

Señores
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA
E. S. D.

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS
DEMANDADOS: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTRO
RAD: 76-111-31-03-003-2023-00060-00

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCIA, persona mayor de edad, vecina de Guadalajara de Buga (V), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 66.972.412 de Santiago de Cali (V), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico juridico@fhsjb.org, obrando en calidad de apoderada judicial de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, en virtud del Poder Especial a mi conferido, por su Representante Legal Doctor **CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO**, igualmente mayor de edad, e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org, representación que ejerce según consta en el Acta No. 293 del 29 de junio de 2021 de la Junta Directiva de la Fundación Hospital San José de Buga, todo según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Gobernación del Valle del Cauca, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal establecida en el Inciso 3° del Artículo 8° de la Ley 2213 de 2022¹ procedo a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y a descorrer el traslado respectivo de acuerdo con lo siguiente:

EN CUANTO A LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO: No es cierto. De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA aportada al expediente, el día 23 de abril de 2013 la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, consultó a dicha institución con dolor abdominal de 6 horas de evolución localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no asociado a otros síntomas como vómito diarrea o irritación uretral, ni fiebre, los cuales no eran "compatibles" ni estaban orientados al diagnóstico de Apendicitis, siendo preciso aclarar que en la citada consulta a la paciente se le da manejo con analgésicos y se le ordena alta médica.

Posteriormente, ese mismo día la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA consulta nuevamente a la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA, por persistencia del dolor y escalofrío, siendo valorada por Médico General, quien no evidenció signos de irritación peritoneal, por lo cual ordena la toma de exámenes paraclínicos y dejar a la paciente en observación, el resultado de los paraclínicos no fue concluyente para apendicitis, sin embargo, por reingreso y ante la persistencia del dolor, deciden remitir a la paciente para valoración por la especialidad de Cirugía General, siendo aceptada en la FUNDACIÓN HOSPTA SAN JOSÉ DE BUGA.

¹ Demanda notificada vía correo electrónico el día 18 de marzo de 2024, mediante mensaje de datos certificado realizado por la empresa SERVIENTREGA SA.



AL HECHO SEGUNDO: Es parcialmente cierto, siendo preciso aclarar lo siguiente:

Cierto es que la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA fue remitida el día 23 de abril de 2013 de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA hacia la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, ingresando el mismo día al servicio de urgencias de nuestra institución a las 15:00 horas, todo lo cual se consignó en el documento RIPS EPICRISIS URGENCIAS de la Historia Clínica de nuestra institución de la siguiente forma:

"Fecha de Ingreso: 23 04 13 Hora de Ingreso 15+00"

Ocupación: Estudiante

Remitido: S.O.S.

Motivo de Consulta: "Me duele mucho el abdomen"

Enfermedad Actual: Paciente remitido de la S.O.S. por cuadro clínico de 1 día de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca derecha inicialmente leve que se torna muy intenso, solicitan hemograma con leucocitosis, manejada en casa con analgesia sin mejoría, refiere además episodios eméticos"



Fecha de Ingreso: 23/04/13		Hora de Ingreso: 15:00	
Día Mes Año		Día Mes Año	
Consulta Primera Vez ☐ Repetida en el año ☐		Ocupación: Estudiante	
Remitido de: S.O.S.			
Motivo de Consulta: "Me duele mucho el abdomen"			
Enfermedad Actual: Paciente remitido de la S.O.S. por cuadro clínico de 1 día de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca derecha inicialmente leve que se torna muy intenso, solicitan hemograma con leucocitosis, manejada en casa con analgesia sin mejoría, refiere además episodios eméticos"			
Condición de la Usaria: Embarazada ☐ 1 Trim. ☐ 2 Trim. ☐ 3 Trim. ☐ No aplica ☐			
Antecedentes Personales			
Nombre	SI	NO	Especificación
Patológicos	X		Fractura de costado
Hospitalarios	X		Reducción abierta de costado
Quirúrgicos	X		Estomago
Alérgicos			
Toxicos			
Otros			
Antecedentes Personales			
Nombre	SI	NO	Especificación
Patológicos			
Hospitalarios			
Quirúrgicos			
Alérgicos	X		plant
Toxicos			
Otros			
CAUSA EXTERNA			
☐ Accidente de Trabajo	☐ Otro Accidente	☐ Lesión por Agresión	☐ Malttrato
☐ Accidente de Tránsito	☐ Evento Catastrófico	☐ Lesión Auto Infligida	☐ Enfermedad General
☐ Enfermedad	☐ Otra		
Examen Físico: TA: 120/80 FC: 100 X: FR: 22 TEMP: °C PESO: Kg			

Una vez es atendida la paciente en el servicio de urgencias se solicita valoración por la Especialidad de Cirugía General, siendo valorada por el Doctor GIOVANNI RAFAELE ASCIOENE, Médico Cirujano General, registrándose en la Historia Clínica lo siguiente:

"23/04/13"

16+20 Paciente valorada por el cirujano de turno quien no encuentra abdomen quirúrgico por el momento pero paciente muy adolorida, sugiere solicitar ecografía de abdomen total, se solicita además p d o (parcial de orina) + gram y cuadro hemático para aclarar diagnóstico. Cirugía revalorará con resultados Se da manejo analgésico". (Frase entre paréntesis fuera de texto).

Gallego		No. DE HISTORIA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Con Villamor		Melissa
Servicio	Sala o Cuarto	
FECHA		

Fecha	Señale firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
23/04/13	Se llama a cirugía ya que paciente muy adolorida, se espera que cirugía de hmo venga a valoración
23/04/13	Paciente valorada por cirugía, no de hmo quien no encuentra abdomen quirúrgico por el momento pero paciente muy adolorida sigue en espera de cirugía de abdomen total. Se ordena admetido a Gram y cuando hemático para a clarificar diagnóstico cirugía revalorada con resultado. Se da manejo analgésico

Los exámenes diagnosticos ordenados por el médico Cirujano General arrojaron los siguientes resultados:

La Ecografía de Abdomen: Conclusiones COLELITIASIS



PACIENTE: MELISSA GALLEGO
IDENTIFICACION: 1115068198
FECHA: ABRIL 23 2013
SERVICIO: URGENCIAS
EMPRESA: SOS
ESTUDIO: ECOGRAFIA DE ABDOMEN
INFORME: 27234

Hígado: De dimensiones normales, de contorno libre regular, adecuada ecodensidad y ecotextura, teniendo conductos vasculares y vía biliar intra-hepática de buen calibre.

Vesícula: Distendida, de paredes no engrosadas, con pequeñas imágenes hiperecolicas en su luz produciendo sombra acústica posterior.

colédoco: con un diámetro normal de 4.5 mm. La porta a nivel del hilio hepático 11 mm.

Páncreas de ecotextura y ecodensidad normales, dimensiones anatómicas y contorno libre regular sin ectasia de su conducto excretor principal.

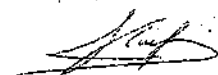
Parénquimas renales en situación anatómica, contorno libre regular, espesor uniforme de la cortical y no ectasia de sus sistemas pielocaliciales, además hay adecuada diferenciación cortico medular (RD: 102x32x38 mm, espesor cortical de 11 mms; RI: 92x50x36 mm, espesor cortical de 19 mm).

Bazo, de aspecto ecográfico normal.

Sin líquido libre en cavidad peritoneal, no existen masas patológicas ecodensas en cavidad abdominal, ni adenomegalias peri aórticas.

La vejiga parcialmente distendida, de paredes no engrosadas sin ecos libres en su luz, adquiriendo un volumen de 22 cc.

CONCLUSIÓN: COLELITIASIS



Dr. JULIAN RENJIFO ESCOBAR
Médico Radiólogo
MR 22348



Es de resaltarse que una vez realizada por Imágenes Diagnósticas la ecografía de abdomen total y analizada la misma, la conclusión que se consignó en el resultado de ella fue COLELITIASIS.

Por otro lado, el Hemograma y parcial de orina arrojó los siguientes resultados:

Neutrófilos: 13.85
Eritrocitos: 4.07
Hemoglobina: 13.0
Plaquetas: 256

RESULTADO

NOMBRE: Sra. MELISSA GALLEGO QUINCHIA
DOCUMENTO: CC.1115068198 H.C 1115068198
EMPRESA: SAN JOSE URGENCIAS
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 7012570
FECHA ATN: 23.Abr.2013 17:09:28
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE
EDAD-SEXO: 24 Años - Femenino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA		
PARAMETROS LEUCOCITARIOS		
Leucocitos	13.85 $\times 10^3 / \mu L$	4.00 - 12.00
%Neutrófilos	90.7 %	50.0 - 70.0
%Linfocitos	5.3 %	20.0 - 60.0
%Monocitos	3.9 %	3.0 - 12.0
%Eosinófilos	0.1 %	0.5 - 5.0
%Basófilos	0.0 %	0.0 - 1.0
Recuento Diferencial Absoluto:		
#Neutrófilos	12.57 $\times 10^3 / \mu L$	2.00 - 8.00
#Linfocitos	0.73 $\times 10^3 / \mu L$	0.80 - 7.00
#Monocitos	0.54 $\times 10^3 / \mu L$	0.12 - 1.20
#Eosinófilos	0.01 $\times 10^3 / \mu L$	0.02 - 0.80
#Basófilos	0.00 $\times 10^3 / \mu L$	0.00 - 0.10
PARAMETROS ERITROCITARIOS		
Eritrocitos	4.07 $\times 10^6 / \mu L$	3.50 - 5.20
Hemoglobina	13.0 Hombres	12.0 - 16.0
Hematocrito	37.5 %	35.0 - 49.0
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	92.2 Hombres	80.0 - 100.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	31.9 pg	27 - 32
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	34.7 g/dl	31.0 - 37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	10.7 %	11.0 - 16.0
PARAMETROS PLAQUETARIOS		
Recuento de Plaquetas (PLT)	256 $\times 10^3 / \mu L$	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	9.0 fL	6.5 - 12.0

Técnica: Citometría de Flujo

Analizado por,

MARLODY PINILLA
Bacterióloga T.P.:16599
Copiada:STN

* En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. *

Fecha de Validación: 23/Abr/2013 17:32

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1 de 1]

NOMBRE: Sra. MELISSA GALLEGU QUINCHIA
DOCUMENTO: CC.1115068198 H.C 1115068198
EMPRESA: SAN JOSE URGENCIAS
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 7012564
FECHA ATN: 23.Abr.2013 16:23:25
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE
EDAD-SEXO: 24 Años - Femenino

BIOQUIMICA URINARIA

ESTUDIO URINARIO MUESTRA

Color: Amarillo claro
Aspecto: Ligeramente turbio

ANALISIS MICROSCOPICO

Células Epiteliales: +
Células Altas: Negativo
Leucocitos: 2 - 5 xcampo
Eritrocitos Eumorfos: 10 - 20 xcampo
Eritrocitos Dismorfos: Negativo
Bacterias: Escasas
Mucos: ++
Cilindros Granulosos: Negativo
Cilindros Leucocitarios: Negativo
Cilindros Eritrocitarios: Negativo
Cilindros Hialinos: Negativo
Cristales Uratos Amorfos: Negativo
Cristales Fosfatos Triplet: Negativo
Cristales Oxalato de Calcio: Negativo
Cristales Fosfatos Amorfos: Negativo
Cristales de Acido Urico: Negativo
Hifas: Negativo
Levaduras: Negativo
Trichomonas: Negativo
Espermatozoides: Negativo
Acumulo de leucocitos: Negativo

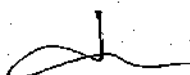
ANALISIS FISICO QUIMICO

Densidad: 1.025
PH: 7.5
Proteinas: Trazas
Glucosa: Negativo
Cetonas: 80 mg/dl
Bilirubinas: Negativo
Sangre: +++
Nitritos: Negativo
Urobilinogeno: 2 mg/dl
Leucocitos: Negativo

NOTA

La reacción química para sangre oculta es muy positiva, esto se debe a que la tira reactiva además de eritrocitos intactos detecta hemoglobina libre y mioglobina.

Analizado por,



MARLODY PINILLA
Bacterióloga T.P.:16599
Copiado:STN

Fecha de Validación: 23/Abr/2013 17:10

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2 de 2]

Una vez revisados los resultados de los exámenes diagnósticos, la paciente es valorada por el médico Cirujano General, quien conforme con los resultados decide llevar a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA a cirugía de COLELAP, lo cual fue registrado en la Historia Clínica así:

"Paciente con colelitiasis más colecistitis con mucho dolor ya se confirmó por ecografía, valorada por cirugía general, quien decide llevar a cirugía"

RESUMEN ATENCIONES

Especialidad: Cirugía General Nombre Médico: Dr. Acuña Hora: _____
 Especialidad: _____ Nombre Médico: _____ Hora: _____

TRATAMIENTO: Excoquina simple
Bacilina Compañía

PROCEDIMIENTOS: _____

AYUDAS DIAGNOSTICAS Y RESULTADOS RELEVANTES: Ecografía de H y VS
que evidencia coledocistitis

DIAGNOSTICO DE EGRESO: 1. Coledocistitis CODIGO: K80.1
 Dx. DIFERENCIAL 2. _____ CODIGO: _____
 3. _____ CODIGO: _____
 4. _____ CODIGO: _____

COMPLICACIONES: _____

PLAN DE MANEJO (AMBULATORIO): Paciente con coledocistitis por
colecistitis con manejo ambulatorio
por ecografía, labo y por clínica
general que decide llevar a cirugía

Lo que **NO ES CIERTO** es que a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA no se le haya puesto en conocimiento los resultados de la Ecografía y que se haya llevado a cirugía sin informarsele, pues existe en la Historia Clínica el documento **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA** el cual fue firmado el día 23 de abril de 2013, tanto por la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, identificada con la cédula número 1.115.068.198 en calidad de paciente y por la madre de la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, quien suscribió el consentimiento informado con su firma manuscrita, en calidad de testigo, identificándose con el número de cédula 38.852.123, documento en el cual se dejó constancia de que se explicó claramente el procedimiento quirúrgico de "COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA" que se le iba a practicar a la paciente como tratamiento para la COLECISTITIS + COLECISTITIS que padecía, así mismo le fueron explicadas a la paciente todas las complicaciones comunes, potencialmente serias y más frecuentes, como sangrado, infección, lesión de estructuras vecinas y hasta la muerte, que se pudieran presentar en la cirugía, documento el cual fue suscrito por la paciente y su testigo, en señal de aceptación de la realización del procedimiento quirúrgico. Es de anotarse que dicho consentimiento informado hace parte de la historia clínica de la paciente y que obra al expediente.

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA



CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGÍA: _____

(Nombre completo) Nelson Gullgo Historia Clínica N° 1115068198
En forma voluntaria consiento que el (la) Doctor (a) Giovanni Ascione

y el equipo Médico que él designe me realicen CIRUGÍA de Colecistectomía
por Laparoscopia la cual es realizada como tratamiento para colecistitis + colangioma

La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se me pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la Medicina y Cirugía no son una Ciencia exacta.

He sido informado (a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una CIRUGÍA de sangrado, infección, leso de empuje

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Toxicidad ocasionada por medicamentos, paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de Miocardio, Trombosis venosa y/o arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones se pueden tornar funestas, dejar secuelas irreversibles y/o causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor (a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho (a) de la información recibida del Médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA de _____

Melissa Gullgo
FIRMA DEL PACIENTE
C.C. N° 1113068198

Giovanni Ascione
FIRMA DEL MÉDICO
C.C. N° 38552123
Registro Médico N° 38552123
Fecha: San José

Madre
FIRMA DEL TESTIGO
C.C. N° 38552123

NOTA: En caso de menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Ahora bien, es importante aclarar que el resultado de la valoración clínica realizada por el Doctor GIOVANNI RAFAELE ASCIONE a la paciente, correlacionados con los resultados de las ayudas diagnósticas practicadas como fueron la Ecografía y el Hemograma, hacían mandatorio realizar la COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA, sin evidencia de que estuviera cursando la paciente con una Apendicitis hasta ese momento, lo cual se prueba plenamente con la descripción de los Hallazgos Operatorios de la cirugía de COLELAP realizada por el Doctor GIOVANNI ASCIONE y que fue registrada en la Hoja Quirúrgica de la Historia Clínica así:

"HALLAGOS OPERATORIOS

VESICULA CON LEVE INFLAMACIÓN

CON CALCULOS EN SU INTERIOR MILIMETRICOS

RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LOS LIMITES BASALES" (Negrilla, cursiva y subraya fuera de texto).



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE - HOJA QUIRURGICA		ID: 17896	
Fecha y hora de Inicio		23/04/2013 19:00	
Fecha y hora de Finalización		23/04/2013 19:45	
DATOS DEL PACIENTE			
Entidad	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS		
GALLEGO	QUINCHIA	MELISSA	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CC	Numero Documento	Fecha Nacimiento	Edad
CL 11 13-21	1115068198	20/05/1988	24
Dirección de Residencia	CL 11 13-21	Telefono	3177655040
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	Guadalupe de Buga
GRUPO QUIRURGICO			
Cirujano	ASCIONE CALERO GIOVANNI RAFFAELE		Instrumentador
Ayudante	TRUJILLO DURAN ALVARO		Circulante
Ayudante Dos	NO APLICA		
Anestesiologo	VELASQUEZ TAFUR ANDRES FELIPE		Tipo Anestesia
		General	
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN			
ISS		Uvr	Vta
612104 COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		160	1

DIAGNOSTICOS			Tipo
K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA		Prequirurgico
K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA		Postquirurgico

HALLAZGOS OPERATORIOS	
VESICULA CON LEVE INFLAMACION CON CALCULOS EN SU INTERIOR MILIMETRICOS. RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LIMITES BASALES	
TECNICA QUIRURGICA	
EN POSICION AMERICANA. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA Y ALCOHOL ISOPROPILICO CON TECNICA DE TRES PUERTOS. ENTRADA CON TECNICA DE HASSON. OTROS DOS TROCARES BAJO NEUMONSUFILACION TOTAL HASTA DE 53 LTS DE CO2. IDENTIFICACION CLARA DE LAS ESTRUCTURAS DEL TRIANGULO DE CALLOT. UTILIZACION DE 5 LIGAGUIPS LT-300. DISECCION CISTICO FUNDICA CON LEVE RUPTURA AL FINAL DE LA EXCERESIS POR LO CUAL SE LLAMO CON 1000 CO2 SSN. INSTALACION CON LIGOCABIA EN EL LECHO HEPATICO. CHEQUEO CRUZADO CON PUERTOS OK. CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 1 PIEL PROLENE 3-0 INTARDEMICO.	
COMPLICACIONES	
Material Enviado a Patologia	
VESICULA BILIAR MAS BARRO BILIAR	
Compresas Completas	SIX NO Tipo de Herida Limpia contaminada
SALA	Sala C
Recien Nacido	Horas
Sexo	Talla
Peso	Apagar 1
Apagar 2	Apagar 3
Diagnóstico	
CIRUJANO ASCIONE CALERO GIOVANNI RAFFAELE	
Cargo o Actividad	MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y
Registro Medico	
14155	

Dr. Giovanni A. Ascione
FUNDACION HOSPITAL
San José

De acuerdo con lo anterior, es sumamente importante resaltar que conforme con la descripción de los Hallazgos Operatorios **EL DOCTOR GIOVANNI ASCIONE, DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE COLELAP REALIZÓ LA REVISIÓN DEL RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y NO EVIDENCIÓ SIGNOS DE APENDICITIS NI PERITONITIS** registrando de manera clara que el **“RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LOS LIMITES BASALES”**, lo cual permite probar sin lugar a dudas que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, **no se encontraba cursando en ese momento con una Apendicitis.**

Posterior a la cirugía la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA es valorada por el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA, Médico Cirujano General, quien encuentra una paciente en buenas condiciones generales, con leve dolor abdominal, hemodinamicamente estable y tolerando vía oral, razón por la cual considera dar de alta el día 24 de abril de 2013, todo lo cual se registra en la Historia Clínica así:

"EVOLUCIÓN MÉDICA

IDX: 1. POP COLELAP

S: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, niega emesis, leve dolor abdominal, tolera V.O.

