



JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO
POPAYAN CAUCA

DICIEMBRE PRIMERO (1) DE DOS MIL VEINTIUNO (2021)

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: JAIME MOSQUERA MUÑOZ Y OTROS
DEMANDADO: SALUDCOOP
RADICACION: 190013103006-2013-00112-00

Visto el dictamen pericial presentado por la doctora **ANDREA CONSTANZA SALAS MESIAS** especialista en pediatría dentro del presente asunto es procedente correr traslado a las partes de conformidad con el artículo 228 del Código General del Proceso.

En consecuencia, se

RESUELVE:

DEL DICTAMEN PERICIAL presentado por la doctora **ANDREA CONSTANZA SALAS MESIAS** especialista en pediatría, córrase traslado por el término de tres (3) días.

NOTIFIQUESE.

ASTRID MARÍA DIAGO URRUTIA
Juez

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO
POPAYAN

NOTIFICACION POR ESTADO No 167

hoy 02 de Diciembre de 2021

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO

POPAYÁN – CAUCA

EN RESPUESTA AL OFICIO NÚMERO 715 CODIGO: 190013103006

PERITAJE CASO MARIA JOSE MOSQUERA MUÑOZ

1. ¿SI EL PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN, VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE LA APENDICITIS Y POSTERIORMENTE PERITONITIS generalizada que padeció la menor MARIA JOSE MOSQUERA MUÑOZ efectuados por parte de CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN, se realizó de conformidad con los protocolos de atención médica establecidos por la Clínica Saludcoop de Popayán para el manejo de esta patología en menores de cinco años?

No tengo acceso a los protocolos de atención de apendicitis aguda de la Clínica Saludcoop de Popayán, teniendo en cuenta que es una entidad que se liquidó desconozco si tenían protocolos establecidos para la patología y si estos estaban actualizados en el momento de los hechos.

2. ¿SI EL PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN, VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE LA APENDICITIS Y POSTERIORMENTE PERITONITIS generalizada que padeció la menor MARIA JOSE MOSQUERA MUÑOZ efectuados por parte de CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN, se realizó de conformidad con los protocolos de atención nacionales e internacionales de atención médica referente a esta patología espacialmente en menores de cinco años?

Es de tener en cuenta que en las dos primeras valoraciones realizadas a la paciente en la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN, el diagnóstico emitido por la medica tratante fue “enfermedad diarreica aguda” mas no de apendicitis o de dolor abdominal.

Apegándonos a los registros de la historia clínica, las anotaciones son compatibles con una enfermedad diarreica aguda sin hallazgos anotados por la medica que sugieran una apendicitis aguda. En la enfermedad actual de las primeras dos consultas nunca mencionan la presencia de fiebre o dolor abdominal.

En las guías de practica clínica de atención de ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA en pediatría se establece que los estudios de laboratorio no se requieren de forma rutinaria. Los electrolitos séricos, la función renal y el estado ácido-base (niveles de bicarbonato) solo son útiles cuando son marcadamente anormales, por lo tanto, solo deben solicitarse en casos de deshidratación grave o cuando existe una fuerte sospecha de desequilibrio electrolítico. Los estudios adicionales, tales como hemograma, PCR, coprocultivo; deben solicitarse en casos en los que el paciente sea menor de 6 meses, presente apariencia tóxica, sepsis, fiebre alta ($> 39^{\circ}\text{C}$ / 102°F), disentería (diarrea con sangre), inmunosupresión, diarrea > 7 días o antecedentes de viaje a áreas de alto riesgo de infección bacteriana. (1,2). Criterios que no cumplía la paciente según la historia clínica consignada por la medica tratante.

Es de anotar que la enfermedad diarreica aguda de origen viral es una de 10 principales causas de consulta en los servicios de urgencias pediátricos y que la duración de la enfermedad puede extenderse de una a dos semanas sin implicar la necesidad de estudios adicionales a menos que presente signos de alarma que sugieran otra patología como los anteriormente enunciados o una duración mayor de 7 días de los síntomas.

En la tercera consulta; si hay datos que sugieren una patología grave que requiere estudios y manejo especializado. En la valoración por cirugía realizada en la clínica la Estancia corroboran que la paciente presenta dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución "desde ayer dolor en fosa iliaca derecha" lo cual corrobora que la paciente no presentaba dolor abdominal previamente. Sin embargo, en anotaciones de la historia del centro medico de Imbanaco si refieren presencia de dolor abdominal desde el segundo día del cuadro lo cual no se correlaciona con la información de las historias clínicas previas.

3. ¿Qué exámenes, pruebas, imágenes y ayudas de diagnóstico pudo haber utilizado el medico tratante en la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN, para determinar correctamente la apendicitis que padecía la menor fallecida?

Si clínicamente el medico tratante no encuentra signos de una infección bacteriana aguda o de un cuadro clínico que sugiera una patología abdominal quirúrgica es muy difícil poder llegar al diagnóstico de apendicitis en un paciente menor de 4 años.

Según la historia clínica aportada la paciente no había presentado fiebre durante las dos primeras consultas, y presenta un examen físico normal por lo que según la información descrita en la historia clínica aportada no tenia criterios en sus dos primeras consultas de toma de paraclínicos adicionales.

Los criterios clínicos para la indicación de paraclínicos adicionales son; la presencia de fiebre mayor a 39°C, aspecto toxico, deshidratación importante, y la presencia de dolor abdominal que no es referido en las primeras dos consultas.

