de la Clínica Versalles y sus profesionales de la salud

En el presente caso no existe relación de causalidad entre la conducta de la Clínica Versalles y el presunto perjuicio alegado por la parte demandante.

Tal como se mencionó en la excepción anterior, entre los requisitos que de tiempo atrás la ley, la doctrina y la jurisprudencia han determinado para que surja la responsabilidad civil

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

extracontractual está el denominado nexo causal. Esto no es otra cosa que la relación o vínculo que debe existir entre el hecho y el daño o entre la culpa y el daño (según se adopte una teoría objetiva o subjetiva). En este orden de ideas, si no hay nexo causal no surge responsabilidad alguna y, por ello, en el caso que nos ocupa no puede cargarse a la demandada Clínica Versalles, cuando su conducta nada tuvo que ver con el resultado dañoso.

Para probar la existencia del nexo causal es necesario que la causa real, fáctica, sea aquella determinante en el acaecimiento del hecho, lo cual no se asoma ni por equivocación en este caso. La jurisprudencia nacional ha avalado esta posición dentro de sus pronunciamientos:

> (...) la jurisprudencia nacional ha utilizado como método para identificar la 'causa' del daño, la teoría de la causalidad adecuada, según la cual, sólo es causa del resultado, aquella que es suficiente, idónea y adecuada para la producción del mismo (...). Así lo señaló el Consejo de Estado en sentencia de 22 de junio de 2001, con ponencia del Consejero Doctor, Ricardo Hoyos Duque: '(...) es claro que sólo alguna o algunas de las causas que intervienen en la realización del daño son jurídicamente relevantes. Para establecer cuál es la determinante en la producción del daño se han ideado varias teorías y aunque su validez no es absoluta pues con ninguna de éstas puede obtenerse la solución de todos los casos concretos, sí constituyen ayudas metodológicas importantes. La teoría de la causalidad adecuada es la de mayor acogida en la jurisprudencia, (...). Según esta teoría, sólo los acontecimientos que normalmente producen un hecho pueden ser considerados como la causa del mismo. Por lo tanto, un comportamiento es el resultado de un daño, si al suprimirlo es imposible explicar el resultado jurídicamente relevante (...)[2] (destacado fuera del texto original).

En el caso concreto no se encuentra probada la relación de causalidad y no hay cabida para un fallo en el que se acojan las pretensiones de la parte demandante, en la medida en que los daños y perjuicios alegados por los demandantes, si es que los mismos logran ser probados en el proceso, no se originaron ni se causaron por la conducta o los actos de los médicos adscritos a la Clínica Versalles. De hecho, los galenos adscritos a la Clínica Versalles cumplieron a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de la paciente, se le realizó lo que era necesario, prudente y adecuado: dichos procedimientos y actos médicos fueron los correctos, siguieron en su totalidad la *lex artis*.

Por lo anterior, los perjuicios que alegan los demandantes no obedecen a una acción u omisión de la Clínica Versalles, encontrándose así que el nexo causal desde ningún punto de vista se acredita en este caso, razón por la cual no es dable declarar responsable a los demandados y, en consecuencia, debe ser declarada la presente excepción.

---

[2] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Magistrado ponente: Ariel Salazar Ramírez. SC13925-2016. Radicación 05001-31-03-003-2005-00174-01. Bogotá D.C., treinta de septiembre de dos mil dieciséis.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

Finalmente se recuerda, al igual que se hizo en la excepción anterior, que la carga de la prueba del nexo de causalidad recaía sobre la parte actora, quien la incumplió debiendo asumir, entonces, las consecuencias de ello que no son otras que el fracaso de sus pretensiones.