O: consiente alerta no focalizado

C.P: RsCsRs no soplos, campos pulmonares sin sobreagregados.

ABD: BLD no doloroso, no irritación peritoneal heridas quirúrgicas limpias, no infección.

EXT: Pulsos ++, no edemas

SNC: Sin deficit

AP: Paciente hemodinamicamente

Se considera dar alta"

24/10/13	Arduo Nolas
14+15	Idx: 1. POP Colelap
	S. Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, niega emesis, leve dolor abdominal, tolera V.O.
	O. Consiente, alerta, no focalizado
	C.P. RsCsRs no soplos, campos pulmonares sin sobreagregados
	ABD. BLD no doloroso, no irritación peritoneal, heridas quirúrgicas limpias, no infección.
	EXT. Pulsos ++, no edemas
	SNC. Sin deficit
	AP. Paciente hemodinamicamente estable
	Se considera dar alta.

De igual forma se consignó en la Historia Clínica que a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA una vez se ordena el alta médica por el médico Cirujano General se le dan recomendaciones y signos de alarma, lo cual acepta con su firma manuscrita y numero de cédula, tal y como se registró en la Historia Clínica que se transcribe y copia a continuación:

"13+50

IV-24-2013 Entrego a familiar formula medica orden para retiro puntos 10 días, incapacidad medica 15 días + pedir cita control ext en 2 semanas Doctor Ascione más plan de alta. Post operatorio colecistectomia - alimentación ejercicio higiene corporal signos de alarma herida quirurgica, recomendaciones generales y medicación"

HORA	CUIDADOS Y OBSERVACIONES
13+50	Se le entregó a la familia la fórmula médica para retiro de puntos, incapacidad médica por 15 días, cita de control externo en 2 semanas. Se le entregó el plan de alta postoperatorio de colecistectomía, recomendaciones generales y medicación.
14+15	Se le entregó a la familia la fórmula médica para retiro de puntos, incapacidad médica por 15 días, cita de control externo en 2 semanas. Se le entregó el plan de alta postoperatorio de colecistectomía, recomendaciones generales y medicación.



AL HECHO TERCERO: Es parcialmente cierto lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, no obstante, es preciso aclarar varios puntos:

De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA aportada al expediente, la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, consultó al servicio de urgencias de dicha entidad nuevamente el día 27 de abril de 2013 a las 17:36 horas, es decir, tres (3) días después de la realización de la cirugía de Colelap en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.

Registrándose en la Historia Clínica de dicha entidad lo siguiente:

“Motivo de Consulta: LA OPERARON DE LA VESICULA Y AHORA, TIENE VOMITOS, FIEBRE

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD POP DE COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA EL DIA 23-04-2013 EN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, SIN EMBARGO DESDE EL 25-04-2013 CURSA CON CUADRO MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS CONTINUAS, DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORSOLUMBAR, DEPOSICIONES LIQUIDADES FETIDAS (APROX. 10-15 POR DIA) NO MOCO NO SANGRE, PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS TRATADO CON DOSIS DE ACETAMINOFEN TABLETA Y HIOSCINA TABLETA 10MG SIN MEJORIA CLÍNICA”.

Es de resaltar que la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, consultó al servicio de urgencias de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA dos (2) días después de presentar malestar general y la sintomatología descrita anteriormente y transcurridos tres (3) días desde la cirugía de Colelap, debiendo consultar desde el mismo día de inicio de los síntomas, pasando por alto con dicho actuar las recomendaciones de reconsultar de manera inmediata, ante la presencia de signos de alarma, indicados no solo en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, luego de la cirugía, sino también advertidos por la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA, desde sus primeras consultas, actuar que contribuyó en gran medida a las complicaciones que presentó posteriormente la paciente.

AL HECHO CUARTO: Es parcialmente cierto, siendo preciso aclarar lo siguiente:

Luego de la consulta de la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA al servicio de urgencias de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA, la paciente es remitida a la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, ingresando al servicio de urgencias de nuestra institución el día 27 de abril de 2013 a las 18:43 horas lo cual se registra en la Historia Clínica de la siguiente forma:

ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de Consulta: FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL

PACIENTE POP DE COLELAP HACE 4 DÍAS QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DISTENSIÓN ABDOMINAL, FIEBRE CUANTIFICADA, EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO Y POSTERIOR BILIOSO, DEPOSICIONES

DIARREICAS, NO SINTOMAS ASOCIADOS. CONSULTA A NIVEL I E INDICAN MANEJO EN SITIO DE CIRUGIA.

ANT. PERSONALES

AT: NIEGA

ALERGIAS: METROCLOPRAMIDA

QX: COLELAP HACE 4 DIAS, RED ABIERTA + OTS DE FRACTURA DE BRAZO IZQUIERDO.

Hallazgos: REGULAR ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

C/C: MUCOSA ORAL SECA

C/P: RSCRS NO SOPLOS. MV PRESENTE. NO RSA

ABDOMEN: DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACIÓN GENERALIZADA, NO IRRITACIÓN PERITONEAL.

EXT: NO EDEMA

SNC: NO DEFICIT.

FUNDACIÓN San José Buga		TRIAGE DE URGENCIAS		Fecha Registro	Fecha Fin Atención	No. Registro
				27-04-2013 18:10	27-04-2013 18:43	33803
DATOS DEL PACIENTE						
Entidad	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS					
GALLEGO	QUINCHIA	MELISSA				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre		Segundo Nombre		
Tipo Documento	CC	Numero Documento	1115068198	Fecha Nacimiento	20/05/1988	Sexo
Dirección de Residencia	CL 11 13-21		Telefono		3177855040	
Departamento	VALLE DEL CAUCA	76	Municipio	Guadalajara de Buga	111	
Nombre del prestador de servicios salud que remite				Codigo		
Departamento		Municipio				
ESTADO DEL PACIENTE						
Motivo de Consulta: FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL PACIENTE POP DE COLELAP HACE 4 DIAS QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DISTENSION ABDOMINAL, FIEBRE CUANTIFICADA, EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO Y POSTERIOR BILIOSO, DEPOSICIONES DIARREICAS, NO SINTOMAS ASOCIADOS. CONSULTA A NIVEL I E INDICAN MANEJO EN SITIO DE CIRUGIA. ANT. PERSONALES: AT: NIEGA. ALERGIAS: METOCLOPRAMIDA. QX: COLELAP HACE 4 DIAS, RED ABIERTA + OTS DE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO.						
Peso (Kg)	52.00	T (°C)	38.00	Tensión Arterial (mm/HG)	100/60	Frecuencia Cardíaca (/Min)
						60
				Frecuencia Respiratoria (mm/Hg)	18	Glasgow
						15
HALLAZGOS: REGULAR ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. C/C: MUCOSA ORAL SECA. C/P: RSCRS NO SOPLOS. MV PRESENTE. NO RSA. ABDOMEN: DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA, NO IRRITACION PERITONEAL. EXT: NO EDEMA. SNC: NO DEFICIT.						
Diagnóstico CIE10		T889 COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA				
Clasificación Triage		II				
Nombre del prestador de servicios salud al que se remite				Codigo		
Departamento		Municipio				
Nombre y Firma del Médico				Firma del Paciente		
CASTRILLON TINOCO YULIANA CATALINA						

Posteriormente la paciente es valorada por el Médico Cirujano General Doctor JUAN LÓPEZ VILLEGAS, quien registra en la Historia Clínica lo siguiente:

"4-27-13 19:50 POP 4 DÍAS DE COLELAP

Consulta x dolor intenso en abdomen distensión abdominal, nauseas, vomito.

Al ex físico abdomen doloroso no signos de irritación peritoneal



PLAN Hemograma
Ecografía
Perfil hepático
Analgesicos.

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA INSTITUCIÓN: _____ HOJA No. <u>1</u> HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN		No. DE HISTORIA <u>MA506854</u> Nombre <u>Gallego Melissa</u> Primer Apellido <u>Quinchia</u> Segundo Apellido _____ Sexo <u>F</u> Edad <u>35</u> Fecha <u>27/04/13</u>
Fecha	Sirvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba <u>4-27-13 19:50 POP y días colapso.</u> <u>empeora y dolor intenso en</u> <u>abdomen distension abdominal,</u> <u>nauseas, vomito</u> <u>al estar acostada cedevo un</u> <u>negro de curaciones postoperatorias</u> <u>Plan de tratamiento</u> <u>ecografía</u> <u>perfil hepático</u> <u>analgesia</u> Dr. Juan Carlos López Villegas Médico General	

Luego de valorar el resultado de los exámenes ordenados, el Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS decide llevar a la paciente a **CIRUGÍA DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA LA CUAL ESTABA TOTALMENTE INDICADA DADO EL CUADRO CLÍNICO ATÍPICO QUE PRESENTABA LA PACIENTE, EN DONDE NO ESTABA CLARA LA CLÍNICA DE UNA APENDICITIS.**

Previo a la cirugía la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA suscribió el correspondiente **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LAPAROTOMIA ABDOMINAL** en donde se registró que a la paciente se le explicaron e informaron cuales eran **LAS COMPLICACIONES COMUNES Y POTENCIALMENTE SERIAS QUE PODRÁN REQUERIR TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS TANTO MEDICOS COMO QUIRURGICOS** siendo las complicaciones más frecuentes de una Cirugía de **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA** las siguientes: **NÁUSEAS Y/O VÓMITO, INFLAMACIÓN, HEMATOMAS, REACCIONES ALERGICAS, GRANULOMAS EN LA CICATRIZ, SEROMAS, ANEMIA, RIESGOS ANESTÉSICOS, INFECCIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDAS, CICATRIZ QUIRÚRGICA VISIBLE, HIPERTROFIA (QUELOIDE) DEHISCENCIA DE SUTURAS, TOXICIDAD OCASIONADA POR MEDICAMENTOS, PARO CARDIORESPIRATORIO, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, TROMBOSIS VENOSA Y/O ARTERIAL, TROMBOEMBOLISMO CEREBRAL Y/O PULMONAR, EMBOLIA GRASA, LESIÓN VASCULAR O DE NERVIOS, RECHAZO DE IMPLANTE Y EN MUCHAS OCASIONES ALGUNAS DE ESTAS COMPLICACIONES SE PUEDEN TORNAR FUNESTAS, DEJAR SECUELAS IRREVERSIBLES Y/O CAUSAR LA MUERTE.**

Además de los riesgos generales de toda cirugía el Médico Cirujano General le explicó a la paciente que se podían presentar los siguientes riesgos adicionales: **SANGRADO, INFECCIÓN, FISTULA.**

Por lo tanto, en señal de aceptación y entendimiento de los riesgos de la realización de la cirugía de **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA** la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA suscribió el Consentimiento Informado el día 28 de abril de 2013, con

firma manuscrita y número de cédula 1.115.068.198 en calidad de paciente, tal y como se evidencia a continuación:

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA: _____

(Nombre completo) Melissa Conlinceo Quintero Historia Clínica N° 1115068198
En forma voluntaria consiento que el (la) Doctor (a) [Firma]

y el equipo Médico que él designe me realicen CIRUGÍA de Laparotomía
la cual es realizada como tratamiento para abdomen agudo

La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se me pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la Medicina y Cirugía no son una Ciencia exacta.

He sido informado (a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una CIRUGÍA de Laparotomía Exploratoria

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, hipertrofica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Toxicidad ocasionada por medicamentos, paro cardiopulmonar, Infarto agudo de Miocardio, Trombosis venosa y/o arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones se pueden tornar funestas, dejar secuelas irreversibles y/o causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor (a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:
segunda operación, fístula

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho (a) de la información recibida del Médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA de _____

FIRMA DEL PACIENTE
C.C. N° 3852123

FIRMA DEL MÉDICO
C.C. N° 1115068198
Registro Médico N° _____

FIRMA DEL TESTIGO
C.C. N° _____

Fecha: 2-8-2013

NOTA: En caso de menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

El procedimiento quirúrgico de Laparotomía Exploratoria se registró en la Hoja Quirúrgica de la Historia Clínica así:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ - HOJA QUIRÚRGICA Fecha y hora de Inicio 28/04/2013 18:00 ID: 18051
 Fecha y hora de Finalización 28/04/2013 17:00

DATOS DEL PACIENTE

Entidad SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS
 GALLEGOS QUINCHIA MELISSA

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo Documento CC Número Documento 1115068198 Fecha Nacimiento 20/05/1988 Edad 24 Sexo F
 Dirección de Residencia CL 11 13-21 Teléfono 3177655040
 Departamento VALLE DEL CAUCA 76 Municipio Guadalajara de Buga 111

GRUPO QUIRÚRGICO

Cirujano LOPEZ VILLEGAS JUAN CARLOS Instrumentador RAIGOZA TOBAR CLAUDIA LORENA
 Ayudante VELOSA HINCAPIE JULIAN FERNANDO Circulante HERNANDEZ VASCO SANDRA
 Ayudante Dos
 Anestesiólogo VELASQUEZ TAFUR ANDRES FELIPE Tipo Anestesia General

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ISS

Código	Descripción	Uvr	Via
871300	APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA SOD	140	1
841400	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD	100	1

DIAGNOSTICOS		
Código	Descripción	Tipo
K658	OTRAS PERITONITIS	Prequirúrgico
K658	OTRAS PERITONITIS	Postquirúrgico

HALLAZGOS OPERATORIOS

Antecelso apendicite

TECNICA QUIRÚRGICA

se realiza incisión subcostal de Kocher disección por planos hasta cavidad

Drenaje de peritonitis generalizada purulenta fecaloide 3000 cc se retira fecalito de la pelvis se amplía la incisión se identifica apéndice cecal perforado con mas fecalitos en su interior se hace apendicectomía transfieren vial 600 de la base apendicular lavado de cavidad 4 lts de s. salina tibia cierre de abdomen bolsa de reflex que se fija a piel protena 0

COMPLICACIONES

Material Enviado a Patología: apéndice
 Compresas Completas: SI NO Tipo de Herida: Sucia SALA: Sala C
 Recien Nació Hora Sexo F Talla Peso Aparar 1 Aparar 2
 Diagnóstico
 CIRUJANO LOPEZ VILLEGAS JUAN CARLOS Registro Médico
 Cargo o Actividad MÉDICO ESPECIALISTA 0227

Como se observa en la Hoja Quirúrgica a la señora MELISSA GALLEGOS QUINCHIA se le realizó una **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE APENDICECTOMÍA Y LAVADO PERITONEAL** en donde se evidenciaron como Hallazgos Operatorios: PERITONITIS y APENDICITIS.

AL HECHO QUINTO: No es un hecho, se trata de la apreciación y opinión totalmente subjetiva del apoderado de la parte demandante sobre los hechos acaecidos, no obstante, es importante aclarar los errores en los que incurre en su apreciación:

En primer lugar **NO EXISTIÓ ERROR EN EL DIAGNOSTICO Y MUCHO MENOS EN EL TRATAMIENTO DISPENSADO A LA SEÑORA MELISSA GALLEGOS QUINCHIA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.** A la paciente se le tomaron los exámenes paraclínicos (Hemograma, parcial de orina) y ayudas diagnósticas como la Ecografía de Abdomen, necesarios y los mandatorios que sustentaron la valoración clínica realizada por el Doctor GIOVANNI RAFAELE ASCIONE, quien consideró de acuerdo a los síntomas que presentaba la paciente y los resultados de los exámenes y ayudas diagnósticas realizados a la paciente, que

se encontraba cursando con un COLECISTITIS; **LA SEÑORA MELISSA GALLEGO NUNCA PRESENTÓ UNA CLÍNICA CLARA DE APENDICITIS COMO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL**, pero si de COLECISTITIS, lo cual fue corroborado en la cirugía de COLELAP realizada, además es preciso resaltar que ante un diagnóstico de enfermedad crónica de la vesícula la indicación médica no es de manejo expectante a la espera de que la misma se agudice, lo pertinente es llevar a la paciente a cirugía como en efecto se hizo.

Además es de resaltar que conforme con la descripción de los Hallazgos Operatorios **EL DOCTOR GIOVANNI ASCIONE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE COLELAP REALIZÓ LA REVISIÓN DEL RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y NO EVIDENCIÓ SIGNOS DE APENDICITIS NI PERITONITIS** registrando de manera clara en la Hoja Quirúrgica que el **"RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LOS LÍMITES BASALES"**, lo cual permite probar sin lugar a dudas que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, **no se encontraba cursando en ese momento con una Apendicitis y que la misma tuvo aparición posterior a la cirugía de colelap.**

Todo lo cual quedó registrado en la Hoja Quirúrgica del procedimiento así:

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE - HOJA QUIRURGICA		Fecha y hora de Inicio	Fecha y hora de Finalización
		26/04/2013 16:00	26/04/2013 17:00
DATOS DEL PACIENTE			
Entidad	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS EPS		
GALLEGO	QUINCHIA	MELISSA	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento	CC Numero Documento	1115068198	Fecha Nacimiento 20/05/1988
Edad	24	Sexo	F
Dirección de Residencia	EL 11 13-21		
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	Guadalupe de Buga
Grupo Quirúrgico	111		
Cirujano	LÓPEZ VILLEGAS JUAN CARLOS		
Instrumentador	RAIGOZA TOBAR CLAUDIA LORENA		
Ayudante	VELOSA HINCAPIE JULIAN FERNANDO		
Circulante	HERNANDEZ VASCO SANDRA		
Ayudante Dos			
Anestesiólogo	VELASQUEZ TAFUR ANDRÉS FELIPE		
Tipo Anestesia	General		
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN			
Código	Descripción	Uvr	Ma
471300	APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA SOD	440	1
541400	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD	100	1

DIAGNÓSTICOS		
Código	Descripción	Tipo
K656	OTRAS PERITONITIS	Prequirúrgico
K656	OTRAS PERITONITIS	Postquirúrgico

HALLAZGOS OPERATORIOS	
patología apendicular	
TÉCNICA QUIRÚRGICA	
asepsia incisión subcostal de Kocher disección por planos hasta cavidad	
drenaje de peritonitis generalizada: puntura fecaloides 3000 cc. se retira fecalito de la pared se aspira la incisión se identifica apéndice cecal perforado con mas fecalitos en su interior se hace apendicectomía transfusión viciol 000 de la base apendicular lavado de cavidad 4 lit de a salina tibia cierre de abdomen bolsa de vialax que se fija a piel preñón 0	

Adicional a lo anterior, es de resaltar que el apoderado de la parte demandante en su "apreciación subjetiva" manifiesta que a la paciente se le debían haber practicado "paraclínicos más específicos y complementarios" y una "revisión más profunda de la cavidad abdominal intraoperatoria" sin manifestar cuales "paraclínicos que en su sentir y apreciación se le debían practicar", así como tampoco manifiesta en que debía consistir dicha revisión de la cavidad abdominal, pues la ciencia médica ha establecido que la Ecografía de Abdomen es el examen idóneo más espedito para evidenciar patologías de origen abdominal tales como:



*Aneurisma Aórtico abdominal, Abscesos, Apendicitis, Pancreatitis, Esplenomegalia, Colecistitis, Cálculos biliares, Cálculos Renales, Tumores en el Hígado, Obstrucción de los Conductos Biliares, Hidronefrosis, Hipertensión Portal, entre otras patologías, además de complementarse con los exámenes paraclínicos realizados como el Hemograma y el parcial de orina, realizados a la paciente, los cuales deben ir correlacionados con la valoración clínica realizada por el médico cirujano, tal y como acaeció en el caso de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, además es importante reiterar que el **EL DOCTOR GIOVANNI ASCIONE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE COLELAP REALIZÓ LA REVISIÓN DEL RESTO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y NO EVIDENCIÓ SIGNOS DE APENDICITIS NI PERITONITIS** registrando de manera clara en la Hoja Quirúrgica que el **“RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LOS LIMITES BASALES”**, lo cual permite probar sin lugar a dudas que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, **no se encontraba cursando en ese momento con una Apendicitis y que la misma tuvo aparición posterior a la cirugía de colelap.***

De ahí entonces se debe de concluir que la apreciación del apoderado de la parte actora además de estar indocumentado, carece de todo respaldo médico y científico.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que durante el procedimiento de COLELAP no se evidenció anormalidad ni signos de estar cursando la paciente con alguna patología adicional, está claro que el cuadro de Apendicitis Aguda que presentó la señora MELISSA GALLEGO, **fue un evento posterior y totalmente aislado de la patología vesicular,** que conllevó a la realización de la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia el día 23 de abril de 2013, teniendo en este caso la Apendicitis Aguda una presentación progresiva y rápida, situación que está totalmente documentada en la literatura médica.