Es de anotar que la tasa de diagnóstico erróneo en apendicitis aguda varía del 28 al 57% en niños de 2 a 12 años y se acerca a casi el 100% en niños menores de 2 años. (3)

El retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda en edad preescolar se ha atribuido a presentaciones inespecíficas, superposición de síntomas con muchas otras enfermedades infantiles comunes, junto con la incapacidad del niño para expresarse y la exploración abdominal difícil en este grupo de edad. (4)

La tasa de diagnósticos erróneos aumenta a medida que disminuye la edad y los niños pequeños tienen un riesgo cinco veces mayor de apendicitis complicada. (3)

4. ¿Es la apendicitis en menores de 5 años una patología que siempre desencadene una sepsis secundaria a una peritonitis generalizada?

La apendicitis en menores de 5 años NO siempre desencadena sepsis secundaria a una peritonitis. Sin embargo, si es mas frecuente que se presente en este grupo de edad por la

dificultad de la evaluación clínica en estos escenarios, sumado a algunas diferencias fisiopatológicas en el desarrollo de la enfermedad con respecto a niños de mayor edad.

La literatura describe que la peritonitis difusa es más común en los niños más pequeños, debido a que presentan un epiplón inmaduro con respecto a los niños de mayor edad. (3,4)

Como la presentación de la apendicitis aguda en los preescolares es inespecífica e insidiosa, el intervalo de tiempo medio entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico final suele ser de 3 a 4 días. Esta demora en el diagnóstico resulta con mayor frecuencia en perforación (82-92%) y obstrucción intestinal en 82%. (3,4)

5. ¿Por medio de una detección temprana y adecuada de la apendicitis en menores de cinco años, es muy probable que no se ponga en riesgo su vida o que fallezca por sepsis seguida de peritonitis generalizada?

La detección temprana de cualquier patología genera mejores resultados en el tratamiento y complicaciones de la misma.

Una detección temprana de una apendicitis aguda con un manejo quirúrgico temprano, implica una menor tasa de perforaciones, abscesos y peritonitis y secundariamente va a disminuir la probabilidad de morbilidad y mortalidad. (5)

6. ¿De conformidad con la historia clínica de la menor MARIA JOSE MOSQUERA MUÑOZ llevada en la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN, la occisa presentaba signos de padecer apendicitis?

MARIA JOSE MOSQUERA MUÑOZ, es una paciente de 3 años 7 meses, con tres consultas a la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP POPAYÁN. Durante su primera consulta (25/05/2008) su motivo de consulta fue “vómito y dolor de estómago”, refiere la historia como única sintomatología referida la presencia de 6 episodios eméticos y deposiciones diarreicas acuosas, con un examen físico normal, con signos vitales normales y sin signos clínicos (según la historia) que sugieran

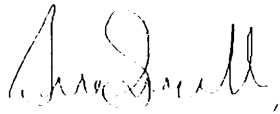
apendicitis aguda, con examen abdominal sin signos de irritación peritoneal, la paciente se observa, se administra dosis única de metoclopramida, medicación con la que según la historia no presenta nuevos episodios de diarrea ni de vomito por lo que se egresa de la institución.

En la segunda consulta (27/05/2008) su motivo de consulta fue "diarrea", la medica tratante anota "reinicio de las deposiciones diarreicas liquidas no fétidas sin moco ni sangre, ha tolerado la vía oral, niega fiebre" en esta consulta también se anotan signos vitales normales, sin signos de deshidratación, afebril, con examen abdominal normal. Según este registro no hay signos clínicos que sugieran la presencia de una apendicitis aguda. Según la anotación de la medica tratante la paciente tolera la vía oral, y egresa con manejo para una probable enfermedad diarreica aguda bacteriana.

En ninguno de los registros de las dos primeras consultas, hay anotación de que la paciente presente fiebre, deshidratación, ni dolor abdominal, tampoco signos clínicos en el examen físico abdominal que la sugieran.

En la tercera consulta realizada el 29/05/2008 anotan como motivo de consulta "le duele para orinar y huele feo", según la anotación de la medica tratante "desde anoche disuria y orina fétida, además fiebre, la diarrea cedió, no ha vomitado" en el examen físico signos vitales anotados normales para su edad con dolor a la palpación de flanco y fosa iliaca izquierdos solicitan hemograma en el que reportan leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis con parcial de orina negativo para infección urinaria. En este contexto de la tercera consulta hay elementos que sugieren que se trata de una paciente con un cuadro abdominal que requiere estudios y manejo por especialista, con signos paraclínicos de sepsis, asociados a fiebre y dolor abdominal lo que obliga a realizar diagnóstico diferencial con una apendicitis aguda entre otras causas de abdomen agudo quirúrgico.

Atentamente,



ANDREA CONSTANZA SALAS MESÍAS

Especialista en Pediatría

CC. 37086066 de Pasto

RM 52 -0979

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ivan D. Florez, Laura F. Niño-Serna, Claudia P. Beltrán-Arroyave, Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children, Current Infectious Disease Reports (2020) 22:4.
2. Iván D. Flórez, et al; Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento, Pediatría, páginas 29-46 (Abril - Junio 2015), vol 48, N° 2.
3. Hamdi Hameed Almaramhy. Acute appendicitis in young children less than 5 years: review article. Almaramhy Italian Journal of Pediatrics (2017) 43:15.
4. Ricardo Rassi, Florencia Muse, Eduardo Cuestas. ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN UNDER 4 YEARS: A DIAGNOSTIC DILEMMA. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba 2019; 76(3): 180-184
5. Evidence-Based Outcomes Center 9 Texas Children's Hospital. TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL EVIDENCE-BASED OUTCOMES CENTER Acute Appendicitis/Appendectomy Evidence-Based Guideline July del 2018