3.3. Excesiva valoración de los perjuicios

No existe prueba alguna acerca de la cuantía del perjuicio sufrido por los demandantes. No obstante, no debe perderse de vista que en el evento en que se logre endilgar una responsabilidad y/o un daño resarcible a cargo de las demandadas, dicho daño solo debe repararse en su justa medida y de conformidad con las pautas jurisprudenciales aplicables en nuestro país, sin perder de vista el carácter subjetivo que necesariamente implica la tasación de los perjuicios inmateriales. Para esto, el operador judicial debe acudir a criterios jurisprudenciales que le permitan tasar, en justa medida, los perjuicios inmateriales y materiales. En palabras de la Corte Suprema de Justicia:

> (D)entro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales' (artículo 16 de la Ley 446 de 1998; cas. civ. sentencias de 3 de septiembre de 1991, 5 de noviembre de 1998 y 1° de abril de 2003), es decir, se consagra el resarcimiento de todos los daños causados, sean patrimoniales, o extrapatrimoniales, aplicando la equidad que no equivale a arbitrariedad ni permite 'valoraciones manifiestamente exorbitantes o, al contrario inicuas y desproporcionadas en relación con los perjuicios sufridos (Flavio Peccenini, La liquidazione del danno morale, in Monateri, Bona, Oliva, Peccenini, Tullini, Il danno alla persona, Torino, 2000, Tomo I, 108 ss)[3] (destacado fuera del texto original).

Aunque no hay lugar al reconocimiento de daño moral, pues el daño que se alega no le es atribuible a los demandados, en el eventual pero poco probable caso en el que en el presente proceso sea proferida una sentencia condenatoria, su despacho no debe acceder a las pretensiones de los demandantes, ya que estas debieron haber estado acordes con la naturaleza de los intereses quebrantados, lo que en este caso no sucede, toda vez que están claramente sobrestimadas. Sin pretender con esto avaluar un daño que por su naturaleza es inestimable.
No en pocas sentencias, el Consejo de Estado se ha referido sobre la forma de tasar el monto del daño moral, y sobre lo que implica la reparación de este perjuicio, sobre lo cual estima lo siguiente:

---

[3] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Magistrado ponente: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO. SC16690-2016. Radicación 11001-31-03-008-2000-00196-01. Bogotá, D. C., diecisiete (17) de noviembre de dos mil dieciséis (2016), que a su vez cita a FLAVIO PECCENINI, La liquidazione del danno **morale**, in Monateri, Bona, Oliva, Peccenini, Tullini, Il danno alla persona, Torino, 2000, Tomo I, 108 ss.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

> (L)as características mismas que ofrece el hecho generador de responsabilidad, partiendo de la premisa de que reparar valores morales por la vía del "arbitrium iudicis" no busca crear ganancias para, nadie, sino corregir con -sentido de justicia, satisfacer o desagraviar sentimientos heridos sin derecho[4] (destacado fuera del texto original).

Lo que quiere decir que la indemnización por perjuicios inmateriales como el daño moral, el daño a la vida en relación y el daño a la salud solo debe ser motivo de reparación y no de enriquecimiento, por lo que solo debe otorgarse en la medida que repare el daño.

3.4. Excepción genérica

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante, que resultare probado dentro del proceso, toda vez que el juez oficiosamente debe declarar probadas las excepciones que resulten de los hechos acreditados en el expediente de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso. Por lo anterior, le solicito a su despacho declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada a lo largo del proceso bien frente a la demanda o bien frente al llamamiento en garantía.

III. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. FRENTE A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO. Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que la Clínica contrató las pólizas con Allianz, las mismas se rigen por cláusula *claims made* y, de acuerdo con las condiciones particulares de estas, la reclamación se realizó fuera de su vigencia.

[espacio en blanco]

[4] CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 29 de mayo de 2013, radicación 27894, magistrado ponente Carlos Alberto Zambrano Barrera.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

AL HECHO SEGUNDO. Es parcialmente cierto. La cláusula literal establece:

> **Ambito Temporal**
>
> **CLAIMS MADE**
> Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 10 DE 2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

AL HECHO TERCERO. Es cierto.

AL HECHO CUARTO. Es parcialmente cierto. Allianz Seguros S.A. asumirá su responsabilidad siempre y cuando se respeten las condiciones del contrato de seguro. Debe aclararse que la póliza vigente y aplicable al caso concreto es la No. 022347714, no las que aportó la llamante en garantía.