Quiere decir lo anterior, que en el caso de la señora MELISSA GALLEGO **el cuadro de Apendicitis Aguda se presentó durante el postoperatorio de la cirugía de COLELAP,** no olvidemos que de acuerdo a lo manifestado por la paciente los síntomas de dolor abdominal, fiebre, diarrea y vómito se presentaron tres (3) días después de la cirugía de vesícula, **lo que permite probar que es en este lapso de tiempo, que la paciente desarrolla la apendicitis aguda.**

Quedando en consecuencia, sin sustento factico ni médico-científico alguno, las apreciaciones subjetivas elevadas por el apoderado de la parte demandante.

AL HECHO SEXTO: No es cierto en la forma en que la parte demandante narra el presente hecho, siendo preciso hacer las siguientes aclaraciones:

Todo patología de origen abdominal como las sufridas por la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, tales como la Colecistitis y la Apendicitis, entre otras, llevan de manera intrínseca posibles complicaciones derivadas de la evolución normal de la enfermedad y de las condiciones idiosincráticas del paciente, en el presente caso las complicaciones que presentó la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA posteriores a la Apendicectomía fueron las propias de una Apendicitis Aguda y de una Peritonitis secundaria, las cuales no son atribuibles en el presente caso al

procedimiento médico ni al tratamiento instaurado, sino a la complejidad misma de la enfermedad y a la evolución que tuvo la paciente, siendo preciso destacar que el manejo de las complicaciones que presentó la paciente, estuvo completamente ajustado a las guías y protocolos dictados para el manejo de complicaciones postoperatorias de una apendicitis aguda y peritonitis secundaria, establecidos por la lex artis.

Complicaciones sobre las cuales **FUE ADVERTIDA EXPRESAMENTE LA SEÑORA MELISSA GALLEGO QUINCHIA** previo a la cirugía de **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE APENDÍCECTOMÍA Y LAVADO PERITONEAL**, quedando registro de ello en el documento **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LAPAROTOMIA ABDOMINAL** que suscribió la paciente, en donde se registró que a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA se le explicaron e informaron cuales eran **LAS COMPLICACIONES COMUNES Y POTENCIALMENTE SERIAS QUE PODRÁN REQUERIR TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS TANTO MEDICOS COMO QUIRURGICOS**, siendo las complicaciones más frecuentes de una Cirugía de **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA** las siguientes: **NÁUSEAS Y/O VÓMITO, INFLAMACIÓN, HEMATOMAS, REACCIONES ALERGICAS, GRANULOMAS EN LA CICATRIZ, SEROMAS, ANEMIA, RIESGOS ANESTÉSICOS, INFECCIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDAS, CICATRIZ QUIRÚRGICA VISIBLE, HIPERTROFIA (QUELOIDE) DEHISCENCIA DE SUTURAS, TOXICIDAD OCASIONADA POR MEDICAMENTOS, PARO CARDIORESPIRATORIO, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, TROMBOSIS VENOSA Y/O ARTERIAL, TROMBOEMBOLISMO CEREBRAL Y/O PULMONAR, EMBOLIA GRASA, LESIÓN VASCULAR O DE NERVIOS, RECHAZO DE IMPLANTE Y EN MUCHAS OCASIONES ALGUNAS DE ESTAS COMPLICACIONES SE PUEDEN TORNAR FUNESTAS, DEJAR SECUELAS IRREVERSIBLES Y/O CAUSAR LA MUERTE.**

Además de los riesgos generales de toda cirugía el Médico Cirujano General le explicó a la paciente que se podían presentar los siguientes riesgos adicionales: **SANGRADO, INFECCIÓN, FISTULA.**

Por lo tanto, en señal de aceptación y entendimiento de los riesgos de la realización de la cirugía de **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA** la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA suscribió el Consentimiento Informado el día 28 de abril de 2013, con firma manuscrita y número de cédula 1.115.068.198 en calidad de paciente, como se evidencia a continuación:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA



CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGÍA: _____

(Nombre completo) Melissa Gallego Quinchia Historia Clínica N° 1115068198
En forma voluntaria consiento que el (la) Doctor (a) [Firma]

y el equipo Médico que él designe me realicen CIRUGÍA de Laprotomía
la cual es realizada como tratamiento para Ascaris equis

La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se me pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la Medicina y Cirugía son una Ciencia exacta.

He sido informado (a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una CIRUGÍA de Laprotomía Exploratoria

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Toxicidad ocasionada por medicamentos, paro cardíorrespiratorio, Infarto agudo de Miocardio, Trombosis venosa y/o arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular o de nervios, Rechazo del implante, y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones se pueden tornar funestas, dejar secuelas irreversibles y/o causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor (a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Sangrado, infección, etc.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho (a) de la información recibida del Médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA de _____

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE
C.C. N° 3852123

FIRMA DEL TESTIGO
C.C. N° _____

[Firma]
FIRMA DEL MÉDICO
C.C. N° _____
Registro Médico N° _____
Fecha: 28-2013

NOTA: En caso de menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Así mismo, **ES TOTALMENTE FALSO** que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA haya sido sometida a "RESECCIÓN DE UN SEGMENTO DE SU INTESTINO" y mucho menos a "CORRECCIÓN DE UNA FISTULA INTESTINAL" como de manera tendenciosa y faltando a la verdad manifiesta la parte demandante, **NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN TODA LA HISTORIA CLINICA EN DONDE SE HAYA DEJADO REGISTRADO QUE LA SEÑORA MELISSA GALLEGO QUINCHIA PRESENTÓ ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES**, pues basta con realizar una lectura simple de la Historia Clínica para evidenciar que posterior a la cirugía de Laparotomía Exploratoria de Apendicectomía y Peritonitis Cecal, la señora MELISSA GALLEGO fue llevada a lavados peritoneales, lo cual es un procedimiento necesario, mandatorio y totalmente pertinente luego de haber presentado peritonitis.

Ahora bien, respecto a que la paciente requirió ser manejada en la Unidad de Cuidados Intensivos es importante aclarar que dicha conducta médica se tomó con la finalidad de realizar una monitoria post quirúrgica de la paciente, lo cual constituye una conducta totalmente pertinente y ajustada y que se debe establecer posterior a una cirugía de abdomen, por existir per se riesgo de inestabilidad

hemodinámica, más no por encontrarse inestable hemodinamicamente la paciente, además por la necesidad de administración de antibióticos de amplio espectro en un sitio de monitoria permanente, como lo es una Unidad de Cuidados Intensivos.

Por lo tanto, **NO ES CIERTO QUE LA SEÑORA MELISSA GALLEGO QUINCHIA HAYA SIDO "INTUBADA"**, así como **TAMPOCO ES CIERTO QUE HAYA ESTADO AL "BORDE DE LA MUERTE"** durante su estancia en la UCI, como lo manifiesta de manera insidiosa y faltando a la verdad el apoderado de la parte demandante, ya que de acuerdo con las notas médicas registradas en la Historia Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos, la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, **NUNCA REQUIRIÓ NINGUN TIPO DE SOPORTE VASOACTIVO, VASOPRESOR o INOTROPICO Y MUCHO MENOS REQUIRIÓ VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA -VMI** (o estar "intubada"), no existe en la Historia Clínica ni un solo registro en donde se haya consignado que la paciente presentó deterioro de su estado hemodinámico o que haya presentado dificultad respiratoria y requerir en consecuencia Ventilación Mecánica Invasiva (intubada), así como tampoco existe ni una sola nota médica en donde se haya manifestado que la paciente hubiese estado con riesgo de fallecer, por el contrario, su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos siempre estuvo orientada hacia la mejoría sin presentar complicación alguna y tolerando la vía oral.

Por otra parte y respecto a que la paciente "se contaminó con alguna bacteria o infección", es preciso anotar que los pacientes que han presentado peritonitis secundaria a una apendicitis aguda como la padecida por la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, casi siempre desarrollan infecciones intraabdominales a partir de la misma flora gastrointestinal del paciente, es decir, que las bacterias con que se contaminan son parte de la propia flora intestinal del paciente, que a partir de la injuria que se genera con un proceso quirúrgico, adicional a la inmunosupresión que genera la ingesta de antibióticos, y al estado general del paciente, estas bacterias oportunistas hacen aparición; en el caso de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, se le aisló la bacteria E. COLI BLES, la cual es una bacteria propia del tracto gastrointestinal de todas las personas, y que en la paciente fue tratada con antibióticos de amplio espectro, siendo preciso anotar adicionalmente que **NO ES CIERTO QUE DICHA BACTERIA HAYA GENERADO EN LA PACIENTE "DETERIORO DE SUS VÍAS RESPIRATORIAS"**, dicha afirmación es totalmente falsa, no existe ni una sola nota en la Historia Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se haya consignado que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA presentó siquiera algún episodio de dificultad respiratoria y mucho menos de deterioro de sus vías respiratorias, constituyendo dicha afirmación una total falta a la verdad.

Todo lo anterior se registró en las notas de la Historia Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se describe día a día la evolución de la paciente, la cual se copia a continuación:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

Carrera 8 No. 17 - 52

PBX- 2360000 - 2375185

BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO
CAMA 103

ABRIL 28 DE 2013 18:00

NOMBRE: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	CC: 1115058138
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115058138
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

MOTIVO DE INGRESO: MONITORIA HEMODINAMICA CONTINUA, RIESGO DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO.

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE EL 23 DE ABRIL DE REALIZACIÓN DE COLELAP, EL DIA DE AYER DISTENSIÓN ABDOMINAL, DETERIORO CLÍNICO FIEBRE, EPISODIOS DE EMESIS EN VARIOS PERIODOS, ES LLEVADA A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EL DIA DE HOY ENCONTRÁNDOSE 3000 CC DE PERITONITIS GENERALIZADA PURULENTA APÉNDICE CECAL PERFORADA, SE TRASLADA A UCI PARA MONITORIA POST QUIRURGICA.

ANTECEDENTE:

PATOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICO: COLELAP EL 23 DE ABRIL
HOSPITALIZACIONES:
ALÉRGICO: NIEGA
TRAUMAS: OSTEOSÍNTESIS DE CADERA IZQUIERDA.
FARMACOLÓGICO: NO CONOCE TRATAMIENTO ACTUAL
TRANSFUSIONALES: NIEGA
TOXICO: ALCOHOL OCASIONAL

EXAMEN FÍSICO:

PACIENTE QUE INGRESA PROVENIENTE DE SALAS DE CIRUGIA, SV TA 140/69 PAM 92 FR 21 FC 115 SIN NINGUN TIPO DE SOPORTE VASOPRESOR NI INTROPICO, CON OXIGENO SUPLEMENTARIO AL 28%, MUCOSA OREAL SEMISECA, CARDIOPULMONAR: RSCS RÍTMICO REGULARES SIN SOPLOS NIA GERGADOS, MURMULLO VESICULAR NORMAL, NEUROLOGICO SIN DEFICIT, HERIDA QUIRURGICO CUBIERTA.

ANÁLISIS:

PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, EN POP INMEDIATO DE LAPROTOMIA EXPLORATORIA, SE CONTINUARA REANIMACION POR METAS, MONITRERIA CONTINUA, CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO.

Como se evidencia en la Historia Clínica, el motivo de ingreso de la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA a la Unidad de Cuidados Intensivos fue: **Monitoria Hemodinamica continua, riesgo de inestabilidad hemodinamica y cubrimiento de antibiótico de amplio espectro.**



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2378185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

CAMA 103

ABRIL 29 DE 2013 . HORA: 12:00 PM.

IDENTIFICACION

NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. POP MEDIATO DE LAPAROTOMIA 3. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)	PROBLEMAS 1.
---	------------------------

BUENAS CONDICIONES GENERALES. ESTABLE SIN INDICACION DE VASOACTIVOS. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. AFEBRIL SIN V.O. SONDA NASOGÁSTRICA ELIMINANDO MATERIAL BILIOSO ESCASO. MONITOREO CARDIACO INVASIVO. TAQUICARDICA

TAM: 93, TA: 130/74 FC:120, FR: 23, T:36,7°, SO2: 96%,
BALANCE: +1215 CC. LA: 2200, DIURESIS 280 ORINA COLORICA
ACP VENTILADOS. SIN AGREGADOS. RSCS NORMALES. SIN SOPLOS. ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA DE LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA EN FLANCO DERECHO SUTURADA Y CUBIERTA CON APOSITO Y MICROPOR Y HERIDA DE LAPAROTOMIA SUTURADA A VIAPLEX Y FAJA DE TELA. PERISTALTISMO POSITIVO. EXT: SIN EDEMAS.
SNC: CONCIENTE, COLABORADORA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

LABORATORIO.

LEUCOS: 18.09, Hg: 11.4, HCT: 34.3, PLT 252
CR: 0.44 MG%, NUS: 19.22 MG%, K 3.03, CL: 113, N: 143, PCR: NEGATIVA
CULTIVO DE AVIDAD ABO: CRECIMIENTO DE BACIOS GRAM (-)
HEMOCULTIVO DE DORZO DE MANO DERECHA E IZQUIERDA: NEGATIVO
HEMOCULTIVO PIE DERECHO: NEGATIVO

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON COMPROMISO DE TIPO SEPTICO, CON DISMINUCION DE GASTO URINARIO, E INCREMENTO DEL GASTO URINARIO, SE CONTINUA EL MISMO MANEJO TRAZADO, SE ORDENA EN LA NOCHE ACIDO LACTICO Y SE ORDENA BOLO DE FLUIDOS. PENDIENTE NUEVO LAVADO QUIRURGICO

Carlos Hernán Mejía García
MD. Interna - Nefrología
C.C. 1115068198 - TP 2221 894
MEDICO ATENDIENDO



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2378185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO
CAMA 103

ABRIL 30 DE 2013 HORA: 10:00

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA 3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL 4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)	PROBLEMAS 1. DOLOR 2. SIRS
--	---

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON DOLOR ABDOMINAL Y CON SED INTENSA. REFIERE HAMBRE. SIN REGISTRO DE FIEBRE

TA: 110/60 FC:112/MIN, PVC: 13 CM H2O PR: 19/MIN SO2: 95%, T: 36.3°C
6 LI: 0.6 CC KG HR DIURESIS 875 CC ORINA CULORICA
GLUCOMETRIA: 89 MG%

MUCOSA ORAL SECA.
RSCS: RITMICOS TAQUICARDICOS SIN SOPLOS.
RSRS: SIN ASESADOS
ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA SUBCOSTAL SIN SIGNOS DE SANGRADO O INFECCION. CUBIERTA CON APOSITO Y MICROPORE SIN PERITONISMO.
EXT: SIN EDEMAS
SNC: ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

LABORATORIO:
CH: ANEMIA LEVE
PCR: 366 MG % (POP)
AZOADOS: NORMALES
HIPOCALTEMIA DEL 10%
GASES ARTERIALES: SIN TRASTORNO AB. PAFI: 375
RX DE TORAX: NORMAL

ANALISIS Y PLAN:
PACIENTE CON REQUERIMIENTO DE UCI PARA SEGUIMIENTO HEMODINAMICO Y RESPIRATORIO QUE HOY SERA NUEVAMENTE LLEVADA A LAVADO PERITONEAL Y PROBABLE CIERRE DE CAVIDAD CONTINUA CON ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO.

MEDICO TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RA 198097
M INTERNA UCI

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198097





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2373165
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

CAMA 103

MAYO 1 DE 2013 HORA: 10:00 AM.

IDENTIFICACION

NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL: PERITONITIS GENERALIZADA. 2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA. 3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL. 4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)	PROBLEMAS 1. ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR. 2. DOLOR ABDOMINAL. 3. TOLERANDO VO.
--	--

MEJORES CONDICIONES GENERALES.
ESTABLE SIN INDICACION DE VASOACTIVOS.
SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO DECUBITO. SO2 ADECUADA.
AFEBRIL.
AYER RECIBIO Y TOLERO VO.
TAM: 96, FC:79, FR:18, T:36°, PVC: 12, SO2: 96%, GLUCOMETER: 118 MG%.
DIURESIS: 980 CC/24 HORAS, SNG: 460 CC/24 HORAS, BALANCE: + 4010 CC. ACUMULADO: + 8513 CC.
ACP VENTILADOS, HIPOVENTILACION BASAL BILATERAL.
RSCS NORMALES, SIN SOPLOS NI GALOPE.
ABDOMEN NO DISTENDIDO, DOLOR ABDOMINAL MODERADO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
PERISTALTISMO +.
EDEMA GRADO II DE MSIS, PULSOS PERIFERICOS + LLENADO CAPILAR NORMAL.
CONCIENTE, COLABORADORA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
LABORATORIO.
ACIDO LACTICO: 12,2 MG%.
LEUCOCITOSIS + NEUTROFILIA + ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES.
GR: 0,36 MG%, NUS: 14 MG%.
ELECTROLITOS NORMALES.
PCR: 249 MG%.
ANALISIS.
CONDICION CLINICA HACIA LA MEJORIA.
SIS MODULADO, CON FOCO CONOCIDO, ABDOMEN PARCIALMENTE CERRADO.
POR AHORA CIRUGIA NO INDICA NUEVO PROCEDIMIENTO QX.
GERMEN DOCUMENTADO: E. COLI, PENDIENTE ANTIBIOGRAMA.
CONDUCTA.
OPTIMIZAR MANEJO MEDICO.
BAJAR INGRESO LIQUIDOS.
POR AHORA IGUAL MANEJO MEDICO HASTA REPORTE OFICIAL DE CULTIVO.

