

**Rad: 2022-00080// contestacion del llamamiento en garantia y de la demanda // Llamada en garantia SARA LOPEZ CONCHA.**

Jairo Fraga <jairofragarosas@gmail.com>

Mié 19/07/2023 14:00

Para:Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga <j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>;contacto@azurabogados.com <contacto@azurabogados.com>;dianablandon81@hotmail.com <dianablandon81@hotmail.com>;dogui71 <dogui71@hotmail.com>;maicolrodriguez <maicolrodriguez@azurabogados.com>;letty Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>;Darío Rosero <emssanarsas@emssanar.org.co>;Diana Vanessa BENJUMEA FLOREZ <notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>;comunicaciones <comunicaciones@cenvalle.com>;notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>;njudiciales <njudiciales@mapfre.com.co>;saritam1809 <saritam1809@hotmail.com>;marciali 16 <marciali\_16@hotmail.com>;juridico <juridico@fhsjb.org>;Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

 4 archivos adjuntos (11 MB)

Contestacion al llamamiento en garantia.pdf; Contestacion SARA LOPEZ CONCHA.pdf; ANEXOS COMPRIMIDOS .pdf; Historia clinica atencion puntual sara lopez concha.pdf;

DOCTORA

SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS

JUZGADO SEGUNDO CIVIL CIRCUITO DE BUGA. E.S.D

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS DEMANDADOS:  
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS

RADICACIÓN: 76111310300220220008000

Jairo Fraga Rosas, identificado con la cedula de ciudadanía No 80.222.227 de Bogotá D.C y tarjeta profesional No 183.193 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de la llamada en garantía SARA LOPEZ CONCHA, por medio del presente correo electronico contesto la demanda, el llamamiento en garantía, anexo las pruebas necesarias que soportan nuestra defensa y sobre todo SOLICITÓ PLAZO PARA APORTAR DICTAMEN PERICIAL.

Valga el presente escrito para solicitar de manera respetuosa me sea remitido el link del expediente digital.

Cordialmente

Jairo Fraga Rosas

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**DOCTORA**  
**SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL CIRCUITO DE BUGA.**  
**E.S.D**

**PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA**  
**DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS**  
**DEMANDADOS: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS**  
**RADICACION: 76111310300220220008000**

**JAIRO FRAGA ROSAS**, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderado judicial de la llamada en garantía, SARA LOPEZ CONCHA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.144.064.962, correo electrónico [saritam1809@hotmail.com](mailto:saritam1809@hotmail.com), por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término legal, me permito descorrer el traslado de la **CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** que realiza la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, pronunciándome de la siguiente manera, frente a los hechos y pretensiones:

**I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**HECHO 1 ES CIERTO** efectivamente se observa en la pagina de la rama judicial un proceso presentado en contra de la Fundación Hospital San José de Buga con numero de radicación No 76111310300220220008000, que cursa en el Juzgado 2 Civil del Circuito de Buga, Sin embargo los hechos que generan la presente demanda son la suma de la actividad medica desarrollada por varios profesionales de la salud, en ese sentido en el hipotético caso de existir una condena en contra de la Fundación Hospital San José de Buga deberá estudiarse de manera individualizada la conducta asumida por cada uno de los profesionales.

De lo anterior se desprende que una cosa es la responsabilidad institucional y otra cosa muy distinta es la obligación como persona natural en uso de sus funciones como medica general por parte de mi defendida.

**HECHO 2 NO ES CIERTO** que la valoración realizada por la Doctora SARA LOPEZ CONCHA haya sido la causante del desenlace presentado por la paciente PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, inclusive la prueba que traen los demandantes de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA no demuestra que efectivamente la atención realizada por mi poderdante el día 15 de Febrero del año 2018 tenga nexo de causalidad con el desenlace de la paciente.

**HECHO 3 ES CIERTO** que mi defendida tenia un contrato de prestación de servicios vigente para la fecha de los hechos, pero es importante resaltar que en ninguna clausula del citado contrato, la Doctora SARA LOPEZ CONCHA, se compromete a responder patrimonialmente por cualquier condena asumida por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, por presuntas condenas que tengan como fundamento su actividad medica y sentencias condenatorias en procesos de responsabilidad civil extracontractual.

**HECHO 4 NO ES CIERTO** que la Doctora SARA LOPEZ CONCHA, tenga la obligación de responder patrimonialmente ante una condena en contra de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**A LA PETICIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

A LA PRETENSIÓN UNICA. Presentamos oposición puesto que la totalidad de reproches plasmados por los demandantes no están encaminados a la actividad medica desarrollada por mi defendida SARA LOPEZ CONCHA, de hecho no hay un reproche puntual con su nombre y apellido en el cuerpo de la demanda , las situación fáctica de la actividad medica desarrollada por mi defendida no se encamina a un mal procedimiento.

Presentamos oposición, puesto que en el hipotético caso de salir condenado FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, no se deberá a las atenciones realizadas por la Doctora LOPEZ CONCHA.

Puesto que de ninguna manera están reprochando estas atenciones medicas.

**II. EXCEPCIONES DE FONDO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**A. RESPONSABILIDAD DIRECTA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA. .**

El Decreto 2309 de octubre 15 de 2002 habla de lo que se denomina una “garantía de calidad”, la cual, se refiere al conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, y en este punto cabe preguntarse si se está exigiendo a las IPS algo más que diligencia y cuidado, podría llegar a pensarse que la norma quiso imponer una carga superior a las IPS, respecto a la de los profesionales de la salud. Esta creencia se reitera al tener en cuenta que el artículo 6 del citado decreto, establece como características para mejorar la calidad de la atención de salud, la seguridad, entendiendo por esta *“el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”*. La entidad prestadora de salud es responsable frente al usuario.

Puede entenderse además, que la IPS es responsable frente a su usuario, al tenerse en cuenta que él no posee una libertad plena a la hora de elegir el profesional de la salud o la institución hospitalaria que va a atenderlo.

La solidaridad se predica debido a la unidad de objeto prestaciones y la relación existente de los codeudores entre sí y de éstos con el acreedor, ligadas a la identidad del interés lesionado y del daño producido, la que permite hacer el predicamento de solidaridad. El objeto de la obligación es exactamente el mismo, razón por la que demanda un comportamiento uniforme (tanto de la I.P.S como de sus agentes), guiado por un mismo fin, cual es el cumplimiento de los deberes contractuales originalmente adquiridos. En consecuencia, puede establecerse que, en la medida en que se presente una falla, un daño o una defectuosa prestación del servicio, el paciente cuenta con la facultad de demandar a la IPS (como en el presente), porque el perjuicio sería consecuencia de un incumplimiento de los deberes que tiene esta institución frente al afiliado.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, es que afirmo que hay responsabilidad directa de la IPS como PRESTADORA de salud, ya que es tal entidad quien tiene la obligación constitucional de la prestación del servicio de salud (a pesar de que lo haga a través de un personal contratado que ejecute su deber). Pretender llamar en garantía a un médico, para que sea garante de su responsabilidad, es desconocer que ellos se encuentran vinculados al proceso como prestadores del

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

servicio constitucionalmente exigido, y no existe norma que obligue al médico a responder por el hecho ajeno.

A pesar de la unidad en el objeto prestaciones, la responsabilidad directa que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA. le atañe, no puede trasladarse a otra persona, por ser ellos a quienes legalmente se les exige la obligación. Debe FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, responder por las obligaciones que le son exigibles directamente como entidad prestadora en vez de pretender trasladar su responsabilidad a quien ejecuta su deber.

De lo anteriormente expuesto, se colige, que le atañe al llamante, una responsabilidad directa, fundamentada en la Constitución y la ley; y frente a dicha responsabilidad directa, no existe derecho legal o contractual que obligue a la LLAMADA EN GARANTÍA Dra. SARA LOPEZ CONCHA a pagar a favor de los demandantes en caso de condena; no existe en el proceso prueba si quiera sumaria de la obligación legal o contractual alegada por el LLAMANTE.

**B. EXCEPCIÓN AUSENCIA DE FUNDAMENTO LEGAL**

El escrito de llamamiento en garantía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 64 del C.G.P. deberá contener: *“A. El nombre del llamado o el de su representante. B. La indicación de su domicilio, residencia, habitación u oficina. C. Los hechos y fundamentos de derecho en que se basa el llamamiento. D. La dirección donde el llamado podrá recibir las notificaciones.* Adicionalmente, la ley impone la carga de aportar, con el escrito de la denuncia, la prueba si quiera sumaria del derecho a formularla.”

A pesar que el demandado FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA presenta llamamiento en garantía, dejo constancia que no existe fundamento de derecho para que se haga efectivo este llamamiento toda vez que el mismo no incluye una pretensión declarativa de responsabilidad administrativa, un título de imputación, un hecho gravemente culposo, o doloso, es decir, dentro del cuerpo del llamamiento en garantía y en el de la contestación de la demanda, no encontramos ningún reproche por parte de la entidad llamante en contra de los profesionales de la salud que participaron dentro de la atención intrahospitalaria que hoy genera la reclamación en contra de esta entidad. Por el contrario, el propio demandado FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA señala en su contestación de la demanda que el criterio médico y la conducta de los médicos tratantes se realizó con observancia y acatamiento de la LEX ARTIS, sin culpa y sin incurrir en falla en la prestación del servicio de salud, además alegando ausencia de nexo causal.

Se recuerda que la obligación del médico es independiente de la del prestador del servicio, a pesar que haya una unidad de fin, razón por la cual tiene responsabilidad directa derivada de la Constitución y la Ley sobre los servicios que presta, lo que indica que no existe fundamento legal, ni contractual que obligue a la llamada en garantía a reembolsar a la llamante suma alguna, o responder en su lugar para el pago de presuntos perjuicios.

a

**LA INNOMINADA**

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho a favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**NOTIFICACIONES:**

**LLAMADA EN GARANTIA SARA LOPEZ CONCHA**

- Carrera 12 salida sur 42 – L1 – Casa 84 Miravalle, Buga – Valle
- Saritam1809@hotmail.com
- Celular: 3245310980

**EL SUSCRITO**

jfraga@equipojuridico.com.co  
jairofragarosas@gmail.com  
celular 3163619048

Señor Juez,



**JAIRO FRAGA ROSAS**

C.C. No. 80.222.227 de Bogotá D.C

Jfraga@equipojuridico.com.co – jairofragarosas@gmail.com

T.P No. 183.193 del C. S. de la J.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**DOCTORA**  
**SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL CIRCUITO DE BUGA.**  
**E.S.D**

**PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA**  
**DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS**  
**DEMANDADOS: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS**  
**RADICACION: 76111310300220220008000**

**JAIRO FRAGA ROSAS**, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderado judicial de la llamada en garantía, SARA LOPEZ CONCHA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.144.064.962, correo electrónico [saritam1809@hotmail.com](mailto:saritam1809@hotmail.com), por medio del presente escrito y encontrándome dentro del término legal, me permito descorrer el traslado de contestación de la demanda, pronunciándome de la siguiente manera, frente a los hechos y pretensiones de la demanda:

**FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.**

**De los antecedentes familiares.**

**HECHO 2.1 NO LE CONSTA** a mi defendida que la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, contara con todas las cualidades descritas en el presente hecho, puesto que nunca existió una relación personal, mas que lo profesional entre mi poderdante y la paciente.

**HECHO 2.2 NO LE CONSTA** a mi defendida los integrantes del grupo familiar cercano a la paciente.

**HECHO 2.3 NO LE CONSTA** a mi defendida las circunstancias que envolvieron a su grupo familiar y mucho menos, la del padre de la paciente.

**Del inicio de su patología**

**HECHO 2.4 ES PARCIALMENTE CIERTO** y al contener distintas afirmaciones será abordada la contestación al presente hecho de la siguiente manera:

**NO LE CONSTA A MI DEFENDIDA** que la paciente hubiese tenido fuertes dolores abdominales previos, teniendo en cuenta que la Doctora SARA LOPEZ CONCHA solo tuvo contacto con la paciente hasta el 11 de febrero de 2018 durante la cirugía realizada, teniendo en cuenta que presto su ayudantía al cirujano AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN.

**ES CIERTO** que la paciente tuvo atención en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA el día 11 de Febrero de 2018, fecha en la cual mi defendida participa como ayudante quirúrgica, cuya función es ayudar al cirujano principal para que el procedimiento quirúrgico fluya de forma óptima y adecuada.

La cirugía duró 35 minutos, que es un buen tiempo quirúrgico para ese procedimiento, lo que significa que la cirugía no presentó ningún tipo de accidente o demora.

el día 11 de Febrero del 2018 a las 10:36. horas en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA la paciente se encontraba en buen estado TA 148/88 FC 80 FR 18. Temperatura de 36,2°C y SaO<sub>2</sub>. 97%.

La Colectectomía por vía Laparoscópica es el tratamiento de elección para el manejo de las patologías de la vesícula biliar, el procedimiento se puede ejecutar en hospitales de Nivel intermedio y para el presente caso El Medico Anestesiólogo Dr. LUIS GERARDO SALCEDO PRIETO autorizo su ejecución en LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA por ende fue realizado en este nivel de atención médica.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**HECHO 2.5 NO LE CONSTA** a mi defendida porque corresponde a otro espacio de tiempo con la paciente en la cual mi defendida no participo.

**NO LE CONSTA** a mi defendida, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que la paciente se realizo el examen manifestado en el presente hecho porque no hizo parte de su actividad medica.

**HECHO 2.6 ES PARCIALMENTE CIERTO**, las manifestaciones contenidas en el presente hecho hacen referencia a varias afirmaciones que serán abordadas de manera independiente.

**NO LE CONSTA** a mi defendida atenciones previas a la cirugía realizada porque no tuvo contacto con la paciente antes.

**ES CIERTO** que la paciente ingreso a cirugía el día 11 de Febrero de 2018 a las 10:36 horas, la epicrisis reportaba cuadro de dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio derecho, irradiado a la región lumbar, sin presencia de coluria y tenía una ecografía hepatobiliar que revelaba colelitiasis con vía biliar normal e Hígado Graso.

Antecedentes importantes: HTA manejo con Valsartan/Amlodipino, DM Insulinorequiriente, Enfermedad Renal Crónica, Estreñimiento Crónico, Hiperprolactinemia manejo con Dostinex, CA de Mama Derecha con cuadrantectomia y vaciamiento ganglionar derecho en el 2015 había recibido quimioterapia y radioterapia y en ese momento usuaria de Tamoxifeno, nueva cuadrantectomía en abril de 2017 por fibrosis mamaria intensa.

Se efectuó la Colelap ese día, Hallazgos : Panículo adiposo de la pared abdominal aumentado, vesícula biliar con paredes engrosadas y con cálculos en su interior, cístico dilatado, hígado friable, con sangrado fácil, se efectuó el procedimiento sin complicaciones aparentes, sangrado mínimo, tiempo quirúrgico 35 minutos, desde las 12:40 pm hasta las 13:15 pm; Cirujano Dr. AYMER OSPINA, Ayudante quirúrgico Dra., SARA MANUELA LOPEZ CONCHA.

**HECHO 2.7 ES CIERTO**, realmente plantea en el presente, hecho la parte activa del proceso la transcripción de la historia clínica de la nota quirúrgica realizada por el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, cirugía en la cual mi defendida la Doctora SARA MANUELA LOPEZ CONCHA fue la ayudante.

GRUPO QUIRURGICO				
Anestesiologo	LASSO LUIS FERNANDO	Instrumentad	LAURA CECILIA RODRIGUEZ DURAN	
Ayudante:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA	Circulante:	DIANA MARCELA RUIZ PLAZA	
Ayudante				
Codigo	Procedimiento	Via	Descripción	Tarifa
37508	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	1		3 GRUPO
Código CIE10	Descripción			Tipo
K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS			Pre-Operatorio
K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS			Post-Operatorio
HALLAZGOS OPERATORIOS				
PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGROSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL				
TECNICA QUIRURGICA				
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LECHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LECHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.				
MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA				
VESICULA BILIAR				
CIRUJANO				
Medico Tratante				
Nombre:	OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO			
Especialidad:	CIRUGÍA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		
Registro Médico:	760412-97			

  
Firma

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**HECHO 2.8 NO ES CIERTO** que la técnica quirúrgica haya sido la inadecuada, realmente la nota quirúrgica describe efectivamente lo que se encontró en la paciente, es importante resaltar que NO es un hallazgo en curso de cirugía, por el contrario absolutamente todas las cirugías contienen un riesgo inherente el cual NO se evita en un 100% de los casos.

Es importante resaltar que precisamente por este motivo la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, firmo un consentimiento informado y acepto esta situación que claramente superaba el beneficio ampliamente el riesgo.

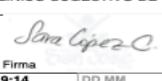
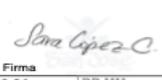
**HECHO 2.9 NO ES CIERTO** se planteo la mejor posibilidad teniendo en cuenta las condiciones de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO.

Es importante resaltar que la paciente contaba con unas condiciones bastante complejas, y precisamente estas patologías de base jugaron un papel determinante en el desarrollo del desenlace del presente caso.

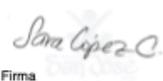
Es importante precisar que en una sala de cirugía cada integrante tiene una función específica y al realizar una manifestación de tal categoría, debería por lo menos explicar en que consistió la falla de cada uno de los integrantes.

**HECHO 2.10 NO ES CIERTO** que la paciente consultara el día 16 de febrero de 2018 puesto que ingreso el día 15 de febrero de 2018, mi poderdante valoro a la paciente en el servicio de urgencias, dado que consultaba por ausencia de deposiciones asociado a dolor abdominal y teniendo en cuenta el antecedente quirúrgico de la paciente se enfocó como un ileo adinámico, obligando a descartar obstrucción mecánica, solicito serie de abdomen, electrolitos y función renal para descartar una deshidratación asociada.

Se valoró el abdomen en el examen físico encontrando dolor a la palpación de predominio en hipogástrico, en el momento de la valoración la paciente no presentaba signos de irritación peritoneal y el abdomen era blando, sin embargo se ingresa al servicio de urgencias para observación y manejo médico integral.