AL HECHO QUINTO. Es parcialmente cierto. Allianz Seguros S.A. asumirá su responsabilidad siempre y cuando se respeten las condiciones del contrato de seguro.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Allianz Seguros S.A. asumirá su responsabilidad siempre y cuando se respeten las condiciones del contrato de seguro vigente entre las partes y aplicable al caso concreto. Este se encuentra plasmado en la póliza No. 022347714, como se refirió en la contestación a los hechos y se aporta con esta contestación.

Por lo anterior, propongo las siguientes:

3. EXCEPCIONES DE FONDO

3.1. Delimitación temporal de la cobertura – aplicación de cláusulas claims made – ausencia de cobertura de algunas de las pólizas aportadas

El Despacho debe tener en cuenta la delimitación temporal de la cobertura que se encuentra incluida en cada una de las pólizas aportadas con el llamamiento en garantía, **con el fin de identificar que la que tiene cobertura temporal y vocación para ser analizada en este**

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

trámite procesal es la aportada con esta contestación. En las pólizas se incorporó la siguiente cláusula:

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 10 DE 2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Esto significa que para que haya cobertura se deben cumplir dos condiciones:

1) Que la primera reclamación al asegurado o a la aseguradora se presente durante la vigencia de la póliza.

2) Que los hechos que dan lugar a la reclamación se presenten durante la misma vigencia de la póliza o durante vigencias anteriores contadas a partir del 10 de septiembre de 2008.

Vale poner de presente que las cláusulas *claims made* delimitan los riesgos en el ámbito temporal, y tienen como fundamento el artículo 4 de la Ley 398 de 1997. De esto se desprende que la aseguradora, en este caso Allianz Seguros S.A., sólo responderá por aquellas reclamaciones que hayan sido formuladas durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza o durante su periodo de retroactividad, y respecto de los cuales por supuesto el asegurado sea responsable civilmente.

En este caso, la demanda se fundamenta en el supuesto acto negligente de los profesionales adscritos a la Clínica Versalles. De conformidad con lo manifestado en la demanda y lo que se puede observar en la historia clínica, los hechos que dan base a la acción que se interpone ocurrieron el 17 de octubre de 2013, es decir, dentro del periodo de retroactividad otorgado.

Por ende, para determinar cuál es la póliza que tiene cobertura temporal en este caso deberá analizarse en qué fecha se presentó la primera reclamación al asegurado. Esta primera reclamación tuvo lugar el 23 de noviembre de 2018, fecha en la que se notificó personalmente la Clínica de la demanda. Así, la única póliza que tiene cobertura temporal y que podrá servir de fundamento para el análisis de las demás condiciones del contrato en el trámite de este llamamiento en garantía es la No. 022347714/0 con vigencia desde el 10 de octubre de 2018 hasta el 9 de octubre de 2019.

[espacio en blanco]

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

3.2. Límite de la suma asegurada y condiciones del contrato de seguro

De no prosperar o solo hacerlo parcialmente las excepciones propuestas en el acápite de la contestación a la demanda o las que configuren hechos que eximan de responsabilidad a la asegurada y que sean debidamente acreditados durante el proceso, solicito que en la eventual condena en contra de mi representada se tenga como límite de la misma la suma asegurada en las condiciones de la póliza, esto es, teniendo en cuenta los límites, amparos, sumas aseguradas, deducibles, exclusiones, etc., de tal manera que se respeten los términos del contrato de seguro. En el evento de que los hechos que dieron origen a este proceso impliquen una de las exclusiones pactadas en el contrato de seguro, la compañía aseguradora estará relevada de asumir obligación alguna.

Lo anterior, por supuesto, no constituye, bajo ninguna circunstancia, aceptación de responsabilidad alguna. Reitero que mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones formuladas en la medida que desconozcan las condiciones particulares y generales del contrato de seguro.