Alvaro H. Orrego O.
MEDICINA INTERNA - COLOMBIA - INGRESO
C.C. 14.687.882 R.M. CAJAE-85
U. CAUCA - U. VALLE

MEDICO DE TURNO.



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX: 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

CAM 103

EVOLUCION UCI NOCHE

MAYO 1 DE 2013 HORA: 19:00

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SC

DIAGNOSTICOS

1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL: PERITONITIS GENERALIZADA.
2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA.
3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL.
4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)

PROBLEMAS

1. ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR.
2. DOLOR ABDOMINAL.
3. TOLERANCIA VO.

MEJORES CONDICIONES GENERALES.
ESTABLE SIN INDICACIÓN DE VASOACTIVOS.
SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SO2 ADECUADAS.

AFEBRIL.

TOLERANDO VO CON LIQUIDOS CLAROS.

. CIRUGIA REVISO LA PACIENTE Y DECIDIO NO REALIZAR REVISION DE CAVIDAD AUNQUE REPROGRAMARA.

TAM: 79, FC:82, FR:30, T:36.5°, PVC:9, SO2:98%, GLUCOMETER: 120 MG%.

DIURESIS: 559 CC/12 HORAS. BALANCE: + 1001 CC.

SIN CAMBIOS AL EXAMEN FISICO.

ANALISIS

. CONDICION CLINICA ESTABLE Y HACIA LA MEJORIA.

. POR REPORTE DE CULTIVO DE CAVIDAD ABDOMINAL QUE MUESTRA E. COLI SENSIBLE A ERTAPENEM, SE DECIDE CAMBIO PARA NO SEGUIR PRESIONANDO PSEUDOMONA Y ADEMAS OPTIMIZAR MANEJO CONTRA ENTEROBACTERIA.

CONDUCTA.

. CAMBIAR PIPERACILINA TAZOBACTAM POR ERTAPENEM.

. HOY SE INICIARA DOSIS DE 2 GR DIA, DE ACUERDO CON REPORTE DE ALBUMINA, SE MODIFICA LA DOSIS.

MEDICO DE TURNO.

Alvaro H. Orrego O
MEDICO INTERNA - CUIDADO INTENSIVO
CC 16.627.532 R.M. 14045-85
U. CAUCA - U. VALLE



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

Carrera 8 No. 17 - 52

PBX - 2360000 - 2375185

BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

CAMA 103

MAYO 2 DE 2013 HORA: 08:50 AM.

IDENTIFICACION

NOMBRE: MELISSA GÁLLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL: PERITONITIS GENERALIZADA. 2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA. 3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL. 4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)	PROBLEMAS 1. CULTIVO POSITIVO E. COLI BLES
---	--

PACIENTE DE 24 AÑOS EN SU 4TO DIA DE HOSPITALIZACIÓN, CON REQUERIMIENTO DE UCI POR REQUERIR MONITOREO HEMODINÁMICO, PACIENTE CON O2 POR CANULA NASAL SATURANDO AL 94%, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NO REQUIERE SOPORTE INOTRÓPICO O VASODILADOR, TOLERANDO LA VÍA ORAL, AFEBRIL, TOLERANDO LA VÍA ORAL. GLUCOMETRIA 110 MG/DL, CON BALANCE GENERAL DE 1300CC CON DIURESIS DE 13 CC/KG/H BALANCE ACUMULADO 9814 (+), CUADRO HEMÁTICO CON LEUCOCITOSIS L: 14920 CON NEUTROFILIA N: 12780, CON Hb: 8.8 MG/DL PLACUETAS 230000, CON HIPOCALCEMIA, CON PCR EN DESCENSO 107.4 MG/L Y ACIDO LACTICO EN DESCENSO 5.2 MMOL/L. GASES ARTERIALES CON HIPOXEMIA MODERADA CON PAFT 233 (PCO2 36.9 PO2: 49.1 PTO2 32)

TAM: 92, FC:64, FR:17, T:36.4°, PVC: 9, SO2: 94%

MUCOSAS HUMEDAS, PALIDAS, PUPILAS REACTIVAS

ACP VENTILADOS EN APEX, CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN BASE DPT

RSCS NORMALES, SIN SOPLOS NI GALOPE

ABDOMEN NO DISTENDIDO, DOLOR ABDOMINAL MODERADO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,

PERISTALTISMO + HERIDAS QUIRURGICAS EN BUENAS CONDICIONES, DRENATE MODERADO, NO SANGRADO.

EDEMA GRADO I DE MIEMBROS, PULSOS PERIFERICOS + LLENADO CAPILAR NORMAL

CONCIENTE, COLABORADORA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

LABORATORIO.

ACIDO LACTICO: 5.2 MG/L.

LEUCOCITOSIS + NEUTROFILIA + ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES.

ALBUMINA: 2.47 G/DL

SODIO: 148.7 MMOL/L POTASIO 4.04 MMOL/L CALCIO 6.93 MMOL/L MAGNESIO 2.04 MMOL/L

FÓSFORO 2.61 MMOL/L

PCR: 107.4 MG/L.

GASES ARTERIALES SIN TRASTORNO ACIDO BASE, HIPOXEMIA MODERADA CON PAFT 233

ANÁLISIS.

PACIENTE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, QUIEN EN LA NOCHE PRESENTÓ 2 EPISODIOS DIARREICOS,

AFEBRIL, ES VALORADA POR CIRUJANO DE TURNO QUIEN DECIDE LLEVAR A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL DIA DE

HOY POR LO CUAL SE DETIENE SIN VÍA ORAL, SE SUSPENDE ENOXAPARINA, SE CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO CON

ERTAPENEM. SE RECIBE NUEVO CULTIVO (29-04-13) POSITIVO PARA E. COLI BLES CON IGUAL SENSIBILIDAD QUE EL

ANTERIOR.

CULTIVO DE SECRECIÓN ABDOMINAL QUE MUESTRA ESCASO CRECIMIENTO DE BACILO GRAM NEGATIVO, PENDIENTE

REPORTE FINAL.

CONDUCTA.

CONTINUAR IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO.

PREPARAR PARA CIRUGÍA

Andrés Fabrice Caballero L.
Médico de Urgencia - Medicina Crítica / UCI
C.C. 14439212 - 13/1982

MEDICO DE TURNO.



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX - 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO
CAMA 103

EVOLUCION UCI NOCHE

MAYO 2 DE 2013 HORA: 19:00

IDENTIFICACION

NOMBRE: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS

1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL: PERITONITIS GENERALIZADA.
2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA.
3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL.
4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)

PROBLEMAS

1. POP LAVADO PERITONEAL HORAS DE LA TARDE + CIERRE DE PARED
2. CULTIVO POSITIVO PARA E. COLI BLES

PACIENTE EN POP INMEDIATO DE LAVADO PERITONEAL MÁS CIERRE DE PARED, CON DRENAJE DE 1000 CC DE LIQUIDO FETIDO Y TURBIO EN 4 CUADRANTES. EN BUENAS CONDICIONES. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. NO NECESIDAD DE VM, EN EL MOMENTO CON O2 POR CANULA NASAL A 3 LTS POR MINUTO, SATO2 98%, GLUCOMETRIA 74 MG/DL EN EL MOMENTO SIN VÍA ORAL. BALANCE GENERAL DE LIQUIDOS EN 11 HRS DE (+) 10, DIURESIS 15 CC/KG/H.

TAM: 97, FC:75, FR:20, T:37.2°, PVC:4, SO2:98%, GLUCOMETER: 74 MG%.
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES EN EL MOMENTO SOMNOLENTA. PROCEDIMIENTO HACE 3 HRS, RESPONDE A ORDENES. SE COMUNICA SIN DIFICULTAD. DOLOR DE INTENSIDAD LEVE EN ÁREA QUIRURGICA.

ANALISIS

PACIENTE EN POP INMEDIATO, EN BUENAS CONDICIONES. NO SE TOMO NUEVO CULTIVO DURANTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. PACIENTE CON #2 CULTIVOS POSITIVOS PARA E. COLI BLES EN TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON ERTAPENEM HOY DÍA 2.

CONTINUAR MANEJO ANALGESICO

SE SOLICITAN PARAQUINICOS DE CONTROL PARA MAÑANA CUADRO HEMATICO, BUN, CREATININA, ELECTROLITOS: SODIO, POTASIO, CLORO

EVALUAR TRASLADO A PISO MAÑANA SEGÚN EVOLUCIÓN CLÍNICA.

CONDUCTA

CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO CON ERTAPENEM

MANEJO ANALGESICO PARA POSTQUIRURGICO

SE SOLICITA CUADRO HEMATICO, BUN, CREATININA, ELECTROLITOS: SODIO, POTASIO Y CLORO, PARA MAÑANA

MEDICO DE TURNO.

Andrés Fabiano Caballero L.
Anestesiólogo - Medicina Crítica - UCI
C.C. 14.889.212 - T.P. 763210



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2975185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

CAMA 103

MAYO 3 DE 2013 HORA: 08:50 AM.

IDENTIFICACION

NOMBRE: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	CC: 1115068198
EDAD: 24 AÑOS	HC: 1115068198
PROCEDENCIA:	EPS: SOS

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL: PERITONITIS GENERALIZADA. 2. APENDICITIS AGUDA + APENDICECTOMIA. 3. POP DE LAPAROTOMIA + LAVADO PERITONEAL. 4. ANTECEDENTE DE COLELAP (23/04/13)	PROBLEMAS 1. CULTIVO POSITIVO E. COLI BLES
---	--

PACIENTE DE 24 AÑOS, EN SU 5TO DIA DE HOSPITALIZACIÓN EL DIA DE HOY EN MEJORES CONDICIONES GENERALES. REFIERE DISFAGIA, Y EPISODIOS DE DIARREA DURANTE LA NOCHE, PACIENTE CON OXIGENO POR CANULA NASAL SATURANDO AL94%, PASA LA NOCHE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN REQUERIMIENTOS DE SOPORTE INOTROPICO O VASODILATADOR, TOLERANDO VIA ORAL CON DIETA LIQUIDA, AFEBRIL, CON BALANCE DE LIQUIDOS GENERAL (-) 528 CC DIURESIS 24 CC/KG/HR, BALANCE ACUMULADO 9289 CC, GLUCOMETRIA 95 MG/DL, PARAQUINICOS DEL DIA DE HOY MUESTRAN LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA, ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES, PRUEBAS DE FUNCION RENAL NORMALES, ELECTROLITOS SIN ALTERACION.

TAM: 94, FC: 90, FR: 21, T: 38.5°, PVC: 10, SO2: 96%
MUCOSAS HUMEDAS, PALIDAS, SE OBSERVAN PILARES Y FARINGE EREMATOSA, CON SECRECIÓN, Y PUPILAS REACTIVAS

ACP VENTILADOS EN APEX, CON MURMULLO VESICULAR (-)
RSCRS SINCRONICOS CON EL PULSO SIN AGREGADOS

ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EN FLANCOS, NO DISTENDIDO, DOLOR ABDOMINAL MODERADO EN ZONAS CIRCUNDANTES A HERIDAS QUIRURGICAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO +, HERIDAS QUIRURGICAS EN BUENAS CONDICIONES, DRENATE MODERADO, NO SANGRADO.

EDEMA GRADO I DE ANSIS CON FOVEA (-), PULSOS PERIFERICOS + LLENADO CAPILAR NORMAL, CONTENENTE, COLABORADORA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

LABORATORIO.

CUADRO HEMATICO: LEUCOS 15550 NEUTROFILOS 13450 HB 9.6 G/DL HCTO 29.7 % VMC 93.9 PLAQUETAS 321000

ELECTROLITOS: SODIO: 139.2 MMOL/L POTASIO 3.97 MMOL/L CLORO 106.3 MMOL/L

CREATININA 0.30 MG/DL NITROGENO UREICO 7 MG/DL

CULTIVO SECRECIÓN ABDOMINAL: (-) E. COLI BLES # 3

ANALISIS.

PACIENTE CON METORIA EN SU CUADRO CLINICO, RESPUESTA INFLAMATORIA MODULADA, AYER LLEVADA A CIRUGIA CON CIERRE DE PIEL. PACIENTE QUIEN PRESENTA VARIOS EPISODIOS DE DIARREA DURANTE LA NOCHE, SE INSTAURA DIETA LIQUIDA ASTRINGENTE EL DIA DE HOY, LAVADOS CON CLORHEXIDINA CADA 6 HORAS, MANEJO ANTIBIOTICO CON ERTAPENEM HOY DIA 3. SE DECIDE TRASLADAR A PISO PARA CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO Y MEDICO.

CONDUCTA.

CONTINUAR IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO.

MAÑANA SERA LLEVADA A CIERRA DE PARED POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL

TRASLADAR A PISO

MEDICO DE TURNO

Andrés Fabiano Caballero L.
Neonatólogo - Medicina Crítica - UCI
C.C. 14.859.212 - T.P. 78527 01

Como se evidencia en la Historia Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos no existe ni una sola nota médica en donde se haya registrado que la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, hubiese estado en riesgo de fallecer, o que hubiera requerido ventilación mecánica (intubación), por el contrario, su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos siempre estuvo orientada hacia la mejoría sin presentar complicación alguna y tolerando la vía oral.

AL HECHO SEPTIMO: No nos consta lo manifestado en el presente hecho, desconocemos las condiciones socioeconómicas de la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, así como también desconocemos los gastos en los que supuestamente tuvo que incurrir durante su tratamiento, y si cuenta o no en la actualidad con recursos económicos, siendo de carga de la parte demandante probar plenamente lo aquí manifestado, conforme lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.



AL HECHO OCTAVO: No es cierto, en la atención médica prestada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, **NO EXISTIÓ ERROR EN EL DIAGNOSTICO Y MUCHO MENOS EN EL TRATAMIENTO DISPENSADO A LA SEÑORA MELISSA GALLEGO QUINCHIA**, todas las conductas médicas tomadas durante las atenciones prestadas a la paciente en nuestra institución, están plenamente justificadas y tienen sustento médico-científico; tal y como se registró en la Historia Clínica a la señora MELISSA GALLEGO se le tomaron los exámenes paraclínicos (Hemograma, parcial de orina) y ayudas diagnósticas como la Ecografía de Abdomen, necesarios y los mandatorios que sustentaron la valoración clínica realizada por el Doctor GIOVANNI RAFAELE ASCIONE, quien consideró de acuerdo a los síntomas que presentaba la paciente, que se encontraba cursando con un COLELITIASIS; **LA SEÑORA MELISSA GALLEGO NUNCA PRESENTÓ UNA CLÍNICA CLARA DE APENDICITIS COMO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL**, pero sí de COLECISTITIS, lo cual fue corroborado en la cirugía de COLELAP realizada, además es preciso resaltar que ante un diagnóstico de enfermedad crónica de la vesícula, la indicación médica no es de manejo expectante a la espera de que la misma se agudice, lo pertinente es llevar a la paciente a cirugía como en efecto se hizo.

Además es de resaltar que conforme con la descripción de los Hallazgos Operatorios **EL DOCTOR GIOVANNI ASCIONE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE COLELAP REALIZÓ LA REVISIÓN DEL RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y NO EVIDENCIÓ SIGNOS DE APENDICITIS NI PERITONITIS** registrando de manera clara en la Hoja Quirúrgica que el **"RESTO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE APRECIA SUPERFICIALMENTE Y GLOBALMENTE DENTRO DE LOS LÍMITES BASALES"**, lo cual permite probar sin lugar a dudas que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, **no se encontraba cursando en ese momento con una Apendicitis y que la misma tuvo aparición posterior a la cirugía de colelap.**

Ahora bien, respecto a los *"secuestros mentales por pensamientos fatalistas"* a los que se refiere la parte demandante y a los dolores físicos sufridos y que persisten en menor medida en la actualidad, NO NOS CONSTAN, todo lo cual deberá ser plenamente probado, conforme lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO NOVENO: Es parcialmente cierto, siendo preciso aclarar lo siguiente:

Es cierto y por demás obvio que al estar hospitalizada unos días la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA no pudiera disfrutar de las condiciones referidas en el presente hecho, dado que todo paciente que se encuentra hospitalizado por un periodo de tiempo, necesariamente deja de disfrutar de sus actividades cotidianas y de su entorno familiar, por el simple hecho de estar hospitalizada.

Ahora bien, lo que no es cierto es que la parte demandante (conforme está narrado el presente hecho), quiera endilgar responsabilidad a nuestra institución por un hecho obvio y que escapa totalmente a nuestra responsabilidad, ya que las razones por las cuales la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA requirió estar hospitalizada, no fueron generadas por la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE

BUGA, tal y como está plenamente probado; la apendicitis aguda y peritonitis secundaria fueron patologías que desarrolló la misma paciente después de su cirugía de COLELAP, y las complicaciones que posteriormente presentó son inherentes a las mismas enfermedades que presentó, tal y como se le informó de manera previa a la paciente en el consentimiento informado, estando claro que no existe ningún proceder médico o quirúrgico que pueda generar en un paciente dichas patologías, por lo que las razones para haber requerido unos días de hospitalización solo pueden ser atribuidas a la evolución misma de la enfermedad y la respuesta de la paciente al tratamiento instaurado, lo cual es único y propio en cada paciente.

AL HECHO DÉCIMO: No es un hecho, se trata de la apreciación totalmente subjetiva del apoderado de la parte demandante sobre los hechos acaecidos, no obstante cada una de las situaciones narradas deberán ser objeto de plena prueba, siendo de carga de la parte demandante sustentarlas con los medios probatorios idoneos, de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

No obstante, de existir dichas afecciones por parte de la familia demandante, las mismas no fueron ocasionadas por la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, dado que las patologías que desarrolló la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA después de su cirugía de COLELAP, y las complicaciones que posteriormente presentó son inherentes a las mismas enfermedades que presentó, tal y como se le informó de manera previa a la paciente en el consentimiento informado, estando claro que no existe ningún proceder médico o quirúrgico que pueda generar en un paciente dichas patologías, por lo tanto, las supuestas afecciones a las que estuvo expuesta su familia, solo pueden ser atribuidas a la evolución misma de la enfermedad de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA y a la respuesta al tratamiento instaurado, lo cual es único y propio en cada paciente y nunca bajo ninguna circunstancia a las atenciones dispensadas por nuestra institución.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: No es un hecho, se trata de la apreciación totalmente subjetiva del apoderado de la parte demandante sobre los hechos acaecidos, no obstante cada una de las situaciones narradas deberán ser objeto de plena prueba, siendo de carga de la parte demandante sustentarlas con los medios probatorios idoneos, de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: Es cierto. Siendo preciso aclarar que la Audiencia de Conciliación fue realizada entre las partes vía virtual el día 28 de abril de 2023, a la cual asistió nuestra institución en calidad de convocada y el mismo día 28 de abril de 2023 fue expedida la Constancia de No Acuerdo a la parte convocante.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: No es un hecho, razón por la cual no nos pronunciaremos ni positiva ni negativamente al respecto.



Amable y Segura

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Con fundamento en la contestación de esta demanda y en las excepciones de fondo que estoy proponiendo; además, por considerar infundada la demanda y **NO EXISTIR CAUSA, NI NEXO CAUSAL, NI CULPA, NI FALLA PRESUNTA O DAÑO ANTIJURÍDICO**, nos oponemos a todas y cada una de las declaraciones y solicitudes de condena que puedan originarse en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, toda vez que la atención médica y asistencial prestada a la señora **MELISSA GALLEGO QUINCHIA** en la institución que represento, fue **OPORTUNA, PERTINENTE, CORRECTA Y LA RECOMENDADA POR LA CIENCIA MÉDICA ACTUAL**, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente que consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada el día 23 de abril de 2013 por la Clínica IPS COMFANDI BUGA, por presentar un cuadro clínico de un día de evolución de dolor abdominal, siendo valorada por el médico Especialista en Cirugía General Doctor GIOVANNI RAFFAELE ASCIONE, quien con el resultado de los exámenes paraclínicos (hemograma, parcial de orina), el resultado de la ayuda diagnóstica practicada (Ecografía de Abdomen, donde se evidenciaba que la paciente se encontraba cursando con una Colecistitis), correlacionados con la valoración clínica realizada a la señora MELISSA GALLEGO, determinó como conducta médica pertinente, llevarla a cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia por presentar un Colecistitis, previo suscripción del Consentimiento Informado, la cual fue realizada sin que se presentara complicación alguna, dejándose consignado en la Hoja Quirúrgica de la Historia Clínica que el Doctor GIOVANNI ASCIONE, durante el procedimiento de COLELAP realizó la revisión del resto de cavidad abdominal, sin que se evidenciara alguna anomalía, ni patología adicional, siendo importante resaltar que durante la estancia de la señora MELISSA GALLEGO en nuestra institución, siempre estuvo bajo vigilancia médica estricta y monitorizada, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su patología, ordenándose su alta médica el día 24 de abril de 2013.

De igual forma se consignó en la Historia Clínica que a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA una vez se ordena el alta médica por el médico Cirujano General se le dan recomendaciones y signos de alarma.

Tres (3) días después, la señora MELISSA GALLEGO consultó al servicio de urgencias de nuestra institución remitida de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA, por presentar sintomatología asociada a una Apendicitis Aguda, siendo valorada por el médico Cirujano General Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS, quien consideró realizar los exámenes paraclínicos necesarios y ayudas diagnósticas pertinentes con la finalidad de establecer un diagnóstico, debido a que los síntomas que presentaba la paciente no eran concluyentes de Apendicitis, no obstante y ante la persistencia del dolor en la paciente, el Doctor LOPEZ VILLEGAS, decide llevarla a cirugía previa suscripción del Consentimiento Informado sobre consecuencias de LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, procedimiento que se desarrolló sin complicación alguna.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que durante el procedimiento de COLELAP no se evidenció anomalía ni signos de estar cursando la paciente con alguna patología adicional, está claro que el cuadro de Apendicitis Aguda que presentó la señora

MELISSA GALLEGO, fue un evento posterior y totalmente aislado de la patología vesicular, que conllevó a la realización de la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia el día 23 de abril de 2013, teniendo en este caso la Apendicitis Aguda una presentación progresiva y rápida, situación que está totalmente documentada en la literatura médica.

Quiere decir lo anterior, que en el caso de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA el cuadro de Apendicitis Aguda se presentó durante el postoperatorio de la cirugía de COLELAP, no olvidemos que de acuerdo a lo manifestado por la paciente los síntomas de dolor abdominal, fiebre, diarrea y vómito se presentaron tres (3) días después de la cirugía de vesícula, lo que permite probar que es en este lapso de tiempo, que la paciente desarrolla la apendicitis aguda.

En consecuencia, las complicaciones posteriores que presentó la paciente no son atribuibles al manejo ni tratamiento médico instaurado, todo lo cual fue explicado a la paciente previo al procedimiento quirúrgico y consignado en el Consentimiento Informado, ya que se trata de las complicaciones propias de una peritonitis secundaria a una peritonitis aguda habiéndosele prestado en nuestra institución todos los servicios médicos necesarios y pertinentes, por lo que su evolución y las patologías que le sobrevinieron solo pueden ser atribuibles a la evolución propia de las patologías que padeció y a las condiciones idiosincráticas de la paciente.

En consideración a lo anterior, nos oponemos a que se condene a la institución que represento a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, toda vez que la atención médica que se le dispensó a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, fue oportuna, pertinente y apegada a los protocolos y los mandatos de la lex artis, tal y como se dejó consignado a lo largo de la presente contestación y que se acreditará y probará en el transcurso del proceso, de tal manera que mal se puede afirmar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA le hubiera generado a los demandantes los desacertados y desproporcionales perjuicios extrapatrimoniales que reclaman en la demanda, pues no existen hechos, sustento ni prueba alguna donde se demuestre que nuestra institución o su personal médico actuó de forma deficiente, imprudente o imperita en una acción u omisión que produjera perjuicio o daño alguno a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, solo se trata de una serie de elucubraciones, sin un sustento técnico desde el punto de vista médico, y tan solo se cifan a realizar señalamientos sin siquiera advertir cual era el deber ser desde el punto de vista médico y debidamente documentado y probado, que permita probar la responsabilidad civil de nuestra institución.

Por lo tanto, nos oponemos a las pretensiones principales y subsidiarias solicitadas en la demanda, pues las mismas a más de no tener un sustento técnico, no guardan en absoluto los lineamientos jurisprudenciales necesarios para la tasación de dichos perjuicios.

EXCEPCIONES

De manera respetuosa manifiesto al Despacho que formulo las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO

Comedidamente manifiesto al despacho que formulo las siguientes excepciones de mérito o de fondo:

1. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN:

Excepción que encuentra pleno fundamento en lo consagrado en los Artículos 2535 y 2536 del Código Civil, modificado por el Artículo 8° de la Ley 791 del 2002, en donde se establece que **EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN ORDINARIA ES DE DIEZ (10) AÑOS**, y conforme con lo consagrado en los Incisos 7° y 8° del Artículo 118 del Código General del Proceso, mediante el cual se establece el computo de términos en materia procesal.

Lo anterior teniendo en cuenta que el escrito de Demanda de Responsabilidad Civil Extracontractual propuesta por la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS fue radicada ante la Oficina de Apoyo Judicial de la ciudad de Buga, Valle de Cauca, el **día jueves 1° de junio de 2023**, tal y como se observa en la Constancia de Radicación y el Acta Individual de Reparto emitida por la Oficina de Apoyo Judicial de Buga que se adjuntan a continuación:

16/23, 1451

Correo: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga - Outlook

Reporto: Demanda de R.C.E. a ser repartida ante los Jueces Civiles del Circuito de Buga / Melissa Gallego y Otros vs Fundacion Hospital San Jose de Buga y Otro

Recepción Reparto Oficina Apoyo Judicial - Valle Del Cauca - Buga <repartobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>
A: 01/06/2023 14:35

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga <j03cbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: cyberjurista <cyberjurista@hotmail.com>; Andres Mauricio Fernandez Peña <infemando@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Carlos Enrique Restrepo Alvarado <crestre@cendoj.ramajudicial.gov.co>

4 archivos adjuntos (15 MB)

Correo remitido.pdf; Fol 1 a 13 Demanda y Poder.pdf; Fol 14 a 22 Anexos.pdf; Acta RCE 10008 a J03 Cí- Coto Buga de MELISSA GALLEGO QUINCHIA y OTROS_Jun01_23.pdf

Cordial Saludo,

Se adjunta Acta de Reparto de Proc. de Responsabilidad Civil Extracontractual-R.C.E. con Sec. No. 10008 a Jozg. 03 Civil del Coto de BUGA-VALLE DE: MELISSA Y CATALINA ANDREA GALLEGO QUINCHIA, TULIA INES QUINCHIA IBAGUE y ABSALON DE JESUS GALLEGO BACHIBURY-Jun01/23.

P.D. El Sr. Apoderado, indica que la presente demanda fue enviada a este buzón electrónico el día viernes, 21 de abril de 2023 a las 3:30 P.M.

Sin embargo, Revisadas con detenimiento las carpetas de este buzón electrónico: repartobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

No se haya correo recepcionado de: cyberjurista@hotmail.com, con ninguna solicitud de reparto allegada el día y hora en mención.

Además, se realizan consultas en el Sistema Sarj de Reparto, con la información de las partes, y NO se haya reparto previo con las mismas.

Razón por la cual: Se envía el presente reparto con copia, al área de Informática (IESAJ) en Cabeza del Ing. Andres M. Fernandez, Con esta línea de mensajes para que lleve a cabo una auditoría segun lo mismo para determinar que ocurrió en este caso específico, con la recepción indicada por el Sr. Apoderado.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha: 01/jun./2023
CORPORACIÓN: JUZGADOS DE CIRCUITO
REPARTIDO AL DESPACHO

GRUPO PROCESOS VERBALES (DE MAYOR CUANTIA)
CD. DESP: 003
SECUENCIA: 10008
FECHA DE REPARTO: 01/jun./2023

JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO

IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	SUETO PROCESAL
1115068198	MELISSA	GALLEGO QUINCHIA	01
14878257	ABSALON DE JESUS	GALLEGO ECHEVERRY	"
31649727	CATALINA ANDREA	GALLEGO QUINCHIA	"
38852123	TULLIA INES	QUINCHIA IBAGUE	"
94478127	JUAN MIGUEL	TOFIÑO HURTADO	03

C27111-OP02XAA CUADERNOS 1
jsanc EMPLEADO FOLIOS SIN VERIFICAR FOLIAT

OBSERVACIONES:
Enviado por Apoderado para su Reparto en JUZG. Civiles DEL CCTO DE BUGA-VALLE-Rpio con copia al area de audiencias DESA, para que lleve a cabo una audiencia segun el mismo.

Habiendo transcurrido en consecuencia para dicha fecha más de diez (10) años, desde cuando supuestamente se cometió el supuesto error de diagnóstico y de procedimiento generador del daño según el actor, esto es, el **día 23 de abril del año 2013**, fecha en la cual la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA consultó al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, misma fecha en la que la paciente es valorada y le es realizada la cirugía de COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, todo lo cual es enrostrado por la parte demandante como error de diagnóstico y tratamiento, fecha a partir de la cual, en sentir de la parte demandante se generaron los daños y perjuicios reclamados en su demanda.

Por lo tanto, a la fecha de radicación de la demanda había ya operado el fenómeno extintivo de la prescripción y así solicito se decrete por el Despacho.

Ahora bien, si se pretendiera sostener que los términos de prescripción se interrumpieron a raíz de la solicitud de conciliación extrajudicial, tenemos lo siguiente:

El apoderado de la parte demandante radicó la solicitud de Conciliación Extrajudicial en Derecho para agotar el requisito de procedibilidad establecido en la Ley 2220 de 2022, ante el Centro de Conciliación Fundafas en la ciudad de Cali, **el día 21 de abril de 2023**; audiencia de Conciliación que fue celebrada el **día 28 de abril de 2023**, con la participación vía virtual de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA en calidad de convocada y el mismo **día 28 de abril de 2023 el Centro de Conciliación Fundafas emitió Constancia de No Acuerdo**, la cual se copia a continuación:



sicaac

DENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL FUNDAPAS-AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONCILIACIÓN ECONOMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE

Código Centro 1141

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
CONSTANCIA - NO ACUERDO

Número del Caso en el Centro: 8314-08888 Fecha de Apertura: 21 de abril de 2023
Cuentas: 300000.00 Fecha del resultado: 28 de abril de 2023

1	PERSONA	CEDULA DE CIUDADANIA	1115068158	MELISSA GALLEGO QUINONIA
2	PERSONA	CEDULA DE CIUDADANIA	31910727	CATALINA ANDREA GALLEGO QUINONIA
3	PERSONA	CEDULA DE CIUDADANIA	28852123	INES CUNCHIA ISAGUE
4	PERSONA	CEDULA DE CIUDADANIA	14878957	ABDALON DE JESUS GALLEGO ECHEVERRY

1	ORGANIZACIÓN	NIT	881380064	FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ
2	ORGANIZACIÓN	NIT	890308208	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMPAFAMILAR ANDI COMFAMDI

Área: Tema: OTROS
CIVIL Y COMERCIAL Subtema:

Conciliador: MARIBEL RICO QUINTANA
Identificación: 88834827

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición - SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 numeral 6 y artículo 68 de la Ley 2220 de 2022. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 64 de la citada norma y corroborada la adscripción del (la) conciliador (a) a este Centro de Conciliación, los primeros copios del acta presentan mérito ejecutivo y hacen tránsito a cosa juzgada en los casos y para los efectos establecidos en la Ley. El original del acta y la copia de los antecedentes del trámite reposan en los archivos de este Centro de Conciliación.
En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Fecha de impresión:
sábado, 6 de mayo de 2023



Página 2 de 2

A su vez el Artículo 56 de la Ley 2220 de 2.022 establece que :

***“La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que suscriba el acta de conciliación, se expidan las constancias establecidas en la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses, o la prórroga a que se refiere el artículo 60 de esta ley, lo que ocurra primero
Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable”***
(Subraya, negrilla y cursiva fuera de texto).

Aplicando la norma transcrita al caso que nos ocupa, vemos como con la presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial, el término de prescripción se suspendió hasta el día 28 de abril de 2023, fecha en la cual se emitió la Constancia de No Acuerdo (evento que ocurrió primero) de conformidad con lo establecido en el Artículo 56 de la Ley 2220 de 2022; por lo tanto, el término de prescripción se “suspendió” solo durante ocho (8) días”, los cuales se adicionaron al plazo normal de prescripción, esto es al día 23 de abril de 2023, es decir, QUE EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA PARA LA PARTE DEMANDANTE VENCió EL DÍA 2 DE MAYO DE 2023.

Por lo que igualmente A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA DEMANDA HABÍA YA OPERADO EL FENÓMENO EXTINTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN y así solicito se decrete por el Despacho.

Por todo lo anterior, solicito al Despacho se declare prospera la presente excepción de fondo y se condene en costas a la parte actora.

2. INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS

Encuentra fundamento la presente excepción, por cuanto que los perjuicios que pretende la parte actora le sean reconocidos carecen de fundamentos facticos y jurídicos y no cuentan con ningún sustento real ni legal y contrarían ampliamente los lineamientos jurisprudenciales dictados para la tasación de los mismos.

Por lo tanto, nos oponemos y objetamos dicha tasación por falta de precisión dado que es inexacta y vaga.

Respecto a los perjuicios materiales y morales liquidados por la parte actora es preciso solicitar al despacho que en el hipotético evento en que los mismos sean procedentes y encuentren respaldo probatorio, se debe de tener en cuenta el **“Test de proporcionalidad”** al momento de tasar los daños morales, toda vez que los perjuicios estimados en nada tienen en cuenta esta pauta jurisprudencial.

Con relación al Test de proporcionalidad me permito citar la sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Radicación Numero 19976, aplicable al presente proceso por analogía, en los siguientes términos:

“Si bien a partir del 2001 la jurisprudencia viene aplicando como criterio de estimación de los perjuicios morales el salario mínimo mensual legal vigente (en una suerte de equivalencia) con los gramos oro reconocidos en la primera instancia), no deja de seguir siendo un ejercicio discrecional (arbitrio iudicis) del juez de tasar tales perjuicios, sin lograr, aun, la consolidación de elementos objetivos en los que pueda apuntalarse la valoración, estimación y tasación de los mismos, con lo que se responda a los principios de proporcionalidad y razonabilidad con lo que debe operar el juez y no simplemente sustentase en la denominada discrecionalidad (...)

(...) De acuerdo con lo anterior, la Sala empleará un de test de proporcionalidad para liquidación de los perjuicios morales. El fundamento de este test no es otro que el principio de proporcionalidad, según el precedente jurisprudencial constitucional, dicho principio comprende tres subprincipios que son aplicables al mencionado test, idoneidad, necesidad y la proporcionalidad en el sentido estricto.

En cuanto al primero, esto es, la idoneidad, debe decirse que la indemnización del perjuicio deber estar orientada a contribuir a la obtención de una indemnización que corresponda con criterios como intensidad del dolor, alcance y dosificación de la incapacidad.

En cuanto al segundo, esto es la necesidad, la indemnización del perjuicio debe ser lo más benigna posible con el grado de afectación que se logre revelar en el o los individuos y que contribuyan a alcanzar el objetivo de dejarlos indemnes.

Finalmente, en cuanto al tercero, esto la proporcionalidad en estricto sentido, con el test de proporcionalidad se busca que se compensen razonable



y ponderadamente los sufrimientos y sacrificios que implica para la víctima o víctimas la ocurrencia del daño y su desdoblamiento.

De conformidad con lo citado, se deberá para efectos de tasar unos hipotéticos daños morales dar aplicación estricta al test de proporcionalidad a partir de lo que resulte probado en el proceso de los elementos que constituyen o conforman los tres (3) subprincipios del mismo.

3. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO.

Para que se configure la responsabilidad entre el hecho y el daño debe existir una relación de causa y efecto, debe existir un vínculo causal, es decir que el perjuicio debe ser producto de la acción o la omisión de una de las partes, **situación que NO se presentó en la atención médica dispensada** por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente que consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada el día 23 de abril de 2013 por la Clínica IPS COMFANDI BUGA, por presentar un cuadro clínico de un día de evolución de dolor abdominal, siendo valorada por el médico Especialista en Cirugía General Doctor GIOVANNI RAFFAELE ASCIONE, quien con el resultado de los exámenes paraclínicos (hemograma, parcial de orina), el resultado de la ayuda diagnóstica Ecografía de Abdomen practicada por el Doctor JULIAN RENGIFO ESCOBAR, donde evidenció que la paciente se encontraba cursando con una Colecistitis, correlacionados con la valoración clínica realizada a la señora MELISSA GALLEGO, determinó como conducta médica pertinente, llevarla a cirugía de Colectomía por Laparoscopia por presentar un Colecistitis, la cual fue realizada sin que se presentara complicación alguna, dejándose consignado en la Hoja Quirúrgica de la Historia Clínica que el Doctor GIOVANNI ASCIONE, durante el procedimiento de COLELAP realizó la revisión del resto de cavidad abdominal, sin que se evidenciara alguna anormalidad, ni patología adicional, siendo importante resaltar que durante la estancia de la señora MELISSA GALLEGO en nuestra institución, siempre estuvo bajo vigilancia médica estricta y monitorizada, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su patología, ordenándose su alta médica el día 24 de abril de 2013.