Atención # 2370380		Página 1 de 2		Impreso: telefon		18/12/2022 14:27	
<b>FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - ORDENES MÉDICAS</b>							
Admisión: B11718		# Cuenta: E20B1564					
Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.							
<b>PACIENTE</b>							
Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	Nombres:	PATRICIA		
Edad:	57	Sexo:	F	Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO		
Conducta a Observación # 155297				Fecha: 15/02/2018 19:03 DD MM			
Análisis y Conducta: PACIENTE EN POP RECIENTE COLELAP QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ILEO ADINAMICO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INTEGRAL.							
Medico Tratante							
Nombre:		SARA MANUELA LOPEZ CONCHA			 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido Firma		
Especialidad:		MEDICINA GENERAL					
Registro Médico:		1144064962					
Orden # 2370425				Fecha: 15/02/2018 19:14 DD MM			
Análisis y Conducta: CONSULTORIOS:							
- OBSERVACION - NADA VIA ORAL - CANALIZAR UNA VENA - LEV CON SSN 0.9% A 80cc/h - HIOSCINA + DIFIPRONA 1 AMP EV DILUIDA LENTA - RANITIDINA 50mg EV CADA 8 HORAS - METOCLOPRAMIDA 10mg EV DILUIDO LENTO DU - VALSARTAN/AMLODIPINO 1 TAB VO CADA 12 HORAS (PACIENTE LO TRAE) - SS HEMOGRAMA, PCR - SS SERIE DE ABDOMEN, CREATININA, ELECTROLITOS - CONTROL DE SIGNOS VITALES - REVALORAR							
<b>SERVICIOS SOLICITADOS</b>							
Código	Descripción	Cantidad	Texto Explicativo				
902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIO)	1					
906913	PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	1					
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	1					
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1					
903864	SODIO	1					
903859	POTASIO	1					
903813	CLORO (CLORURO)	1					
872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	1					
<b>MEDICAMENTOS</b>							
Código	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación		
B05BB01	SODIO CLORURO - 0,90% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0			
A02BA02	RANITIDINA (CLORHIDRATO) - 50 mg/2 mL de base - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0			
A03FA01	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) - 10 mg/2 mL de base - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0			
A03BB01	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO - 20 mg/mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0			
Medico Tratante							
Nombre:		SARA MANUELA LOPEZ CONCHA			 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido Firma		
Especialidad:		MEDICINA GENERAL					
Registro Médico:		1144064962					
Orden # 2370437				Fecha: 15/02/2018 19:31 DD MM			
Análisis y Conducta: CANCELAR ORDEN DE HIOSCINA COMPUESTA - DEJAR DIFIPRONA 2gr EV DILUIDA LENTA CADA 8 HORAS							
<b>MEDICAMENTOS</b>							

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

Atencion #	2370390	Página 2 de	2	Impres	Fecha	19/12/2022 14:27
<b>FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - ORDENES MÉDICAS</b>						
Admisión:	811718	# Cuenta	E2081564			
Entidad:	EMSSANAR E.S.S. A.R.S.					
<b>PACIENTE</b>						
Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	Nombres:	PATRICIA	
Edad:	57	Sexo:	F	Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO	
Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación	
N02BB02	DIPIRONA - 40 - 50% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0		
<b>Medico Tratante</b>						
Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA					 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Especialidad:	MEDICINA GENERAL					
Registro Médico:	1144064962					
<b>Orden #</b>			<b>2370463</b>		<b>Fecha:</b> 15/02/2018 19:59 DD MM	
Análisis y Conducta: cums						
<b>MEDICAMENTOS</b>						
Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación	
A03DB04	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (0,020 + 2,5)g/5 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0		
<b>Medico Tratante</b>						
Nombre:	PRETEL VALENCIA JOSE LUIS					 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Especialidad:	MEDICINA GENERAL					
Registro Médico:	1116257498					
<b>Orden #</b>			<b>2370595</b>		<b>Fecha:</b> 15/02/2018 22:16 DD MM	
Análisis y Conducta: ENEMA JABONOSO 1000 CC REVALORAR						
<b>MEDICAMENTOS</b>						
Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación	
B05BB01	SODIO CLORURO - 0,90% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0		
<b>Medico Tratante</b>						
Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH					 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Especialidad:	MEDICO GENERAL					
Registro Médico:	1130683238					
<b>Orden #</b>			<b>2370645</b>		<b>Fecha:</b> 15/02/2018 23:16 DD MM	
Análisis y Conducta: 1. HIOSCINA COMPUESTA AMP EV DU DICLOFEMACO AMP 75 MG IM DU						
<b>MEDICAMENTOS</b>						
Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación	
A03DB04	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (0,020 + 2,5)g/5 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0		
M01AB05	DICLOFENACO SÓDICO - 75 mg/3 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0		
<b>Medico Tratante</b>						
Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH					 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Especialidad:	MEDICO GENERAL					
Registro Médico:	1130683238					

**NO LE CONSTA** a mi defendida lo que paso posteriormente, porque su turno termina y queda en manos de la Doctora MARCIA LISETH MORENO. Pero es importante resaltar que dejar a la paciente a urgencias para observación y manejo integral fue la conducta adecuada.

**HECHO 2.11. NO LE CONSTA** a mi defendida atención que se diera el día 16 de Febrero de 2018, puesto que mi defendida dio ingreso a urgencias y manejo integral el día 15 de febrero de 2018, fecha en la cual dio ingreso al servicio de urgencias para realización de exámenes pertinentes. se le presto la atención necesaria para una condición postquirúrgica haciendo estudios y valorándola clínicamente por parte de mi defendida la Doctora SARA LOPEZ CONCHA, al igual que todos los profesionales de la salud que la atendieron.

**HECHO 2.12. NO LE CONSTA** porque realmente mi defendida no atendió a la paciente el día 18 de febrero del año 2018.

**NO LE CONSTA** a mi defendida, los resultados a los exámenes realizados con posterioridad a la paciente , puesto que después de su atención la Doctora LÓPEZ CONCHA no tuvo mas contacto con la paciente, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica, es deber de la parte demandante probar el reproche.

**NO LE CONSTA** a mi defendida las atenciones que se hayan dado en fechas distintas a la cirugía realizada el día 11 de Febrero de 2023 y a la atención

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

realizada el día 15 de Febrero de 2018 a las 19:14 horas, puesto que solo intervino en estas oportunidades.

**HECHO 2.13. NO LE CONSTA** a mi defendida la atención\_recibida con posterioridad al 15 de Febrero del año 2018 porque no se tuvo más contacto con la paciente, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.14. NO LE CONSTA** a mi defendida , corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica, máxime que lo acontecido da cuenta de atención de procedimiento diagnóstico y terapéutico (CPEP) en otra institución de salud. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

**HECHO 2.15. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.16. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.17. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.18. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.19. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.20. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.21. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.22. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.23. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.24. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.25. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad médica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**HECHO 2.26 NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica

**HECHO 2.27. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.28. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.29. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.30. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.31. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.32. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.33. NO LE CONSTA** a mi defendida porque hace parte de una actividad medica en la que la Doctora LOPEZ CONCHA, no tuvo intervención, en ese sentido nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

**HECHO 2.34. NO ES UN HECHO** Se trata de la transcripción de un dictamen pericial impulsado y presentado por la parte demandante en el presente caso. En el mismo sentido y en aras del debido proceso , deberá ser sometido a contradicción de las partes para que tenga validez jurídica.

### **3.0 LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y LAS CONDENAS**

De acuerdo con los fundamentos de la demanda en la que se puede evidenciar claramente una falta de fundamento científico, jurídico y probatorio, de las afirmaciones hechas en ella y con las pruebas y sustento aportadas al proceso se logra establecer que no le corresponde responsabilidad por ninguna conducta omisiva, imprudente o negligente que lleven a la omisión o prestación deficiente del servicio de salud por parte de mi defendida, de hecho el dictamen pericial y la complementación del dictamen pericial del Doctor ADOLFO LEÓN URIBE MESA no especifica como una mala praxis las atenciones realizadas por la Doctora SARA LOPEZ CONCHA ,Por esta razón me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

particularmente a:

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**A LA PRETENSION 3.1 :** Presento oposición a la presente pretensión de que se declare la responsabilidad civil extracontractual, puesto que la conducta desplegada por mi poderdante en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, fue perfectamente ajustada a la lex artis, en ese sentido la ayudantía realizada el día 11 de Febrero de 2018 al cirujano AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, se realizó siguiendo las guías y protocolos para este caso en específico.

El ingreso realizado el día 15 de Febrero de 2018 a las 19:14 se realizó de manera prudente teniendo en cuenta las condiciones de la paciente, al encontrarse en un pos operatorio y solicitando los exámenes pertinentes.

**A LA PRETENSION 3.2 :** Me opongo a que se Condene y declare solidaria y civilmente responsable a SARA LOPEZ CONCHA de responsabilidad extracontractual, del pago del daño de perjuicios materiales e inmateriales por la atención brindada a la paciente, toda vez que no existe nexo causal entre la actividad desplegada por mi defendida y el desenlace de paciente.

**A LA PRETENSION 3.2.1:** presentamos oposición al pago por daños materiales.

**A LA PRETENSÓN 3.2.1.1:** presentamos oposición al pago de un lucro cesante pasado, teniendo en cuenta que el grueso de la solicitud se fundamenta en una deuda derivada de letras de cambio las cuales manifiestan que solo han pagado los intereses.

En ese sentido se desconoce, los hechos que motivaron la solicitud del préstamo, ahora si realizaron el préstamo para pago de turnos de enfermería, citas con psicología, pago de tarjetas de crédito, estarían realizando los demandantes una doble solicitud con la misma motivación.

**A LA PRETENSION 3.2.1.2:** presentamos oposición al pago de un lucro cesante como quiera que la parte demandante no prueba los ingresos que tenía la paciente antes de la intervención quirúrgica.

**A LA PRETENSION 3.2.2 :** Me opongo a cualquier pago por perjuicios inmateriales puesto que la actividad médica desplegada por mi cliente fue acorde a la lex artis.

**A LA PRETENSÓN 3.2.2.1: ME OPONGO,** puesto que la pretensión es ampliamente superior a lo que tradicionalmente se ha concedido por la Corte Suprema de Justicia que tradicionalmente ha tasado este tipo de cuantía en pesos y no en salarios mínimos, adicional, el presunto perjuicio no se da de la noche a la mañana si no que por el contrario ha sido el resultado de patologías previas y condiciones propias de la salud de la paciente, por el contrario los médicos de la Fundación Hospital San Jose de Buga por el contrario trataron de dar la oportunidad de que la paciente tuviese condiciones de vida dignas, pero finalmente pudieron más las preexistencias de la paciente.

**A LA PRETENSÓN 3.2.2.2 ME OPONGO a un pago del daño a la vida en relación, puesto que** hay falta de causalidad en el presente caso porque el presunto daño no fue la consecuencia directa de las acciones de la Doctora LOPEZ CONCHA y existieron otras causas independientes que contribuyeron al resultado, como la patología de base que tenía la paciente.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**A LA PRETENSIÓN 3.2.2.3**, presento oposición, puesto que la Dra López Concha, conociendo el caso de la paciente y con los signos y síntomas descritos, decidió dejar a la paciente en Observación de manera correcta (puesto que era un postquirúrgico reciente de esa misma institución) solicitó estudios de laboratorio y radiografía y como terminaba su turno ese día, le deja la paciente encargada a la medica que le recibe el turno (en las instituciones de salud los pacientes son institucionales y no personales).

**A LA PRETENSIÓN 2.2.3.4** presento oposición puesto que La valoración de la pérdida de oportunidad suele depender de la evaluación de las pruebas presentadas en el caso, es decir, se determina cuánto se redujo la probabilidad de obtener el resultado deseado debido a la conducta negligente o ilícita de la parte demandada.

Sin embargo no existen pruebas que demuestren un alejamiento de la conducta desplegada por mi defendida que conllevara el desenlace con la presente paciente.

**FRENTE A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO:**

Itérese en este punto que las obligaciones del médico son de medios y no de resultado, como repetitivamente ha señalado la jurisprudencia nacional<sup>1</sup> y la doctrina especializada<sup>2</sup>.

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica, siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos, ajenos a su actuación y que escapan a su control.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> "la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios." Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de noviembre de 2011, radicado 76001-3103-002-1999-01502-01, Magistrado ponente Dr Arturo Solarte Rodríguez. CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

<sup>2</sup> Ese contenido obligacional lo ilustra con suma propiedad el tratadista ALVARO PEREZ VIVES<sup>2</sup>, cuando con acertado criterio expresa: "Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de ensañarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimiento del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad medica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las misma circunstancias" el arte médico científico;" (PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogota. Editorial Temis, 1955, Pag. 201).

<sup>3</sup> Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

Como lo señala LE TOURNEAU, el acto médico es intrínsecamente aleatorio.<sup>4</sup> En otras palabras, la ciencia médica tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un álea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes. El compromiso sanador del médico sigue traduciéndose, por consiguiente, en una obligación de medios, no generando derechos absolutos a la salud o a la regeneración corporal por fuera de una intachable actuación.

Por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente. Puede ocurrir – y ocurre- que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la lex artis, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar – total o parcialmente- el acto sanitario realizado.<sup>5</sup>

Tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica – insuficientes para la curación de determinadas enfermedades – y la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, es lo que hace que alguno de ellos, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, puedan no serlo para otros, entendiéndose que a lo único que se obliga el facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

**FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO.**

Presentamos oposición, puesto que se ha liquidado el lucro cesante con base en un salario mínimo, sin embargo no encontramos en los anexos de la demanda la certificación laboral o prueba de que efectivamente la paciente ganaba un salario mínimo.

**7. PRUEBAS**

- 7.1. Documentos de identidad y registros civiles de nacimiento de los demandantes.
- 7.2. Historias clínicas de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**.
- 7.3. Constancias del daño emergente.
- 7.4. Certificaciones psicológicas.
- 7.5. Documentos del trámite de la solicitud de EUTANASIA.
- 7.6. Literatura médica.
- 7.7. Dictamen pericial
- 7.8. Aclaración del dictamen
- 7.9. Acta de conciliación
- 7.10. Práctica de la Prueba Pericial:

Es importante resaltar que en el numeral 7.3 de las pruebas citadas en la demanda, manifiestan **CONSTANCIAS DE DAÑO EMERGENTE**, pero de la misma manera no citan las pruebas del lucro cesante, teniendo como base el ingreso devengado por la paciente.

<sup>4</sup> Le Tourneau, P.; Droit de la responsabilité et des contrats, Edit. Dalloz, París, 6 ed., 2006, p. 509.

<sup>5</sup> Tribunal Supremo Español, sala 3, sección 6, sentencia del 10 de mayo de 2005, ponente Sr González navarro.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

Presentamos oposición, puesto que gran parte de los daños materiales se fundamentan en el pago de letras de cambio, que técnicamente tienen como soportes prestamos solicitados a terceros, pero no sabemos la motivación de los hechos que los llevaron a solicitar ese préstamo, si están solicitándolos para gastos ocasionados para pañales, citas con psicología y este tipo de pagos, pues ya los están solicitando de manera independiente, eso significa que estarían pidiendo dos veces lo mismo.

**A LAS PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA**

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Ninguna de las pruebas arrimadas por la parte demandante acreditan los hechos de un actuar negligente imprudente o imperito por parte de mi defendido.

De hecho en el dictamen pericial que trae al proceso la parte demandante no existe un reparo a una falla puntual en la ayudantía presentada por mi defendida al cirujano AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, realizado por mi defendida SARA MANUELA LOPEZ CONCHA.

Tampoco existe reparo en contra de la actividad medica desarrollada el día 15 de Febrero de 2018 a las 19:14 realizada por la Doctora SARA MANUELA LOPEZ CONCHA.

**A.- PRUEBA DOCUMENTAL APORTADA SARA MANUELA LOPEZ CONCHA:**

1. Poder firmado y autenticado. (1 folio PDF)
2. Trazabilidad del correo electrónico con el que fue enviado el poder.(1 folio PDF)
3. Literatura que es y porque se produce el dolor post – operatorio. ( 2 folios PDF)
4. Literatura complicaciones post – operatorias en cirugía abdominal. ( 17 folios PDF)
5. Literatura dolor post – operatorio: factores de riesgo y abordaje (11 folios PDF)
6. Hoja de vida. ( 7 folios PDF)
7. Historia clínica de la atención puntual de la Doctora SARA LOPEZ CONCHA ( 5 folios PDF)

**B. DICTAMEN PERICIAL.**

De manera comedida solicito al Despacho que en atención a lo previsto en el artículo 227 del Código General del Proceso me conceda un término prudencial para aportar dentro del presente proceso DICTAMEN PERICIAL el cual será remitido por MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL a fin de que rinda dictamen pericial respecto de la patología y atenciones realizadas por mi defendida la DOCTORA SARA MANUELA LOPEZ CONCHA en la Fundación hospital San José de Buga, dicha solicitud la elevo debido a que para la fecha en que se da la presente contestación de la demanda no se me ha emitido el peritaje requerido, por lo que el termino para contestar la presente demanda es insuficiente para que se rinda el mismo, la presente solicitud encuentra sustento en el citado artículo así:

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. **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.** En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.

El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado.

**C. INTERROGATORIO DE PARTE.**

**1. Solicito me permita interrogar a los demandantes:**

- Armando Muñoz Rengifo
- Fanor Muñoz Rengifo
- Francia Elena Muñoz Rengifo
- Rodrigo Alonso Muñoz Rengifo
- Diana Marcela Blandón
- Carlos Alberto Muñoz Gómez
- Sebastián Castaño Gómez
- Guido Castaño Mejía
- Santiago Castaño Blandon.

**2. Solicito me permita interrogar a los otros médicos llamados en Garantía:**

- Aymer Fernando Ospina Tascón
- Marcia Liseth Moreno Urrea.

**D. TESTIMONIOS.**

**PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL QUIENES POR TENER CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS Y ESTAR ALTAMENTE CALIFICADOS PODRÁN EMITIR CONCEPTOS A LAS LUCES 220 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, PRUEBA QUE SE LLEVARÁ A CABO CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA).**

- 1. José Ignacio guerra Salazar** – Medico cirujano general, tiene por lo menos 42 notas en la historia clínica de la paciente, en ese sentido puede brindarnos información frente a las patologías de la paciente y el desenlace. Este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 2. Andrés Fabricio Caballero** – **Medico Anestesiólogo** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

- 3. Luis Gerardo Salcedo Prieto – Medico anesthesiologo.** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 4. Yesica Correa Marín – Medico cirujano general** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 5. Miguel Evaristo Esmeral Leal – Medico cirujano general** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 6. Gabriel Francisco Torres Garcia – Medico internista** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 7. Héctor Fabio Santana – Medico General** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 8. Samuel Alberto Cárdenas – Medico Internista** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 9. Álvaro Hernán Orrego – Medico internista,** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)
- 10. Álvaro López Figueroa – Medico neurocirujano** este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información.  
Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**11. Luis Alberto Tacan Barillas – Medico internista** Este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información. Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**12. William Millán Orozco – Medico internista** Este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información. Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**13. Carlos Hernán Mejía García medico internista** Este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información. Puede ser citado en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**14. Armando Cortes – medico patólogo** Este testimonio tiene la finalidad de probar que la actividad medica desarrollada por mi defendida fue acorde a la lex artis, teniendo en cuenta que el galeno cuenta con las condiciones técnicas y artísticas para brindar ese tipo de información. Puede ser citada en la Fundación Hospital San José de Buga ubicado en la carrera 8 No 17 -52 en Buga – Valle, correo electrónico: [juridico@fhsjb.org](mailto:juridico@fhsjb.org)

**F. CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 228 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.**

- Solicito de manera respetuosa sea citado el Doctor ADOLFO LEON URIBE, Medico, medico de la UNIVERSIDAD CES para realizar la contradicción a través de cuestionario que realizare en la audiencia de INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**EXCEPCIONES**

**POR AUSENCIA DE CULPA**

La responsabilidad civil de los profesionales de la salud es de naturaleza subjetiva y como lo cita el Dr. Carlos Ignacio Jaramillo *“La culpa sigue siendo el factor de atribución fundamental de la responsabilidad en materia de responsabilidad de los profesionales, siendo insustituible en este rol”*.<sup>6</sup>

Podemos definir la culpa como una forma de conducta irregular en la cual no media la intención de dañar, pero que viola preceptos de prudencia, pericia y diligencia al efectuar una acción determinada, pudiendo con tal descuido ocasionar un daño a otro o en términos de los hermanos Mazeaud “es un error de conducta que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas que el autor del daño”.

En el caso que nos ocupa, podemos decir, sin ninguna duda, que la conducta de mi poderdante referente a la ayudantía realizada en la cirugía del Doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN el día 11 de Febrero de 2018 y la atención brindada el día 15 de Febrero de 2018 en los actos médicos desplegados en la paciente y PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, fue prudente, perita y diligente como los explicare y probare en este proceso.

Fue prudente ya que ingreso al servicio de urgencias a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO para observación y manejo médico integral el día 15 de Febrero de 2018.

Es perita ya que la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, consultaba por ausencia de deposición asociado a dolor abdominal y teniendo en cuenta el antecedente quirúrgico se enfocó como un íleo adinámico.

Fue diligente ya que se enfocó en descartar una obstrucción mecánica, solicito una serie de abdomen electrolitos y función renal para descartar una deshidratación asociada, se valoró el abdomen en el examen físico encontrando dolor a la palpación en predominio hipogástrico...

Teniendo en cuenta que la doctora SARA LOPEZ CONCHA, actuó con la diligencia, la pericia, el cuidado y el apego a la *lex artis* vigente en el momento de los hechos, que le eran exigibles, se impone que sea exonerada de responsabilidad bajo la excepción de ausencia de culpa, toda vez que “El comportamiento del Médico y de la Institución prestadora del servicio, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta de una parte la denominada *lex artis*, lo que, de acuerdo con lo expresado en la obra “La práctica de la medicina y la ley” implica tener en cuenta “las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada paciente”; razón por la que se comparten las apreciaciones de la misma obra en la que se señala que “no

---

<sup>6</sup> Jaramillo J. , Carlos Ignacio, “LA CULPA Y LA CARGA DE LA PRUEBA EN EL CAMPO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA” Colección de Ensayos 11, Grupo Editorial Ibañez, Bogotá, 2010, Pág. 134.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

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 un acto negligente que no se sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento en el cual se evalúe el caso”.

**ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS**

La expresión Lex Artis –literalmente, “ley del arte”, ley artesanal o regla de actuación de la que se trate –se ha venido empleando de siempre, para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.

De forma que si la actuación se adecua a las reglas técnicas pertinentes se habla de “un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano”, y de una buena “praxis” en el ejercicio de una profesión. Suele aplicarse el principio de la Lex Artis a las profesiones que precisan de una técnica operativa y que plasman en la práctica unos resultados empíricos. Entre ellas destaca, por supuesto, la profesión médica, toda vez que la medicina es concebida como una ciencia experimental.

La indicación terapéutica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica; mientras que en la Lex Artis se trata de, una vez emitido ese juicio, aplicar adecuada y correctamente por parte del facultativo el tratamiento indicado.

Se tiene claro entonces, que el acto médico, exige la completa y plena aplicación y cumplimiento de esas reglas claras que predica la Lex Artis, por tal razón se puede afirmar que mi representada cumplió con ese deber legal y ético, al autorizar la prestación del servicio de salud en las instituciones y por los profesionales más idóneos y capacitados, profesionales que actuaron conforme a los dictados de la Lex Artis Ad hoc, cumplieron con todas las reglas en la atención en salud de la hoy demandante.

En éste caso, desafortunadamente, se presentó en la paciente una patología que evolucionó de manera tórpida, pero que de ninguna manera tuvo origen en una conducta imperita, negligente o imprudente de mi representada.

**AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD**

Este elemento es el vínculo que une, por una parte, la conducta del agente causante, y por la otra, el daño. Este elemento resulta esencial en atención a que, como se ha afirmado con buen juicio, en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños a la doctora SARA LOPEZ

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

CONCHA , pues las pruebas aportadas al proceso no admiten dudas de que el obrar médico no fue el que ocasionó los perjuicios, por lo cual se exige siempre la demostración del vínculo causal acudiendo a las reglas de la experiencia científica, objetiva y estadística.

Para probar la relación de causalidad, no basta que un hecho pueda ser considerado como una hipótesis posible, sino que entre los elementos de hecho allegados, el juez debe tener en cuenta los que parecen más probables y cuando no sea posible la prueba directa, basta con que el juez llegue a la convicción de que existe una probabilidad determinante. Precisamente por eso, aun si se demuestra la existencia del daño, no hay lugar a la declaración de responsabilidad civil, si no existe prueba sobre la relación de causalidad que, vale decirlo, jamás puede presumirse

Una vez dejado claro que existe la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas que pueden producir un resultado final.

Por consiguiente, para lograr establecer la causa de un suceso debemos acudir al mundo físico, es decir, verificar cómo se desarrolló el proceso fáctico que condujo a la producción de un daño; lo anterior puede lograrse si se indagan y se determinan cuáles fueron los hechos que condujeron a la producción de la situación nociva, que en el presente caso no es otro que LAS PROPIAS PATOLOGIAS Y CONDICIONES PROPIAS dentro del organismo del paciente y que por su carácter imprevisible, no pudo anticiparse al mismo, lo cual no basta para atribuir jurídicamente el resultado.

En este punto, cabe recordar que una condición adquirirá la categoría de causa solo cuando de acuerdo con la forma como regularmente se desarrollan los fenómenos conduzcan a un resultado, es decir cuando de acuerdo con las reglas generales de la vida, esa condición sea adecuada para la producción de determinados resultados.<sup>7</sup>

No es suficiente para que sea exigible la responsabilidad civil con que haya sufrido un perjuicio el demandante, ni con que se haya cometido una culpa por el demandado, debe reunirse un tercer requisito consistente en la existencia de un vínculo de causa a efecto entre el hecho y el daño: se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida.

Así pues, en nada está probado el nexo causal entre la actuación de la doctora SARA LOPEZ CONCHA y el daño alegado por la parte demandante, como elemento esencial para determinar responsabilidad civil, porque se insiste, las actuaciones del galeno respondieron a un procedimiento ajustado a la lex artis, razón por la cual las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar.

---

<sup>7</sup> REYES ALVARADO YESID, imputación Objetiva.

**JAIRO FRAGA ROSAS**  
**ABOGADO**

**LA INNOMINADA**

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho a favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión. le corresponde.

**NOTIFICACIONES:**

**LLAMADA EN GARANTIA SARA LOPEZ CONCHA**

- Carrera 12 salida sur 42 – L1 – Casa 84 Miravalle, Buga – Valle
- Saritam1809@hotmail.com
- Celular: 3245310980

**EL SUSCRITO**

jfraga@equipojuridico.com.co  
jairofragarosas@gmail.com  
celular 3163619048

Señor Juez,



**JAIRO FRAGA ROSAS**

C.C. No. 80.222.227 de Bogotá D.C

Jfraga@equipojuridico.com.co – jairofragarosas@gmail.com

T.P No. 183.193 del C. S. de la J.



## RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	15/02/2018 18.49
Fin Atención:	16/02/2018 00.10
# Cuenta	E2081564

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2370380

Página 1 de 3

## PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198

Nombres: PATRICIA

Direccion: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel: 3163686410

Edad(AÑOS):57 Sexo: F

Apellidos: MUÑOZ RENGIFO

Causa Externa:	Enfermedad general
----------------	--------------------

## MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)

"ME DUELE EL ABDOMEN"

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN POP DEL 11/02/18 DE COLELAP REALIZADA EN NUESTRA INSTITUCION POR EL DR OSPINA SIN COMPLICACIONES. PACIENTE DIABETICA INSULINOREQUIRIENTE, CONSULTA POR AUSENCIA DE DEPOSITOS DESDE LA CIRUGIA, ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL, HIPOREXIA Y NAUSEAS. REFIERE FIEBRE LA CUAL NO HA SIDO CUANTIFICADA EN CASA.

## ANTECEDENTES

DD MM AAAA

Tipo	Descripción	Fecha Registro
Patológicos	DIABETICA INSULINO REQUIRIENTE. HTA. ESTREÑIMIENTO CRONICO. CA DE MAMA DERECHA Ec II CON RH (+) Y HER2 (-) EN TTO. QUIMIOTERAPICO ADYUVANTE (AC 2 CICLOS, DOCETAXEL + CICLOFOSFAMIDA 4 CICLOS). RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN ANDAMIENTO. INICIO TERAPIA CON TAMOXIFENO 20mg DESDE 09/16, HIPERPROLACTINEMIA ENF RENAL CRONICA SECUNDARIA EN SEGUIMIENTO Y CONTROL	15/02/2018
Alérgicos	NO CONOCIDOS	15/02/2018
Quirúrgicos	CESAREA CUADRANTECTOMIA SUPERO-LATERAL + VGA DERECHO EL 14/12/15. PATOLOGIA P15 5091 REPORTA CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE NOTTINGHAM 4/9. BORDES DE RESECCION LIBRES. GANGLIOS LINFATICOS NEGATIVOS (0/3). TUMOR DE 3.5x3.0cms.  RE-CUADRANTECTOMIA MAMA DERECHA EL 08/04/17. HALLAZGOS: FIBROSIS INTENSA EN TERRITORIO DE CIRUGIA PREVIA (CICATRIZ RADIADA EN CSL DE MAMA DERECHA). PATOLOGIA P17 1124 REPORTA FIBROSIS. REACCION A CUERPO EXTRAÑO.	15/02/2018
Farmacológicos	INSULINA LANTUS - 30 UI AM - 40 UI PM INSULINA APIDRA - 10 UI PREPRANDIALES - GLULISINA VALSARTAN/AMLODIPINO 160/10 CADA 12 HORS DOSTINEX	15/02/2018
Ginecoobstetricos	MEN 10 AÑOS. MENO 45 AÑOS. G1 C1. AMAMANTO 1 AÑO. NIEGA TRH. CCV 2014: NORMAL (SIC). MMG 19/06/15 (DR PALACIO): MASA DE BORDES ESPICULADOS EN CSL DE MAMA DERECHA B 5.	15/02/2018
Anestésicos	REGIONAL Y GENERAL SIN COMPLICACIONES	15/02/2018
Anestésicos	ABUELA CA DE UTERO.	15/02/2018

## HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO

T. Arterial(mm/HG):	170/10	Fr. Cardiaca:	96	Fr. Respiratoria:	18	T°	37.0	Saturación Oxígeno(%):	98
Peso(Kg):	74.0	Talla (Mt):		IMC (Kg/Mt2):	0.0	Cintura Pélvica (cm):			

## EXAMEN FISICO GENERAL

PACIENTE INGRESA EN SILLA DE RUEDAS, SE PASA A LA CAMILLA CON DIFICULTAD POR DOLOR.

\*\* GLUCOMETRIA 196

- MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS  
 - SIN ALTERACIONES A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR  
 - ABDOMEN GLOBOSO, PERISTALTISMO AUSENTE, BLANDO, HAY DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL DEL EPIGASTRIO Y EN RESTO DEL ABDOMEN A LA PALPACION PROFUNDA. NO HAY SIGNOS DE IRRITACION



RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS  
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	15/02/2018 18.49
Fin Atención:	16/02/2018 00.10
# Cuenta	E2081564

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2370380

Página 2 de 3

**PACIENTE**

Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198

Nombres: PATRICIA

Direccion: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel: 3163686410

Edad(AÑOS):57 Sexo: F

Apellidos: MUÑOZ RENGIFO

PERITONEAL.  
- EXT: NO EDEMAS, PULSOS DISTALES +++  
- SNC: ALERTA, ORIENTADA, NO FOCALIZADA

PACIENTE EN POP RECIENTE COLELAP QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ILEO ADINAMICO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INTEGRAL.

INGRESO			TRIAGE 2
DIAGNOSTICOS (CIE10)			
Impresió	Código	Descripción	
Principal	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	
	K560	ILEO PARALITICO	
Medico Tratante			
Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA		
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido	
Registro Médico:	1144064962		
			Firma

**RESULTADOS E INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS RELEVANTES**

## LAS REPORTADAS

LISTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS				DD MM
Nombre	Resultado	Interpretación	Médico Reporta	Fecha
902209 - HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECUENTO DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIO	L: 9920 N %73.9 #7330 HB 10.1 HTO 33.8 PLT 218.000	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:07
906913 - PROTEINA C REACTIVA. CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	63.05	ELEVADA PACIENTE CON RECIENTE PROCEDIMIENTO QX	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:07
903856 - NITROGENO UREICO [BUN]	11.68	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	2.01	ELEVADA	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903864 - SODIO	139.0	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903859 - POTASIO	4.33	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:09
903813 - CLORO [CLORURO]	106.0	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:09
872011 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	ABUNDANTE MATERIA FECAL NO CIVELS HIDROAREROS NO DISTENCION DE ASAS	COSNTIPACION	MORENO URREA MARCIA LISETH	16/02/2018 00:07

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

Código	Descripción	Texto Explicativo	Realiza	Fecha y Hora
389300	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	CON PREVIA TECNICA ASEPTICA SE CANALIZA A 2 INTENTO CON YELCO 20 Y 22 EN PLIEGUE IZQUIERDO PERMEABLE	DAYANA ANDREA ESCOBAR OYOLA	15/02/2018 20:10

**CONDUCTA**

Conducta	Sustentación	Ordenada por:	Fecha y Hora
OBSERVACIÓN	PACIENTE EN POP RECIENTE COLELAP QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ILEO ADINAMICO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INTEGRAL.	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA	15/02/2018 19:03

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN**

SODIO CLORURO, RANITIDINA (CLORHIDRATO), METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO), HIOSCINA N-BUTIL BROMURO, DAPIRONA, HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DAPIRONA, DICLOFENACO SÓDICO

RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS  
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	15/02/2018 18.49
Fin Atención:	16/02/2018 00.10
# Cuenta	E2081564

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2370380

Página 3 de 3

## PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198

Nombres: PATRICIA

Direccion: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel:  
3163686410

Edad(AÑOS):57 Sexo: F Apellidos: MUÑOZ RENGIFO

## DIAGNOSTICOS (CIE10)

Impresió	Código	Descripción
Principal	K590	CONSTIPACION

## ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENT EQUIEN POSTERIOR A ENEMA REIFERE PRESNEICA DE DEPOSICIOENS EN CANTIDAD Y DE ASPECTO NORMAL. CON MEJORIA CLINICA PARALCINICOS NORMALES SE DA EGREOS CON BISACODILO Y ANALGESIAO ORAL SIGOS DE ALARMA

- AUSENCIA DE DEPOSICIOENS Y GASES POR MAS DE 2 DIAS A PESAR D EMANEJO
- DEPSOCION NEGRA O CON SANGRE
- VOMITO CON SANGRE, O EN FORMA DE CONCHU DE CAFE FETIDO
- FIEBRE

Destino del Paciente: Domicilio

## MEDICAMENTOS

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
A06AB02	BISACODILO - 5 mg - TABLETA CON O SI	1 DIARIA	15 DIA(S)	15.0	1 TAB CADA NOCHE
A03BB01	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO - 10 mg - TABLETAS CON O S	4 DIARIA	10 DIA(S)	40.0	1 TAB CADA 6 HORAS
N02BE01	ACETAMINOFÉN - 500 mg - TABLETA CON O 6 DIARIA SI		10 DIA(S)	60.0	2 TAB CADA 8 HORAS

## MEDICO TRATANTE

Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH	
Especialidad:	MEDICO GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido del mismo.
Registro Médico:	1130683238	

Firma

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - ORDENES MÉDICAS



Admision:	811718	# Cuenta	E2081564
-----------	--------	----------	----------

Entidad:	EMSSANAR E.S.S. A.R.S.
----------	------------------------

PACIENTE

Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	Nombres:	PATRICIA
Edad:	57	Sexo:	F	Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO

<b>Conducta a Observacion #</b>	<b>155297</b>	<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 19:03</b>	<b>DD MM</b>
Análisis y Conducta: PACIENTE EN POP RECIENTE COLELAP QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ILEO ADINAMICO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INTEGRAL.				

<b>Medico Tratante</b>				 Firma
Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA			
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		
Registro Médico:	1144064962			

<b>Orden #</b>	<b>2370425</b>	<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 19:14</b>	<b>DD MM</b>
Análisis y Conducta: CONSULTORIOS:				

- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- CANALIZAR UNA VENA
- LEV CON SSN 0.9% A 80cc/h
- HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMP EV DILUIDA LENTA
- RANITIDINA 50mg EV CADA 8 HORAS
- METOCLOPRAMIDA 10mg EV DILUIDO LENTO DU
- VALSARTAN/AMLODIPINO 1 TAB VO CADA 12 HORAS (PACIENTE LO TRAE)
- SS HEMOGRAMA, PCR
- SS SERIE DE ABDOMEN, CREATININA, ELECTROLITOS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- REVALORAR

**SERVICIOS SOLICITADOS**

Código	Descripción	Cantidad	Texto Explicativo
902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECUENTO DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIO	1	
906913	PROTEINA C REACTIVA. CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	1	
903856	NITROGENO UREICO [BUN]	1	
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	
903864	SODIO	1	
903859	POTASIO	1	
903813	CLORO [CLORURO]	1	
872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	1	

**MEDICAMENTOS**

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
B05BB01	SODIO CLORURO - 0,90% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	
A02BA02	RANITIDINA (CLORHIDRATO) - 50 mg/2 mL de base - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	
A03FA01	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) - 10 mg/2 mL de base - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	
A03BB01	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO - 20 mg/mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	

<b>Medico Tratante</b>				 Firma
Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA			
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		
Registro Médico:	1144064962			

<b>Orden #</b>	<b>2370437</b>	<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 19:31</b>	<b>DD MM</b>
----------------	----------------	---------------	-------------------------	--------------

Análisis y Conducta: CANCELAR ORDEN DE HIOSCINA COMPUESTA - DEJAR DIPIRONA 2gr EV DILUIDA LENTA CADA 8 HORAS				
--	--	--	--	--

**MEDICAMENTOS**

## FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - ORDENES MÉDICAS



Admision:	811718	# Cuenta	E2081564
-----------	--------	----------	----------

Entidad:	EMSSANAR E.S.S. A.R.S.
----------	------------------------

## PACIENTE

Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	Nombres:	PATRICIA
Edad:	57	Sexo:	F	Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
N02BB02	DIPIRONA - 40 - 50% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	

## Medico Tratante

Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA		Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido	Firma	
Especialidad:	MEDICINA GENERAL				
Registro Médico:	1144064962				
<b>Orden # 2370463</b>			<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 19:59</b>	<b>DD MM</b>

Análisis y Conducta: cums

## MEDICAMENTOS

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
A03DB04	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA - (0,020 + 2,5)g/5 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	

## Medico Tratante

Nombre:	PRETEL VALENCIA JOSE LUIS		Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido	Firma	
Especialidad:	MEDICINA GENERAL				
Registro Médico:	1116257498				
<b>Orden # 2370595</b>			<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 22:16</b>	<b>DD MM</b>

Análisis y Conducta: ENEMA JABONOSO 1000 CC REVALORAR

## MEDICAMENTOS

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
B05BB01	SODIO CLORURO - 0,90% - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	

## Medico Tratante

Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH		Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido	Firma	
Especialidad:	MEDICO GENERAL				
Registro Médico:	1130683238				
<b>Orden # 2370645</b>			<b>Fecha:</b>	<b>15/02/2018 23:16</b>	<b>DD MM</b>

Análisis y Conducta: 1. HIOSCINA COMPUESTA AMP EV DU DICLOFEMACO AMP 75 MG IM DU

## MEDICAMENTOS

Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
A03DB04	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA - (0,020 + 2,5)g/5 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	
M01AB05	DICLOFENACO SÓDICO - 75 mg/3 mL - SOLUCIÓN INYECTA	1 DIARIA	1 DIA(S)	1.0	

## Medico Tratante

Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH		Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido	Firma
Especialidad:	MEDICO GENERAL			
Registro Médico:	1130683238			

JAIRO FRAGA ROSAS  
ABOGADO  
AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE  
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO  
jfraga@equipojuridico.com.co // jairofragarosas@gmail.com  
5240655 EXT 117- 3123975637  
CALI - COLOMBIA

SEÑORES  
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA.  
E. S. D.

REFERENCIA: PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE  
DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS  
DEMANDADOS: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS  
RADICACIÓN: 2022-00080

SARA MANUELA LOPEZ CONCHA, mayor de edad, vecina de Cali, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado JAIRO FRAGA ROSAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.222.227 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 183.193 del C.S.J, para que me represente y actúe en mi nombre en defensa de mis intereses dentro del proceso de la referencia en mi calidad de llamada en garantía; atendiendo la Ley 2213 de 2022, "por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, me permito indicar que la dirección de correo electrónico del abogado JAIRO FRAGA ROSAS, inscrita en el Registro Nacional de abogados es jairofragarosas@gmail.com – jfraga@equipojuridico.com.co

Mi apoderado, queda altamente facultado para NOTIFICARSE, contestar demanda y llamamiento en garantía, formular excepciones, participar en el debate probatorio, interponer recursos, sustituir, reasumir lo sustituido, llamar en garantía, recibir, reclamar y recibir las costas y agencias en derecho que se generen a mi favor dentro y al final del proceso, desistir, conciliar y en general, para todas aquellas facultades que otorga la ley para cumplir a cabalidad con el presente mandato.

Manifiesto que mi apoderado me ha informado sobre el alcance y consecuencias del juramento estimatorio, la demanda de reconvención y vinculación de otros sujetos procesales, así como también de las condenas en costas y agencias en derecho.

Sírvase en consecuencia, reconocer personería para actuar.