3.3. Deducible pactado

Sin perjuicio de que esta excepción está cobijada en la formulada en el numeral anterior, por su especial regulación legal, resulta pertinente exponer los hechos que la fundamentan de forma separada. En las condiciones particulares del contrato de seguro suscrito entre la asegurada, Allianz Seguros S.A., y otras aseguradoras, se pactó expresamente un deducible, esto es, una suma o porcentaje que debe asumir la asegurada siempre que se presente un siniestro que tenga cobertura.

En consecuencia, si en la eventual sentencia condenatoria que se profiera en este asunto se determina que el evento que dio origen a esta demanda es de aquellos incluidos en el amparo contratado y no opera ninguna exclusión y/o excepción aquí planteada, Allianz Seguros S.A. sólo estará obligada a asumir el pago del siniestro por encima del valor del deducible, que siempre estará a cargo de la asegurada.

En otras palabras, en aplicación de lo acordado por las partes al suscribir el contrato de seguro, la asegurada asume las pérdidas que no excedan el valor del deducible; y solamente si el siniestro implica una pérdida superior a dicho monto habrá cubrimiento del seguro.

El deducible pactado en la póliza que fundamenta el presente llamamiento en garantía es de cuatro millones de pesos ($4.000.000) o del diez por ciento (10%) del valor de la pérdida, siempre que dicho porcentaje sea mayor que el primer valor.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $4.000.000

Gastos Médicos, Cauciones Judiciales:
Operan sin de deducible

3.4. Disponibilidad del valor asegurado

La suma o valor asegurado es la cantidad fijada en cada una de las garantías de la póliza que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar, en atención a los diferentes conceptos, por parte del asegurador en caso de siniestro. Es decir, la póliza tendrá cobertura de uno o diversos siniestros que puedan presentarse durante la vigencia de la póliza, sin que en ningún caso se pueda superar la indemnización total la suma o valor asegurado.

En tal virtud, en caso de proferirse una condena que implique una obligación a cargo de la aseguradora deberá tenerse en cuenta el monto disponible en ese momento exacto (de condena) y que, por supuesto, dependerá de la suma total de los pagos efectuados por Allianz Seguros S.A. que puedan haberse realizado con ocasión de otros siniestros presentados durante la misma vigencia. Pagos que podrán haberse presentado (o presentarse) derivados del mismo siniestro o de siniestros que nada tienen que ver con el que nos ocupa en este proceso, pero que en todo caso implican la afectación de la misma póliza. En consecuencia, deberán tenerse en cuenta tales pagos al momento de dictarse sentencia, providencia que necesariamente deberá hacer referencia al valor asegurado disponible para el momento en que se profiera el fallo en caso de que el mismo sea condenatorio. De tal suerte que si por los pagos que se hayan realizado con ocasión de otros siniestros el valor asegurado se ha agotado, así deberá declararse en la sentencia y en tal caso la compañía que represento estará relevada de asumir pago alguno en este proceso.

3.5. Excepción genérica

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante, que resultare probado dentro del proceso, toda vez que el juez oficiosamente debe declarar probadas las excepciones que resulten de los hechos acreditados en el expediente.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

Solicito, igualmente, declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada a lo largo del proceso bien frente a la demanda o bien frente al llamamiento en garantía.

4. OBJECIÓN AL *JURAMENTO ESTIMATORIO*

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, el juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. En este caso la parte demandante solicita la indemnización de los supuestos (i) perjuicios morales, (ii) perjuicio a la vida de relación y (iii) perjuicio por daño a la salud. En este sentido, lo que la parte demandante llama "juramento estimatorio" no puede tener los efectos previstos por el legislador y no puede servir de prueba del monto de los perjuicios cuyo reconocimiento se pretende.

5. PRUEBAS

Solicito tener en cuenta como tales los documentos que obran en el expediente, así como las demás pruebas aportadas y solicitadas con la contestación de la demanda de acuerdo con su valor legal.