Tres (3) días después, la señora MELISSA GALLEGO consultó al servicio de urgencias de nuestra institución remitida de la CLÍNICA IPS COMFANDI BUGA, por presentar sintomatología asociada a una Apendicitis Aguda, siendo valorada por el médico Cirujano General Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS, quien consideró realizar los exámenes paraclínicos necesarios y ayudas diagnósticas pertinentes con la finalidad de establecer un diagnóstico, debido a que los síntomas que presentaba la paciente no eran concluyentes de Apendicitis, no obstante y ante la persistencia del dolor en la paciente, el Doctor LOPEZ VILLEGAS, decide llevarla a cirugía de LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, procedimiento que se desarrolló sin complicación alguna.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que durante el procedimiento de COLELAP no se evidenció anormalidad ni signos de estar cursando la paciente con alguna patología

adicional, está claro que el cuadro de Apendicitis Aguda que presentó la señora MELISSA GALLEGO, fue un evento posterior y totalmente aislado de la patología vesicular, que conllevó a la realización de la cirugía de Colectomía por Laparoscopia el día 23 de abril de 2013, teniendo en este caso la Apendicitis Aguda una presentación progresiva y rápida, situación que está totalmente documentada en la literatura médica.

Quiere decir lo anterior, que en el caso de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA el cuadro de Apendicitis Aguda se presentó durante el postoperatorio de la cirugía de COLELAP, no olvidemos que de acuerdo a lo manifestado por la paciente los síntomas de dolor abdominal, fiebre, diarrea y vómito se presentaron tres (3) días después de la cirugía de vesícula, lo que permite probar que es en este lapso de tiempo, que la paciente desarrolla la apendicitis aguda.

En consecuencia, las complicaciones posteriores que presentó la paciente no son atribuibles al manejo ni tratamiento médico instaurado, ya que se trata de las complicaciones propias de una peritonitis secundaria a una peritonitis aguda habiéndosele prestado en nuestra institución todos los servicios médicos necesarios y pertinentes, por lo que su evolución y las patologías que le sobrevinieron solo pueden ser atribuibles a la evolución propia de las patologías que padeció y a las condiciones idiosincráticas de la paciente. TODO LO CUAL ROMPE EL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA PATOLOGIA VESICULAR Y LA APENDICITIS AGUDA Y EN CONSECUENCIA LAS COMPLICACIONES POSTERIORES QUE PRESENTÓ LA PACIENTE Y QUE SU SENTIR LE GENERARON LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SON OBJETO DE LA PRESENTE DEMANDA.

Ahora bien, con relación al nexo causal, es preciso tener claro que este se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado, si no es posible encontrar la relación mencionada no tendría sentido continuar con un juicio de responsabilidad. En materia de causalidad, no debe perderse de vista que siempre, sin excepción debe buscarse la causa eficiente en la materialización del daño. La causa del hecho generador debe ser sin excepción EFICIENTE, SUFICIENTE, CIENTIFICA Y RACIONAL. Bajo los anteriores parámetros es resaltable la tendencia doctrinal moderna a regularse en materia de causalidad por la Teoría de la Causalidad Adecuada.

Recientemente el tratadista LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, expuso sobre la Teoría de la Causalidad Adecuada lo siguiente:

“Lo anterior significa que esta teoría parte del concepto empírico de causa, reconociendo que un fenómeno es siempre producto de la confluencia de diversas condiciones, pero en la pretensión de limitar los excesos que implicaba la teoría de la condición, considera que estas no son equivalentes y por tanto distingue de entre dichas condiciones aquellas que de acuerdo con la experiencia general de la vida, son generalmente apropiadas para producir el resultado – las que por consiguiente, adquirirán la categoría de causa- desdenando el papel de las restantes que solamente por azar contribuían al logro del mismo y que por tanto, se consideran jurídicamente irrelevantes. (LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, IMPUTACIÓN Y

CAUSALIDAD EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS. EDITORIAL DOCTRINA Y LEY 2011 PAG. 29.)

La Teoría de la Causalidad también es definida por el reconocido autor PHILLIPE LE TOURNEAU en su obra la Responsabilidad Civil, cuando explica:

“En cada especie, hay que buscar si la causalidad ha sido adecuada. El examen se opera a posteriori. He ahí tal efecto indiscutido. Se trata de remontarse en el tiempo para preguntarse retrospectivamente si era objetivamente posible pensar en que tal hecho provocaría normalmente este efecto dañino. Si la respuesta a ese cálculo de probabilidades a posteriori es afirmativa, hay causalidad adecuada. Lo que importa no es que las consecuencias fueron previsibles, sino que la causa aparezca retrospectivamente como objetivamente apta para provocarla. El admitir esta teoría si no es con prudencia y circunspección. Sin embargo, hoy la doctrina es muy favorable al respecto, seducida por su apariencia científica y reforzada por la simplicidad de la equivalencia de condiciones.” (PHILLIPE LE TOURNEAU, LA RESPONSABILIDAD CIVIL. EDITORIAL LEGIS 2004 PAG. 63).

El auge de la citada teoría de la causalidad adecuada no solo ha sido resaltada por la doctrina especializada, sino que ha sido acogida sin reservas por la Honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que en su Jurisprudencia ha expresado:

“De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente- que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que el principio de cambio, etc.). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad que deja al investigador un gran espacio, con la precisión que más adelante se hará cuando de asuntos técnicos se trata, se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquel de que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más “adecuado” el más idóneo para producir el resultado, atendidos por los demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuados para generarlo”.

De los planteamientos doctrinales y jurisprudenciales citados se puede concluir en el caso bajo análisis que no existe la cadena causal necesaria en los términos de la Teoría de la Causalidad Adecuada, ya que la parte demandante no prueba de ninguna manera que las acciones y servicios prestados en nuestra institución fueron la causa directa de los daños y perjuicio que en su sentir le fueron causados a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, es decir que por alguna acción u omisión de nuestra institución a la paciente se le hubieren ocasionado las complicaciones que presentó y que son objeto de la presente demanda. No existe una sola prueba aportada al proceso que permita inferir que las acciones emprendidas por nuestra

institución estaban encaminadas a generar un daño, antes que salvaguardar la salud y vida de la paciente.

Quiere decir todo lo anterior, que no existe un hilo conductor que permita probar que la atención médica prestada a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA en nuestra institución haya sido la causa que generó las posteriores complicaciones de la apendicitis aguda padecidas por la paciente, lo cual demuestra que la atención médica dispensada en nuestra institución no tuvo incidencia, **ROMPIÉNDOSE DE ESTA FORMA EL NEXO DE CAUSALIDAD, ESTANDO PLENAMENTE FUNDAMENTADA LA PRESENTE EXCEPCIÓN.**

Adicional a lo anterior, es de reiterar que desde el ingreso de la paciente a nuestra institución fue tratada de manera pronta, adecuada, diligente y perita, por lo que no se puede desconocer que la Fundación Hospital San José de Buga le brindó toda la infraestructura necesaria que estaba al alcance, además del personal médico especialista y asistencial que colocó a disposición de la paciente todos sus conocimientos y experiencia durante la atención médica brindada, **LA CUAL SE REALIZÓ CON ERICTO APEGO A LA LEX ARTIS.**

No podemos olvidar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA contrae frente al paciente una **OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO**, que no es otra cosa que la obligación de poner los medios adecuados y necesarios para la consecución de un fin, sin que de modo alguno quede obligado a obtener ese fin, pues cuando no se llega al resultado apetecido por el paciente, no obstante, haber puesto la parte obligada todo el esfuerzo, diligencia y cuidado a que estaba comprometido, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

Las obligaciones de medio son de prudencia y diligencia, el objeto de la obligación consiste tan solo en conducirse con prudencia y diligencia para lograr el fin perseguido, quiere esto decir que nuestra institución como tal está obligada a actuar con una **conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello llegue a significar que deba asumir la responsabilidad por la ausencia en el éxito del tratamiento dispensado**, la aparición de otras dolencias o el desenlace de la muerte.

Y es que en el caso de la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA, no había una clínica clara, ni síntomas abdominales concluyentes de una apendicitis aguda, por lo que de acuerdo con los resultados de los exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas realizados a la paciente, se determinó que se encontraba cursando con una patología vesicular, lo cual fue resuelto con la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia, no estando obligado el médico a garantizar que la paciente no iba a estar expuesta a padecer otras patologías de origen abdominal y menos aún pretender que el médico avisore si en un futuro muy cercano el paciente va a sufrir o no alguna otra enfermedad, por lo tanto, es necesario resaltar que en el presente caso el manejo médico brindado a la señora MELISSA GALLEGU QUINCHIA en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA siempre estuvo ajustado a las manifestaciones clínicas del paciente, y es conforme a ello que el médico tratante va ajustando su tratamiento, **no se puede exigir al médico que prevea más allá de lo que los exámenes diagnósticos, clínicos y lo que el mismo paciente va**



mostrando durante su evolución, pues pretenderlo sería encuadrar el acto médico en una obligación de resultado, al exigirse al médico agotar todos los posibles diagnósticos con los que pueda cursar el paciente, aún obviando los resultados de las exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas e incluso las manifestaciones clínicas del paciente para llegar a darle al paciente un diagnóstico tan acertado y lograr dar un resultado que no admita duda alguna, pretender esto, sería ilógico e imposible; claramente el actuar médico es de medio, estando obligado el médico a prestar sus servicios de manera diligente y cuidadosa, como en efecto ocurrió en el presente caso, por lo tanto, no se puede exigir al médico trantante preveer cual va a ser el desenlace y mucho menos que garantice un éxito en el tratamiento y una mejoría sin complicación alguna en el paciente.

Respecto a las obligaciones de medio la jurisprudencia en reiterados pronunciamientos ha considerado lo siguiente:

“...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar las consecuencias cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la institución prestadora del servicio, ni a un comportamiento culposo del equipo médico que haya practicado la intervención quirúrgica y su posterior tratamiento médico” (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros).

“La obligación profesional del médico no es por regla general de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la curación de este”. (Sentencia de la Corte Suprema de Justicia).

“La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar que sabía que era el indicado” (Corte Suprema de Justicia Noviembre 26 de 1986 Magistrado Ponente Héctor Gómez Uribe)

“...el ad quem desea dejar en claro que la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la Jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS ósea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al

profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni se debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo a los principios generales que rigen la carga de la prueba, le incumbe al actor la demostración de los hechos en que funda su pretensión y al demandado la prueba de los hechos que excusan su conducta". (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 18 de Abril de 1994, expediente 7973, Magistrado ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta".

La Corte Suprema de Justicia ha establecido en reiterada jurisprudencia que:

"La obligación del médico es de medios y no de resultado y en esa medida el régimen de su responsabilidad es el de la culpa probada es así que en la Sentencia del 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX. Págs. 116 y s.s.), donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no solo debe exigirse la demostración de la "culpa del médico sino también la gravedad" expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como "una empresa de riesgo" porque una tesis así sería "inadmisibile" desde el punto de vista legal y científico" y haría imposible el ejercicio de la profesión.

Este que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en Sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que "...el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación, este deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación". Luego en sentencia del 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia del 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que el "contrato se hubiere asegurado un determinado resultado" pues "si no se obtiene", según la Corte, "el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima", a no ser que logre demostrar alguna causa de "exoneración" agrega la providencia como "la fuerza mayor", caso fortuito o culpa de la perjudicada". La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias del 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

Así mismo, en pronunciamiento del 30 de agosto de 2013 dijo la Corte "Luego, para que esta culpa sea idónea en su responsabilidad es necesario que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente y que además sea la causa eficiente de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es, igualmente indispensable que



exista relación de causalidad entre la primera y los últimos (G.J. CCXXXI No. 2470 pág. 306).

Lo anterior tiene pleno sustento, dado que los profesionales médicos que atendieron a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA lo hicieron dentro de los parámetros científicos indicados, por lo que la atención médica prestada y todos y cada uno de los exámenes, valoraciones y procedimientos realizados correspondieron a lo que indica la ciencia médica para la atención de una paciente que consultó con signos y síntomas que indicaron claramente estar cursando con una COLELITIASIS, por lo que la posterior aparición de una Apendicitis Aguda y las complicaciones inherentes a esta patología, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino a un riesgo propio de la enfermedad que estaba padeciendo, lo cual no puede ser atribuida desde ningún punto de vista a la atención médica prestada en nuestra institución, pero sí atribuible a la evolución de la misma paciente.

Además no podemos pasar por alto que el diagnóstico de COLELITIASIS estaba plenamente fundamentado en el resultado de la Ecografía de Abdomen realizada por el Doctor JULIAN RENGIFO ESCOBAR, Médico Radiólogo, el resultado de los exámenes paraclínicos (Hemograma y parcial de orina) y la valoración clínica realizada por el Doctor GIOVANNI RAFFAELE ASCIONE, todo lo cual llevó a la conclusión de que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA se encontraba cursando con una COLELITIASIS + COLECISTITIS que requería manejo quirúrgico.

Por lo tanto y conforme a lo anterior no hay evidencia que permita considerar que el personal médico profesional y asistencial obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o que haya violado las reglas de cuidado, por el contrario, en la Historia Clínica existen suficientes elementos para concluir que la conducta empleada por la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, en la atención médica brindada a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, fue adecuada, diligente, perita y que se prestó conforme a los parámetros médicos previstos.

Conforme a lo descrito anteriormente no hay nada más cercano al cumplimiento de la obligación de medio que la conducta desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA en la atención que se le dispensó a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, pues se trató de una atención **DILIGENTE, OPORTUNA, PERTINENTE Y AJUSTADA A LOS CÁNONES Y PROTOCOLOS DICTADOS POR LA LEX ARTIS, YA QUE DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN NO SE PRESENTÓ CONDUCTA NEGLIGENTE, IMPRUDENTE E IMPERITA ALGUNA QUE GENERARA LAS POSTERIORES COMPLICACIONES Y QUE LAS MISMAS SEAN ATRIBUIBLES AL MANEJO MÉDICO.**

Así se expresó la Corte en su sentencia de 5 de marzo de 1990 respecto de la Obligación de Medio, en donde expresó:

“La obligación profesional del médico no es por regla general, de resultado, sino de medio o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable

del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...” (G. J. 1935, pág. 118)”.

Finalmente es importante recordar que la carga de la prueba recae en la parte demandante, de acuerdo con lo establecido en el artículo 167 del Código General de Proceso.

La prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, sobre todo, por cuanto, su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien, lo señaló la Corte que *“el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir **LA CARGA, RECAE FUNDAMENTALMENTE EN EL DEMANDANTE**, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos y los de responsabilidad médica no son la excepción, por lo que **LE CORRESPONDE ENTONCES AL DEMANDANTE PROBAR LA CULPA DEL GALENO**; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado, se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en el caso de la cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido, el tratadista y exmagistrado de la Corte, Javier Tamayo Jaramillo expresó: *“Tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa deber ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado”*. En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general propugnan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad del detrimento del demandado o del deudor en su orden. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es



romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

EN EL PRESENTE CASO ES DEBER DE LA PARTE DEMANDANTE PROBAR SI LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA A LA SEÑORA MELISSA GALLEGO QUINCHIA EN LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA FUE LA CAUSA QUE GENERÓ LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS AGUDA, ES DECIR QUE LA PARTE DEMANDANTE DEBE PRESENTAR UNA PRUEBA INEQUÍVOCA QUE PERMITA DE MANERA CLARA ESTABLECER SI LA ATENCIÓN PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN FUE LO QUE GENERÓ INELUDIBLEMENTE EL SURGIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTÓ EN SU EVOLUCIÓN MEDICA Y QUE CON ELLO SE CONFIGURARON LOS PERJUICIOS EXTRAPRATRIMONIALES QUE RECLAMAN.

4. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA CULPA.

Excepción que se fundamenta en la forma en que actuó el personal médico de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, quienes con total diligencia le brindaron a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, toda la atención y el cuidado requerido, ajustándose a los protocolos y guías médicas sin asomo alguno de conducta negligente, imprudente e imperita.

Es así como la presente excepción encuentra pleno fundamento en lo establecido en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981, el cual consagra lo siguiente:

“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

En ese sentido el Consejero de Estado Alier Hernández, se pronunció en la Sentencia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez:

“Los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos.”

Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres:

“Creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener

por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”

“Todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible”.

Es sumamente importante resaltar que no toda mala praxis genera responsabilidad profesional. Para que esta se configure deben cumplirse una serie de presupuestos:

En primer término, el acto médico cuestionado debe causar un DAÑO. Si no hay daño, no hay obligación de responder. Sin embargo, la sola presencia del mismo no es suficiente para determinar la existencia de responsabilidad profesional, sino que es necesario establecer el NEXO DE CAUSALIDAD entre ese efecto dañoso y el hecho que suscita la responsabilidad invocada. Por último, debe existir un FACTOR DE ATRIBUCIÓN, el cual puede definirse como la razón suficiente por la cual una persona física o jurídica que ha producido un daño debe repararlo. En el caso del profesional de la salud este factor de atribución es en general la culpa del mismo (si fue NEGLIGENTE, IMPERITA O IMPRUDENTE). Si no hay culpa, no habrá responsabilidad. En el caso de las instituciones médicas en general, el factor de atribución es el deber de seguridad que tienen por lo que ocurre en sus instalaciones.

Conforme a lo anterior no se puede predicar otra cosa sino la **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD** de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, por cuanto que no se configuran los elementos estructurales de la culpa, dado que **NO HUBO IMPERICIA**, pues nuestra institución es una entidad centenaria que presta servicios de salud en las diferentes especialidades, cumpliendo a cabalidad con todos los requisitos exigidos para la habilitación del II nivel de complejidad, según las directrices dictadas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, al igual que el personal médico y el personal asistencial que participó de la atención dispensada a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA pues se trata de personal médico idóneo, profesional, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la vasta experiencia en el manejo de pacientes con los signos clínicos con los que consultó el paciente, indicaron el mejor manejo, actuando de manera perita y diligente en los servicios dispensados a la misma, todo ello se evidenció en el manejo médico suministrado en donde siempre primó por encima de todo la salud y la vida de la paciente, sin asomo alguno de querer generarle daño.

De igual forma, **tampoco se puede predicar que hubo NEGLIGENCIA**, pues la atención dispensada a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, fue oportuna y adecuada ya que durante los días de estancia hospitalaria en nuestras instalaciones no hubo en ningún momento descuido u omisión en la atención brindada, por el



contrario siempre hubo cuidado, observación y monitorización estricta tanto por el personal médico general y especialista, como por el personal enfermería y asistencial en general, quienes volcaron todos sus conocimientos y atención en pro de la salud de la paciente.

Y mucho menos se puede predicar IMPRUDENCIA en la atención prestada a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, dado que la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** puso todos los medios tecnológicos y humanos con los que contaba con el fin de prodigarle una atención en debida forma de acuerdo a las patologías que presentaba, todo en el marco de lo establecido en la lex artis, por lo que el manejo instaurado estuvo orientado, a la mejoría de la salud de la paciente, sin asomo alguno de algún actuar imprudente.

5. EXCEPCIÓN DE FONDO DE PERICIA, DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDICO.

El personal médico de la Fundación Hospital San José de Buga actuó como quedará probado en el proceso con adecuada diligencia, al brindarle a la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA, toda la atención y cuidados requeridos, conducta que no denota sino el actuar diligente y perito en el manejo médico brindado.

Es sumamente importante resaltar que la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA fue atendida por profesionales médicos **IDÓNEOS y CALIFICADOS**, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la amplia y vasta experiencia prestaron los servicios médicos que requirió la paciente, actuando de manera perita, diligente, pertinente y oportuna durante los días de estancia hospitalaria de la paciente en nuestras instalaciones.

MEDIOS DE PRUEBA A SOLICITAR

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

1. Sírvasse señor Juez, hacer comparecer a su Despacho a la demandante señores **MELISSA GALLEGO QUINCHIA, CATALINA ANDREA GALLEGO QUINCHIA, INES QUINCHIA IBAGUÉ Y ABSALON DE JESUS GALLEGO QUINCHIA** para que en Audiencia Pública (presencial o virtual), absuelvan bajo la gravedad del juramento, el interrogatorio de parte que en forma escrita o verbal he de formularle, sobre los hechos de la demanda y razones y fundamentos de la contestación de la demanda, con la advertencia que su inasistencia convalide y dé por ciertos los hechos materia del cuestionario, para lo cual solicito a su Señoría fijar fecha y hora para tal fin. Los demandantes podrán ser ubicados en las siguientes direcciones informadas en su demanda:

1. **MELISSA GALLEGO QUINCHIA:** Calle 11 No. 13-17 en la ciudad de Buga, Valle
Correo electrónico: gallegoquinchiajudicial@gmail.com

2. **CATALINA ANDREA GALLEGO QUINCHIA:** Calle 11 No. 13-17 en la ciudad de Buga, Valle
Correo electrónico: gallegoquinchiajudicial@gmail.com

3. **INES QUINCHIA IBAGUÉ:** Calle 11 No. 13-17 en la ciudad de Buga, Valle
Correo electrónico: gallegoquinchiajudicial@gmail.com

4. **ABSALON DE JESUS GALLEGO QUINCHIA:** Calle 11 No. 13-17 en la ciudad de Buga, Valle Correo electrónico: gallegoquinchiajudicial@gmail.com

2. PRUEBA DOCUMENTAL:

Solicito al Despacho se tengan como pruebas los siguientes documentos, los cuales se aportan así:

1. Poder a mi favor otorgado por el Doctor CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO, en calidad de Representante Legal de la Fundación Hospital San José de Buga.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Fundación Hospital San José de Buga emitido por la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca.
3. Copia completa de la Historia Clínica de la Fundación Hospital San José de Buga de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA.
4. Copia documento científico "Complicaciones de la Apendicectomía por Apendicitis Aguda, Zenén Rodríguez Fernández.

3. PRUEBA TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente al despacho se sirva citar a las personas que más adelante indico, quienes son todos mayores de edad y vecinos de la ciudad de Buga, para que comparezcan a diligencia de audiencia, previa exhibición de la Historia Clínica de la señora MELISSA GALLEGO QUINCHIA para que declaren bajo la gravedad del juramento desde el punto de vista técnico-científico sobre las patologías por la cual consultó la paciente a nuestra institución, sobre el estado de salud de la paciente al momento de su ingreso a nuestra institución, sobre los signos y síntomas que presentó durante la atención prestada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA el día 23 de abril de 2013 y posteriormente el día 27 de abril de 2013 y si el manejo médico instaurado durante esas atenciones se encontraba acorde con los cánones, guías y protocolos médicos reconocidos para la atención de una paciente con consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada de otro centro asistencial por presentar un cuadro clínico de dolor abdominal, siendo valorado en el servicio de urgencias de nuestra institución y diagnosticada inicialmente con una COLELITIASIS y posteriormente con una Apendicitis Aguda, de igual manera para que informen de acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica si la atención prestada durante la estancia de la paciente en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA fue perita, pertinente, oportuna y eficaz; ellos son:



1. Dr. ARMANDO CORTEZ, Médico Patólogo. Correo Electrónico: acortez1959@hotmail.com
2. Dr. JUAN CARLOS LÓPEZ VILLEGAS. Médico Internista. Correo Electrónico: yivi-1704@hotmail.com
3. Dr. AYMER FERNANDO OSPINA T., Médico Cirujano General, Correo Electrónico: aymerospina@hotmail.com
4. Dr. GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCÍA. Médico Internista. Correo Electrónico: gafratoga1@gmail.com
5. Dr. ALVARO HERNAN ORREGO. Médico Internista. Correo Electrónico: alvaro_orrego@hotmail.com
6. Dr. JULIAN RENGIFO ESCOBAR. Médico Radiólogo. Correo Electrónico: atencionusuario@imagenesdx.com Tel: 315-4782907

Todos mayores de edad, quienes pueden ser citados a los correos electrónicos señalados o en la Carrera 8 No. 17-52 de esta ciudad de Buga, Correo electrónico: juridico@fhsjb.org

5. RESERVA DEL DERECHO A INTERROGAR

Señor Juez me reservo el derecho a interrogar a todas las partes del proceso inclusive a los llamados en Garantía y a los testigos que vayan a rendir testimonio en el presente proceso, esto con fin de indagar sobre los hechos de la presente demanda y sus contestaciones que sirvan de sustento a la defensa de mi representada.

6. CONTRADICCION DEL DICTAMEN PERICIAL PRESENTADO POR LA PARTE DEMANDANTE:

Conforme a las prerrogativas consagradas en el Artículo 228 del Código General del Proceso – CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN, respetuosamente solicito señor Juez hacer comparecer a Audiencia al Doctor JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA, Médico Cirujano General, Adscrito a la Universidad CES, con el fin de que rinda aclaración sobre el Dictamen Médico Pericial presentado y sus conclusiones del caso de la señora MELISSA GALLEGUO QUINCHIA, y así mismo de respuesta al cuestionario que de manera verbal o escrita le formularé.

LLAMAMIENTOS EN GARANTIA

1. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la **ASEGURADORA SEGUROS COLPATRIA S.A**, hoy **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A** identificada con NIT No. 860.002.184-6 a fin de que se sirva

disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la **ASEGURADORA SEGUROS COLPATRIA S.A.**, hoy **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A** era la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Para Clínicas y Hospitales y/o Centros Médicos de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la Póliza No. 8001066334 con vigencia del 30 de mayo de 2012 al 30 de mayo de 2013 y que se encontraba vigente para la ocurrencia de los hechos materia de la presente demanda (23 de abril de 2013).

2. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada con NIT No. 860.524.654-6 a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior teniendo en cuenta que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** es la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la Póliza No. 660-88-994000000076 Anexo 0, con vigencia del 30 de agosto de 2023 al 30 de agosto de 2024 y que se encontraba vigente para la fecha en que la parte demandante realizó la notificación de la presente demanda, la cual se realizó el día 18 de marzo de 2024.

3. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a los **HEREDEROS INDETERMINADOS** del Doctor **GIOVANNI RAFFAELE ASCIONE CALERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.682.854, quien falleció el día 2 de junio del año 2017 y quien fuere el Médico Cirujano General que valoró, diagnosticó y realizó la cirugía de COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA a la señora MELISSA GALLEGÓ QUINCHIA el día 23 de abril de 2013, a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

ANEXOS

Me permito anexar los siguientes documentos:

1. Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.
2. Copia de la presente contestación y sus anexos en formato pdf.

NOTIFICACIONES

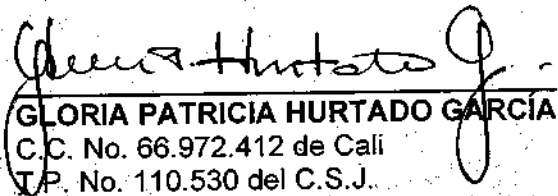
La FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA a través de la suscrita y de su Representante Legal recibimos notificaciones en la Carrera 8 No. 17-52 de la Ciudad de Guadalajara de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org y juridico@fhsjb.org.



Los demandantes y su apoderado en las direcciones indicadas en la demanda.

Las personales serán recibidas en la Carrera 8 No. 17-52 de la ciudad de Guadalajara de Buga (V) o en la secretaria de su Despacho, correo electrónico juridico@fhsjb.org, teléfono: 2361000 Ext. 183, celular: 300-6768611.

Atentamente,


GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
T.P. No. 110.530 del C.S.J.

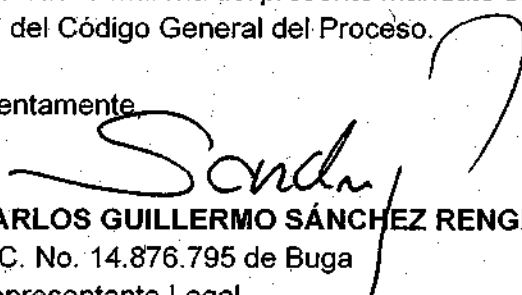
Señores
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA
E. S. D.

REFERENCIA: PODER ESPECIAL.

CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org, actuando en calidad de Gerente y Representante Legal de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, identificada con el NIT. 891.380.054-1, según consta en el Acta No. 293 del 29 de junio de 2021 de la Junta Directiva de la Fundación Hospital San José de Buga, todo según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Gobernación del Valle del Cauca, por medio del presente escrito me permito manifestar que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Doctora **GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA**, mayor de edad y vecina de Buga (V), identificada con cédula de ciudadanía No. 66.972.412 de Cali (V), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico: juridico@fhsjb.org, para que en nuestro nombre y representación conteste, tramite y lleve hasta su fin **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA** propuesto por la señora **MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS** en contra de **LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI**. RAD: 76-111-31-03-003-2023-00060-00

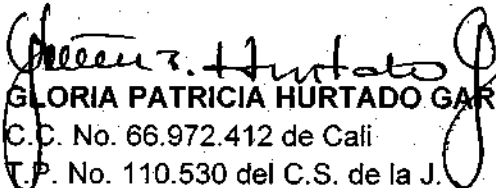
La Doctora **GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA**, queda expresamente facultada para recibir, desistir, renunciar, reasumir en cualquier tiempo el poder otorgado, sustituir el poder con las facultades a ella otorgada, presentar recursos, recibir y retirar toda clase de documentos, formular peticiones que estime pertinentes y todo aquello que conlleve a la buena marcha del presente mandato de conformidad con lo establecido en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Atentamente,



CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO
C.C. No. 14.876.795 de Buga
Representante Legal
Fundación Hospital San José de Buga.

Acepto,



GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
T.P. No. 110.530 del C.S. de la J.



NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE BUGA
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Ante el Notario Segundo del Circulo de Buga compareció

CARLOS GERMANO SANCHEZ N.
14876795

quien se identificó con C.C. 14876795
de BUGA y declaró que el contenido del
presente documento es la suya. 4 ABR 2024 y que la firma que aparece en el

[Signature]

JUAN MANUEL PUENTES GALVIS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE BUGA

HUELLA TOMADA
A SOLICITUD DEL
INTERESADO



Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda

Complications of the appendectomy due to acute appendicitis

Zenén Rodríguez Fernández

Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Informática en Salud.
Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora». Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La apendicectomía por apendicitis aguda es la operación de urgencia más común en los servicios quirúrgicos, pero no está exenta de complicaciones condicionadas por factores poco conocidos, cuya determinación podría disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa. Fue objetivo de esta investigación identificar algunos factores relacionados con la aparición de complicaciones en los pacientes apendicectomizados por apendicitis aguda.

MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo de 560 pacientes apendicectomizados, con diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda, egresados del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba durante el 2006.

RESULTADOS. El 21,6 % de la serie sufrió algún tipo de complicación, principalmente la infección del sitio operatorio. Las complicaciones aumentaron en relación con la edad y se presentaron más frecuentemente en los pacientes con enfermedades asociadas, estado físico más precario, mayor tiempo de evolución preoperatoria, así como en las formas histopatológicas más avanzadas de la afección (en las que se incluyen los 4 pacientes fallecidos). La aparición de tales complicaciones puede ser causa de reintervenciones y de aumento de la estadía hospitalaria.

CONCLUSIONES. El diagnóstico precoz de la enfermedad y la apendicectomía inmediata con una técnica quirúrgica adecuada previenen la aparición de complicaciones posquirúrgicas y determinan el éxito del único tratamiento eficaz contra la afección más común que causa el abdomen agudo, cuyo pronóstico depende en gran medida y entre otros factores, del tiempo de evolución preoperatoria y de la fase en que se encuentre el proceso morboso al realizar la intervención.

Palabras clave: Abdomen agudo, apendicitis, apendicectomía, complicaciones posoperatorias, cirugía, servicios médicos de urgencia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Appendectomy due to acute appendicitis is the commonest urgency operation in surgical services but it is not exempt from complications conditions by not much known factors, whose determination could decrease the morbidity and mortality due to this cause. The aim of present research was to identify some factors related to appearance of complications in patients underwent appendectomy due to acute appendicitis.

METHODS. A prospective, observational and descriptive study was conducted in 560 appendectomy patients histologically diagnosed with acute appendicitis, discharged from the General Surgery Service of the "Saturnino Lora" Teaching Hospital of Santiago de Cuba province during 2006.

RESULTS. The 21,6% suffered some type of complication mainly a infection in operative site. Complications increased in relation to age and were more frequent in patients presenting with associated diseases, with a more precarious status, a longer preoperative course time, as well as in the more advanced histopathological ways of infection including those 4 deceased. Appearance of such complications may be the cause of re-interventions and the length of hospital stay.

CONCLUSIONS. Early diagnosis of disease and the immediate appendectomy using an appropriate surgical technique prevent the appearance of postsurgical complications and determine the success of the only effective treatment against the commonest infection provoking the acute abdomen, whose prognosis depends mainly and among other factors on the preoperative course time and on the phase of the morbid process at intervention.

Key words: Acute abdomen, appendicitis, appendectomy, postoperative complications, surgery, urgent medical services, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Tan pronto se defina el diagnóstico de la apendicitis aguda debe efectuarse la apendicectomía, por cuanto los resultados de la intervención quirúrgica se hallan relacionados con la precocidad de esta última¹⁻³ y con la evolución del proceso inflamatorio apendicular.²⁻⁴

Este proceder está indicado, tanto en los casos confirmados, como en los en que la misma no pueda ser excluida del diagnóstico diferencial, puesto que la morbilidad y mortalidad ocasionadas por una exploración del abdomen, bien a través de la laparotomía convencional o de la videolaparoscópica, son, apreciablemente, menores

que las producidas al dejar evolucionar un apéndice inflamado hacia sus fases más graves (gangrenosa y perforada), sobre todo en niños y ancianos.^{4,5}

Las complicaciones de las intervenciones por apendicitis aguda no son infrecuentes, a pesar de que los avances tecnológicos de la cirugía y de la anestesiología y reanimación, reducen al mínimo el traumatismo operatorio, de la existencia de salas de cuidados intensivos y cuidados intermedios, para la atención de pacientes graves y de que hoy se utilizan antibióticos cada vez más potentes.^{6,7}

Se citan, entre otras, las siguientes: serosidad sanguinolenta en la herida quirúrgica por cuerpo extraño o hemostasia deficiente, abscesos parietal e intraabdominal, hemorragia, flebitis, epiploítis, obstrucción intestinal, fistulas estercoráceas, evisceración y eventración.⁸

En los últimos 50 años ha ocurrido un dramático descenso de la mortalidad asociada a la apendicitis aguda (desde 26,0 hasta menos del 1,0 %). Sin embargo, la morbilidad todavía hoy refleja una alta incidencia de perforaciones (17,0 al 20,0 %) a pesar de los diagnósticos realizados por imágenes y del desarrollo biotecnológico alcanzado.^{6,7}

La apendicetomía por apendicitis aguda continúa siendo hoy la operación de urgencia más frecuente en los servicios quirúrgicos y, a pesar de eso, las causas que condicionan sus complicaciones son aún poco conocidas, por lo que su determinación sería importante para disminuir la morbilidad y mortalidad posoperatorias,⁷⁻⁹ razón que justifica este trabajo, cuyo objetivo fue identificar algunos factores relacionados con la aparición de complicaciones en los pacientes apendicetomizados por esta enfermedad tan común, en especial los concernientes a: edad, enfermedades asociadas, estado físico, tiempo de evolución preoperatoria, formas anatomopatológicas, causas de reintervenciones, estadía hospitalaria y estado al egreso.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo de 560 pacientes apendicetomizados en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba, egresados con el diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda durante el año 2006.

Para eso se realizaron las coordinaciones pertinentes con los departamentos de Estadísticas y Anatomía Patológica de la citada unidad, con la finalidad de revisar las historias clínicas de los pacientes, así como los resultados de las biopsias y necropsias.

Se excluyeron los casos que luego del ingreso por una presunta apendicitis aguda, egresaron con otro diagnóstico y se incluyeron los que ingresaron por otro dictamen médico y egresaron con la confirmación histopatológica de la enfermedad.

Del total de la serie, 118 presentaron complicaciones posoperatorias. El dato primario se recogió en una encuesta y se procesó en forma computadorizada. Los resultados fueron validados mediante la prueba de ji al cuadrado de independencia, siempre con un error máximo permisible de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que en los 108 pacientes (21,1 %) con complicaciones, la infección del sitio operatorio incisional superficial (herida) fue la de mayor frecuencia (16,1 %), seguida de la dehiscencia de la herida (3,9 %) y otras en menor escala. Hubo pacientes con más de una complicación.

Tabla 1. Distribución de pacientes según complicaciones

Complicaciones posoperatorias	No.	%*
De la pared		
Infección del sitio operatorio (herida)	90	16,1
Dehiscencia de la herida	22	3,9
Evisceración	1	0,2
Gastrointestinales		
Íleo paralítico	15	2,7
Dilatación aguda gástrica	1	0,2
Oclusión intestinal por bridas	1	0,2
Urinarias		
Infección urinaria	10	1,8
Respiratorias		
Bronconeumonía	8	1,5
Serosa peritoneal		
Absceso subfrénico derecho	2	0,3
Absceso del saco de Douglas	1	0,2
Abscesos múltiples interasas	1	0,2
Otras		
Sepsis generalizada	4	0,7
Tromboflebitis en miembro inferior derecho	2	0,3
Flebitis en miembros superiores	5	0,9
Total	165	29,6

* % respecto al total de la serie.

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 2 muestra que el 43,8 y el 75,8 % de los casos con apendicitis gangrenosa y perforada respectivamente, evolucionaron con complicaciones posoperatorias mientras que solo el 10,6 y el 14,7 % de los que tenían las formas temprana y supurada respectivamente, las presentaron.

Tabla 2. Distribución de pacientes según diagnóstico anatomopatológico y complicaciones

Complicaciones	Formas anatomopatológicas									
	Temprana		Supurada		Gangrenosa		Perforada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Con complicaciones	9	10,6	55	14,7	32	43,8	22	75,8	118	21,1
Sin complicaciones	76	89,4	318	85,3	41	56,2	7	24,2	442	78,9
Total	85	15,2	373	66,6	73	13,0	29	5,2	560	100,0

$p < 0,01$.

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 3 se observa que el 66,6 % de la serie corresponde a pacientes menores de 30 años y la mediana de edad resultó mucho menor en los casos sin complicaciones que en los que la presentaron, a pesar que la distribución porcentual por grupos etarios es similar para ambos casos.

Tabla 3. Distribución de pacientes según complicaciones y edad

Edad (años)	Con complicaciones		Sin complicaciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	36	30,5	164	37,1	200	35,7
20 - 29	22	18,7	151	34,2	173	30,9
30 - 39	27	22,9	61	13,8	88	15,7
40 - 49	11	9,3	35	7,9	46	8,2
50 - 59	10	8,5	10	2,3	20	3,6
60 - 69	7	5,9	14	3,2	21	3,7
70 - 79	5	4,2	7	1,5	12	2,2
Total	118	21,1	442	78,9	560	100,0
Mediana	34,5		24,3		25,5	

$p < 0,01$.

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 4 muestra que las enfermedades asociadas predominantes fueron hipertensión arterial, asma bronquial y úlcera duodenal seguidas de otras en menor escala y en el 36,7 % de los pacientes que las padecían se presentó algún tipo de complicación.

Tabla 4. Distribución de pacientes según enfermedades asociadas y complicaciones

Enfermedades asociadas	No.	%
Hipertensión arterial	32	5,7
Enfermedad bronquial alérgica (asma)	28	5,0

Úlcera péptica duodenal				14	2,5	
Cardiopatías				7	1,2	
Infección urinaria				7	1,2	
Otras				30	5,5	
Complicaciones	Con enfermedades asociadas		Sin enfermedades asociadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con complicaciones	40	36,7	78	17,3	118	21.1
Sin complicaciones	69	63,3	373	82,7	442	78.9
Total	109	19,5	451	80,5	560	100,0

$p < 0,01$.

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 5 se advierte que la mediana del tiempo de evolución preoperatoria fue mayor (50,6 h) en los casos que presentaron complicaciones en comparación, con los que no se constataron (42,1 h), resultados estadísticamente significativos.

Tabla 5. Distribución de pacientes según tiempo de evolución preoperatoria y complicaciones

Tiempo de evolución preoperatoria (horas)	Con complicaciones		Sin complicaciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 12	3	2,5	12	2,7	15	2,7
13 - 24	8	6,8	89	20,1	97	17,3
25 - 36	16	14,5	89	20,1	105	18,8
37 - 48	19	16,1	165	37,4	184	32,8
49 - 60	20	16,9	12	2,7	32	5,7
61 - 72	20	16,9	10	2,3	30	5,3
Más de 72	32	27,1	65	14,7	97	17,4
Total	118	21,1	442	78,9	560	100,0
Mediana	50,6		42,1		45,5	

$p < 0,01$.

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

Según diversos trabajos, las complicaciones luego de una apendicectomía por apendicitis aguda tienen lugar en cerca del 20,0 % de los pacientes.⁷⁻¹⁰ Todos afirman que la infección del sitio operatorio es la complicación más frecuente de la

apendicectomía, la que ocurre en 30,0 a 50,0 % de los intervenidos, seguida de los abscesos intraabdominales y de las gastrointestinales (íleo paralítico posoperatorio).

En esta casuística, las complicaciones se produjeron en 118 enfermos, para el 21,1 % del total. Aquí también las infecciones de la pared fueron las de mayor frecuencia, encabezadas por la incisional superficial y la dehiscencia de la herida quirúrgica, seguidas del íleo paralítico, la infección urinaria y la bronconeumonía en ese orden.

Algunos autores¹⁰⁻¹² opinan que la infección del sitio operatorio depende de muchos factores, entre los que se citan: la virulencia del germen causal, la respuesta del paciente a la infección, la habilidad del cirujano, el criterio para determinar que existe una infección, así como el estado del apéndice en el acto quirúrgico, señalando que la frecuencia de esta complicación abarca desde el 5,0 % para las apendicitis tempranas hasta el 75,0 % de las perforadas.^{13,14} No obstante, el 4,4 % de los pacientes, en los cuales se constató infección del sitio quirúrgico tenían apendicitis agudas tempranas; el 13,7, 30,8 y 37,8 %, supuradas, gangrenosas y perforadas, respectivamente.

Estos resultados ponen de manifiesto con gran significación estadística cómo el porcentaje de complicaciones se eleva a medida que aparecen los estadios más graves de esta afección, pues el 10,6 % de los enfermos con apendicitis aguda temprana sufrió complicaciones, así como también el 14,7 % de los que presentaron la forma supurada y el 43,8 y el 75,8 % de los que tenían las variedades gangrenosa y perforada, respectivamente.

La vía de acceso utilizada en el grupo mayoritario de esta casuística fue la incisión paramedia derecha infraumbilical, que se practicó en 277 de estos (49,5 %), seguida de la videolaparoscópica en 169 (30,2 %) y la de Mc Burney en 114 (20,3 %).

Se presentó infección del sitio operatorio en 65 pacientes (23,4 %) con incisiones paramedias derechas infraumbilicales, en 15 (13,2 %) con incisiones de Mc Burney y 10 (5,9 %) en las de videolaparoscopia, es decir, predominó la infección del sitio quirúrgico en incisiones paramedias.

Aunque no es objetivo de este estudio comparar la cirugía videolaparoscópica con la laparotomía convencional,^{15,16} hubo necesidad de convertir cuatro intervenciones videolaparoscópicas iniciales (2,4 %), en las que fueron realizadas incisiones paramedias derechas infraumbilicales, dos de las cuales se infectaron.

La indicación de la vía laparoscópica se decidió por el especialista, sin un protocolo establecido y por comenzar a realizarse este tipo de cirugía en urgencias en el hospital, se seleccionaron pacientes, en los cuales no había dudas diagnósticas, especialmente varones delgados o en los de acceso dificultoso (obesos, laparotomizados), y no se efectuó en los de diagnóstico incierto (mujeres, edad avanzada) a diferencia de otras series.¹⁶⁻¹⁹

Se considera importante señalar una posible complicación específica tras apendicectomía laparoscópica (*postlaparoscopic appendectomy complication*; PLAC, por sus siglas en inglés) descrita por Serour en 2005.^{17,18} Se trata de una infección intraabdominal, sin formación de absceso, desarrollada en pacientes dados de alta tras un posoperatorio sin incidencias, cuyos criterios para el diagnóstico son:

- Clínico: apendicectomía no complicada, estado asintomático al egreso hospitalario, aparición de dolor en cuadrante inferior derecho, fiebre y leucocitosis luego del alta.
- Anatomopatológico: apendicitis no complicada; se excluyen las gangrenosas o perforadas.
- Ecográfico: asas de intestino con paredes engrosadas, grasa mesentérica edematosa o líquido libre, sin imagen evidente de colección intraperitoneal.

Según estos criterios, se encontraron 4 casos, que representan el 2,4 % del total de las apendicectomías laparoscópicas. Todos reingresaron y se recuperaron después 7 u 8 días de tratamiento antibiótico de amplio espectro; ninguno precisó reintervención o drenaje externo.

Estos resultados obliga a considerar que la forma histopatológica no es la única que incide en la aparición de la infección del sitio operatorio y que la aplicación de un procedimiento quirúrgico idóneo deviene factor decisivo en la prevención de esta.

Otros autores^{16,19,20} expresan al respecto que la profilaxis fundamental de la infección del sitio quirúrgico se basa en una técnica operatoria adecuada, la cual se minusvalora frecuentemente en la actualidad.

La apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, como ocurre en este estudio, por cuanto, el análisis de los distintos grupos de edades arrojó diferencias estadísticamente significativas, pues aunque la distribución porcentual de los pacientes que presentaron complicaciones fue bastante similar a la de aquellos en que no se constataron, la mediana de edad resultó considerablemente menor en éstos últimos (34,5 y 24,3 años respectivamente). Otros autores^{4,21} plantean un incremento notable de las complicaciones paralelamente con la edad.

Las complicaciones posoperatorias aparecieron en esta serie sin apenas diferencia en ambos sexos (el 19,9 % en el femenino y el 22,5 % en el masculino). Estos hallazgos concuerdan con los de algunos trabajos,^{4,22} aunque otros notifican mayor número de complicaciones en los hombres.^{8,4,12}

Es oportuno señalar que en un tercio de las féminas que se complicaron se constató inflamación pélvica durante la intervención. Es significativo también que en el período de estudio fueron laparotomizadas 18 gestantes por apendicitis aguda en fases temprana o supurada durante el primer o segundo trimestres de embarazo, en las cuales no se evidenciaron complicaciones después de la apendicectomía.

Las enfermedades asociadas contribuyen, de manera marcada, al aumento de la morbilidad y la mortalidad posoperatorias en todas las edades, pero en particular en los mayores de 60 años.^{4,12,13,22}

Las afecciones concomitantes más frecuentes en esta casuística fueron: la hipertensión arterial y el asma bronquial, seguidas en orden descendente por la úlcera péptica duodenal, las cardiopatías, la infección urinaria y otras en proporción menor.

De los pacientes con enfermedades asociadas, en 40 (36,7 %) tuvo lugar algún tipo de complicación, mientras que esto solo ocurrió en 78 (17,3 %) de los que no padecían de ninguna afección concomitante.

Casi la totalidad de los pacientes con complicaciones tenían un estado físico preoperatorio catalogado ASA IIe y ASA IIIe, según la clasificación establecida por la Sociedad Americana de Anestesiología (*American Society of Anaesthesiology*; ASA, por sus siglas en inglés) que corresponde en ambos grupos para operados de urgencia (e) y en el primero incluye los ancianos y pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante relacionada o no con la causa de la intervención y en el segundo aquellos con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante o varias afecciones concomitantes compensadas.

La significación estadística de este resultado evidencia que los pacientes que se intervienen con un estado físico más precario tienen peor pronóstico, porque aumentan las posibilidades de presentar complicaciones posoperatorias, lo que coincidió con otros reportes.^{23,24}

Respecto a la aparición de complicaciones posquirúrgicas en relación con el tiempo de evolución preoperatoria, se encontró que este fue mayor (50,6 h) en el grupo de pacientes en que se constataron, en comparación con aquellos en los que no acontecieron (42,1 h), resultado de gran significación desde el punto de vista estadístico.

Esta serie evidenció que el número de complicaciones posoperatorias comienza a aumentar a partir de las 48 h de evolución de la enfermedad hasta alcanzar el mayor porcentaje en los pacientes con más de 72 (27,1 %).

Varios autores¹²⁻¹⁴ aseveran que la demora en el tratamiento quirúrgico fue la principal causa de complicaciones y de mortalidad posoperatoria en sus casuísticas, pues eso permite la progresión del proceso inflamatorio apendicular y la presentación de las formas más graves de la afección, con riesgo evidente para la vida del paciente. Resalta el hecho de que en esta serie, solo se complicaron 3 casos (2,5 %) de los operados antes de las 12 h del comienzo de las manifestaciones clínicas.

En esta serie se reportaron 6 accidentes quirúrgicos (4 perforaciones de asas delgadas y 2 deserosamientos de ciego), pero estos no guardan relación con la presencia de complicaciones. No obstante, fueron reintervenidos 24 integrantes (4,3 %), en su gran mayoría (18) por dehiscencia de la herida quirúrgica y el resto a causa de evisceración (1), oclusión intestinal por bridas (1), absceso del saco de Douglas (1) y absceso subfrénico derecho (2). Otros autores^{6,20,25} reportan reintervenciones debido fundamentalmente a abscesos intraabdominales y evisceración.

En 230 de estos pacientes la estadía hospitalaria fluctuó entre 5 y 9 días y de estos el 7,2 % sufrió complicaciones; hecho que no sucedió en ninguno de los 188 cuyo tiempo de hospitalización fue de 4 días o menos.

En la totalidad de los operados con 10 días o más de estadía aparecieron complicaciones. La mediana de los días de estadía ascendió a 5,5 para toda la casuística, pero conviene destacar que se elevó significativamente a 14,5 en los pacientes con complicaciones y que fue de 4,9 en los que evolucionaron sin ellas. Estos resultados coinciden con otras publicaciones.^{21,22}

Es importante señalar que egresaron vivos 556 enfermos, que representan 99,3 % del total de esta serie, los cuales no presentaron complicaciones sépticas intraabdominales, a diferencia de otros reportes^{18,19} lo que se atribuye a la aplicación

de antibioticoterapia de amplio espectro, como parte de la preparación preoperatoria de urgencia, el lavado adecuado de la cavidad peritoneal con soluciones antisépticas durante la intervención y la utilización de drenajes intracavitarios exteriorizados por contrabertura de la pared abdominal en los pacientes en que se consideró necesario, así como el traslado inmediato de los graves operados a las salas de cuidados intensivos y cuidados intermedios una vez terminada la intervención y la recuperación anestésica.

Con respecto a los 4 fallecidos de esta serie, todos eran hombres cuya edad promedio fue de 69 años (límites extremos entre 63 y 85), con afecciones asociadas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, diabetes mellitus y cardiopatía hipertensiva, respectivamente, clasificados con estado físico ASA IVe por tener una enfermedad sistémica grave e incapacitante, con amenaza para la vida. En todos, el tiempo de evolución preoperatoria del proceso inflamatorio apendicular rebasó las 72 h por causas extrahospitalarias y en ninguno se reportaron accidentes quirúrgicos. Durante la laparotomía convencional se comprobó en 2 la forma gangrenosa de la enfermedad y en igual número la perforada. Dos de estos fueron operados una sola vez y los otros 2 reintervenidos, uno a causa de evisceración y el otro en dos ocasiones debido a oclusión intestinal por bridas y absceso subfrénico derecho, respectivamente.

El promedio de estadía de los fallecidos alcanzó 13,5 días (con variaciones entre 7 y 23). La causa básica de la muerte fue la sepsis: generalizada y respiratoria en 2 de los adultos mayores, respectivamente.

Esta casuística representa el 16,8 % de los pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General del hospital durante 2006, así como el 19,4 % de las operaciones clasificadas como cirugía mayor y el 33,2 % de las ejecutadas con urgencia.

Los 4 fallecidos constituyen el 3,4 % del total de defunciones ocurridas en dicho servicio durante el período de estudio, así como el 0,7 de los que habían sido operados por apendicitis aguda.

Estos datos corroboran la frecuencia y gravedad de esta afección que, a pesar de ser la causa más común de abdomen agudo y de la cirugía mayor de urgencia, todavía cobra vidas humanas de modo innecesario y constituye un tema de actualidad por su gran repercusión económica, social y científica, como se recoge en toda la bibliografía consultada.^{1,2,12,13}

A modo de resumen, se coincide con lo expuesto por otros trabajos,^{12,13,23-26} donde se señala una correlación entre la edad, la presencia de enfermedades asociadas, el estado físico precario, el tiempo de evolución preoperatoria prolongado, las formas histopatológicas más graves, y la aparición de complicaciones mayoritariamente sépticas en los pacientes apendicetomizados por apendicitis aguda, las cuales aumentan la estadía hospitalaria y pueden ser causas de reintervenciones y de lamentables pérdidas humanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shelton T, McKinlay R, Swchwatz RW. Acute appendicitis: Current diagnosis and treatment. *Current Surgery*. 2003;60(5):502-5.
2. Zinner MJ, Ashley SW. Chapter 21. Appendix and Appendectomy, Maingot's Abdominal Operations. USA: The McGraw-Hill's Companies, Access surgery; 2007.
3. Apendicitis aguda. T 1, S 2, Enfermedades digestivas. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11ª ed. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2007. Pp.108-10.
4. Álvarez R, Bustos A, Torres O, Cancino A. Apendicitis aguda en mayores de 70 años. *Rev Chil Cir*. 2002;54:345-9.
5. Meier D, Guzzetap, Barber R, Hynan L, Seetharanaiah R. Perforated appendicitis in children: is there a best treatment? *J Pediatr Surg*. 2004;39:1447.
6. Pittman-Waller VA, Myers JG, Stewart RM et al. Appendicitis: why so complicated? Analysis of 5755 consecutive appendectomies. *Am Surg*. 2000;66:548-54.
7. Marques S, Barroso S, Alves O, Magalhaes G, Costa AC, Fernando A. Fatores de risco as complicações após apendicectomias em adultos: *Rev Bras Coloproctol*. [Seriada en Internet] 2007;27(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802007000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Henderson WG, Daley J, Khuri SF. Risk factors for outcomes after the surgical treatment of appendicitis in adults. *Ann Surg*. 2003;238:59-66.
9. Earley SA, Pryor JP, Kim PK, Hedrick, JH, Kurichi JE, Minogue AM, Reilly PM, Schwab CW. An acute care surgery model improves outcomes in patients with appendicitis. *Ann Surg*. 2006;244:498-504.
10. Patiño JF, Escallón-Mainwaring J, Quintero G, et al. Herida e infección quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos. Comité de Infecciones de la Federación Latinoamericana de Cirugía. Santafé de Bogotá, Colombia; 2001.
11. Tapia C, Castillo R, Ramos O., Morales J, Blacud R, Vega R, Silva F. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados. *Rev Chil Cir*. 2006;58(3):181-6.
12. Storm-Dickerson TL, H.M., What have we learned over the past 20 years about appendicitis in the elderly? *Am J Surg*. 2003;185:198-201.
13. Blomquist PG, Andersson RE, Granath F, et al. Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-1996. *Ann Surg*. 2001; 233:455-60.
14. Bickell NA, Aufses AH JR, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg*. 2006;202:401-6.
15. Faife B, Almeida R, Fernández A, Torres R, Martínez MA, Ruiz J. Apendicectomía por vía videolaparoscópica y convencional. Estudio comparativo. *Rev Cubana Cir*.

[Seriada en Internet]. 2006; 45(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Guller U, Hervey S, Purves H. Laparoscopic versus open appendectomy outcomes comparison based on a large administrative database. *Ann Surg*. 2004; 239:43-52.

17. Serour F, Witzling M, Gorenstein A. Is laparoscopic appendectomy in children associated with an uncommon postoperative complication? *Surg Endosc*. 2005; 19:919-22.

18. Soler-Dorda G, *et al*. Complicaciones sépticas intrabdominales tras apendicectomía laparoscópica: descripción de una posible nueva complicación específica de la apendicectomía laparoscópica. Hospital Comarcal de Laredo, Cantabria, España. *Cir Esp*. 2007;82(1):21-6.

19. Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, García del Caño J, Garay M, Viciano V, *et al*. Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. *Cir Esp*. 2005;78:312-7.

20. Jirjoss E, Prado AO, Kassab P. Apendicectomía convencional: qual a melhor incisão? *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo* [Seriada en Internet]. 2004;50(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100012&lng=es

21. Brenner AS, Santón S, Virmond F, Boursheid T, Valarini R, Rydygier R. Apendicectomía em pacientes com idade superior a 40 anos análise dos resultados de 217 casos. *Rev Bras Coloproctol*. ISSN 0101-9880. Río de Janeiro. [Seriada en Internet]. 2006; 26(2). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

22. Tote SP, Grounds RM. Performing preoperative optimization of the high risk surgical patient. *BJ of Anaesth*, 2006; 97(1):4-11.

23. Pearse R, Dawson D, Fawcett CJ, Rhodes A, Grounds RM, Bennett ED. Early goal directed therapy after major surgery reduces complications and duration of hospital stay. A randomized, controlled trial. *Crit Care*. 2005; 9: 687-93.

24. García ME, Gil L, Pérez R, García A. Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. *Rev Cubana Med Mil*. [Seriada en Internet]. 2005; 34(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25. García A, Pardo G. Cirugía. T3, Cap. VIII. Apendicitis aguda en: *Enfermedades quirúrgicas del abdomen*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. Pp. 1090-4.

26. Soler R. Abdomen agudo no traumático. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. Pp. 22-34.