Cordialmente,

SARA MANUELA LOPEZ CONCHA  
saritam1809@hotmail.com  
C.C. No. 1.144.064.962

Acepto,

JAIRO FRAGA ROSAS  
C.C. No. 80.222.227 de Bogotá D.C  
jfraga@equipojuridico.com.co – jairofragarosas@gmail.com  
T.P No. 183.193 del C. S. de la J.



**NOTARIA QUINCE DE CALI**  
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

Ante JAVIER FRANCO SILVA NOTARIO 15 DEL CIRCULO DE CALI  
Compareció:  
LOPEZ CONCHA SARA MANUELA  
y exhibió la C.C. 1144064962

2022-09160152  
quien declaró que el contenido del documento es cierto y verdadero y que la firma que en él aparece es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificados su identidad otorgando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariasonline.com](http://www.notariasonline.com) para verificar este documento.  
Para constancia se firmó, Fecha: 2022-07-04 14:11:08

PODER

x

JAVIER FRANCO SILVA  
NOTARIO 15 DEL CIRCULO DE CALI



Jairo Fraga &lt;jairofragarosas@gmail.com&gt;

---

**PODER SARA MANUELA LOPEZ**

2 mensajes

**Jairo Fraga** <jairofragarosas@gmail.com>

26 de junio de 2023, 12:08

Para: "saritam1809@hotmail.com" &lt;saritam1809@hotmail.com&gt;

Cordial saludo Doctora

Le remito el poder para que lo firme y lo autentique, en ese sentido cuando tenga los sellos de la notaria me lo remite por este mismo medio.

Cordialmente

--

## Jairo Fraga Rosas

---

 **Poder.doc**  
49K**sara lopez** <saritam1809@hotmail.com>

5 de julio de 2023, 9:28

Para: Jairo Fraga &lt;jairofragarosas@gmail.com&gt;

Buenos días, adjunto el poder firmado y autenticado.  
Gracias,

Sara Lopez.

---

**De:** Jairo Fraga <jairofragarosas@gmail.com>**Enviado:** lunes, 26 de junio de 2023 12:08 p. m.**Para:** saritam1809@hotmail.com <saritam1809@hotmail.com>**Asunto:** PODER SARA MANUELA LOPEZ

[El texto citado está oculto]

---

 **poder sara lopez.pdf**  
327K

QUÉ ES Y PORQUE SE PRODUCE EL DOLOR POSTOPERATORIO?

<https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-postoperatorio>

## ¿Qué es el dolor postoperatorio?

05 de abril de 2016 Actualizado 06 de mayo de 2017

Dolor crónico postquirúrgico o postraumático, Dolor Agudo, Dolor postoperatorio

Aunque la primera anestesia consiguió la cirugía sin dolor en 1846, siglo y medio después, aún no se ha conseguido eliminar el dolor postoperatorio en los hospitales.<sup>1</sup>

**El dolor postoperatorio o postquirúrgico es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico.** Se ha dividido convencionalmente en dolor preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio; solo a estos dos últimos se les ha dado un énfasis en el abordaje integral del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Se produce por las manipulaciones propias del acto quirúrgico (como tracciones y secciones de los tejidos) y la liberación de sustancias algógenas o productoras del dolor. Las sustancias algógenas son aquellas que se liberan a la sangre cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido que causa daño en las células. Ejemplos de sustancias algógenas son el potasio, prostaglandinas, leucotrienos, histamina, sustancia P, etc. Estas sustancias activan o sensibilizan los nociceptores o receptores del dolor. Una vez activados, los nociceptores transmiten la señal de dolor hacia el sistema nervioso central a través de la médula espinal.

**El dolor postquirúrgico se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo.** Es un dolor de tipo nociceptivo, asociado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata adecuadamente, puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación prequirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva influenciada por distintos agentes que están interrelacionados.<sup>2</sup>

Aproximadamente el 70% de los pacientes experimentan dolor severo en algún momento de su recuperación, y un 30% dolor moderado después de ser sometidos a un procedimiento quirúrgico.<sup>3,5</sup> La prevalencia del dolor postquirúrgico en España ha sido estudiada a lo largo de los años, con valores que van desde el 16% al 69%.<sup>6-11</sup> De hecho, en uno de esos estudios, se aprecia cómo un 53% de los pacientes muestra dolor al llegar a planta tras la operación, un 59% 24 horas después y un 69% 48 horas después.<sup>7</sup> A pesar de estas grandes diferencias, la prevalencia del dolor postoperatorio es alta.

Algunas de las causas de esta **elevada prevalencia** son la ausencia de conocimiento por parte del personal sanitario, desconocimiento por parte del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, ausencia de una estructura que gestione el dolor a lo largo de todo el periodo perioperatorio y la valoración inadecuada de la intensidad del dolor.<sup>12</sup> Sólo el 36% de los servicios quirúrgicos evalúan el dolor con escalas clínicas y únicamente en el 28% están satisfechos con el tratamiento del problema.<sup>13</sup>

Para controlar el dolor de los pacientes tras una cirugía se han dividido los episodios quirúrgicos en cirugía mayor y menor dentro de las diferentes especialidades, administrando pautas analgésicas de acuerdo con estos parámetros. Aun así, hoy en día se tienden a emplear pautas móviles y progresivas para conseguir el suficiente nivel de analgesia en todo momento.

**Una correcta educación del paciente postquirúrgico** al que se le da el alta hospitalaria para su recuperación domiciliaria tiene como objetivos fundamentales reducir la ansiedad, el dolor y aumentar el grado de satisfacción de los pacientes. Un objetivo importante de la educación es preparar a los pacientes y familiares para llevar una correcta analgesia con un cumplimiento terapéutico adecuado.

# Complicaciones Post-Operatorias en Cirugía Abdominal

*Dr. Silvio R. Zúñiga (\*)*

*Dr. José Gómez-Márquez G. (\*\*)*

Utilizando la frase expuesta por Saegesser (81) en un artículo sobre problemas fisiopatológicos y quirúrgicos de la úlcera péptica, podemos generalizarla y aseverar que el verdadero maestro en cirugía no es precisamente aquel que posee un diagnóstico apropiado y ostenta una técnica quirúrgica perfecta sino el que previene o domina y vence los trastornos postoperatorios que suelen presentarse.

Para recordarlos es necesario conocerlos y para ello es preciso ir a investigarlos a las fuentes apropiadas.

El objetivo principal del presente trabajo ha sido la búsqueda de las complicaciones que la literatura médica ha informado aisladamente en el postoperatorio de la cirugía abdominal; su único mérito estriba en la recopilación de esos informes y en su presentación en una unidad.

Con la intención de ordenar tal presentación la hemos dividido en dos secciones; en la primera analizaremos las complicaciones de aspecto general que indistintamente pueden presentarse en diferentes tipos de cirugía abdominal y en la segunda se enfocarán las complicaciones particulares a la cirugía de los distintos órganos y estructuras componentes del abdomen.

## FIEBRE

Las elevaciones de la temperatura que ocurren transitoriamente en el período postoperatorio están relacionadas con la reabsorción de materias extrañas (catgut, sangre), anormalidades metabólicas o endocrinas (crisis tiroideas, insuficiencia adrenocortical), prolongada hipotensión con inadecuada perfusión tisular periférica o a reacciones transfusiónales (1). Estas ocurren en el postoperatorio inmediato (primeras 12 horas).

Toda elevación térmica sobre un grado de lo normal o que dure más de 2 días debe considerarse significativa y es obligatorio agotar los estudios para determinar su etiología. Usualmente indica una complicación que, a menos que se identifique, puede conducir a prolongada hospitalización, a morbilidad aumentada y hasta a la muerte.

---

(\*) Jefe Departamento Quirúrgico U.N.A.H. y Hospital General, Tegucigalpa, D. C.  
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico U.N.A.H.

(\*\*) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular, Hospital General, Tegucigalpa, D. C.  
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico U.N.A.H.

La septicemia, con o sin shock por endotoxinas, secundaria a manipulaciones quirúrgicas en un área contaminada es una causa ocasional de fiebre en el postoperatorio inmediato.

Después de las primeras 12 horas, las patologías pulmonares y urinarias suministran las fuentes más comunes de fiebre hasta el 4° o 5° días postoperatorios. De ahí en adelante aparecen las infecciones de la herida quirúrgica. La fiebre postoperatoria debida a tromboflebitis puede aparecer en cualquier tiempo pero usualmente lo hace al 10° día (2).

Kasik y Thompson (3) informan que la fiebre postoperatoria puede ser una manifestación de hipersensibilidad frente a antibióticos utilizados para tratar o prevenir infecciones y entre ellos incluyen a la penicilina y la estreptomycin. La fiebre de esta etiología puede ser continua o remitente, a veces se asocia a eosinofilia, leucocitosis y linfadenopatía. Usualmente desaparece al suprimirse el uso del antibiótico.

En determinadas ocasiones la fiebre no es más que el testimonio del proceso infeccioso por lo que fue intervenido el paciente, la contaminación operatoria del campo quirúrgico o la manifestación general de una neoplasia maligna que no pudo ser extirpada. La causa de la fiebre asociada a tumores malignos es oscura y Hardy (4) sugiere que esta respuesta puede ser ocasionada por sustancias liberadas del tumor o a una necrosis dentro del mismo.

Conviene no olvidar la posibilidad de malaria larvada hecha patente en forma aguda por el traumatismo anestésico y operatorio. Una abrupta alza de la temperatura entre la 8ª y 24ª horas siguientes a cirugía mayor no infrecuentemente resulta de la reactivación de la malaria latente (5).

Existe un pequeño grupo de procesos febriles que ocurren en el postoperatorio cuya causa no logra ser detectada por el médico tratante y que se cubren con el manto de nuestra ignorancia al calificarlo como pirexia de origen desconocido (P.O.D.) En la mayoría de estos casos siempre será posible hallar su causa, no contentándose únicamente con resolver el problema con el empleo de antibióticos de amplio espectro.

## INFECCIÓN POSTOPERATORIA

### A.—INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA

Ninguna herida, sea operatoria o de otra naturaleza, está libre de microorganismos (6). En la infección de la herida operatoria las bacterias, no sólo están presentes en ella sino que se multiplican, producen fenómenos tisulares locales y, a menudo, respuesta sistémica.

Según Dineen (7) las infecciones de las heridas no son uniformemente evaluadas: lo que un cirujano titula infección el otro lo niega. Como infección de la herida operatoria deben considerarse las manifestaciones de inflamación con calor, enrojecimiento, edema y dolor (cefalitis) y no solo la constatación de un drenaje purulento por los labios de la incisión.

Los agentes etiológicos pueden dividirse en tres grupos: a) el *Staphylococcus aureus*, b) el grupo entérico de bacterias (*Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, estreptococo anaeróbico no hemolítico, *Klebsiella pneumoniae*, *Clostridia*, bacteroides y cepas de *Pseudomonas* y *Proteus*) y (3) el estreptococo Grupo A beta-hemolítico.

La mayoría de las heridas se contaminan en el acto operatorio y las fuentes de la infección radican usualmente en fallas técnicas. El quebrantamiento de las reglas de asepsia es el máximo aportador de infecciones, sea que procedan del paciente mismo (particularmente del tracto gastrointestinal) o del ambiente y personal de Sala de Operaciones. La condición del terreno es muy importante: tejidos desvitalizados o muertos (8), operaciones efectuadas de emergencia (9), facilidad de infección en diabéticos, cancerosos, cirróticos y obesos (10); a los anteriores, Altemeier et al (11) agregan edad avanzada, debilidad, existencia de infecciones activas en áreas remotas a la infección, ausencia de antibioterapia preoperatoria en cirugía del colon.

En el caso típico, 2 o 3 días después de cirugía, se comprueba taquicardia y al siguiente día se presenta fiebre, frecuentemente intermitente, y dolor en la herida. Se constata en ella enrojecimiento, edema doloroso y, a veces, supuración. Ocasionalmente se comprobará crepitación gaseosa subcutánea en los alrededores de la herida; si el estado general no está afectado probablemente el germen microbiano causante será el colibacilo similares; en caso contrario, será un microbio anaerobio del tipo clostridium o similar. La celulitis crepitante ocasionalmente se desarrolla bajo la fascia de Scarpa (11) y se extiende rápidamente a todo el abdomen y a las paredes laterales del tórax; progresa aceleradamente y puede hacerse fatal si no se actúa prontamente.

Las infecciones sistémicas pueden presentarse bajo la forma de una septicemia por gram-negativos o por gram-positivos. La primera se ha hecho más frecuente en los últimos 10 años (11) siendo los causantes más frecuentes la *Escherichia coli*, el *Aerobacter aerogenes*, la *Pseudomona aeruginosa* y los *Proteus*. El tracto génito-urinario, el tracto digestivo y la piel son las fuentes más comunes de septicemias por gram-negativos.

## B.—ABSCESOS INTRAPERITONEALES

Los abscesos intraperitoneales son la resultante de una contaminación local del peritoneo o de una infección peritoneal generalizada que ha logrado localizarse. La causa de tal infección nace de un proceso inflamatorio previamente instalado en otro sitio del abdomen (absceso subfrénico complicando una apendicitis operada) o de la contaminación peritoneal por cirugía gastro-bilio-intestinal.

Su localización usual es en la pelvis, en áreas subhepáticas o subdiafragmáticas o entre las asas de intestino delgado y el grueso.

Se desarrollan 5 o 7 días o más después de la contaminación peritoneal. Su presencia puede ser sospechada por aumento de fiebre, leucocitosis y neutrofilia. La localización pélvica se revela por el desarrollo de una masa dolorosa en el fondo de saco de Douglas; las otras localizaciones pueden ser insidiosas u oscuras y sólo un cuidadoso examen físico con adecuadas investigaciones radiológicas y teniendo presente la posibilidad de su ocurrencia pueden efectuar un diagnóstico temprano (12).

Merece especial mención el *absceso subfrénico*, dado su relativa frecuencia, su signología y su alta mortalidad (30 a 50% según Howe y Muzden (13)). Patogénicamente subsigue a una intervención intraabdominal, a una perforación de una víscera hueca que secundariamente se sella y a una infección hematógena; las dos primeras son las causas más frecuentes (7); la patología gastroduodenal, biliar y apendicular ocuparon los primeros lugares en la revisión del Cornell Medical Center de Nueva York. Su sintomatología sigue el patrón general antes

enunciado; según su localización en cada uno de los 6 espacios subfrénicos las manifestaciones clínicas y radiológicas tienden a variar; otras veces son equívocas o no existentes, lo que se aúna para hacer su diagnóstico difícil o en época tardía, lo que ensombrece el pronóstico pues en cuanto más tiempo persista mayor es su mortalidad.

#### C—ABSCESOS RETROPERITONEALES

Los abscesos retroperitoneales son infecciones quirúrgicas serias, difíciles de diagnosticar y que están asociados a morbilidad y mortalidad alta, ya que el retroperitoneo es menos resistente a la infección que el peritoneo (15). Los agentes infecciosos pueden proceder del tracto intestinal (colon) o del sistema genitourinario (16).

En este grupo deben incluirse los abscesos pancreáticos. En la serie de 76 casos de Warren y Hardy (17) en 24 ocasiones estos abscesos subsiguieron a intervenciones quirúrgicas de abdomen superior (7 operaciones pancreáticas, 7 biliares, 7 gástricas y 3 con otro procedimiento quirúrgico). El dolor abdominal es el síntoma más común, siendo unas veces severo y otras vago, referido a veces hacia atrás; acompañando al dolor espontáneo se presenta fiebre, sensibilidad, pérdida de peso, leucocitosis y anemia. En unos pocos casos se eleva la amilasa sérica y la hiperglicemia se observa en menos del 10% de los casos. El estudio radiológico puede ser de gran ayuda: desplazamiento gástrico y duodenal, imagen hidro-aérea dentro del marco duodenal. Su mortalidad es alta, a pesar de tratamiento adecuado. En relación con este mal pronóstico deben considerarse la difusibilidad de la infección (puede invadir los flancos, la pelvis, espacios subfrénicos, el mediastino, la cavidad peritoneal) y los micro-organismos que usualmente son los causantes de los mismos (gran-negativos).

#### D.—PERITONITIS GENERALIZADA

Las peritonitis postoperatorias generalizadas pueden ser de dos órdenes: químicas y sépticas.

Entre las primeras el ejemplo más común es la peritonitis biliar o biliperitoneo (18). La bilis puede caer en la cavidad peritoneal después de una colecistectomía por lesión del lecho vesicular, proceder de conductos biliares accesorios que desde el hígado van directamente a la vesícula, de un muñón cístico impropriamente ligado o del colédoco que ha sido abierto o lesionado o si el tubo en T se ha obstruido o ha sido removido accidental o tempranamente. Si la cantidad de bilis escapada es pequeña se drenará por el Penrose y se producirá una peritonitis química localizada. Si la cantidad es mayor y logra ser localizada por adherencias puede formarse una colección subhepática o subfrénica y aún en este caso la peritonitis será localizada. Ocasionalmente la acumulación de bilis es rápida y no se logra su circunscripción, la bilis invade la cavidad peritoneal general y se establece el biliperitoneo. Esta complicación tiene una alta mortalidad (Ellis y Cronin (19) le dan un 50%) y su comienzo puede ocurrir bruscamente, en las primeras horas postoperatorias, o desarrollarse gradualmente en el curso de las 24 o 48 horas siguientes a la intervención. Se manifiesta por dolor abdominal generalizado progresivo, contractura muscular, fiebre, taquicardia e hipotensión. Cuando persiste la irritación la muerte puede sobrevenir por shock (20); esta evolución puede ser acelerada por la infección. Por otro lado, se ha comprobado que la acumulación intraperitoneal de 6.000 a 8.000 ml. de bilis en algunos

individuos no provoca más que distensión líquida del abdomen. ¿Por qué estos enfermos soportan la presencia de bilis en peritoneo y otros no? Aún no hay respuesta satisfactoria (20).

Las peritonitis sépticas postoperatorias son en algunos casos consecuencia de la diseminación intraoperatoria de un proceso patológico previamente establecido en la cavidad peritoneal. En otros casos son debidas al desconocimiento de una solución de continuidad del tracto digestivo o a la incapacidad de evidenciar todos los daños existentes en el mismo. Sin embargo, generalmente tiene por causa la dehiscencia parcial de una anastomosis subsiguiente a una resección gástrica, entérica o, especialmente, colónica (21) o a la falla del muñón duodenal. El escape puede ser aparente poco tiempo después de la operación, pero usualmente no es reconocida sino 5 u 8 días después. Sus manifestaciones son las propias de una irritación peritoneal generalizada séptica. Algunos de ellos sobreviven si son tratados pronta y vigorosamente; la mayoría no lo logran.

#### E.—ENTEROCOLITIS ESTAFILOCOCCICA

Se cree que el curso de los eventos en esta grave complicación postoperatoria es la siguiente (7): preoperatoriamente se reduce la flora intestinal por la neomicina y medios mecánicos; postoperatoriamente el intestino entra en el íleo esperado y en ese tiempo su lumen es colonizado por el *Staphylococcus aureus*, que se multiplica y produce una entero toxina; la mucosa se destruye, lo que produce un despeño de líquidos y electrólitos en la luz intestinal. El curso clínico es rápido y puede ser tan corto que sólo tome 24 horas. En el caso típico, alrededor ¿el 4º día postoperatorio el paciente experimenta mayor frecuencia del pulso, fiebre poco elevada, diarrea sanguinolenta, distensión abdominal y vómitos; ello es seguido en rápida sucesión por postración, oliguria, shock, desorientación y muerte. Los pacientes mueren por trastornos hidroelectrolíticos y shock irreversible (23).

El clínico debe estar alerta ante las primeras manifestaciones para actuar prontamente, ya que sólo la terapéutica temprana e intensa es efectiva (12).