5.1. Documental aportada

5.1.1. Póliza No. 022347714 que fundamenta el presente llamamiento en garantía

5.2. Documental a pedir

5.2.1. Ofíciese a Allianz Seguros S.A., ubicada en la avenida 6ta A norte, número 23-13 de la ciudad de Santiago de Cali, a fin de que se allegue al proceso certificación acerca del valor asegurado actualizado de las Pólizas No. 022347714, objeto del llamamiento en garantía, descontando todos los pagos por otros siniestros que hayan afectado la póliza. Lo anterior, para determinar el valor asegurado disponible al momento de pronunciarse el señor juez sobre una eventual condena en contra de la compañía aseguradora.

Se destaca que el suscrito es consciente que, de conformidad con el artículo 173 del Código General del Proceso, "el juez debe abstenerse de practicar las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse de forma sumaria". No obstante, cabe aclarar que lo solicitado al honorable juez no es otra cosa que una prueba cuya necesidad ha de agotarse en

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

el futuro, pues de aportarse al momento de la contestación del llamamiento en garantía el valor asegurado muy seguramente no coincidiría con el real al momento de fallar el señor Juez, por otros siniestros que eventualmente se puedan pagar desde ahora y hasta esa fecha.

Así las cosas, aunque es cierto que directamente se hubiese podido aportar la certificación acerca del valor asegurado actualizado de la Póliza No. 022347714con la contestación de la demanda, lo cierto es que resultaría inconveniente esta prueba documental, pues puede suscitarse el caso en que este valor no coincida con valor real al momento de fallar el señor juez.

5.3. Interrogatorio de parte

De conformidad con el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito que se cite a su despacho a las siguientes personas:

5.3.1. LIZBETH TATIANA ANGULO MOJICA, quien puede ser ubicada en la dirección aportada con la demanda para que en fecha y hora que señale el juzgado, absuelva interrogatorio que le formularé de manera verbal sobre los hechos relacionados con el proceso, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se presentaron los mismos, así como de los supuestos perjuicios que le fueron causados.

6. ANEXOS

6.1. El poder para actuar, presentado personalmente por la representante legal de Allianz Seguros S.A. y el certificado de existencia y representación legal de la sucursal de Santiago de Cali de Allianz Seguros S.A., expedido por la Cámara de Comercio de Cali, ya obran en el expediente.

6.2. Certificado de estudios del señor Carlos Albeiro Benavides, para efectos de la dependencia judicial.

7. DEPENDENCIA JUDICIAL

Solicito tener a CARLOS ALBEIRO BENAVIDEZ MUÑOZ, identificado con cédula de ciudadanía número 94.431.965 de Santiago de Cali, estudiante de derecho de tercer año de la Universidad Libre, como mi dependiente judicial, a quien desde ahora autorizo para que retiren en mi

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

nombre todos los oficios, notificaciones, citaciones, etc., revisen el expediente, soliciten y retiren copias.

8. NOTIFICACIONES

8.1. Mi poderdante la compañía Allianz Seguros S.A. las recibirá en Santiago de Cali D.E. en la avenida 6 A norte # 23 – 13, barrio Santa Mónica y en el correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co.

8.2. Los demandantes, los demandados y el llamante en garantía en las direcciones por ellos aportadas.

8.3. El suscrito las recibirá en la avenida 4 norte # 6N – 67 oficina 403 del Edificio Siglo XXI en Santiago de Cali D.E. y en los correos electrónicos: fjhurtado@hurtadogandini.com y cmendoza@hurtadogandini.com.

Atentamente,

FRANCISCO J. HURTADO LANGER
T.P. 86.320 del C.S. de la J.