#### F.—PILEFLEBITIS

Según la literatura, esta complicación infecciosa raramente se presenta en la actualidad (20, 21). Por esta razón, cuando ocurre, difícilmente es diagnosticada esta seria y, a menudo, mortal complicación. La pile flebitis es una tromboflebitis de! sistema porta que envía émbolos infecciosos hacia el hígado, donde produce múltiples abscesos y septicemia. Su causa más frecuente es una apendicitis supurada (70% de los casos) y puede presentarse simultáneamente con ella o ocurrir en el postoperatorio de una apendicectomía, hacia el 6º o 10º día (27). El cuadro clínico puede ser oscuro pero usualmente se caracteriza por intensos y repetidos escalofríos que duran 30 o más minutos, fiebre en agujas, sudoraciones, debilidad progresiva y, a veces, ictericia con hepatomegalía, dolor. Su pronóstico aún es grave.

#### ÍLEO POSTOPERATORIO

Es necesario analizar sucintamente las dos variedades de íleo que pueden hacerse presentes en un operado.

#### A.—ÍLEO ADINÁMICO

Existe lo que podría llamarse atonía gastrointestinal "fisiológica" después de intervenciones quirúrgicas intraperitoneales, motivada por la exposición visceral, el manipuleo de los órganos, la irritación por cuerpos o sustancias extrañas (23). Es una respuesta normal que debe ser prevista. Usualmente esta atonía dura 24-72 horas y su expresión clínica máxima es la ausencia de actividad intestinal manifestada por falta de expulsión anal de gases y por ausencia de ruidos intestinales; de no colocarse succión gástrica se podrían producir vómitos y distensión abdominal. La iniciación de la motilidad gastrointestinal se manifiesta por una disminución del volumen del líquido gástrico succionado en 24 horas, por la aparición de cólicos abdominales ("gas pain") y por la auscultación de ruidos intestinales, que no tardarán en exteriorizarse por medio de la evacuación anal de gases. Este íleo adinámico se observa no sólo en operaciones intraperitoneales sino también en operaciones abdominales extraperitoneales (intervenciones sobre columna lumbar y sobre el tracto urinario retroperitoneal) (24).

Si la inactividad gastrointestinal continúa después del tercer día postoperatorio, siempre que el metabolismo hidroelectrolítico sea normal, es preciso pensar en: 1) una atonía gástrica grave, usualmente causada por ingesta prematura de líquidos antes de haber desaparecido el íleo o 2) íleo gastroentérico en el que se presentan vómitos a pesar del adecuado funcionamiento de la sonda gástrica, con empeoramiento progresivo del estado general, aumento del pulso sobre 100, caída de la presión arterial sistólica por debajo de 100, gran dilatación del abdomen superior, ascensión lenta de la temperatura. La causa puede radicar en una peritonitis localizada alta o en una peritonitis aguda generalizada, química o séptica.

Anteriormente se hizo mención de otra causante de íleo inhibitorio prolongado en el que no existe causa orgánica determinante; tal es el íleo que se presenta como trastorno electrolítico preexistente a la operación y no corregido o el íleo creado en el postoperatorio por inadecuada restitución. El déficit de potasio, especialmente, crea el llamado "íleo intestinal silente" (25). Asimismo, el déficit de sodio y cloro ha sido incriminado por Streeten (26) como causantes del mismo.

#### B.—ÍLEO DINÁMICO

Frente al íleo inhibitorio o peritonítico hay que considerar el íleo dinámico condicionado por causas mecánicas (obstrucción anastomótica, estrangulación de asa delgada a través de un orificio anormal elaborado por la intervención, estenosis por enterorrafia efectuada en sentido paralelo al eje intestinal, vólvulo por torsión del mesenterio) que tienen de común con el anterior el paro de evacuaciones intestinales pero que se diferencia por la existencia de dolor cólico e hiperperistaltismo en descargas, a lo menos en períodos iniciales del mismo. Otra variante de obstrucción mecánica del intestino de carácter postoperatorio es la causada por adherencias y/o bridas, que a veces hacen mérito para ostentar el calificativo de postoperatorias ya que son causadas por la intervención misma (manipuleo grosero, desperitonización visceral o parietal, cuerpos extraños dejados en la cavidad peritoneal, irritantes antibióticos dejados en la misma) pero que otras veces son preoperatorias y la formación de ellas es motivada por una peritonitis ya existente, que es la que obliga a la intervención quirúrgica.

Relacionados con el fleo dinámico es necesario mencionar los síndromes postoperatorios que recuerdan el síndrome pilórico y que son debidos a la estenosis de la boca anastomótica gastrointestinal postgastrectomía o de la boca anastomótica meramente paliativa o derivativa, a una herniación del asa eferente, a una invaginación retrógrada yeyunogástrica (27).

### **SHOCK POST-OPERATORIO**

El shock postoperatorio puede presentarse bajo la forma hipovolémica y normovolémica.

Ejemplo del primer tipo, que es secundario a la disminución del volumen circulante por pérdida sanguínea o de plasma, es el causado por la hemorragia procedente de la herida, por la hemorragia que cae en la luz intestinal o por la que inunda la cavidad peritoneal. A éstas hay que agregar las pérdidas en el "tercer espacio" que se observan en las peritonitis y en la obstrucción mecánica del intestino.

En el grupo normovolémico de shocks postoperatorios hay que incluir el shock séptico, que es principalmente debido al efecto depresivo de las endotoxinas de las bacterias gram-negativas sobre la musculatura capilar y sobre el lecho venular, y el shock neurogénico o vasogénico, condicionado por la pérdida del control simpático de los vasos, que conduce a marcada vasodilatación arteriolar y venular (28).

Gurd (29) hace una clasificación clínica de las causas de hipotensión postoperatoria y, fuera de los enunciados, incluye déficits o excesos en electrolitos, desequilibrio ácido-básico, insuficiencia respiratoria, causas cardíacas, causas endocrinas, idiosincrasias a drogas, reacciones transfusionales y anafilaxia.

El shock por endotoxinas resulta de una septicemia por gram-negativos. Es una complicación catastrófica, a menudo inesperada, consiguiente a manipulaciones quirúrgicas de los tractos gastrointestinal, urinario o biliar y del sistema reproductivo femenino (30).

Merece mención, por el hecho de ser prevenible, el cuadro clínico de hipotensión y shock progresivo que puede ocurrir en pacientes con insuficiencia adrenal cortical o medular, siendo el más frecuente el causado por la administración preoperatoria de esteroides exógenos o que se presenta por adrenalectomía bilateral con inadecuada terapéutica de mantenimiento postoperatorio.

A pesar de todo el progreso obtenido, las peritonitis continúan siendo las máximas aportadoras de shocks postoperatorios (31).

### **TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS (32, 33)**

Las pérdidas de agua y electrólitos por drenajes biliares, trauma pancreático, fístulas duodenales, ileostomías, etc., conducen a severas alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico si no son tratadas adecuadamente.

Después del traumatismo quirúrgico habitualmente se observan modificaciones del volumen de líquido, bien sea en el postoperatorio inmediato o más tardíamente. Inmediatamente después de una intervención abdominal puede aparecer una disminución del volumen de líquido extracelular a consecuencia de las pérdidas continuas de líquido a nivel de la herida así como también en la

pared o en la luz del intestino delgado; en estas regiones se pueden acumular varios litros de líquido extracelular durante pocas horas o puede también ocurrir lo mismo más lentamente y a partir del primer día del trauma. Las pérdidas desconocidas del volumen líquido extracelular se manifiestan esencialmente **por** una inestabilidad circulatoria; por ello, la presencia de una taquicardia o de una hipotensión arterial postoperatoria requieren una investigación sobre los aspectos que acabamos de señalar. Téngase en cuenta que con frecuencia el cirujano subestima en gran manera la pérdida externa o interna *de* sangre, de plasma y de líquido extravascular. Todo ello produce, en general, una hipotensión arterial a las 6 o 12 horas de la intervención; si se administran en exceso soluciones isotónicas en relación con los volúmenes perdidos, se producirá una sobrecarga en los espacios extracelulares; tal administración excesiva de soluciones isotónicas imposibilitará la eliminación renal de sodio y se producirá una hiponatremia por exceso de concentración; rápidamente puede aparecer hiponatremia cuando la administración de agua sobrepasa claramente las pérdidas de esta misma. Esto puede suceder en casos de oliguria o por la disminución de la pérdida de agua por la vía cutánea o pulmonar o por modificaciones del sodio intracelular o, también, por la liberación excesiva de agua endógena. Habitualmente la hiponatremia no es de tipo intratable si la función renal se mantiene normal. Con frecuencia muchos estados hiponatrémicos permanecen asintomáticos hasta que la tasa de sodio desciende por bajo de 120 mEq/l.

La hipernatremia, aunque relativamente frecuente, no es en general demasiado grave y, en oposición a lo que sucede con la hiponatremia, se puede producir fácilmente aún con una función renal normal. La hipernatremia puede sobrevenir a consecuencia de:

- a) Pérdidas excesivas de agua por vía extrarrenal como sucede en la fiebre, en pacientes traqueotomizados y cuando hay aumento de la evaporación en grandes superficies granulomatosas.
- b) Aumento de las pérdidas de agua por vía renal.
- c) Sobrecarga de líquido, de tal forma que una alimentación rica en proteínas puede producir un aumento de la tasa osmótica de urea, lo que necesita grandes cantidades de agua para lograr su excreción.
- d) Administración de grandes cantidades de glucosa o diuréticos osmóticos como manitol y la urea.

Los riñones tienen una función vital en el mantenimiento del equilibrio ácido-básico, gracias a la excreción de los desechos nitrogenados y de los ácidos metabólicos y por la reabsorción de bicarbonatos y la excreción de cloruros. El intercambio de ión H<sup>+</sup> por un ión Na<sup>+</sup>, la formación de amoniaco y la excreción de potasio responden a la acumulación de los ácidos. Es por esto que cuando el riñón está insuficiente se desarrolla rápidamente una acidosis metabólica. En cambio, cuando los riñones están normales, la acidosis o la alcalosis no aparecen sino cuando la capacidad renal ha sido sobrepasada en lo que concierne a los cloruros y los bicarbonatos.

Pueden, igualmente, producirse severos trastornos en el equilibrio ácido-básico en los pacientes que tienen pérdidas excesivas de líquidos gastrointestinales por vómito, succión nasogástrica, fístulas, ileostomías o diarreas.

En lo que se refiere al potasio debemos recordar que si bien en el 98% de él se encuentra en el espacio intracelular, la pequeña cantidad que se ubica en el espacio extracelular es de gran importancia para la función cardíaca y **neuromuscular. La distribución del potasio intra y extracelular está regida por**

numerosos factores; grandes cantidades de potasio pasan al medio extracelular a consecuencia de traumatismos, intervenciones quirúrgicas y de acidosis. Sin embargo, es raro encontrar una hiperpotasemia grave si la función renal es normal.

El problema más corriente es, por el contrario, la hipopotasemia. Esta puede producirse por:

- a) Aumento de la excreción renal o por el paso de potasio al interior de la célula.
- b) A la persistencia de excreción renal de potasio cuando los aportes de potasio se han reducido a 0.
- c) A la presencia de grandes cantidades de "potasio libre" en los líquidos del organismo que provocan una hipopotasemia.

En suma, la mayor parte de los factores que pueden influir en el metabolismo del potasio tienen por resultado un aumento de la excreción. La tendencia a la hipopotasemia se encuentra habitualmente en enfermos traumatizados, operados o no, a menos que el shock o la acidosis perturben la eliminación renal normal del potasio.

### COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Los problemas respiratorios pueden dividirse en precoces y tardíos. Son precoces aquellos que se presentan en 72 primeras horas y son debidos a pérdida de la integridad de la caja torácica, a pérdida del tejido pulmonar funcionante o a pérdida del control respiratorio central. Entre estos problemas respiratorios precoces encontramos (34, 35):

- a) *Hipoventilación*.—Sus primeros signos corresponden a la hipoxia y a la retención de CO<sub>2</sub>: ansiedad, intranquilidad, confusión mental e hipertensión. Posteriormente se produce cianosis cuando la saturación de oxígeno desciende por debajo del 70%. Con frecuencia el paciente está en capacidad de responder a estos fenómenos por medio de la hiperventilación; de lo contrario se produce acidosis respiratoria, acidosis metabólica y muerte. Esta hipoventilación es con frecuencia producida por una disminución de la reserva pulmonar preoperatoria condicionada por bronquitis, broncoespasmo, enfisema o fibrosis pleural. Por otra parte, el dolor disminuye la expansión respiratoria, tanto más cuanto más cerca esté la herida operatoria del tórax. Asimismo, la distensión abdominal tiende a provocar excursiones respiratorias limitadas, especialmente en los obesos.
- b) *Obstrucción de las vías aéreas*. Se puede producir por caída de la lengua, por secreciones que las ocluyen y por broncoespasmos.
- c) *Aspiración*. Esta se produce habitualmente por la infección de las vías aéreas superiores, debido a una limpieza inadecuada del árbol traqueobronquial, agravado ello por la dificultad en que se encuentra el paciente para toser. Se produce así un bloqueo mecánico con neumonía y colapso parcial del pulmón. Este accidente es común en pacientes añosos, poco vigorosos. La atelectasia provoca taquicardia, taquipnea, fiebre, sudoración y cianosis.
- d) *Neumonía*. Usualmente es consecutiva a una atelectasia inadecuadamente tratada.
- e) *Colapso pulmonar*. Es poco frecuente en cirugía abdominal y casi exclusivo de la cirugía torácica.

Las complicaciones respiratorias tardías aparecen entre los 4 y 11 días del postoperatorio. Se observan particularmente en los casos de peritonitis tardías y en las septicemias. El aparato respiratorio en tales circunstancias puede estar comprometido por las siguientes razones:

- 1.—Atelectasía o neumonía.
- 2.—Pérdida de la motilidad diafragmática a causa de un íleo.
- 3.—Aumento excesivo de la energía respiratoria.
- 4.—Disminución en el control de los centros respiratorios.
- 5.—Agotamiento muscular.
- 6.—Embolia pulmonar.

## COMPLICACIONES CARDIACAS POSTOPERATORIAS

### A.—PARO CARDIACO

El paro cardíaco transoperatorio es el más frecuente y su tratamiento más sencillo por múltiples razones: personal experimentado, cuidado constante del anestesiólogo para dar la alarma apenas se presenta, equipo necesario a mano, paciente con un tubo endotraqueal usualmente ya colocado, etc. (36). Sin embargo, el paro cardíaco puede presentarse en cualquier momento y uno de ellos es el postoperatorio; usualmente sucede en el postoperatorio inmediato a la cirugía, es decir, en Sala de Recuperación. Según Holswade (37) "en el cuarto de recuperación es el aspecto del paciente y el carácter de su respiración lo que alarman a la enfermera o al médico residente, indicando la posibilidad del paro cardíaco, que se confirma al no encontrar pulso ni ruidos cardíacos".

El mecanismo del paro cardíaco fue revisado por Condón (38); el clínicamente detenido corazón puede estar: a) en detención ventricular verdadera, b) en fibrilación ventricular o c) aún latiendo pero en forma tan débil que es incapaz de mantener una circulación efectiva.

Aquí, como en el paro cardíaco intraoperatorio, su causa tiene en la anoxia el denominador *de* todas ellas (39), ya sea ésta acondicionada por obstrucción de las vías aéreas, por deficiencia en el transporte del oxígeno (anemia), por el aumento del consumo del oxígeno (estados hipertiroideos, fiebre); a éstos hay que agregar factores tóxicos (anestésicos, digitálicos, epinefrina), factores nerviosos por estímulo del vago iniciado por reflejos con diversos puntos de partida y trastornos electrolíticos (hipercalcemia en insuficiencia renal o uso de sangre almacenada, hipocalcemia) (40). El paro cardíaco raramente resulta de un solo factor y lo más común es que intervenga una combinación de ellos pero, de nuevo, el más importante de los iniciadores del paro es la anoxia progresiva que conduce a la anoxia miocárdica (41).

Guevara et al. (42) han informado los hallazgos macro y microscópicos del corazón lesionado por el método abierto de resucitación (hemorragias en todas las capas del corazón, fragmentación de las fibras cardíacas, perforación del corazón por el dedo del resucitador, quemaduras del miocardio por el desfibrilador, lesión de los vasos coronarios, hemopericardio). Con el método cerrado de resucitación puede ocurrir hemopericardio pero el peligro de los otros daños es mucho menor; no obstante, se han informado lesiones extracardíacas tales como fracturas costales, ruptura bronquial, hemotórax, laceraciones hepáticas (43). De nuevo, se constata que el surgimiento de una complicación puede hacer nacer otra y otras y ser éstas últimas de carácter obligatoriamente mortal.

**B.—ARRITMIAS**

Una arritmia postoperatoria puede representar una respuesta fisiológica a la operación, a la medicación u otro estímulo, pero también puede ser significativa de daño miocárdico y de naciente insuficiencia (43). Schweizer y Howland (44) encontraron arritmias electrocardiográficas en 341 de 1.000 pacientes alojados en Sala de Recuperación. La causa más común fue la pre-existencia de enfermedad miocárdica (60%). La taquicardia fue la comprobación más frecuente y significativa, seguida por la fibrilación atrial.

**C—INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

Las causas que pueden acondicionar la aparición de esta complicación postoperatoria pueden ser cardíacas o extracardíacas. Wessler y Blumgart (45) incluyen entre las primeras al infarto agudo del miocardio, la fiebre reumática aguda, la endocarditis bacteriana y la taquicardia; entre la lista de las causas extracardíacas mencionan al embolismo pulmonar, la tirotoxicosis, el asma, la obesidad y el cese de terapéutica cardíaca.

**D—INFARTO DEL MIOCARDIO**

La incidencia del infarto agudo del miocardio en el período postoperatorio inmediato es de 1 a 4,5% (43) y la cifra mayor radica en pacientes sobre los 50 años. Se aconseja tomar un electrocardiograma, dados los casos atípicos observados en el postoperatorio, cuando el paciente presenta repentina y marcada taquicardia, una hipotensión inexplicable, marcada bradicardia, arritmia o cianosis inexplicable.

Entre las condiciones que predisponen al postoperado a un infarto se consideran un corazón grande, hipertensión, una oclusión coronaria previa, enfermedad vascular (especialmente estenosis aórtica), enfermedad sifilítica del corazón, diabetes y gota.

El cuadro clínico del infarto postoperatorio difiere del que se ve en el no operado, siendo el dato más sobresaliente la ausencia de los síntomas cardinales de dolor torácico y de disnea, probablemente porque el sensorio está embotado por la medicación postoperatoria. El diagnóstico final sólo puede ser hecho por medio del electrocardiograma, con la colaboración de pruebas laboratoriales.

**INSUFICIENCIA RENAL POSTOPERATORIA (46, 47)**

La insuficiencia renal aguda postoperatoria es la consecuencia de un traumatismo grave o de intervenciones quirúrgicas importantes. El stress emocional, las medicaciones preoperatorias y los anestésicos actúan sobre el sistema cardiovascular y sobre el sistema simpático y éstos, a su vez, lo hacen sobre la función renal. Así tenemos que el Demerol y la Morfina producen una reducción en la circulación del plasma renal, en la velocidad de filtración glomerular y en el volumen urinario por minuto. La anestesia, en general, produce una reducción de la función renal y el halotano, en particular, deprime la función miocárdica y el gasto cardíaco, lo cual provoca una reducción en la circulación del plasma renal y en la velocidad de filtración glomerular. Las hemorragias, el pinzamiento aórtico prolongado, el traumatismo en la región del hilio renal y la administración de sangre incompatible producen disfunción renal.

Clásicamente se hace la distinción de insuficiencia prerrenal, renal y postrenal. Esta división tiene importancia debido a la consideración de que si bien en la insuficiencia renal propiamente dicha existe una lesión del parénquima suficiente para provocar una insuficiencia, ella puede curar espontáneamente; por otro lado, en las insuficiencias pre y post-renales, si bien es cierto que son curables, requieren un tratamiento inmediato utilizando técnicas apropiadas.

La insuficiencia post-renal lleva consigo el concepto de obstrucción de la vía excretora. Esta obstrucción puede producirse en cualquier punto de la vía urinaria, desde la pelvis hasta el meato urinario. Puede ser provocada, por ejemplo, por cristales precipitados de ácido úrico o de sulfonamida. A menos que la isquemia aguda haya lesionado el parénquima renal la obstrucción puede ser tratada y curada. La medida del volumen urinario es de gran interés en estos casos. La obstrucción de un solo uréter con dos riñones previamente normales no lleva consigo la anuria. La litiasis renal, sin embargo, es frecuentemente múltiple y si el riñón opuesto ha sido dañado por la obstrucción o la infección, el riñón restante puede sufrir un bloqueo que lleve a una anuria completa. La obstrucción ureteral por depósito de cristales de sulfonamida es rara hoy en día pero puede producirse en algunas circunstancias en casos de deshidratarían grave en enfermos sometidos a tratamiento con altas dosis de sulfamida. Si la orina no es suficientemente alcalina o abundante se pueden producir depósitos de cristales de ácido úrico en la gota y después de irradiaciones para combatir la leucemia o la Enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico de insuficiencia post-renal obliga, desde luego, a verificar la permeabilidad de las vías urinarias. En la insuficiencia renal prerrenal la disminución del volumen sanguíneo o del líquido extracelular pueden provocar una vasoconstricción renal con disminución del flujo sanguíneo renal. Los estímulos nerviosos pueden tener este efecto aunque este papel no está del todo bien definido. Experimentalmente se ha podido demostrar que las zonas de isquemia renal son numulares y que hay alternancia de glomérulos exangües y de glomérulos normalmente vascularizados; en las zonas isquémicas la lesión del epitelio tubular puede provocar una necrosis de las células epiteliales y, algunas veces, ruptura de la membrana basal, por lo cual es posible que el contenido tubular pueda regresar al riñón. La descamación de las células epiteliales puede traer consigo la formación de moldes que pueden desempeñar un cierto papel obstructivo de los nefrones y agravar, aún más, la anuria. No obstante, a pesar de la supresión completa de orina se mantiene cierto grado de flujo sanguíneo renal. Podemos considerar la insuficiencia renal aguda como el resultado brutal y transitorio de una isquemia diseminada del parénquima renal con necrosis tubular y, algunas veces, con ruptura de la membrana basal. Estas lesiones son, en gran proporción, reversibles después del retorno del flujo sanguíneo y de la cicatrización de las lesiones tubulares. Sin embargo, si la reacción vascular es más importante y más difusa, se producen más bien infartos y no una necrosis tubular aislada. La necrosis cortical puede presentarse bajo la forma de zonas bien delimitadas y extendidas en la corteza renal.

Los efectos de las intervenciones quirúrgicas mayores, de la anestesia y del traumatismo estimulan la secreción de la hormona antidiurética y provocan, asimismo, una disminución de la tasa de filtración del flujo sanguíneo renal. La estimulación de la secreción de la hormona antidiurética después de cirugía o de trauma llevan consigo un aumento de la concentración urinaria con disminución del volumen urinario y, en consecuencia, un posible aumento de la insuficiencia renal aguda.

## INSUFICIENCIA HEPATO-RENAL

El síndrome hepato-renal, aunque constituye en ciertas ocasiones una realidad clínica, está aún sometido a fuertes controversias, variando intensamente su interpretación de acuerdo con los autores. El término se ha usado para describir la asociación clínica de disfunción del hígado y del riñón. **Clásicamente** el síndrome hepato-renal asociaba la hipertermia, el shock, la anuria y la ictericia y sobrevinía después de la cirugía supramesocólica. Para muchos es, con frecuencia, la consecuencia del shock o de una septicemia gravísima consecuenta a intervenciones biliares. Sin embargo, los trastornos particulares de la hemodinamia y de la función renal pueden observarse después de trastornos funcionales hepáticos. Según ciertos autores, la oliguria en la insuficiencia hepática precoz aparece muchas veces debida a una disminución de la excreción de sodio y la insuficiencia renal en el curso de la cirrosis es, en general, la forma terminal de la afección hepática.

Lo digno de señalar es que la insuficiencia renal que acompaña a la enfermedad hepática puede ocurrir sin shock, infección, hemorragia gastrointestinal, u otras situaciones habitualmente asociadas con necrosis tubular aguda. Según Takacs (46), la presencia de bilis en las células tubulares no parece que tenga ninguna significación fisiológica y se considera la posibilidad que la insuficiencia renal en la enfermedad hepática puede ser debida a la disminución del líquido extracelular con aldosteronismo secundario.

Por último, según Bockus (48), en el síndrome hepato-renal se puede tratar de pacientes en los que no hay enfermedad renal primaria y sin causas externas causantes de la insuficiencia renal. Se ha sugerido la posibilidad de la existencia de una toxina liberada por el hígado lesionado que pudiera a su vez, ser la causa de la disfunción renal.

## TROMBOFLEBITIS, EMBOLIA PULMONAR

Dentro del concepto genérico de trombosis venosa, conviene continuar diferenciando los cuadros de flebotrombosis y de tromboflebitis. En el primero el proceso es relativamente frío, con poca sintomatología. Con frecuencia no se presenta ni dolor ni fiebre y sólo se manifiesta por edema del miembro que, a veces, sólo se hace patente cuando el paciente abandona la cama; suele evidenciarse cierto empastamiento de las masas musculares de la pierna, aumento del perímetro de la misma y dolor a la presión lateral de estos músculos. Al examen la prueba del manguito es algunas veces positiva y el Signo de Homans está ausente en la mayoría de los casos. La pobreza sintomatológica y signológica de las flebotrombosis es la razón que con mucha frecuencia no se diagnostiquen estos procesos y que el primer signo de alarma sea la embolia pulmonar. En la tromboflebitis, por el contrario, el cuadro es más aparatoso; hay fiebre, dolor intenso, edema considerable, mayor empastamiento de las masas musculares; al examen físico, además de estar presentes todos los signos mencionados a propósito de la flebotrombosis, los mismos adquieren una intensidad muy particular. Como en la flebotrombosis lo que existe inicialmente es una coagulación intravenosa con formación de trombos y secundariamente una reacción parietal de la vena, el trombo está poco adherido y, por lo tanto, es más probable que se desprendan, dando lugar a embolias pulmonares. En la tromboflebitis, donde el proceso inflamatorio de la pared venosa inicia el cuadro, el trombo se fija intensamente y, en consecuencia, hay menos oportunidad de desprendimiento del

mismo con lejanas posibilidades de embolia pulmonar. En consecuencia, a menor sintomatología y signología en una trombosis venosa mayor peligro de embolia pulmonar. Es indudable, por lo tanto, que el diagnóstico de trombosis venosa es frecuentemente difícil de establecer con certeza y, en ciertas ocasiones, la flebografía es un recurso diagnóstico de máxima importancia. Fácil es comprender que si el foco original de los trombos susceptibles de convertirse en émbolos pulmonares es muchas veces difícil de detectar, el cuadro de embolia pulmonar, que se manifiesta habitualmente con un cuadro también desdibujado, puede pasar inadvertido. Baste decir, según Kistner (49), que de los casos de embolia pulmonar, solo la cuarta parte fueron diagnosticados en vida y que, según el mismo autor, cuando nos basamos en el examen físico únicamente existe, un margen de error del 30 al 40%. Según Scully (50) en los E. U. de A. mueren anualmente 47.000 personas de embolia pulmonar, tratándose en su mayor parte de gente que hasta ese momento era sana y activa.

Clásicamente la sintomatología de embolia pulmonar se caracteriza por dolor subesternal con colapso circulatorio; no obstante, algunas veces se produce en forma asintomática. Tras el dolor subesternal los primeros síntomas son disnea inexplicable, la tos es habitualmente tardía y la hemoptisis solo aparece en la tercera parte de los casos. Cuando las embolias son pequeñas y múltiples puede simularse una bronconeumonía y cuando se produce en el curso postoperatorio puede confundirse con una simple atelectasia. El pulso se torna rápido y débil; se observa cianosis y hay hipotensión. En estas ocasiones puede confundirse con un infarto del miocardio. Al estudio radiológico pueden observarse imágenes hiperlucetas (Signo de Westermark), (51), dilatación del corazón derecho con estrechamiento abrupto de los vasos proximales dilatados. Las alteraciones de tipo pleuroparenquimatoso suelen ser de aparición tardía. El E.C.G. puede ser negativo aún en embolizaciones masivas; el hallazgo más común es la depresión del segmento S-T y la inversión de las ondas T en VI y V3. La gammagrafía puede ser útil, entre otras cosas para estudiar la evolución del caso. En los exámenes de laboratorio se pueden observar aumento de la dehidrogenasa láctica con transaminasas glutámico-oxalacética normal y bilirrubina normal o aumentada. El estudio complementario de mayor valor hoy en día lo constituye la angiografía pulmonar.

## HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Las hemorragias producidas por defecto de hemostasia de vasos de regular tamaño o por el desprendimiento de una ligadura pueden ocurrir en cualquier tipo de cirugía abdominal, con la sintomatología clásica de toda hemorragia interna. Existe otro tipo de hemorragia en que el sangramiento procede de pequeños vasos ubicados en superficies más o menos vastas dejadas así obligadamente por el tipo de intervención o provocada por un trastorno de la coagulación. Entre las intervenciones abdominales que dejan superficies cruentas tenemos que mencionar la resección abdominoperineal (hemorragia procedente de los tejidos presacros), la prostatectomía (hemorragia procedente del lecho prostético), la **colecistectomía** (sangrado manante del lecho vesicular) y la lobectomía hepática que suele dejar amplia superficie cruenta.

Entre los trastornos de la coagulación capaces de producir hemorragia postoperatoria cabe mencionar brevemente los siguientes:

A—DEFICIENCIAS CONGENITAS DE FACTORES DE COAGULACIÓN.—Esto ocurre en la cirugía de emergencia de pacientes hemofílicos dese-

nocidos y que, por lo tanto, no se les administra preoperatoriamente globina antihemofílica que haga que la actividad de este factor esté por encima del 30%.

B.—DEFICIENCIAS ADQUIRIDAS por transfusiones sanguíneas múltiples, por coagulopatías postoperatorias (véase este capítulo) o por la administración pre o postoperatoria de anticoagulantes como el Dicumarol o la Heparina. Cabe mencionar que la hemorragia externa procedente de la herida operatoria puede ser debida, además a las causas anteriormente enumeradas, por infección de la herida operatoria.

## COAGULOPATÍAS POSTOPERATORIAS

Entre los trastornos de la coagulación sanguínea que no se habían manifestado en el anteooperatorio o que no son manifestaciones de una enfermedad preexistentes cabe mencionar las siguientes:

A.—DEFICIENCIA DE VITAMINA K. Condicionada por una ictericia obstructiva en que no se produce la saponificación de las grasas y, por tanto, está perturbada la absorción de la vitamina Liposoluble. Otra circunstancia en que se puede producir igual deficiencia es la resultante de la esterilización preoperatoria del intestino, que trae por consecuencia la desaparición de bacterias que son las más importantes fuentes exógenas de tal vitamina (53).

B.—COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (*Síndrome de desfibrinización, coagulopatía de consumo*).—No es una enfermedad en sí sino un mecanismo patogénico intermediario que complica a muchas enfermedades (54). El síndrome es originado por la liberación circulatoria de una sustancia tromboplástica que inicia la coagulación intravascular, que puede ser tan acentuada que vence los mecanismos naturales de defensa que neutralizan a la trombina o a la tromboplastina intravasculares. De ello resultan dos consecuencias: síntomas de obstrucción vascular producidos por los coágulos mismos y depleción de los mecanismos de coagulación porque han sido y continúan siendo utilizados masivamente en otros sitios (55). En el plasma de los pacientes afectados de este síndrome faltan 5 factores de coagulación en concentraciones fisiológicas en su plasma: fibrinógeno, protrombina, factores V y VIII y plaquetas (56); éstos son consumidos por las coagulaciones intravasculares y hacen que el plasma del enfermo semeje al suero resultante de la formación del coágulo.

Como condiciones capaces de conducir o complicarse con este síndrome han sido señaladas las siguientes: septicemias (especialmente causadas por gérmenes gram-negativos), carcinomatosis, hemólisis, síndrome urémico hemolítico y varias situaciones obstétricas (abruptio placentae, émbolo de líquido amniótico, muerte del feto y embarazo prolongado).

C.—FIBRINOLISIS PRIMARIA.—Este síndrome está usualmente asociado con cirugía cardiopulmonar y con enfermedades del páncreas y la próstata (55). La fibrinólisis es un mecanismo homeostático normal pero cuando se presenta en forma significativa se produce sangrado que se puede poner fe manifiesto desde el acto quirúrgico en forma de sangrada en sábana (45). La diferenciación entre este síndrome y el anterior puede ser hecho en base a las enfermedades que suelen complicar y en exámenes complementarios de laboratorio. Tiene suma importancia efectuar tal diferenciación pues la fibrinólisis primaria debe ser tratada por un agente antifibrinolítico (ácido epsilon aminocaproico) y fibrinógeno, que de ser usado en la coagulopatía de consumo produciría un error terapéutico (57) ya que en esta última debe utilizarse un anticoagulante (heparina) junto a fibrinógeno y plaquetas.

D.—COAGULOPATIA DILUCIONAL O DE DEPLECION". Es la consecuencia de transfusiones sanguíneas masivas utilizando sangre que ha estado almacenada por varios días. Tres procoagulantes son lábiles: las plaquetas pierden mucho de su función en las 24 primeras horas, los factores V y VIII desaparecen rápidamente durante pocos días de almacenamiento. Un paciente tratado durante un episodio de sangrado agudo con muchas unidades de sangre almacenada anula su defensa coagulante por la simple dilución. Un problema adicional relacionado con transfusiones masivas está en relación con la excesiva concentración de citratos, que temporalmente producen aprisionamiento del ion calcico y que puede afectar al miocardio (55).

## REACCIONES TRANSFUSIÓN ALES

Estas reacciones ocurren independientemente de una intervención quirúrgica. Sin embargo, siendo la transfusión sanguínea un arma utilizada durante o después de operaciones, suelen presentarse complicaciones postoperatorias directamente relacionadas con la transfusión y no con la intervención en sí. Según Glitlitz y Hurwitt cerca del 3% de todas las transfusiones sanguíneas van acompañadas de alguna reacción indeseable. Las mencionaremos brevemente, recordando que ellas pueden hacer su aparición durante o poco tiempo después de la transfusión o bien en un período tardío (58).

### A.—REACCIONES INMEDIATAS

1.—*Sobrecarga circulatoria*.—Es la complicación más frecuente y es debida a la administración de un volumen excesivo de sangre o a la administración tan rápida que el corazón no puede aceptar (59).

2.—*Reacciones pirógenas* caracterizadas por una respuesta febril moderada (38°5C) con enrojecimiento y cefalea, debida a la presencia de leucoaglutininas, trombocitoaglutininas o a antígenos en la sangre transfundida.

3.—*Reacciones febriles severas: Contaminación bacteriana*.—La contaminación de la sangre transfundida con bacterias, usualmente gram-negativas, suele manifestarse por fiebre alta, intenso enrojecimiento, severa cefalea, vómito, diarrea e hipotensión. Tal contaminación debe sospecharse cuando el plasma sobrenadante está turbio y con una descoloración púrpura.

4.—*Reacciones alérgicas*.—Ocurren en forma moderada en el 1% de las transfusiones; las reacciones severas son raras. Los síntomas característicos son enrojecimiento, prurito, "rash" o urticaria y broncoespasmo si el paciente es asmático.

5.—*Reacciones hemolíticas*.—La administración de sangre incompatible es relativamente rara pero cuando ocurre produce una seria complicación. Es debida a la destrucción de las células donadoras por anticuerpos del plasma del receptor; más raramente los anticuerpos del plasma del donador reaccionan con las células del receptor. La sintomatología depende de la cuantía de la destrucción globular. La hemólisis puede ser lenta y el único síntoma será ictericia que aparece pocas horas o varios días después de la transfusión; la destrucción masiva provoca inmediatamente calor en el miembro transfundido, hormigueo, constricción torácica, dolor severo en la espalda y cefalea con escalofríos, fiebre, taquipnea, taquicardia, hipotensión y cianosis; más tarde puede notarse ictericia, hemoglobinuria

e insuficiencia renal aguda (60). Las primeras manifestaciones suelen ocurrir en los 20 primeros minutos de la transfusión pero pueden estar enmascaradas por efecto de la anestesia o de la analgesia postoperatoria.

6.—*La transfusión masiva* de sangre puede acompañarse de hipotermia, intoxicación por citrato, hipocalcemia, hipercalemia, acidosis y paro cardíaco.

#### B—REACCIONES TARDÍAS

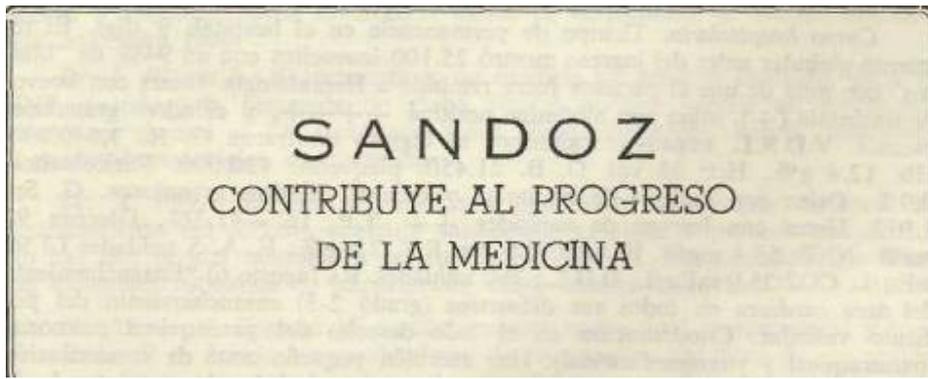
1.—*Hepatitis sérica*.—Ocurre en el 1% de los pacientes que reciben sangre o plasma fresco. Su incubación es de 40-160 días y en algunos pacientes sólo se presenta una transitoria disfunción hepática pero en otros puede desarrollarse una severa necrosis hepática.

2.—*Malaria*.—La infestación directa de hombre a hombre se ha comprobado por la introducción de sangre que contenga trofozoitos o esquizontes (61). Los accesos febriles suelen ocurrir a los 4-20 días después de la transfusión.

3.—*Hemosiderosis*.—Ocurre después de numerosas transfusiones y es debida a saturación de la capacidad receptora de hierro por parte del organismo; éste se deposita en los tejidos, especialmente en el hígado y en el páncreas y causa fibrosis.

4.—*Sífilis*.—La transfusión de sangre con esta patología dá origen a la llamada "sífilis decapitada".

(Sigue en el próximo número)





## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### DOLOR POSTOPERATORIO: FACTORES DE RIESGO Y ABORDAJE

Paola Quinde Cobos \*

#### Resumen

El dolor es una experiencia universal pero única para cada individuo. El proceso patológico que culmina en una intervención quirúrgica es una de las principales fuentes de dolor, muchas veces abordado y manejado de manera subóptima o en entornos que carecen de la organización adecuada. La utilización de la historia clínica y examen físico para la identificación de factores de riesgo conocidos para dolor postoperatorio agudo y crónico son fundamentales al elaborar un plan de manejo del dolor efectivo. Según las recomendaciones, se obtiene una mejor respuesta con el uso de terapia multimodal farmacológica y no farmacológica que involucra celecoxib preoperatorio, anestesia regional periférica o neuraxial, manejo de dolor postoperatorio con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), acetaminofén, gabapentina o pregabalina; implementación de terapia cognitiva y de comportamiento. Monitoreo y valoración periódica del paciente para evaluar su respuesta a analgésicos y efectos adversos asociado a coordinación y planeamiento eficaz de protocolos y guías en cada centro de salud, se han visto de utilidad al valorar a un grupo tan heterogéneo e impredecible.

#### Palabras clave:

Manejo de dolor postoperatorio, dolor postoperatorio, dolor postoperatorio agudo, analgesia, terapia multimodal, dolor neuropático, percepción del dolor.

#### Abstract:

Pain is a universal experience but unique for every individual. The pathological processes that end in a surgical intervention are some of the main pain sources, often approached and managed suboptimally or without proper organization. The use of clinical history and physical examination to identify known risk factors to postoperative acute and chronic pain are fundamental to elaborate an effective pain management plan. According to recommendations, the outcome improves with pharmacological and non-pharmacological multimodal analgesia, including celecoxib before surgery, peripheral regional anesthesia or neuraxial techniques, management of postoperative pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, gabapentin or pregabalin; implementation of cognitive - behavioral therapy. Monitoring and periodic assessments associated with coordination and planning of protocols and guidelines in every clinical center, have been useful to evaluate a heterogeneous and unpredictable group, in order to establish the patients' response to analgesics and their adverse effects.

---

\* Médico general. Correo electrónico: paola.quinco@gmail.com



## Key words.

Postoperative pain management, acute postoperative pain, chronic postoperative pain, analgesia, multimodal therapy, neuropathic pain, pain perception.

## Introducción

El dolor posterior a un proceso quirúrgico persiste siendo subestimado y contemplado como un evento esperado e inevitable a pesar de que su trayectoria no sea conocida con exactitud. (Radnovich et al., 2014; Carroll et al., 2016) En 2011 se reporta que en Estados Unidos el 80% de los pacientes sufren de dolor postoperatorio, con menos del 50% de esta población recibiendo un manejo adecuado de alivio del dolor, 75% presentan dolor de intensidad moderada a extrema. (Institute of Medicine, 2011)

Una de las principales complicaciones asociado a un manejo inadecuado de analgesia es el desarrollo de dolor crónico, se estima que entre 10 a 15% de los pacientes desarrollan dolor crónico independientemente de la cirugía realizada, 10 a 50% sucede a raíz de una intervención quirúrgica común – hernioplastía, cirugía torácica y de mamas, amputación de miembro inferior, bypass coronario. El 2 a 10% persiste con dolor de intensidad severa. (Institute of Medicine, 2011)

Un pobre manejo del dolor va a contribuir a una peor experiencia de la enfermedad para el paciente, menor satisfacción, deambulación tardía, aumento de incidencia de complicaciones cardíacas y pulmonares, y aumento de morbilidad y mortalidad. (Humble et al., 2015) Se tiene además un impacto negativo en el sistema de salud al tener consecuencias a corto plazo como egreso tardío y recuperación lenta, y a largo plazo como rehabilitación tardía y múltiples consultas. (Rawal, 2016; Correll et al., 2014)

Los grupos en mayor riesgo de recibir manejo subóptimo del dolor incluye embarazadas, paciente pediátrico, adultos mayores, tolerantes a opioides y pacientes luego de cirugía ambulatoria. (Rawal, 2016)

## Dolor postoperatorio agudo

Dolor no es solamente una sensación en una parte del cuerpo, sino un proceso donde la información nociceptiva se transforma en una experiencia compleja, subjetiva, displacentera, sensorial y emocional con diferentes factores que la definen. (Sjövall et al, 2015) El dolor agudo responde a daño tisular, una patología determinada o la función anormal de un músculo o víscera. Es protector, adaptativo y autolimitado, tiene como función evolutiva restringir comportamientos que aumenten el riesgo de inadecuada recuperación del tejido. (Radnovich et al., 2014)

La complejidad del dolor agudo es menor al compararlo con dolor crónico, pero no debe ser infravalorado. Diferentes factores contribuyen con la experiencia (Radnovich et al., 2014):

- Edad y sexo. La evidencia sugiere que el dolor en paciente femenina y jóvenes es más intenso inicialmente pero tiene una resolución más rápida, mientras que se presenta lo contrario en hombres y pacientes de edad avanzada.
- Previa exposición a opioides. El manejo de paciente en tratamiento con opioides crónicos o tolerancia presenta un reto para el profesional de salud; se debe valorar el tratamiento previo, la dosis efectiva con la



cual alcanza alivio sintomático, realizar titulación con frecuencia y tener cuidado con las equivalencias a otros medicamentos. Es imprescindible realizar tamizaje de factores de riesgo para abuso de opioides.

- Expectativas y percepción del dolor. La comunicación entre médico y paciente debe ser efectiva, el paciente con frecuencia tiene expectativas poco realistas que ameritan educación oportuna.
- Trastornos psiquiátricos. Trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad son los más asociados a tener una peor experiencia de dolor agudo. (Ghoneim & O'Hara, 2016) Estos trastornos se asocian con catastrofización, hipervigilancia e inflexibilidad por parte del paciente a su enfermedad.
- Comorbilidades. Obesidad, apnea obstructiva de sueño, asma, diabetes, trastorno de estrés post – traumático son las más asociadas.

Según un estudio donde se contempla el dolor en el primer día del postoperatorio de 179 tipos de procedimientos quirúrgicos en más de 50 000 pacientes se encontró que las cirugías con mayor índice de manejo subóptimo de dolor son apendicectomía y colecistectomía abiertas, hemorroidectomía con reconstrucción plástica y tonsilectomía. Se asoció un mayor reporte de dolor por parte del paciente a analgesia en dosis subterapéuticas, retraso en la administración de la misma o en el peor de los casos a ausencia de analgesia, principalmente concentrándose en el uso de opioides. (Gerbershagen et al., 2013)

Se encontró menor incidencia de dolor en procedimientos laparoscópicos pero de existir muchas veces era tratado de manera subóptima con escalas de dolor de moderado a severo (Sjövall, 2015). Existe un aumento en la cantidad de procedimientos ambulatorios que se ha traducido, en términos de dolor, a un pobre control. El paciente es egresado antes de tener una adecuada evaluación del dolor o no recibe la educación necesaria para el manejo de dolor en el hogar. (Institute of Medicine, 2011, Gerbershagen et al., 2013).

### **Dolor postoperatorio persistente**

El dolor crónico no tiene una función específica, se relaciona con adaptación inadecuada y aberrante. La transición a dolor crónico no es totalmente entendida por su carácter multifactorial – psicológico, social, fisiológico y cultural. (Radnovich et al., 2014) El dolor postoperatorio es la principal etiología de dolor crónico, causa incapacidad, disminuye la calidad de vida y tiene implicaciones económicas. (Kalso, 2013) En cirugías como toracotomías, mastectomías, bypass arterial coronario y hernioplastía, la incidencia puede llegar de 30 a 50%. Luego de amputación de miembros inferiores el riesgo es inclusive mayor (Gerbershagen et al., 2013). Se define con base en los siguientes criterios (Werner & Kongsgaard, 2014):

1. El dolor se desarrolla luego de un procedimiento quirúrgico o aumenta de intensidad luego de la cirugía
2. El dolor debe durar al menos 3 a 6 meses y afectar de manera significativa la calidad de vida
3. El dolor es una continuación de dolor agudo postoperatorio o se desarrolla luego de un periodo asintomático
4. El dolor está localizado en el sitio quirúrgico, proyectado al territorio de un nervio cercano al campo quirúrgico, o referido a un dermatoma
5. Otras causas de dolor deben ser excluidas.



Cuenta con factores de riesgo que deben asegurar un monitoreo y valoración más estricta, a mencionar, dolor agudo severo en el postoperatorio inmediato, sensación quemante o eléctrica, y parestesias. Mujeres y pacientes jóvenes se encuentran en mayor riesgo de desarrollar dolor crónico como complicación. Los trastornos psiquiátricos y comorbilidades son similares a los contemplados en dolor agudo. (Gerbershagen et al., 2013; Radnovich et al., 2014)

El mecanismo fisiopatológico se considera en su mayoría neuropático al encontrar una importante asociación entre dolor postoperatorio persistente y anomalías sensitivas (Kalso, 2013), la evidencia indica que existen otros componentes involucrados como procesos inflamatorios, sensibilización central, daño a nervios o estructuras somáticas/viscerales, o una combinación de los anteriores. (Haroutiunian et al., 2013) Se debe tomar en cuenta que el daño nervioso no siempre traduce a dolor neuropático, según un estudio donde los nervios alveolares inferiores fueron evaluados antes y después de osteomía sagita mandibular bilateral se encontró que hubo daño en el 90% de los nervios mientras que se desarrolló dolor neuropático en un 5%. (Boogaard et al., 2015)

El dolor neuropático es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como dolor causado directamente por una lesión o enfermedad que afecta el sistema nervioso somatosensorial (Haroutiunian et al., 2013), se caracteriza por dolor espontáneo con síntomas sensoriales anormales.

Existen diversos predictores de dolor neuropático. En el preoperatorio se puede identificar a pacientes de edad avanzada, masculinos, tabaquistas activos o inactivos, estado basal pobre, dolor agudo severo, alteración en la modulación del dolor, que han sufrido trauma en el sitio de la lesión en los últimos 6 meses (Kalso, 2013; Boogaard et al., 2015; Haroutiunian et al., 2013).

En el intraoperatorio los factores de riesgo son la técnica quirúrgica utilizada, isquemia de tejido y daño a estructuras nerviosas. En el postoperatorio se toma en cuenta trastornos del estado de ánimo, índice de masa corporal alto, hipoestesia e hiperestesia, dolor severo durante los primeros 2 días, área de hiperalgesia secundaria a las 28 horas y miedo a la movilización. (Institute of Medicine, 2011; Radnovich et al., 2014; Haroutiunian et al., 2013; Boogaard et al., 2015)

### **Recomendaciones para el manejo de dolor postoperatorio**

Debido a la dificultad y inconsistencia en el manejo del dolor postoperatorio, en 2016, la Sociedad Americana del Dolor, la Sociedad Americana de Anestesia Regional y Medicina del Dolor, y el Comité en Anestesia Regional, Comité Ejecutivo y Consejo Administrativo de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, decidieron realizar guías para orientar el proceder del profesional de salud. El manejo del dolor postoperatorio debe ser abordado desde diferentes ángulos, tomando en cuenta educación preoperatoria, planeamiento del dolor perioperatorio, uso de diferentes modalidades farmacológicas y no farmacológicas; con el fin de realizar políticas y procedimientos institucionales para asegurar el bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria y al egreso. (Chou et al., 2016)

Se tiene como objetivo destacar los puntos más importantes de dichas guías.

#### *Educación preoperatoria y planeamiento del manejo de dolor perioperatorio*

Se recomienda que el médico brinde información individualizada acorde a la situación única, al paciente, sus familiares o cuidadores, con respecto de las opciones terapéuticas para el manejo del dolor postoperatorio (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). Se ha visto una asociación entre la educación de pacientes con necesidades especiales – comorbilidades médicas, psicológicas o sociales – y la disminución del consumo de opioides, reducción de ansiedad preoperatoria y estancia hospitalaria. La educación debe incluir información relacionada con la valoración del dolor, metas realistas para control del dolor, cambios en el uso de analgésicos antes a la cirugía y continuación de medicamentos para evitar síndrome de abstinencia, es especial con el uso de opioides. (Chou et al., 2016)



La educación puede variar desde comunicación verbal hasta intervenciones que incluyan supervisión de ejercicios y llamadas telefónicas de seguimiento. No se ha encontrado evidencia acerca del método más efectivo. (Chou et al., 2016; Shea et al, 2002)

El paciente debe contar con una evaluación preoperatoria para realizar un plan de manejo del dolor postoperatorio, basado en una buena historia clínica que abarque comorbilidades médicas y psiquiátricas, medicación previa, resultados y efectos adversos, alergias e intolerancia, historia de dolor crónico, antecedentes de abuso de sustancias, regímenes postoperatorios previos (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). (Chou et al., 2016)

El plan de manejo del dolor debe pasar periodo de ajuste constante para alcanzar las metas propuestas, basado en valoración periodica del dolor y presencia de efectos adversos (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). (Chou et al., 2016)

#### *Métodos de evaluación*

Se recomienda utilizar herramientas para evaluación del dolor validadas y ajustar el tratamiento acorde (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). Si el paciente cuenta con alguna condición que le impida utilizar las escalas se debe solicitar la información a su cuidadores. El médico no se debe basar solo en medidas objetivas – comportamiento, signos vitales – debido a que estas no son válidas ni confiables. (Chou et al., 2016)

Se cuenta con métodos unidimensionales como la Escala de Dolor Numérica verba o visual donde el paciente indica el dolor que percibe del 0 a 10, donde 10 es el peor dolor imaginable. En niños o pacientes con discapacidad intelectual se puede aplicar la escala de dolor de Wong – Baker que utiliza caras con emociones diversas, importante el factor cultural al momento de aplicar esta escala. (Chou et al., 2016; Radnovich et al., 2014)

Por otro lado, las escalas dinámicas son más sensibles a tratamiento y tipo de dolor, cuentan con la desventajas de ser subjetivas, necesitar personal capacitado para su implementación, variar de acuerdo al nivel educativo, además la traducción al español no ha sido adecuadamente validada, entre ellas se tiene el Cuestionario de Dolor de McGill, el Inventario Breve de Dolor y el Cuestionario Internacional de Dolor. (Radnovich et al., 2014)

Entre las escalas no existe evidencia adecuada para preferir una sobre otra, por lo que la elección se debe basar en factores como el nivel de desarrollo, edad, nivel de conciencia, educación, lenguaje y sociocultural. (Chou et al., 2016)

Al evaluar el dolor se debe tomar en cuenta elementos más allá de la intensidad. Lo más valioso que se debe extraer es la respuesta del paciente al tratamiento y el impacto de su condición en calidad de vida en momentos de reposo y actividad. (Shea et al, 2002) Se debe considerar diferentes aspectos durante la evaluación del dolor (Chou et al., 2016, Radnovich et al., 2014):

- Inicio del dolor, frecuencia y cambio de patrón durante el día
- Localización e irradiación
- Características del dolor
- Intensidad
- Factores que alivian o aumentan el dolor, actividades limitadas por el dolor
- Tratamiento previo y respuesta, incluyendo efectos adversos



## □ Barreras para evaluación del dolor

Según una encuesta europea en 746 hospitales el manejo del dolor postoperatorio fue subóptimo; los principales problemas identificados fue la falta de evaluación del dolor y ausencia de documentación o protocolos de manejo. (Cooper et al., 2016; Radnovich et al., 2014)

No existe evidencia suficiente para determinar la periodicidad adecuada de las evaluaciones. (Chou et al., 2016) En 1996 la Sociedad Americana de Dolor introdujo el concepto del dolor como el quinto signo vital, a ser valorado cada 2 horas y posterior al uso de analgesia (Radnovich et al., 2014). En el caso de intervención farmacológica se puede tener en cuenta el pico de acción medicamentoso para la evaluación: 15 a 30 minutos para fármacos parenterales y 1 a 2 horas luego de administración oral. (Cooper et al., 2016) Las evaluaciones subsecuentes en pacientes con dolor más estable puede ser realizadas menos frecuentemente, por ejemplo, coincidir con cambios de turno de enfermería o durante las horas de visita. (Chou et al., 2016)

### *Terapia multimodal*

Se recomienda el uso de analgesia multimodal para manejo de dolor postoperatorio (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad), definida como el uso de una variedad de medicamentos y técnicas combinadas, con diferentes mecanismos de acción a nivel de sistema nervioso central y/o periférico, pueden tener efecto aditivo o sinergismo. (Sjövall et al, 2015)

El uso de opioides no es necesario en todos los pacientes, se ha visto efectos adversos, siendo el principal el riesgo aumentado de su uso a largo plazo. De ser utilizados se pueden combinar con tratamiento no opioide y terapia no farmacológica. La terapia multimodal es superior al uso de un solo método, obteniendo mejor alivio del dolor, disminución en el consumo de opioides y menos efectos adversos. (Chou et al., 2016)

### *Uso de modalidades físicas*

Se recomienda valorar el uso de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea como terapia complementaria, obteniendo una disminución aproximada del 25% del uso de opioides en el postoperatorio. El mecanismo de acción descrito para esta técnica se inclina hacia activación endógena de vías inhibitorias descendentes que llevan a activación del receptor de opioides y por ende disminución de la excitabilidad central y de dolor (recomendación débil, evidencia de moderada calidad). (Chou et al., 2016)

La evidencia en cuanto a la efectividad del uso de masajes, acupuntura y crioterapia no es suficiente para recomendar o descartar su uso, se puede decir que no implican riesgo en cuanto a seguridad (recomendación débil, evidencia de moderada calidad). (Chou et al., 2016)

### *Uso de modalidades cognitivas – comportamiento*

Se recomienda considerar su uso como parte de terapia multimodal (recomendación débil, evidencia de moderada calidad). Incluye el uso de técnicas de relajación, sugestión intraoperatoria y música, existe evidencia inconsistente que indica que su aplicación arroja resultados positivos en cuanto a dolor postoperatorio, uso de analgesia y ansiedad, con la ventaja de no producir daño. Ninguna técnica ha probado ser mejor que otra. (Chou et al., 2016)

### *Uso de terapia farmacológica sistémica*

Se recomienda uso de opioides vía oral sobre intravenoso como tratamiento postoperatorio en pacientes que pueden utilizar esa ruta (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). El dolor postoperatorio es inicialmente continuo y requiere dosis fijas durante las primeras 24 horas. (Rawall, 2016) No se recomienda el uso de opioides



de larga duración debido a la necesidad de titular la dosis de acuerdo a la valoración de dolor periódica y la falta de evidencia que respalde el uso de opioides de larga duración en el postoperatorio. No se recomienda el uso de opioides en el preoperatorio. (Chou et al., 2016)

Es importante evaluar el riesgo del paciente de abuso o adicción a opioides, no existe evidencia concreta en el contexto de dolor agudo,; sin embargo, se sugiere responder a 5 interrogantes: antecedentes personales patológicos o heredo familiares de abuso de sustancias, historia de abuso sexual, edad, antecedentes de enfermedades psiquiátricas. Se pueden utilizar herramientas adicionales como el Test de Abuso de Sustancias de 10 ítems. (Radnovich et al., 2014)

Se recomienda evitar el uso de analgesia intramuscular (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad) no ha demostrado ventajas sobre otras vías, puede causar dolor en su aplicación y tiene absorción poco confiable que va a arrojar resultados irregulares en cuanto al alivio del dolor. (Chou et al., 2016)

La analgesia intravenosa controlada por paciente como analgesia postoperatoria sistémica, se recomienda de ser necesaria la administración parenteral, como en pacientes con ileo, riesgo de broncoaspiración, procedimientos que impidan el uso de medicación enteral u oral. Se debe realizar una selección adecuada del paciente, este debe requerir analgesia por más de unas cuantas horas, tener adecuada función cognitiva, ser mayor de 6 años. Este método ha probado provoca mayor satisfacción en el paciente al compararlo con bolos intermitentes de opioides. (Chou et al., 2016)

No se considera adecuado la infusión basal de opioides controlada por pacientes que no utilizan opioides de manera crónica (opioid – naive), no existe evidencia que indique mejoría en analgesia con el uso de infusión basal comparado con no utilizarlo, se asocia con aumento de efectos adversos – náuseas, vómitos, aumento de depresión respiratoria. En cuanto a pacientes tolerantes a opioides no se tiene suficiente evidencia acerca del uso de bolos pero su uso puede prevenir inadecuado control del dolor, utilización de dosis subterapéuticas y síndrome de abstinencia. (Chou et al., 2016)

Se recomienda que durante la sedación se realice monitoreo apropiado, revisión de estatus respiratorio y efectos adversos relacionados con el uso de opioides sistémicos en postoperatorio (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). Se debe tener especial cuidado durante el postoperatorio inmediato y luego de cambios de dosis, incluir en la valoración: estado de alerta, signos y síntomas de hipoventilación o hipoxia. La evidencia no muestra que la oximetría de pulso es superior a la valoración de frecuencia respiratoria y estado mental realizada por enfermería. Se debe considerar que la oximetría tiene baja sensibilidad para hipoxia en el caso de recibir oxígeno suplementario. Es de vital importancia identificar pacientes en riesgo de depresión respiratoria: historia de apnea de sueño obstructiva o central y el uso de medicación con efecto depresor en el sistema nervioso central. (Chou et al., 2016)

Se recomienda que el médico tratante brinde acetaminofén y/o AINES intravenoso o vía oral, como parte del tratamiento multimodal a pacientes sin contraindicaciones – riesgo de sangrado gastrointestinal y ulceración, eventos cardiovasculares, disfunción renal (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad). En asociación con opioides se ha visto menor dolor postoperatorio y consumo de opioides al comparar con el uso de opioides solos. El uso de AINES con acetaminofén ha mostrado ser mejor que utilizar cualquiera de los medicamentos solo. No se recomienda evitar el uso de AINES a pesar de que diversos estudios indican alguna asociación con su uso y el fallo en la unión de fusión espinal y aumento de riesgo de fuga de anastomosis luego de cirugía colorrectal. Se contraindica el uso de AINES en pacientes que ameritan cirugía de injerto de bypass coronario, por un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares. (Chou et al., 2016)

Se recomienda considerar la administración de celecoxib vía oral (AINES COX – 2 selectivo con menor riesgo de sangrado gastrointestinal) como tratamiento preventivo en el preoperatorio de cirugías mayores, en pacientes sin



contraindicaciones (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). (Sjövall et al, 2015) Existe evidencia que indica que su uso se asocia con menor requerimiento de opioides luego de la cirugía y resultados favorables al aplicar escalas de valoración del dolor. La dosis utilizada en estudios fue de 200 – 400mg, administrada de 30 minutos a 1 hora antes de la cirugía. Se contraindica el uso de celecoxib en pacientes que ameritan cirugía de injerto de bypass coronario por aumento del riesgo de eventos cardiovasculares. (Chou et al., 2016)

Se recomienda considerar el uso de gabapentina o pregabalina como parte de la terapia multimodal (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad),, ambos medicamentos se asocian con menor requerimiento de opioides luego de cirugías mayores y menores, y resultados favorables tanto en dolor como en alteraciones de humor, ansiedad y trastornos de sueño. Es útil en especial para pacientes altamente tolerantes a opioides o que ameritan cirugías asociadas con bastante dolor. (Sjövall et al, 2015) Se ha visto efectividad al utilizar 1 – 2 horas previo a la cirugía, los estudios utilizan dosis de 600 – 1200mg de gabapentina o 150 – 300mg de pregabalina. En el postoperatorio, dosis de 600mg de gabapentina dosis única o múltiples, o 150 – 300mg de pregabalina luego de 12 horas. Por falta de evidencia no se tiene una dosis óptima, dosis mayores pueden ser más efectivas pero se asocian con mayor sedación. Ambos medicamentos se tienen vía oral lo que limita su uso en el postoperatorio inmediato. Entre los efectos adversos a considerar se tiene, mareos, sedación no asociada a depresión respiratoria; se recomienda reducción de dosis en pacientes con alteración de función renal. (Chou et al., 2016) Se ha visto que su uso se asocia con una disminución en la severidad del dolor agudo y crónico, principalmente en mastectomías, toracotomías y amputaciones. (Humble et al., 2015)

Se recomienda ketamina intravenosa como componente del abordaje multimodal principalmente en cirugías mayores, para pacientes con alta tolerancia a opioides y dificultad para tolerar opioides (recomendación débil, evidencia de moderada calidad). Existe evidencia que indica que la infusión se asocia con disminución en el uso de medicación para el manejo del dolor postoperatorio comparado con placebo, y resultados favorables al aplicar escalas de valoración del dolor. (Sjövall et al, 2015) En diversos estudios se aplica durante el preoperatorio, intraoperatorio y/o postoperatorio, a dosis variables. (Cooper et al., 2016) No existe suficiente evidencia para identificar una dosis óptima, pero se recomienda el uso de bolo preoperatorio de 0,5mg/kg seguido de infusión 10ug/kg/min intraoperatorio, con o sin infusión postoperatoria a dosis menores. Se asocia el uso de ketamina con alucinaciones y pesadillas. (Chou et al., 2016) No se ha encontrado impacto entre el uso de ketamina y la aparición de dolor crónico. (Humble et al, 2015)

Se recomienda considerar el uso de infusiones de lidocaína intravenosa en pacientes que ameriten cirugía abdominal laparoscópica sin contraindicaciones, como parte de analgesia multimodal. Existe evidencia de asociación con el uso intraoperatorio y perioperatorio, y una menor duración del ileo y mejor calidad de analgesia al comparar con placebo. (Cooper et al., 2016) Se recomienda una dosis de inducción de 1,5mg/kg, seguido de una infusión de 2 mg/kg/h al final de la cirugía. No existe evidencia de su uso en el postoperatorio. (Chou et al., 2016)

#### *Uso de terapia farmacológica local y/o tópica*

Se recomienda la infiltración quirúrgica local sitio – específica, subcutánea y/o intraarticular con analgésicos de larga duración en el sitio quirúrgico solamente en cirugías específicas (recomendación débil, evidencia de moderada calidad). Entre las cirugías donde se ha encontrado efectividad se incluye: reemplazo total y artroscopia de rodilla, cesáreas, laparotomía y cirugía hemorroidal; sin embargo, los resultados varían según estudio. En el caso de cirugías de hombro se ha encontrado que el uso de bupivacaina se asocia a condrolisis. (Chou et al., 2016)

Se recomienda evitar el uso de anestésicos locales intrapleurales para el control del dolor luego de cirugía de tórax (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). Esta técnica se ha visto asociada con toxicidad por el alto índice de absorción del espacio intrapleural. (Chou et al., 2016)



### *Uso de anestesia regional periférica*

Se recomienda considerar su uso por personal capacitado en procedimientos específicos como parte de terapia multimodal. Entre los procedimientos donde se ha comprobado su efectividad se tiene: toracotomía, cirugía articular de articulaciones en miembros inferiores, cirugía de hombro, cesáreas, cirugía hemorroidal y circuncisión (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). (Chou et al., 2016)

Se recomienda el uso de técnicas de anestesia regional periférica con anestésicos locales continua cuando una sola dosis inyectada no sea suficiente para el alivio del dolor (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). (Chou et al., 2016)

### *Uso de terapia neuraxial*

Se recomienda el uso de terapia neuraxial para pacientes que ameritan procedimientos torácicos o abdominales; también se puede utilizar en el caso de cesáreas, cirugía de cadera y miembros inferiores. Tiene utilidad principalmente en pacientes en riesgo de complicaciones cardíacas, pulmonares o ileo prolongado (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad). Analgesia epidural con anestésicos locales (con/sin opioides) o analgesia espinal se asocia con mejor valoración en escala de dolor y disminución de uso de dosis de rescate de analgesia. (Rawal, 2016) Es fundamental que el paciente se encuentre bajo monitoreo para determinar la aparición de efectos adversos – depresión respiratoria, hipotensión, debilidad motora por compresión de médula espinal – (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad) y realizar abordaje terapéutico acorde. (Chou et al., 2016)

En estudios antiguos se observaba que con el uso de analgesia espinal y epidural en comparación con analgesia sistémica se tiene una disminución en riesgo de mortalidad postoperatorio, tromboembolismo venoso, depresión respiratoria y disminución de duración de ileo. No existe evidencia acerca de la utilidad de añadir clonidina, se asocia a aumento de riesgo de hipotensión. (Chou et al., 2016)

Se recomienda evitar administración neuraxial de magnesio, benzodiazepinas, neostigmina, tramadol y ketamina (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad) debido a falta de evidencia que demuestre su efectividad y seguridad. (Chou et al., 2016)

### *Estructura organizacional, políticas y procedimientos*

Se recomienda que en centros donde se realicen procedimientos quirúrgicos y analgesia neuraxial exista una estructura organizacional que evalúe la implementación y desarrollo de políticas y prácticas para asegurar el cumplimiento de protocolos seguros y basados en evidencia. (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). (Chou et al., 2016, Rawal, 2016)

Se recomienda la asesoría de especialistas en medicina del dolor en caso de pacientes en alto riesgo o que se tengan inadecuado control del dolor postoperatorio. (recomendación fuerte, evidencia de débil calidad). (Chou et al., 2016)

Un centro organizado para manejo del dolor debe contar con personal responsable las 24 horas, valoración de dolor en reposo y movimiento, escalas de dolor preoperatorio y postoperatorio adecuadamente documentadas, registro de reacciones adversas a medicamentos, cooperación de cirujanos para una adecuada implementación de protocolos de analgesia, educación continua para personal de salud incluyendo enfermería, médicos y farmacéuticos, educación para paciente y su entorno; finalmente el centro debe contar con políticas de calidad que busquen mejoría constante. (Rawal, 2016)



### Transición al egreso

Se recomienda que el personal brinde educación a todos pacientes y a sus cuidadores primarios en cuando al plan de manejo del dolor al egreso (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad), se debe incluir instrucciones para la toma de medicación, interacciones – en especial drogas lícitas o ilícitas y el riesgo de sobredosis y muerte – manejo de afectos adversos, recuperación y regreso progresivo a actividades cotidianas. En conjunto con el paciente y su entorno se debe tener un plan en cuanto a reducir y descontinuar el uso de opioides al egreso. En el caso de pacientes que no usen opioides crónicamente previo a la cirugía y que fueron tratados con opioides por 1 a 2 semanas deben recibir educación para la reducción de la dosis gradualmente hasta suspender, con el objetivo de evitar síndrome de abstinencia. La reducción de la dosis se puede realizar diario o cada 2 días con disminución del 20 – 25% partiendo de la dosis de egreso, en caso de que el dolor mejore. (Chou et al., 2016)

Tomando en cuenta evidencia anecdótica se considera valioso el consejo de médicos, enfermeras, fisioterapeutas y farmacéuticos. (Chou et al., 2016)

Es recomendado en el caso de cirugías menores, el egreso del paciente con acetaminofen y/o AINES, o en su defecto con opioides limitados. (Chou et al., 2016)

### Conclusiones

El manejo de dolor postoperatorio continúa siendo un desafío para el profesional de salud, por la combinación factores que lo producen y la respuesta del paciente al insulto y a los diferentes métodos de analgesia.

El dolor es subjetivo por lo que el reporte del paciente es la materia prima de todas las evaluaciones, mediciones basadas únicamente en la intensidad del dolor no capturan la experiencia paciente y dejan de lado aspectos fundamentales que pueden influenciar decisiones con respecto al tratamiento.

Al buscar satisfacción y bienestar en el paciente se debe comprender que el manejo del dolor subóptimo no se debe a una falta de drogas efectivas o técnicas sino que en su mayoría responde a la falta de abordaje organizado y multidisciplinario que utilice los tratamientos existentes; así como a una valoración integral previa para identificar grupos de riesgo y posible trayectoria del dolor.

Organización asociado al uso de técnicas diversas en el pre, intra y postoperatorio con base en las recomendaciones de las guías en terapia multimodal, implementadas según el escenario y la disponibilidad del centro de salud pueden marcar la diferencia en cuanto a dolor agudo postoperatorio y consecuencias prevenibles a largo plazo.

### Referencias

1. Radnovich R, Chapman CR, Gudín JA, Panchal SJ, Webster LR, Pergolizzi JV Jr. *Acute pain: effective management requires comprehensive assessment*. Postgrad Med. 2014; 126(4):59–72
2. Carroll IR, Hah JM, Barelka PL, Wang CK, Wang BM, Gillespie MJ, McCue R, Younger JW, Trafton J, Humphreys K, Goodman SB, Dirbas FM, Mackey SC. *Pain Duration and Resolution following Surgery: An Inception Cohort Study*. Pain Med. 2015 Dec;16(12):2386-96.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011



4. Humble SR1, Dalton AJ, Li L. *A systematic review of therapeutic interventions to reduce acute and chronic post-surgical pain after amputation, thoracotomy or mastectomy.* Eur J Pain. 2015 Apr; 19(4):451-65.
5. Rawal, N. *Current issues in postoperative pain management.* Eur J Anaesthesiol. 2016 Mar;33(3):160-71.
6. Correll DJ, Vlassakov KV, Kissin I. *No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993-2012: scientometric analysis.* J Pain Res. 2014 Apr 11;7:199-210.
7. S Sjövall et al. *Laparoscopic Surgery: A Narrative Review of Pharmacotherapy in Pain Management.* Drugs 75 (16), 1867-1889. 11 2015.
8. Ghoneim & O'Hara, MM, O'Hara MW. *Depression and postoperative complications: an overview.* BMC Surg. 2016 Feb 2;16:5.
9. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. *Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures.* Anesthesiology. 2013 Apr;118(4):934-44.
10. Kalso, E. *Persistent postsurgery pain: research agenda for mechanisms, prevention, and treatment.* Br J Anaesth 2013; 111:9–12.
11. Werner & Kongsgaard, 2014 MU, Kongsgaard UE. *Defining persistent postsurgical pain: is an update required?* Br J Anaesth 2014; 113:1–4.
12. Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen T. *The neuropathic component in persistent postsurgical pain. A systematic literature review.* Pain 2013; 154:95–102.
13. Boogaard S. *Predictors of Persistent Neuropathic Pain--A Systematic Review.* Pain Physician. 2015 Sep-Oct;18(5):433-57.
14. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. *Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council.* J Pain 2016; 17:131–57.
15. Cooper SA1, Desjardins PJ, Turk DC, Dworkin RH, Katz NP, Kehlet H, Ballantyne JC, Burke LB, Carragee E, Cowan P, Croll S, Dionne RA, Farrar JT, Gilon I, Gordon DB, Iyengar S, Jay GW, Kalso EA, Kerns RD, McDermott MP, Raja SN, Rappaport BA, Rauschkolb C, Royal MA, Segerdahl M, Stauffer JW, Todd KH, Vanhove GF, Wallace MS, West C, White RE, Wu C. *Research design considerations for single-dose analgesic clinical trials in acute pain: IMMPACT recommendations.* Pain. 2016 Feb;157(2):288-301.
16. Shea RA, et al. *Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery.* Heart Lung, 2002; 31 (6):440 – 449.

# HOJA DE VIDA

## DATOS PERSONALES

**Nombre:** Sara Manuela López Concha

**Documento de identidad:** cc.1144064962 de Cali

**Fecha de nacimiento** 18 septiembre de 1993

**Residencia:** Carrera 63a #3c-76, Refugio de los Samanes, Cali, Valle

**Información de contacto:**

**Celular:** 3245310980

**Correo electrónico:** lopezmanuela1701@gmail.com  
saritam1809@hotmail.com



## Perfil profesional

Médica general graduada de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, con capacitación vigente en soporte vital básico y avanzado, con experiencia en el manejo de pacientes en el servicio de urgencias, hospitalización, consulta externa y cirugía, también realizando traslado de pacientes en ambulancia medicalizada terrestre y aérea.

Siempre priorizando la seguridad del paciente basado en la comunicación, las practicas seguras y el cuidadoso uso de la historia clínica. Aprendo constantemente de los profesionales que me rodean con el fin de lograr que el trabajo en equipo sea altamente eficiente.

## Formación académica

- **Educación básica primaria y secundaria:**  
Liceo de los Andes FUNED  
Título: Bachiller.  
Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, 25 de junio de 2010.
- **Idioma nativo:** Español
- **Idioma extranjero:** Inglés      **Nivel:** Avanzado.
- **Estudios universitarios:**  
Pontificia Universidad Javeriana Cali,  
Título: Médica.  
Santiago de Cali, Valle del Cauca, 27 de enero de 2017.
- **Acción de formación en protocolos de abuso y violencia sexual.**  
Fundación Hospital San José de Buga,  
Guadalajara de Buga, 09 de mayo de 2019.
- **Reanimación cardio cerebro pulmonar básica y avanzada para profesionales:**  
Vital Care, centro de simulación Clínica,  
Armenia, Quindío, 1 de febrero de 2021.
- **Curso de transporte aeromédico:**  
Escuela de aviación Grupo Nukak SAS  
Villavicencio, Meta, 1 al 4 de mayo de 2021.

## Experiencia laboral

- Empresa: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
Cargo: Médico en servicio social obligatorio.  
Función: traslado de pacientes en ambulancia medicalizada, atención de paciente en el servicio de urgencias, hospitalización, ayudantías quirúrgicas, consulta externa y oficina de referencia y contrarreferencia de pacientes.  
Duración: desde el 09 de marzo de 2017 hasta el 08 de marzo de 2018.
- Empresa: CENTRO CARDIOVASCULAR DEL VALLE SAS.  
Cargo: Médico general asistencial de hemodinámica.  
Función: observación de los pacientes que ingresan al servicio de hemodinamia, acompañamiento y observación posterior al procedimiento de cateterismo cardiaco. Asistiendo al especialista en las diferentes labores dentro del servicio.  
Duración: desde el 2 de abril del 2018 hasta 6 de junio de 2018.
- Empresa: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
Cargo: Médico general ayudante de cirugía.  
Función: atención de pacientes en el servicio de cirugía, encargada de realizar el ingreso médico, la ayudantía quirúrgica, observación y manejo durante en el postoperatorio inmediato y recuperación anestésica hasta el egreso del paciente, o su traslado a hospitalización.  
Duración: desde el 20 de marzo de 2018, hasta el 31 de enero de 2020.
- Empresa: Angiografía de Occidente  
Cargo: Médico general consulta externa  
Función: Atención de pacientes en el servicio de consulta externa para la nueva EPS, valorando las necesidades del paciente para enfocar el estudio y manejo de las diferentes patologías en consulta de medicina general y consulta de riesgo cardiovascular en los programas especiales de Nueva EPS.  
Duración: desde el 09 de marzo de 2020 - 19 de noviembre de 2020.
- Empresa: Solair SAS.  
Cargo: Medico general  
Función: transporte aeromédico, brindando el manejo que requiera cada paciente durante el traslado según su condición clínica, así como la prevención y manejo de las posibles complicaciones que se puedan presentar durante el mismo.  
Duración: desde el 20 de Noviembre de 2020, actualmente laborando en la empresa.

- Empresa: Clínica cristo rey  
Cargo: medico general asistencial de cirugía  
Función: ayudantías quirúrgicas y otras funciones dentro del quirófano.  
Duración: desde el 3 de octubre, actualmente laborando en la empresa.

## Referencias Laborales

- **Gerardo Salcedo Prieto**  
Anestesiólogo, Coordinador de cirugía Fundación Hospital San José de Buga  
Celular: 3212416026
- **Jose Ignacio Guerra**  
Cirujano General, Fundacion Hospital San Jose de Buga y Clínica Cristo Rey  
Celular: 3183366722
- **Claudia Catalina Rodriguez**  
Cirujana plástica en Fundación Hospital San José de Buga, Clínica Comfandi Cali  
Celular: 3184042728
- **Victor Giraldo**  
Gerente de Centro cardiovascular del valle SAS.  
Celular: 3127209612

## Referencias Personales

- **Maria Andrea Cachiotis Bolaños**  
Médica general, ayudante quirúrgica en clínica Versailles.  
Celular: 3185274586
- **María Eugenia Guerrero Toro**  
Gerente EMPRESA SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL SAS. Celular:  
3146189981
- **Alejandro Sabogal Concha**  
Médico especialista en ginecoobstetricia y cirugía ginecológica laparoscópica  
Centro Medico Imbanaco  
Celular: 3152880038
- **Walter Prieto Trujillo**  
Ingeniero Industrial con maestría en Finanzas  
Gerente de Crédito Regional de Occidente Banco de Bogotá Celular:  
3206990433

# LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 - MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE  
**SARA MANUELA LOPEZ CONCHA**

C.C. 1.144.064.962

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA  
UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO  
EN LA FACULTAD DE

**CIENCIAS DE LA SALUD**

LE OTORGA  
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
EL TÍTULO DE  
**MÉDICA**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA  
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA SECCIONAL DE CALI, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD

EXPEDIDO EN CALI, A LOS 27 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2017.



N° C-0072

*Luis Long...*  
RECTOR

*[Signature]*  
DECANO DE FACULTAD

*[Signature]*  
SECRETARIO GENERAL



Este Diploma está registrado en el folio 023  
del libro 47 de Actas de Grado, Acta N° CA-284  
Cali, 27 de ENERO de 2017

*[Signature]*  
Secr. Gen. P.U.J.

016084

IMPRESA EN COLOMBIA