Avenida 4N N° 6N - 67 Oficinas 403 - 405 Edif. Siglo XXI Tel: +57 (2) 6410900 Cali - Colombia
www.hurtadogandini.com

Nº 37789

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Cali

Personería Jurídica No. 192 de Junio de 1946
Nit: 860.013.798 - 5

EL JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO DE LA UNIVERSIDAD LIBRE

CERTIFICA:

Que **CARLOS ALBEIRO BENAVIDEZ MUÑOZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 94431965 de Cali, con código estudiantil No. **173728** se encuentra cursando las siguientes asignaturas de tercer año de Programa De Derecho (Nocturno Cal. B) durante el año lectivo de 08/2019 a 07/2020:

21023	INVESTIGACION III ESCUELAS METODOLOGICAS Y TECNICAS DE RECOLE
21025	OBLIGACIONES
21027	PROCESAL CIVIL GENERAL
21029	PROCESAL PENAL
21031	LABORAL COLECTIVO
21106	ADMINISTRATIVO GRAL Y COLOMBIANO
21107	COMERCIAL I
21109	TUTELA PENAL DE LOS BIENES JURIDICOS
21110	HERMENEUTICA Y ARGUMENTACION JURIDICA
23399	ELECTIVA FUNDAMENTOS PARA PRESENTACIÓN DE PRUEBAS SABER PRO

Cumple con una intensidad horaria de lunes a viernes de 6:30p.m a 9:30p.m y sábados de 8:00a.m a 12:00m, para un total de (27) horas semanales. El programa de Derecho es anualizado equivalente a dos semestres.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado(a).

Cali, 02 de octubre de dos mil diecinueve (2019).

BENUR ANTONIO GONZALEZ GUZMAN
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

17
286

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022347714 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

19 de Octubre de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA VERSALLES S.A.

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....**4**

CONDICIONES PARTICULARES.....**5**

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....**11**

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....11

Capítulo III - Siniestros.....19

288 19

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA VERSALLES S.A. NIT: 8000489540 AV 5A CL 23 46 CALI Teléfono: 6809990 Email: clinicaversalles@clinica.com
Asegurado:	CLINICA VERSALLES S.A. NIT: 8000489540 AV 5A CL 23 46 CALI Teléfono: 6809990 Email: clinicaversalles@clinica.com
Póliza y duración:	Póliza nº: 022347714 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 10/10/2018 hasta las 24:00 horas del 09/10/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 09/10/2019 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S Clave: 1075753 CALLE 36N NO.6 A-65 WORLD- PISO 22 CALI NIT: 8909016044 Teléfonos: 8930893 0 E-mail: williscolombia207@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	AV 5A CL 23 46

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
3.RC Patronal	250.000.000,00	500.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00

290 21

SUBJETIVIDAD:

La presente cotización se encuentra sujeta a:

1. A la renovación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.
2. A la entrega del formulario actualizado, fechado y firmado por el cliente.

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 889532704**

Período: de 10/10/2018 a 09/10/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	110.000.000,00
IVA	20.900.000,00
IMPORTE TOTAL	**130.900.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S
Teléfono/s:8930893 0
También a través de su e-mail: williscolombia207@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

22
291

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES
ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

los fabricantes; y

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

Amparo
Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.
La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:
LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones
Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:
1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del Asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.

11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.

11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a diez (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de treinta (30) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S

NIT: 8909016044
CALLE 36N NO.6 A-65 WORLD- PISO 22
CALI
Tel. 8930893
Fax 8930893
E-mail: williscolombia207@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

20-10-2018 01:04:35 03101100222OI00CO52 CE00127 1075753

12. CESIÓN.
Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.
EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL
Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN
La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES
Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.

10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.

10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta. Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. **RECLAMACIÓN:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador CLINICA VERSALLES S.A.	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S	Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1075753	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S	70,00
1067823	LLANO DOMINGUEZ LTDA AGENCIA DE SEGUROS	30,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de servicios médicos

UBICACIONES:

Sede Principal: Avenida 5A Norte # 23N-46/57 Cali
Sede Servicios Ambulatorios: Avenida 5 Norte # 23N-59 Cali
Sede Fisioterapia, Terapia Física y Archivo: Calle 26 Norte # 5AN-26 Cali
Sede San Marcos: Transversal 103 Calle 95 esquina Barrio San Marcos Cali

CLÁUSALS ADICIONALES:

1. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

2. Jurisdicción & Territorialidad: Colombia

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $4.000.000

Gastos Médicos, Cauciones Judiciales:
Operan sin de deducible

Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	19,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	185,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 10 DE 2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable