

RV: CONTESTACION 05001310301420210004200 LEIDY MOSQUERA

Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 15/12/2021 13:00

Para: Christian Acevedo Mejia <cacevedm@cendoj.ramajudicial.gov.co>



*Consejo Superior
de la Judicatura*

Julián Mazo Bedoya

Secretario
Juzgado 14 Civil Circuito de Oralidad de Medellin
Seccional Antioquia-Chocó

✉ ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co

☎ Teléfono: +57-2 32 15 92

📍 Carrera. 52 42-73 Piso 13 Of. 1307
Medellín Antioquia

De: Ana Morales Medellin <anmamopa509@gmail.com>

Enviado: miércoles, 15 de diciembre de 2021 11:59 a. m.

Para: Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>; marcelarodriguezr5@gmail.com <marcelarodriguezr5@gmail.com>; Angela Maria Rojas Rodriguez <AngelaRoR@saludtotal.com.co>; Angelamaria-rojas@hotmail.com <Angelamaria-rojas@hotmail.com>; asistentedireccionejecutiva@virreysolis.com.co <asistentedireccionejecutiva@virreysolis.com.co>; mrojasa@equipojuridico.com.co <mrojasa@equipojuridico.com.co>

Asunto: CONTESTACION 05001310301420210004200 LEIDY MOSQUERA

Medellín, diciembre de 2021

Señora juez

MURIEL MASSA ACOSTA

JUZGADO CATORCE (14) CIVIL CIRCUITO DE MEDELLÍN

PROCESO: DECLARATIVO VERBAL- RESPONSABILIDAD CIVIL

RADICADO: 05001310301420210004200

DEMANDANTE: REGINA ESTHER TABORDA

DEMANDADO: SALUD TOTAL EPS

LLAMANTE: MEDICALL TALENTO HUMANO SAS

LLAMADO: LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO

ANA MARÍA MORALES PALACIOS, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.017.128.868 de Medellín, abogada titulada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No.201.112 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada Judicial de la doctora

LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO, también mayor, domiciliada y residente en Medellín, llamada en garantía en el proceso de la referencia, dentro de la oportunidad procesal por medio del presente mensaje de datos me permito radicar memorial en el cual se contesta la demanda y el llamamiento.

ANA MARÍA MORALES PALACIOS

C.C. 1.017.128.868 de Medellín

T.P. 201.102 del C.S.J.

Medellín, diciembre de 2021

Señora juez

MURIEL MASSA ACOSTA

JUZGADO CATORCE (14) CIVIL CIRCUITO DE MEDELLIN

PROCESO: DECLARATIVO VERBAL- RESPONSABILIDAD CIVIL

RADICADO: 05001310301420210004200

DEMANDANTE: REGINA ESTHER TABORDA

DEMANDADO: SALUD TOTAL EPS

LLAMANTE: MEDICALL TALENTO HUMANO SAS

LLAMADO: LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO

ANA MARÍA MORALES PALACIOS, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.017.128.868 de Medellín, abogada titulada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No.201.112 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada Judicial de la doctora **LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO**, también mayor, domiciliada y residente en Medellín, llamada en garantía en el proceso de la referencia, dentro de la oportunidad procesal por medio del presente escrito me permito contestar la demanda y el llamamiento en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

AL HECHO 1: NO LE CONSTA a mi representada la fecha ni el lugar de nacimiento de la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO, ni mucho menos como está conformada su familia. Deberá probarse.

AL HECHO 2: NO LE CONSTA a mi representada cuántas relaciones ha sostenido la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO, ni con quiénes y muchos menos cuántos hijos se engendraron de las mismas. Deberá probarse.

AL HECHO 3: NO LE CONSTA a mi representada en qué se desempeñaba la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO, ni cuánto devengaba. Deberá probarse.

AL HECHO 4: NO LE CONSTA a mi representada que la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO desde el mes de septiembre de 2014 hubiera presentado tos persistente que hayan sido el motivo de consulta en reiteradas ocasiones en la IPS VIRREY SOLIS S.A, toda vez que mi representada solo atendió a la paciente en una única oportunidad. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica, que no en todas las consultas realizadas la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO haya presentado tos persistente.

Es pertinente indicar que, en la historia clínica y de manera puntual en la consulta realizada por mi representada, doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO realizada el 23 de abril de 2016, en la cual la paciente consulta por presentar tos, se puede observar lo siguiente:

“Análisis y Plan de Manejo:

PACIENTE CON TOS DE 1 MES DE EVOLUCION, BACILOSCOPIA NEGATIVA, NO SINTOMAS DISPEPTICOS, POR LO CUAL SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX, SE ENVIA MEDICACION PARA ATOPIA, YA QUE LA PACIENTE REFIERE QUE EMPEORA CON EL FRIO, SE MEDICA LORATADINA TAB Y B DE IPATROPIO INHALADOR, SE RECOMIENDA ABRIGAR BIEN, TOMAR MUCHO LIQUIDO, CITA CON RESULTADOS, CONSULTAR POR URGENCIAS SI DIFICULTAD PARA RESPIRAR O CIANOSIS.”

Conforme a lo anterior, al momento de la evaluación de mi representada la paciente presentaba diagnósticos de neumonía a repetición, y en el momento tenía tos seca, persistente, que empeoraba con el clima, lo cual sugería un cuadro atípico, sin dificultad para respirar y baciloscopias negativas, solicitadas con anterioridad por ser sintomática respiratoria, toda vez que por definición en un paciente con tos y expectoración mayor de 15 días, se debe descartar tuberculosis pulmonar mediante dicho examen.

Respecto a los antecedentes relatados, se observa lo siguiente:

“Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: PRECLAMPSIA, PNEUMONIA Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo (04/23/2016 13:39:27)

Hospitalarios: PNEUMONIA Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo (04/23/2016 13:39:27)

Tóxicos: **NO FUMA, NO LICOR** Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo (04/23/2016 13:39:27)

Tabaquismo

Tabaquismo: **No**

Exp Pasiva a Tabaco: No”

En la historia clínica se observa que la paciente había relatado en cierta oportunidad en el año 2015 que era fumadora, al fumarse 3 cigarrillos al

día, como consta en la consulta del 14 de marzo de 2015, pero al ser un hábito, la paciente lo pudo dejar, así como le informó a mi representada que, para el mes de abril de 2016, no era fumadora.

Además, se observa en la historia clínica que no relató ningún antecedente familiar relacionado con cáncer.

Es preciso referirme a lo ordenado por mi representada en ésta única consulta en que tuvo la oportunidad de atender a la paciente, quien, por lo descrito, no presentaba factores de riesgo como tabaquismo o ser fumadora pasiva, por lo cual se le envió tratamiento sintomático y se dio la orden de la realización de la ayuda diagnóstica que se hacía pertinente para ese preciso momento con el fin de evaluar la parte pulmonar, toda vez que se le había realizado una radiografía el año anterior, por lo cual se hacía necesario su actualización. Se observa en la historia clínica la orden dada:

“ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (8711210000) Rayos X RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)

Observación: TOS”

En la historia clínica que aportó Virrey Solís con la contestación de la demanda, vemos que se inserta el resultado de tal ayuda diagnóstica en esa misma atención, pero es claro que no es posible que dicha ayuda se haya realizado ese mismo día y mucho menos que se haya leído por el especialista en radiología.

Conforme a los anexos que se aportaron con la demanda, es claro que la radiografía de tórax ordenada el 23 de abril de 2016 por mi representada, se realizó el día 6 de mayo de 2016, como consta en la lectura de la misma realizada por JAIME SERRATO, médico radiólogo quien realizó el reporte de su lectura el día 16 de mayo del mismo año.

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit
Derecho Procesal Civil Universidad Externado

SALUD TOTAL E.P.S.	
RESULTADO AYUDA DIAGNOSTICA	
Nombre: REGINA ESTHER TABORDA GUISAO	Contrato: 87323356 (Documento: 1038333073)
Edad: 29 Años	Sexo: Femenino
Ips: VS SAN DIEGO	Fecha Servicio: 05/06/2016
Fecha Resultado: 05/16/2016	Servicio: (RX-TORAX-871121A) TORAX RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT-OBLICUAS) (CUPS 871121 /ISS 871121)
RX TORAX:	
Se observan discretas opacidades lineales y reticulares en la base pulmonar derecha, posiblemente relacionadas con proceso bronquítico. No se observan zonas de consolidación ni signos derrame pleural.	
Silueta cardiaca de tamaño y configuración normales.	
Mediastino superior de amplitud normal.	
Estructuras óseas de la pared torácica de aspecto usual para la edad.	
Jaime Serrato RADIOLOGISTICO Reg. Medico No.: 79344229 Transcrito Por: AnaSH	

El nombre de mi representada aparece en muchas partes de la historia clínica, pero siempre con la fecha en paréntesis del 23 de abril de 2016, lo que se explica porque nadie aparentemente renueva sus antecedentes personales en las consultas posteriores, y como fue la última doctora que lo hizo, siempre aparece su nombre.

En este orden de ideas, mi representada solo atendió a la paciente el 23 de abril de 2016, pues como profesional, no fue posible hacerle un seguimiento del estudio solicitado y su posterior evolución, toda vez que en dicha institución no existía la figura del médico de familia o de cabecera, como se utiliza en otras instituciones, motivo por la cual no era el mismo profesional el que evaluaba la paciente cada que vez que consultaba.

AL HECHO 5: NO LE CONSTA a mi representada que la señora REGINA ESTHER TABORDA GUISAO haya explicado que había sido fumadora, y que en su familia existían antecedentes de cáncer. Deberá probarse.

Es pertinente indicar que, en la historia clínica y de manera puntual en la única atención realizada por mi representada, doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO realizada el 23 de abril de 2016, en la cual la paciente consulta por presentar tos, se puede observar lo siguiente:

“Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: Si
Patológicos: PRECLAMPSIA, PNEUMONIA Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo (04/23/2016 13:39:27)
Hospitalarios: PNEUMONIA Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo (04/23/2016 13:39:27)

Tóxicos: **NO FUMA, NO LICOR** Dr(a). Leidy Giannina Mosquera Giraldo
(04/23/2016 13:39:27)

Tabaquismo

Tabaquismo: **No**

Exp Pasiva a Tabaco: No"

En la historia clínica se observa que la paciente había relatado en cierta oportunidad en el año 2015 que era fumadora, al fumarse 3 cigarrillos al día, como consta en la consulta del 14 de marzo de 2015, pero al ser un hábito, la paciente lo pudo dejar, así como le informó a mi representada que, para el mes de abril de 2016, no era fumadora.

AL HECHO 6: NO ES CIERTO que, en las consultas realizadas por la paciente, no se obtenía un diagnóstico certero. Si bien no se estableció en las consultas realizadas en las instituciones de la red de salud total SALUD TOTAL EPS-S S.A el diagnóstico de adenocarcinoma, los diagnósticos de neumonía, faringitis, tos, y en sí, los relacionados con afectaciones respiratorias, estaban plenamente soportados por la sintomatología de la paciente, los exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas.

Por lo anterior, resulta claro que la paciente al momento de consultar presentaba sintomatologías respiratorias donde predominaba la tos seca, fiebre y el malestar general sin que presentara otros síntomas asociados que pudieron haber hecho pensar a los profesionales que la atendieron en un posible diagnóstico de cáncer de pulmón o estar cursando por alguna de sus etapas, aunado al hecho de la corta edad que tenía la paciente al momento de las consultas y a la no manifestación de su antecedente familiar de cáncer de pulmón.

AL HECHO 7: Antitécnicamente se narran varios hechos en un mismo numeral por lo cual procederé a pronunciarme sobre éstos por separado.

NO LE CONSTA a mi representada que la señora REGINA ESTHER TABORDA GUISAO haya consultado de manera ininterrumpida ni que no hubiera tenido mejoría en los síntomas. Deberá probarse.

Como se indicó antes, se observa en la historia clínica, que no en todas las consultas realizadas la señora REGINA ESTHER TABORDA GUISAO haya presentado tos persistente.

Se observa en la historia que la paciente tuvo varias consultas por presentar una sintomatología respiratoria muy similar, por las cuales se le dio inicialmente un tratamiento médico propio para el resfriado común y

bronquitis, y posteriormente ante la reaparición del cuadro clínico consistente en sintomatología respiratoria se le solicitaron los exámenes paraclínicos adecuados para el estudio de dichos síntomas entre los cuales se observan baciloscopia, inmunoglobulinas, radiografías, cultivo de esputo y cuadro hemático.

En este orden de ideas, es preciso afirmar que, de acuerdo con los síntomas y resultados de exámenes paraclínicos, se le dio tratamiento adecuado para neumonía adquirida en la comunidad que efectivamente presentó la paciente.

Conforme a la historia clínica, ES CIERTO que posteriormente se le diagnóstico a la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO un adenocarcinoma en su pulmón.

AL HECHO 8: NO LE CONSTA a mi representada que se haya intervenido quirúrgicamente a la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO, ni que hoy continúe en controles de oncología, toda vez que mi representada no ha participado en ninguna atención medica posterior a la del 23 de abril de 2016. Deberá probarse.

Aun así, se observa en la historia clínica que efectivamente la paciente tuvo intervención quirúrgica debido a su adenocarcinoma en su pulmón y que ha tenido controles médicos.

AL HECHO 9: NO ES UN HECHO. Lo descrito corresponde a una transcripción del documento que se adjunta con la demanda.

Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

Aun así, es preciso indicar que, como se demostrará en el debate probatorio, en las consultas realizadas a la paciente se le ofreció un manejo adecuado, toda vez que los diagnósticos estaban plenamente soportados por la sintomatología de la paciente, los exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas.

AL HECHO 10: NO ES CIERTO toda vez que la pérdida pulmonar es consecuencia de su patología de base, en este caso un adenocarcinoma de pulmón.

Es importante precisar que el tratamiento de los estadios iniciales del adenocarcinoma de pulmón siempre es quirúrgico por lo que un diagnóstico previo a la fecha en que se realizó hubiera requerido en

cualquier caso la cirugía pulmonar realizada. Además, la mayoría de tumores pulmonares en estadios iniciales no presentan síntomas o son tan inespecíficos que su diagnóstico es de alta complejidad.

No se debe perder de vista que la paciente tenía un factor de riesgo para cáncer pulmonar debido a su hábito de tabaquismo y a su antecedente familiar, que no fue informado.

AL HECHO 11: NO ES UN HECHO. Lo descrito corresponde a una transcripción del documento que se adjunta con la demanda.

Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

AL HECHO 12: NO LE CONSTA a mi representada los supuestos perjuicios patrimoniales en cabeza de la demandante REGINA ESTHER TABORDA GUIAO que se relatan como consecuencia de los traslados y cargos de alimentación que debió asumir a fin de efectuar los cuidados de su hospitalización al colaborarle a las personas que la cuidaron. Deberán probarse.

AL HECHO 13: NO LE CONSTA a mi representada los supuestos perjuicios patrimoniales en cabeza de la demandante REGINA ESTHER TABORDA GUIAO que se relatan como consecuencia de lo que dejó de percibir por su estado médico. Deberán probarse

AL HECHO 14: NO LE CONSTA a mi representada los supuestos perjuicios extrapatrimoniales consistentes en la tristeza, angustia y dolor de los demandantes. Deberá probarse.

AL HECHO 15: NO LE CONSTA a mi representada los supuestos perjuicios extrapatrimoniales relacionados con la vida de relación de la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO y del señor OSCAR CASTRILLÓN JIMÉNEZ, y mucho menos que la extracción del pulmón se haya dado por no haber respetado el protocolo médico. Deberá probarse.

AL HECHO 16: NO ES UN HECHO. Lo relatado corresponde a manifestaciones subjetivas de la parte actora y a juicios de responsabilidad, desconociendo que es precisamente con ocasión de este proceso que el juzgador competente determinará si hay o no lugar a los mismos.

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda, y objeto las cuantías solicitadas, toda vez que lo perjuicios cuya indemnización se pretende tienen como fundamento unos supuestos fácticos que no corresponden con la realidad científica y médica. Además, no existió por parte de la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO una conducta culposa o negligente, durante la atención realizada a la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO de la cual se pueda inferir algún tipo de responsabilidad.

Por lo tanto, solicito al despacho se abstenga de reconocer las pretensiones solicitadas y se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

PETICIÓN ESPECIAL

Le solicito al despacho de manera respetuosa se de aplicación al numeral 1.1 del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de que se condene a la parte demandante a pagar por concepto de agencias en derecho el 20% de las pretensiones negadas en la sentencia.

EXCEPCIONES DE MÉRITO A LA DEMANDA

1. AUSENCIA DE CULPA

Es preciso afirmar que para lograr la existencia de responsabilidad civil médica se debe contar con tres presupuestos básicos los cuales comprende: daño, culpa y nexo causal, en donde si bien se presenta un daño, que consistió en un adenocarcinoma de pulmón lo cual requirió la extracción del mismo, no existe una actuar indebido, negligente o imperito por parte de mi representada que configure un nexo causal entre la aplicación de su profesión y lo ocurrido en el cuerpo de la paciente, toda vez que mi representada es una profesional experto en medicina general, que cuenta con experiencia e idoneidad requeridas.

En este orden de ideas, para que pueda hablarse de responsabilidad civil es necesario acreditar la existencia de un hecho culposo y es claro que en este caso no existió por parte de mi representada un hecho que pueda ser calificado como tal, toda vez que no se presentó alguna conducta incorrecta o inapropiada por parte de ésta, pues mi representada actuó en todo momento de manera diligente, prudente y perita.

De conformidad con la historia clínica se observa que lo presentado por la paciente REGINA ESTHER TABORDA GUIAO fue un cuadro atípico, al presentar varias consultas por presentar una sintomatología respiratoria muy similar, por las cuales se le dio inicialmente un tratamiento médico propio para el resfriado común y bronquitis, y posteriormente ante la reaparición del cuadro clínico consistente en sintomatología respiratoria se le solicitaron los exámenes paraclínicos adecuados para el estudio de dichos síntomas entre los cuales se observan baciloscopia, inmunoglobulinas, radiografías, cultivo de esputo y cuadro hemático.

Por lo tanto, de acuerdo con los síntomas y resultados de exámenes paraclínicos, se le dio tratamiento adecuado para neumonía adquirida en la comunidad que efectivamente presentó la paciente.

El hecho de que posteriormente se diagnosticara un adenocarcinoma en el pulmón de la paciente, no implica que se haya errado en el diagnóstico, toda vez que la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO efectivamente presentó cuadros de patologías respiratorias, incluso neumonía la cual es confirmada y tratada de manera adecuada como se observa en la historia clínica.

De manera puntual, si descendemos el análisis del caso a la consulta realizada por mi representada, LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO, la misma se realizó el 23 de abril de 2016, en la cual la paciente consulta por presentar tos.

Al momento de la evaluación de mi representada la paciente presentaba diagnósticos de neumonía a repetición, y en el momento tenía tos seca, persistente, que empeoraba con el clima, lo cual en sugería un cuadro atípico, sin dificultad para respirar y baciloscopias negativas, solicitadas con anterioridad por ser sintomática respiratoria, toda vez que, por definición en un paciente con tos y expectoración mayor de 15 días, se debe descartar tuberculosis pulmonar mediante dicho examen.

Respecto a los antecedentes relatados, se observa en la historia clínica que la paciente había relatado en cierta oportunidad en el año 2015 que era fumadora, al fumarse 3 cigarrillos al día, como consta en la consulta del 14 de marzo de 2015, pero al ser un hábito, la paciente lo pudo dejar, pues en la consulta realizada por mi representada, la paciente afirmó que no fumaba y tampoco relató el antecedente familiar de cáncer.

Es preciso referirme a lo ordenado por mi representada en ésta única consulta en que tuvo la oportunidad de atender a la paciente, quien, por lo descrito, no presentaba factores de riesgo como tabaquismo o ser fumadora pasiva, por lo cual se le envió tratamiento sintomático y da la orden de la realización de la ayuda diagnóstica que se hacía pertinente para ese preciso momento con el fin de evaluar la parte pulmonar, toda

vez que se le había realizado una radiografía el año anterior, por lo cual se hacía necesario su actualización. Se observa en la historia clínica que se da la orden de radiografía de tórax.

Es pertinente indicar que en la historia clínica que aportó VIRREY SOLÍS con la contestación de la demanda, vemos que se inserta el resultado de tal ayuda diagnóstica en esa misma atención, pero es claro que no es posible que dicho examen diagnóstico se haya realizado ese mismo día y mucho menos que se haya leído por el especialista en radiología.

Conforme a los anexos que se aportaron con la demanda, es claro que la radiografía de tórax ordenada el 23 de abril de 2016 por mi representada, se realizó el día 6 de mayo de 2016, como consta en la lectura de la misma realizada por JAIME SERRATO, médico radiólogo quien realizó el reporte de su lectura el día 16 de mayo del mismo año. En la misma se observan “discretas opacidades lineales y reticulares en la base pulmonar derecha, posiblemente relacionadas con proceso bronquítico”.

El nombre de mi representada aparece en muchas partes de la historia clínica, pero siempre con la fecha en paréntesis del 23 de abril de 2016, lo que se explica porque nadie aparentemente renueva sus antecedentes personales en las consultas posteriores, y como fue la última doctora que lo hizo, siempre aparece su nombre.

Mi representada solo atendió a la paciente el 23 de abril de 2016, pues como profesional, no fue posible hacerle un seguimiento del estudio solicitado y su posterior evolución, toda vez que en dicha institución no existía la figura del médico de familia o de cabecera, como se utiliza en otras instituciones, motivo por la cual no era el mismo profesional el que evaluaba la paciente cada que vez que consultaba.

Por lo anterior, resulta claro que la paciente al momento de consultar presentaba sintomatologías respiratorias donde predominaba la tos seca, fiebre y el malestar general sin que presentara otros síntomas asociados que pudieran haber hecho pensar a los profesionales que la atendieron en un posible diagnóstico de cáncer de pulmón o estar cursando por alguna de sus etapas, aunado al hecho de la corta edad que tenía la paciente al momento de las consultas y a la no manifestación de su antecedente familiar de cáncer de pulmón.

En este orden de ideas, no es cierto lo que se afirma en la demanda al indicar que en las consultas realizadas no se obtenía un diagnóstico certero en el caso de la paciente. Si bien no se estableció en las consultas realizadas en las instituciones de la red de salud total SALUD TOTAL EPS-S S.A el diagnóstico de adenocarcinoma, los diagnósticos de neumonía, faringitis, tos, y en sí, los relacionados con afectaciones respiratorias,

estaban plenamente soportados por la sintomatología de la paciente, los exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas.

Partiendo de lo anterior y a manera de conclusión, se puede afirmar sin lugar a dudas que para el momento en que mi representada, doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO atendió a la paciente, los síntomas que presentaba no eran indicativos de un adenocarcinoma de pulmón. Debido al cuadro presentado, posterior a una neumonía que requirió hospitalización, se requería realizar una placa de tórax con el fin de estudiar lo presentado por la paciente y que, no fue posible continuar con el manejo de la paciente ya que en la entidad que se prestó la atención, no le correspondió a la paciente consulta con mi representada debido a la organización administrativa que se tenía.

Por lo aquí descrito, es claro entonces que la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO agotó todas y cada una de las conductas de diligencia y cuidado esperadas en la atención prestada a la paciente REGINA ESTHER TABORDA GUIAO.

2. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL: EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA ACTUACIÓN DE MÍ REPRESENTADO.

Entre las conductas realizadas por la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO y el cáncer padecido por la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO, no es posible erigir una relación de causalidad que haga imputable el daño, toda vez que mi representada al momento de la atención de la paciente no tenía elementos claros que le permitieran diagnosticar con precisión la presencia de un adenocarcinoma de pulmón, pues de hecho solicitó la ayuda diagnóstica básica requerida para estudiar la razón por la cual la sintomatología respiratoria persistía en la paciente quien acababa de cursar por una neumonía, y que, por razones administrativas, no le fue posible continuar con el manejo de la paciente para efectivamente realizar un diagnóstico definitivo como se ha expuesto a lo largo de esta contestación. De este modo, no puede atribuirse ninguna responsabilidad a mi representada por la situación que padeció la paciente.

Al no evidenciarse relación alguna entre el hecho reprochado a la demandada y el perjuicio cuya indemnización se pretende, no existe un nexo causal que permitan imputar la responsabilidad a mi representada, ya que lo presentado en este caso, esto es, la extracción de pulmón de la paciente, no es consecuencia de una falta de diligencia en la prestación del servicio médico que realizó mi representado al paciente.

En este escenario se deberá desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda por falta de los elementos estructurales de la misma cual es la certeza sobre la relación causa efecto o lo que es lo mismo ausencia de NEXO CAUSAL.

3. TASACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS

Hay que tener claro que los procesos de responsabilidad civil médica, no pueden convertirse en ningún caso en fuente de enriquecimiento para quien los invoca, por lo tanto, en el evento hipotético de que se deba liquidar perjuicios a favor de la parte actora, el despacho no deberá perder de vista que los perjuicios en la cuantía en que están solicitados superan por mucho los topes máximos que reconoce la jurisprudencia.

Pues bien, si el Despacho analiza las pretensiones podrá concluir que las mismas no se compadecen con los parámetros establecidos por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en el caso de los perjuicios extra patrimoniales y, por lo tanto, su estimación resulta excesiva.

En conclusión, solicito respetuosamente al Despacho que, en el remoto evento de encontrar responsables a los demandados, tenga en cuenta los parámetros jurisprudenciales establecidos.

4. GENÉRICA

Solicito comedidamente, se sirva reconocer todas aquellas excepciones de mérito que no se hubieren formulado y que se logren probar en el desarrollo del proceso.

A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

AL HECHO 1: NO LE CONSTA a mi representada el objeto de MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S. Deberá probarse.

AL HECHO 2: NO LE CONSTA a mi representada lo pactado entre de MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S. y VIRREY SOLIS S.A. Deberá probarse.

AL HECHO 3: ES CIERTO que se suscribió un contrato entre mi representada doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO y MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S.

AL HECHO 4: ES CIERTO que mi representada LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO atendió a la paciente REGINA ESTHER TABORDA GUISAO, el día 23 de abril de 2016.

AL HECHO 5: ES CIERTO que se presentó una demanda por parte de la señora REGINA ESTHER TABORDA GUIAO y otros, debido a las atenciones médicas recibidas en el VIRREY SOLIS y que en ella se afirma que las mismas desencadenaron en el perjuicio alegado, esto es, no detectar el cáncer de pulmón de manera oportuna.

AL HECHO 6: ES CIERTO que la institución VIRREY SOLIS presentó llamamiento en garantía en contra de MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S.

AL HECHO 7: Lo descrito NO ES UN HECHO, corresponde a una transcripción parcial del contrato celebrado.

Respecto a esto es importante indicar que mi representada atendió a la paciente REGINA ESTHER TABORDA GUIAO en la institución VIRREY SOLIS, pero no fue solo ella quien prestó sus servicios médicos pues como consta en la historia clínica todo un grupo atendió a la paciente.

NO ES CIERTO que por el simple hecho de que mi representada haya atendido a la paciente en una sola oportunidad, sea ella quien deba verse afectada en caso de una eventual condena a la entidad llamante, toda vez que la misma en la consulta brindada, ordenó la ayuda diagnóstica indicada con el fin de indagar la reaparición de los síntomas respiratorios luego de haber cursado una neumonía.

Ahora bien, con la simple lectura de las cláusulas pactadas en el "CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO ADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE MEDICAL TALENTO HUMANO SAS Y LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO" celebrado entre mi representada y la entidad llamante, se entiende que NO implican per se una obligación de garante por parte de mi representado por aquellas situaciones de las cuales deba responder la entidad llamante MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S.

A cada sujeto le corresponde responder por las consecuencias que puedan generarse a raíz del incumplimiento de sus obligaciones pues de hecho, se trata de un principio general de responsabilidad; empero bajo circunstancia alguna podría deducirse que le asista responsabilidad a mi representado por las obligaciones, sanciones o indemnizaciones que recaigan en MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S. por cualquier concepto, pues una interpretación en ese sentido, sería claramente abusiva y violatoria de derechos y en consecuencia, sería de suyo ineficaz.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

Nos oponemos a que en la decisión de fondo del proceso se declare la prosperidad del llamamiento en garantía efectuado a la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO en tanto si bien el actúo como profesional de la salud dentro del proceso de atención en salud prestado a la

paciente REGINA ESTHER TABORDA GUISAO, su actuación profesional estuvo enmarcada dentro de una actuación diligente, prudente, perita y conforme a las reglas de la *lex artis* en el campo del ejercicio de la medicina, y por ende no puede predicarse una responsabilidad por parte de mi representado.

Adicionalmente, los perjuicios cuya indemnización se reclama no tienen como fundamento un hecho o actuación atribuible a la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO y éste no tiene la obligación legal, ni contractual de rembolsarle a la entidad llamante en garantía alguna suma de dinero.

No está acreditado que la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO tenga posición de garante frente a la entidad llamante en garantía, pues el sólo hecho de haber presentado sus servicios profesionales, no lo vincula como garante en el caso de ser condenada tal institución en un proceso judicial. Por lo tanto, solicitó al despacho se abstenga de reconocer las pretensiones solicitadas y se condene en costas a la parte llamante en garantía.

EXCEPCIONES DE MÉRITO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. IMPROCEDENCIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA - INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE GARANTE

El artículo 64 del Código General del Proceso, al reglamentar lo relativo a la figura del llamamiento en garantía, consagró lo siguiente:

“Artículo 64. Llamamiento en garantía.

Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación”. (Negrilla y subrayado es propio).

Por llamamiento en garantía se ha señalado por parte de la jurisprudencia en relación al requisito de procedencia y relativo a la existencia de un derecho legal o contractual a exigir del tercero el perjuicio que llegare a sufrir como resultado de la solicitud; que por esta razón la ley exige que en la petición se expongan los hechos en que se basa, porque a través de ellos se puede establecer los extremos y elementos de la relación procesal planteada para ser resuelta en un futuro por el juez y además se constituye en garantía del fundamento jurídico y fáctico mínimo del derecho legal o

contractual esgrimido, todo en aras del uso responsable, serio y razonado del llamamiento en garantía.

Si bien es cierto que mi representada, la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO fue una de los profesionales de la salud quien brindó una atención a la paciente, no es menos cierto que dentro del escrito que contiene el llamamiento en garantía en contra de mi representada, no se evidencia que la entidad llamante indique cuál es la conducta culposa que se le reprocha a la profesional, ni mucho menos cual es el derecho legal o contractual que tiene la entidad llamante contra mi representada. Aunque existe un contrato laboral entre la entidad llamante y mi representada, no existe en el mismo una obligación de garantía alguna que le permita a la entidad llamante cobrarle al profesional el reembolso por los pagos de condenas a que hubiera lugar ni mucho menos.

Es así como este llamamiento en garantía no es procedente ya que no tiene sustento legal o contractual al no existir una obligación de garantía por parte de representado con la entidad llamante.

El hecho de que la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO hubiera atendido al paciente, no le da el derecho a la entidad llamante para llamarlo en garantía.

Sobre el particular, el Tribunal superior de Medellín, Sala Octava de decisión Civil, en auto del 9 de septiembre de 2010, en un caso semejante al que nos ocupa, se REVOCÓ el llamamiento en garantía formulado por Clínica Antioquia al doctor Emilio Alberto Restrepo Baena, en proceso con radicado 0536031030300120080047800, con las siguientes consideraciones.

*“Concluyendo, la Sala resalta que los elementos de juicio esbozados corroboran que cuando se trata de aceptar o no el llamamiento en garantía, el juez debe examinar si se reúnen los requisitos de carácter formal señalados por la Ley. En el caso, al enjuiciar desde esta óptica el llamamiento en garantía que plantea CLINICA ANTIOQUIA S.A., deviene clara la improcedencia del mismo, pues el texto del convenio que se aduce en sustento del llamamiento, en nada pone de manifiesto carácter o condición o calidad de garante asumida por EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA con respecto a CLINICA ANTIOQUIA S.A. de manera que no se aduce prueba siquiera sumaria del derecho a formular tal llamamiento. Tal falencia es obvia, cuando al redactar el llamamiento no se describe ningún hecho que revele relación garantía entre llamante y llamado, **legitimante de la formulación del llamamiento**, pues la sola circunstancia de que el doctor Restrepo Baena prestó allí sus servicios profesionales, no induce per se la condición de garante respecto de la entidad.*

Si la entidad demandada busca invocar a través del llamamiento una causal de exculpación de la responsabilidad en los hechos de la demanda que le imputan los demandantes, no es éste el medio procesal idóneo para obtener tal intervención, toda vez que en sentir de esta Sala, esta modalidad para involucrar terceras personas a un proceso, **procede para hacer valer la garantía que protege al llamante ante un riesgo del que éste previamente se ha afianzado y por eso esta figura procesal tiene su aplicación eficaz en el caso de la póliza de seguro.**" (Negrillas fuera de texto)

Por su parte, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio, sala civil de Familia, con magistrado ponente Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque, en decisión del 8 de abril del 2014 (exp: 50001310300220040009801) al estudiar la figura del llamamiento en garantía indico: "La figura procesal del llamamiento en garantía supone la **titularidad** en el llamante de un derecho legal o contractual para exigir de un tercero la efectiva garantía o el reembolso del pago que debe asumir como consecuencia de una sentencia de condena en su contra pues como lo ha señalado la Corte: "...para que proceda el llamamiento en garantía requiérese que exista un afianzamiento que asegure y proteja al llamante contra algún riesgo, (...). O, en otras palabras, que el llamado en garantía por ley o por contrato, esté obligado a indemnizar al llamante por la condena al pago de los perjuicios que llegare a sufrir, o que esté obligado, en la misma forma, al reembolso total o parcial del pago que tuviera que hacer como resultado de la sentencia según los términos del artículo 57 del Código de procedimiento civil" Corte Suprema de Justicia, sentencia 28 de septiembre de 1977. MP: Aurelino Camacho Rueda.

No obstante, en este caso particular no se encuentra demostrada la existencia de la obligación convencional o legal que se invocó como sustento del llamamiento en garantía formulado por la demandada..."

Es importante además indicar que en memorial del escrito de contestación de la demanda de MEDICALL TALENTO HUMANO SAS, se aduce en la contestación a los hechos y en las excepciones planteadas que la atención medica brindada al paciente se ajustó a la lex artis, lo que traduce en que mi representada brindó una atención médica acorde a los protocolos médicos.

La entidad llamante en su contestación se opone a las pretensiones de la demanda "por no existir responsabilidad de mi representada al no mediar nexo causal ni culpa" lo que reafirma el hecho de que la entidad llamante en garantía respalda las atenciones médicas brindadas por mi representada.

De hecho, en el escrito de contestación la entidad llamante afirma lo siguiente: "La conducta científica dispuesta por los galenos fue correcta, conducente y tendiente a anticiparse a riesgos mayores, toda vez que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del procedimiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento".

En el caso que nos ocupa la entidad llamante en garantía aportó como prueba para su pretensión un "CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO ADMINISTRATIVO" pretendiendo con ello, fundamentar una obligación de garantía. Sin embargo, obsérvese que en ningún aparte del contrato se acordó que en el evento de que la institución resulte demandada, como es el caso, en un proceso de responsabilidad civil, se encuentre facultada la entidad para llamar en garantía al profesional de la salud.

Así las cosas, por tratarse de un contrato inter partes, pactado de común acuerdo entre particulares, no es del caso que la interpretación judicial actual amplié o endilgue derechos o facultades a la entidad llamante, que le permitan llamar en garantía cuando ello NO está previsto en el contrato, el cual se insiste, ya consagró de manera clara y expresa, las obligaciones entre las partes.

En consecuencia, mi representada no ostenta obligación legal ni contractual frente a la entidad MEDICALL TALENTO HUMANO SAS y, por ende, el presente llamamiento en garantía está llamado a fracasar.

2. RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA JURÍDICA – RESPONSABILIDAD POR LOS DEPENDIENTES A CARGO.

Por último, vale la pena indicar que el vínculo existente entre la entidad llamante y mi representada es un contrato laboral, lo cual nos sitúa claramente en una relación de **dependencia y subordinación**. En este orden de ideas, estamos frente a la responsabilidad por el hecho ajeno consagrada en el artículo 2347 del Código Civil.

Según este tipo de responsabilidad, las personas tanto naturales como jurídicas, no solo son responsables, para efectos de indemnizar, se sus propias acciones sino también de los hechos de aquello a su cargo.

Es claro entonces que, en virtud del vínculo de dependencia, la entidad llamante sería la responsable por los actos de sus dependientes, es decir, de sus trabajadores lo que implica que no tiene derecho a repetir contra mi representado por alguna condena en su contra al ser la entidad llamante responsable en virtud de lo preceptuado en el artículo 2347 del Código Civil el cual consagra la responsabilidad no solo por el hecho propio, sino de las personas a cargo que en este caso sería, la responsabilidad por los dependientes (trabajadores) a cargo.

Por lo anterior, el llamamiento en garantía realizado por MEDICALL TALENTO HUMANO SAS no cumple los requisitos aducidos en este escrito dado que dentro del llamamiento no existe fundamento para la vinculación de la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO, toda vez que no se pactó obligación de garantía alguna, lo cual impide hablar de posición de garante, al punto de aceptar la entidad llamante, que ni siquiera tiene legitimación por pasiva en este asunto.

3. EXISTENCIA DE COMPROMISO O CLAÚSULA COMPROMISORIA.

Se hace énfasis que el llamamiento en garantía realizado a mi representada es improcedente y no debe ser admitido, toda vez que el vínculo en el que se basa la entidad llamante MEDICALL TALENTO HUMANO SAS para llamar en garantía al doctor ALBERTO ANTONIO RUIZ BOTERO, es el "CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO ADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE MEDICALL TALENTO HUMANO SAS Y LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO", el cual en la CLAÚSULA DECIMA consagra: *"Cláusula compromisoria: Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato, de no ser resuelta directamente por las partes, se someterá a la decisión de un tribunal de arbitramento de la ciudad de BOGOTÁ el cual deberá estar integrado por tres (3) árbitros, designados de mutuo acuerdo de las partes. El laudo arbitral que se profiera en derecho y el tribunal arbitral tendrá su sede en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la Ciudad de BOGOTÁ"*.

Por lo anterior, si la entidad MEDICALL TALENTO HUMANO SAS considera que mi representada debe responder en el evento de que la entidad llamante sea condenada, por un acto que se le impute a la doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO, por ser una de los profesionales que brindó la atención médica que ahora se reprocha, sin dudas debió haber seguido el conducto para resolver las diferencia que se estableció en el referido contrato, en donde se realizó un pacto arbitral.

Por la sola existencia de la **cláusula compromisoria**, el despacho debió rechazar de plano el llamamiento y como lo admitió, debe entonces reponer su decisión y negar el llamamiento en garantía toda vez que entre las partes se estipuló claramente una cláusula compromisoria que debe respetarse, y por lo mismo, acudir a un tribunal de arbitramento para dirimir asuntos relacionados con el contrato entre las partes.

Tal y como se observa, existe una consagración específica en relación con la competencia para dirimir **cualquier** conflicto que tenga que ver con la ejecución del contrato de la referencia. Es decir, sí de manera expresa consagra dicho contrato que cualquier diferendo entre las partes se someterá a las instancias mencionadas; no es comprensible por qué se pretende resolver un litigio relacionado con responsabilidad civil por un Juez de la república.

Y es que obsérvese que la consagración “*Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato*” no específica, no diferencia ni determina cuales diferencias se deben someter según lo pactado en la cláusula compromisoria y cuales no **y si no lo especificaron las partes pues entonces no es competente el Juez de instancia para hacer tal clasificación pues estaría por fuera de los límites de su competencia.**

El hecho de que exista o no una obligación de garantía entre la entidad llamante y el médico llamado, que se deba o no pagar directamente una indemnización al demandante previo a una condena o que se deba reembolsar pago de eventuales indemnizaciones o no; así como las situaciones, condiciones y razones por las cuales debe responder hipotética o eventualmente el médico, **son diferencias que obviamente hacen parte del contrato pues de manera clara provienen de dicho contrato, se originaron en el mismo y por ende no puede desconocerse tal consagración especial de cláusula compromisoria.**

En otras palabras, si hubiese querido la entidad descargar algún tipo de responsabilidad en el médico y ventilarla en proceso judicial, es claro que sobraba la cláusula compromisoria o por lo menos debió pactarse que esa cláusula no excluía el llamamiento en garantía.

Si no hay conflicto y el profesional a juicio de la entidad cumplió con su deber, entonces no tendría razón el llamamiento en garantía; pero como éste llamamiento se presentó, se asume que queda en entredicho para la entidad (a su juicio claro está) la conducta del médico, es decir, sí hay conflicto en la ejecución del contrato y por esa razón existe controversia o diferencia atinente a la ejecución del mismo.

Sobre este punto, en la sentencia SC6315-2017 de la Corte Suprema de Justicia, se indica lo siguiente:

“En consecuencia, siguiendo el sendero de la aludida sentencia constitucional, establece que existe falta de jurisdicción cuando el juez asume el conocimiento de un proceso que versa sobre un litigio sobre el cual las partes han convenido un pacto arbitral. Además, que la tempestiva aducción de la excepción previa de compromiso o cláusula compromisoria mantiene su vigor y en consecuencia, constituyendo dicha cláusula un acuerdo negocial refleja, prima facie, un incumplimiento del demandante al presentar su libelo ante la justicia ordinaria; pero bien pueden los contratantes hacer cesar los efectos de ese compromiso, «bien de manera expresa, ora tácita, por una forma directa o indirecta, expresa o concluyente o, por el contrario, rechazarla o protestarla ad cautelam, persistiendo en el pacto arbitral mediante la interposición en las oportunidades procesales de la excepción de compromiso o cláusula compromisoria».¹ (Subrayado es propio).

Por consiguiente, si la entidad llamante en garantía actuara de manera ajustada al contrato por ella misma firmado, debería en consecuencia, esperar el desarrollo del trámite regular del proceso y en el evento hipotético de proferirse un fallo condenatorio, proceder a someter tal conflicto según la cláusula compromisoria pactada; no siendo tal postura un invento u ocurrencia de la suscrita abogada sino una observancia clara y ajustada de lo establecido en el mismo contrato.

Debe recordarse que los llamamientos en garantía no pueden prestarse para un ejercicio abusivo del derecho, al vincular a procesos judiciales como llamados en garantía a personas sin ninguna legitimación para ello, habida cuenta de los grandes perjuicios que se pueden generar por este acto. Así las cosas, se hace indispensable realizar un análisis crítico de cada situación y en el caso que nos ocupa, por ejemplo, claramente no se cumple con los requisitos para la procedencia de dicho llamamiento.

4. EXISTENCIA DE CLÁUSULA ABUSIVA Y POR LO MISMO INEFICAZ.

Mi representada doctora LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO atendió a la paciente REGINA ESTHER TABORDA GUISAO, pero no fue solo ella quien prestó sus servicios médicos pues como consta en la historia clínica.

Por lo tanto, no es cierto que por el simple hecho de que mi representada haya atendido a la paciente en abril de 2016, sea ella quien deba verse afectada en caso de una eventual condena pues son muchos los factores que se deberán estudiar en el presente caso como lo es lo relacionado a

¹ Bogotá D. C., nueve (9) de mayo de dos mil diecisiete (2017). MP MARGARITA CABELLO BLANCO. Radicación nº 11001-31-03-019-2008-00247-01.

cuestiones administrativas, disponibilidad de recursos físicos y asistenciales de la institución, entre otros.

Ahora bien, con la simple lectura de las cláusulas pactadas en el "CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO CELEBRADO ENTRE MEDICAL TALENTO HUMANO SAS Y LEIDY GIANNINA MOSQUERA GIRALDO" celebrado entre mi representada y la entidad llamante, se entiende que NO implican por se una obligación de garante por parte de mi representada por aquellas situaciones de las cuales deba responder la entidad llamante.

A cada sujeto le corresponde responder por las consecuencias que puedan generarse a raíz del incumplimiento de sus obligaciones pues de hecho, se trata de un principio general de responsabilidad; empero bajo circunstancia alguna podría deducirse que le asista responsabilidad a mi representado por las obligaciones, sanciones o indemnizaciones que recaigan en la entidad MEDICAL TALENTO HUMANO S.A.S., por cualquier concepto, pues una interpretación en ese sentido, sería claramente abusiva y violatoria de derechos y en consecuencia, sería de suyo ineficaz.

El planteamiento anterior tiene sustento en lo establecido en la Ley 1480 de 2011, Estatuto del Consumidor, a saber:

"Artículo 43. **Cláusulas abusivas ineficaces de pleno derecho.** Son ineficaces de pleno derecho las cláusulas que:

1. Limiten la responsabilidad del productor o proveedor de las obligaciones que por ley les corresponden.
2. Impliquen renuncia de los derechos del consumidor que por ley les corresponden.
3. Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor.
4. **Trasladen al consumidor o un tercero que no sea parte del contrato la responsabilidad del productor o proveedor...**"

En este orden de ideas, se trata de una cláusula ineficaz de pleno derecho.

PRUEBAS

✓ INTERROGATORIO DE PARTE

Cítese a la parte demandante y a la representante legal del llamante en garantía, para que en la oportunidad señalada por el despacho absuelvan el interrogatorio que en forma verbal les formularé.

También me reservo el derecho de interrogar a los litisconsortes facultativos, es decir, a los representantes legales de las entidades demandadas de conformidad con el artículo 203 del Código General del Proceso.

✓ DECLARACIÓN DE PARTE

De conformidad con el artículo 165 y 191 inciso final del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte que realizaré a mi representado y a los demás codemandados.

✓ DOCUMENTALES

Me permito aportar al proceso, con fines probatorios, el siguiente documento:

- Tos crónica. Archivos de bronconeumología. Adalberto Pacheco^a, Alfredo de Diego, Christian Domingo, Adelaida Lamas, Raimundo Gutierrez, Karlos Naberan, Vicente Garrigues y Raquel López Vime. A. Pacheco et al. / Arch Bronconeumol. 2015;51(11):579-589

✓ DICTAMEN APORTADO POR LA PARTE

De conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso informo al despacho que el término correspondiente a 20 días como traslado de la demanda para aportar dictamen pericial fue insuficiente, motivo por el cual me permito anunciar que aportaré los mismos dentro del término que el Señor Juez conceda. Se aportará dictamen suscrito por médico especialista en medicina laboral.

✓ CONTRADICCIÓN DE DICTAMEN APORTADO POR LA PARTE DEMANDANTE

Ana María Morales P.

Abogada Universidad Eafit
Responsabilidad Civil Y Seguros Eafit
Derecho Procesal Civil Universidad Externado

De conformidad con el artículo 228 del Código General del Proceso, solicitó la comparecencia a audiencia de la doctora Miryam Elena Escobar y Jose William Vargas, quienes emitieron los dictámenes aportados con la demanda, a efectos de realizar la contradicción de los mismos.

DEPENDIENTE JUDICIAL

Nombro como dependiente judicial a MATEO ROJAS ALVAREZ, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.221.720.220, estudiante de la Universidad Militar Nueva Granada, quien tiene como dirección electrónica mrojasa@equipojuridico.com.co, para efectos de radicación de memoriales o solicitudes al despacho.

ANEXOS

Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.

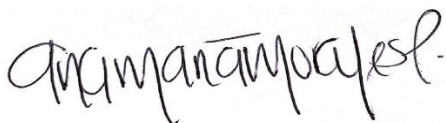
El poder ya se había aportado al proceso, incluso ya se me reconoció personería.

NOTIFICACIONES

La suscrita apoderada:

Carrera 43ª No 1sur – 100 edificio Torre Sudameris piso 18
anmamopa509@gmail.com
Teléfono 3212683150

Del Señor Juez,



ANA MARÍA MORALES PALACIOS
C.C. 1.017.128.868 de Medellín
T.P. 201.102 del C.S.J.



Normativa SEPAR

Tos crónica



Adalberto Pacheco^{a,*}, Alfredo de Diego^b, Christian Domingo^c, Adelaida Lamas^d,
Raimundo Gutierrez^e, Karlos Nabera^f, Vicente Garrigues^g y Raquel López Vime^h

^a Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital La Fe, Valencia, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^d Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^e Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

^f Centro de Salud Belchite, Zaragoza, España

^g Servicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia, España

^h Servicio de Neumología, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Tos
Agentes antitusivos
Aspiración respiratoria
Reflujo gastroesofágico
Disfunción de cuerdas vocales

Keywords:

Cough
Antitussive agents
Respiratory aspiration
Gastroesophageal reflux
Vocal cord dysfunction

RESUMEN

La tos crónica (TC), o tos que perdura más de 8 semanas, ha merecido un interés creciente en los últimos años debido a los avances producidos que han motivado un cambio de visión respecto a la clásica tríada diagnóstica y terapéutica en vigor desde la década de los setenta. Unos resultados no óptimos en el tratamiento que alcanza los dos tercios de casos, junto a una nueva concepción de la TC como síndrome de hipersensibilidad con 2 polos, periférico y central, similares al dolor crónico, ocasionan que se contemple este problema tan frecuente en la práctica clínica de una nueva manera. Los receptores periféricos de la TC siguen teniendo vigencia bajo la tríada diagnóstica; sin embargo, tanto la convergencia de estímulos como la hipersensibilidad adquirida a nivel del sistema nervioso central son hechos que tienen una repercusión clave en el éxito del tratamiento.

© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Chronic Cough

ABSTRACT

Chronic cough (CC), or cough lasting more than 8 weeks, has attracted increased attention in recent years following advances that have changed opinions on the prevailing diagnostic and therapeutic triad in place since the 1970s. Suboptimal treatment results in two thirds of all cases, together with a new notion of CC as a peripheral and central hypersensitivity syndrome similar to chronic pain, have changed the approach to this common complaint in routine clinical practice. The peripheral receptors involved in CC are still a part of the diagnostic triad. However, both convergence of stimuli and central nervous system hypersensitivity are key factors in treatment success.

© 2014 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas: AP, atención primaria; BE, bronquitis eosinofílica; CPAP, presión positiva continua en la vía aérea; DCV, disfunción de cuerdas vocales; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; FeNO, fracción de óxido nítrico en aire exhalado; GABA, ácido gamma-aminobutírico; HRB, hiperreactividad bronquial; IBP, inhibidores de la bomba de protones; IECA, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; LCQ, cuestionario de tos Leicester; PBP, prueba de broncoprovocación; PCR, reacción en cadena de la polimerasa; RAST, Radio Allergo Sorbent Test; RGE, reflujo gastroesofágico; RLF, reflujo laringofaríngeo; SAHS, síndrome de apnea-hipopnea del sueño; SHL, síndrome de la hipersensibilidad laríngea; SHTC, síndrome de la hipersensibilidad de la tos crónica; SNC, sistema nervioso central; STCAVAS, síndrome de la tos crónica asociado a vía aérea superior; TC, tos crónica; TCR, tos crónica refractaria; TRP, *transient receptor potential channel*; TRPV1, *transient receptor potential vanilloid*.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apacheco.hrc@salud.madrid.org (A. Pacheco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.03.019>

0300-2896/© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La tos crónica (TC), o tos que perdura más allá de 8 semanas, es el síntoma más frecuente en la práctica médica ambulatoria. La investigación de los mecanismos de producción del dolor crónico y de la TC ha detectado vías neuronales similares en ambos síntomas, por lo que el avance investigador sobre el primero ha sido aprovechado para entender mejor la valoración de la TC. Esta Normativa expone los problemas médicos que tienen a la TC como síntoma predominante o aislado teniendo presente el nivel de evidencia y el grado de recomendación en las propuestas (sistema GRADE)¹. Al respecto, es necesario señalar que en la TC la evidencia disponible se basa sobre todo en estudios observacionales².

Esta Normativa se desarrollará en 3 partes: a) Descripción y manejo del síntoma TC; b) Manejo de la TC en las distintas escalas de la asistencia médica, y c) Problemas y perspectivas planteados en la TC.

Cada parte puede tener diversos subapartados.

Descripción y manejo del síntoma tos crónica

Definición

La tos es un síntoma inherente a la protección del aparato respiratorio. La duración de la tos a lo largo del tiempo se ha establecido en aguda (o tos que no sobrepasa las 4 semanas), subaguda (hasta 8 semanas) y crónica (tos de más de 8 semanas)³. En este documento se va a desarrollar la TC, a la que dividiremos en específica e inespecífica según esté asociada o no a una causa conocida. Por último, fijaremos el conocimiento actual y las normas sobre la TC refractaria (TCR), o TC que persiste a pesar de las terapias dirigidas a las asociaciones conocidas.

Epidemiología

La TC es un síntoma muy frecuente en la práctica clínica, con una prevalencia variable en la población general de entre el 12 y el 3,3%^{4,5}. El hábito de fumar está muy vinculado a la TC, pues existe una prevalencia de TC 3 veces más alta que los que nunca han fumado o los exfumadores⁶. Una mayor prevalencia de TC también ha sido relacionada a la contaminación ambiental⁷.

En el primer contacto del médico con un paciente con TC se deben apreciar las causas generales de TC así como los síntomas de alarma asociados (tabla 1). En todas las guías de la TC al uso, si el tosedor crónico tiene una radiografía de tórax normal, no fuma y no toma inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), se plantean las causas asociadas de la TC con repercusión directa en el tratamiento inicial.

Fisiopatología de la tos crónica

El lugar que ocupa la TC en la sintomatología que explica el paciente aparece bien como aislada o bien como un síntoma más junto a otros. Los mecanismos neurobiológicos en el dolor crónico y en la TC son similares⁸, y así, para una magnitud concreta de estímulo doloroso o tusígeno, el paciente con dolor crónico o TC responde más intensamente que si fuera sano; es lo que ha sido denominado hipertusia (similar a la hiperalgesia), y si el paciente recibe un estímulo en absoluto doloroso o tusígeno y responde excesivamente, entonces el estado se denomina alotusia (o alodinia)⁹. Hipertusia o alotusia son estados clínicos que se agrupan ahora bajo el concepto de «síndrome de la hipersensibilidad de la tos crónica» (SHTC). La complejidad del circuito de la tos es inquestionable, porque desde el inicio diferentes estímulos pueden interactuar entre ellas⁸ (fig. 1). Resumiendo, por la repercusión que la fisiología de la TC pueda tener, en el tratamiento de la misma debemos actualmente considerar: a) que el circuito neurológico de

Tabla 1

Causas de tos crónica y síntomas de alarma

Causas de tos crónica	• Infecciones agudas traqueobronquiales incluyendo tos ferina • Infecciones crónicas: bronquiectasias, tuberculosis, fibrosis quística • Afecciones de vía aérea: bronquitis crónica, traqueopatía osteocondroplásica, asma, goteo posnasal • Enfermedades del parénquima pulmonar: fibrosis intersticial difusa, enfisema, sarcoidosis • Tumores: carcinoma broncogénico, carcinoma bronquioloalveolar, tumores de la vía aérea benignos, tumores mediastínicos • Cuerpos extraños en la vía aérea • Irritación del meato auditivo externo • Enfermedades cardiovasculares: fallo ventricular izquierdo, infarto pulmonar, aneurisma aórtico • Otras enfermedades: reflujo gastroesofágico o reflujo esofágico-bronquial, divertículo de Zenker, acalasia, aspiración recurrente, suturas endobronquiales • Fármacos: inhibidores de la enzima angiotensina, coartina
Síntomas de alarma	Hemoptisis, ronquera, producción importante de esputo, síntomas sistémicos, enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada con: pérdida de peso, anemia, hematemesis, disfagia o nula respuesta al tratamiento específico, atragantamiento o vómitos, neumonías recurrentes o radiografía de tórax anómala

la tos puede estar afectado en sí mismo, o b) la intervención de un factor agravante que altere el reflejo de la tos (fig. 2).

El mecanismo neurológico de la tos humana tiene su origen en una estimulación de las terminaciones en las neuronas que convergen en el centro de la tos y que son de 2 tipos: fibras C no mielinizadas y fibras Aδ mielinizadas^{10,11}. La mayoría de las fibras C responden a un rango de estímulos irritantes de origen inflamatorio en contraste con las fibras Aδ, que responden a estímulos mecánicos y ácidos¹².

Tres son los mecanismos del aumento de la excitabilidad en el centro de la tos en el SNC¹³: hipersensibilidades periférica, central y secundaria (fig. 3). En el caso de la sensibilización central, se aprecian habitualmente parestesias en el área laríngea así como hipertusia o alotusia que indican una respuesta neuropática¹⁴. En el segundo mecanismo las conexiones con el centro de la tos que pasan a través del cerebro emocional condicionarían una participación de la conciencia y el estado emocional en el control de la tos.

Por otro lado, es importante conocer que el fenómeno de la convergencia de estímulos periféricos diversos tiene aplicación práctica, como sustenta la Guía Australiana de la Tos Crónica de 2010, que recomienda en la TCR la triple terapia simultánea con corticosteroides inhalados, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y logopedia¹⁵ (Recomendación consistente/evidencia muy baja); una vez se adquiere la hipersensibilidad central se establece un mecanismo de mayor sensibilidad ante estímulos periféricos de escasa intensidad que puede ser el origen de la llamada hipersensibilidad visceral. Este fenómeno ha sido denominado hipersensibilidad secundaria (fig. 3). El problema es que la hipersensibilidad central puede decrecer clínicamente sin modificarse la magnitud del test de la capsaicina para la TC por hipersensibilidad periférica¹⁶.

Estudio de la tos: caracterización clínica y medidas de laboratorio

La percepción de la tos puede expresarse de forma diferente según la patología causante. En general, la tos que acompaña a las enfermedades de las vías aéreas superiores o al reflujo

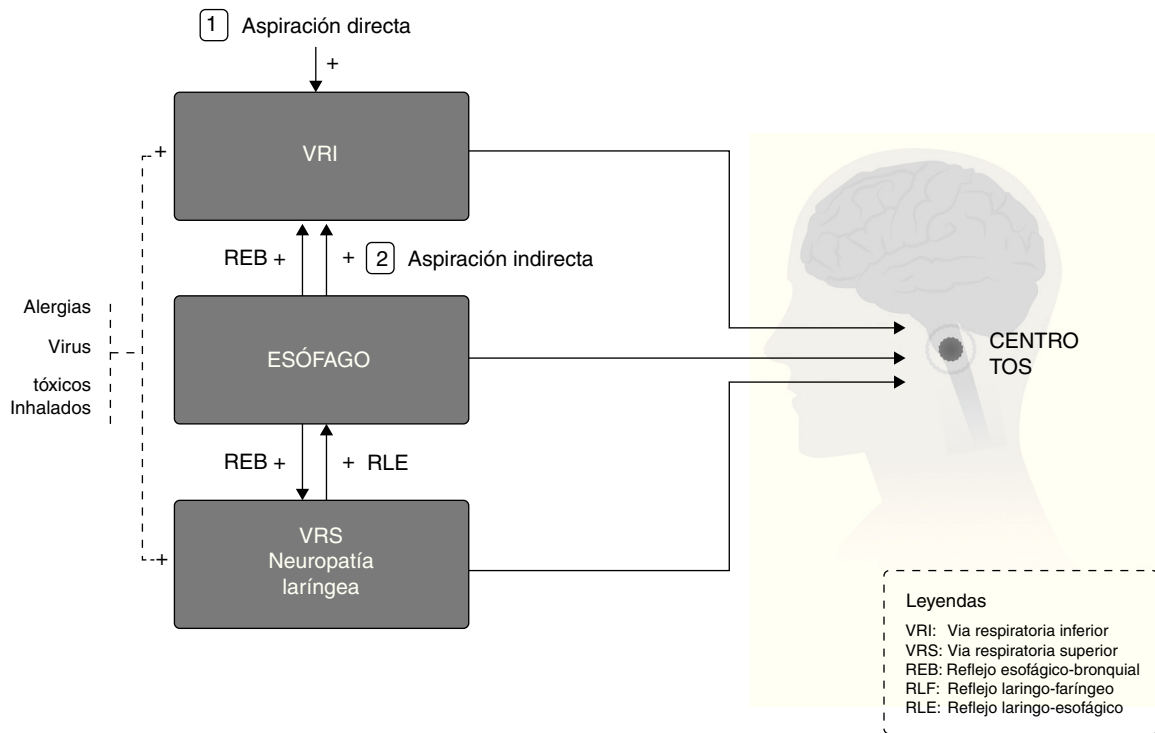


Figura 1. Interacciones de estímulos periféricos del reflejo de la tos.

laríngeo-faríngeo (RLF) se muestra como una irritación en la garganta. La sensación previa a toser o «urge to cough» ha sido objeto de estudios recientes que han permitido localizar su origen en el cerebro^{17,18}. Con respecto a las características de la tos, en los últimos años se han desarrollado algunos cuestionarios estandarizados cuya validación aún precisa estudios adicionales¹⁹. Su

utilidad práctica aún es escasa (*Recomendación débil/evidencia baja*). La intensidad y la frecuencia de la tos tienen poco valor diagnóstico. Su utilidad mayor está en el estudio del efecto terapéutico de fármacos antitusivos. De forma simplificada, la intensidad de la tos se recoge mediante cuestionarios de síntomas o con escalas cuantificadas, en su mayoría de tipo analógico-visual (*Recomendación*

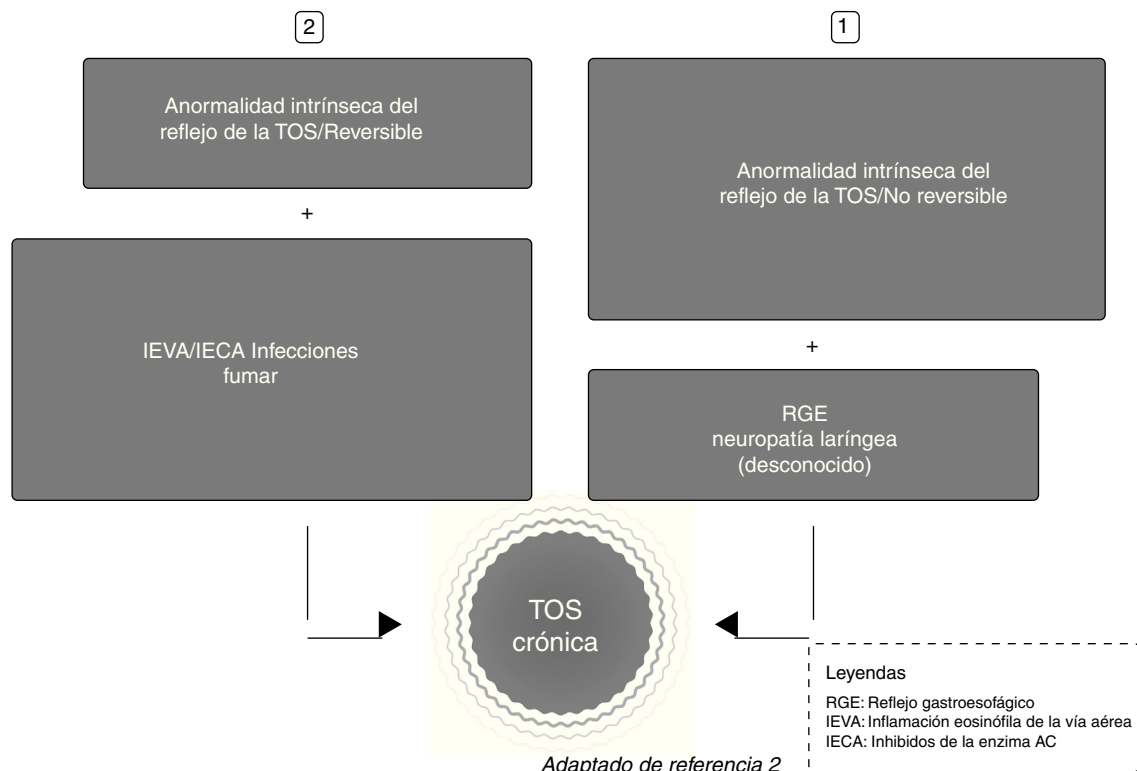


Figura 2. Dos posibles vías de acceso de los estímulos para la tos crónica.

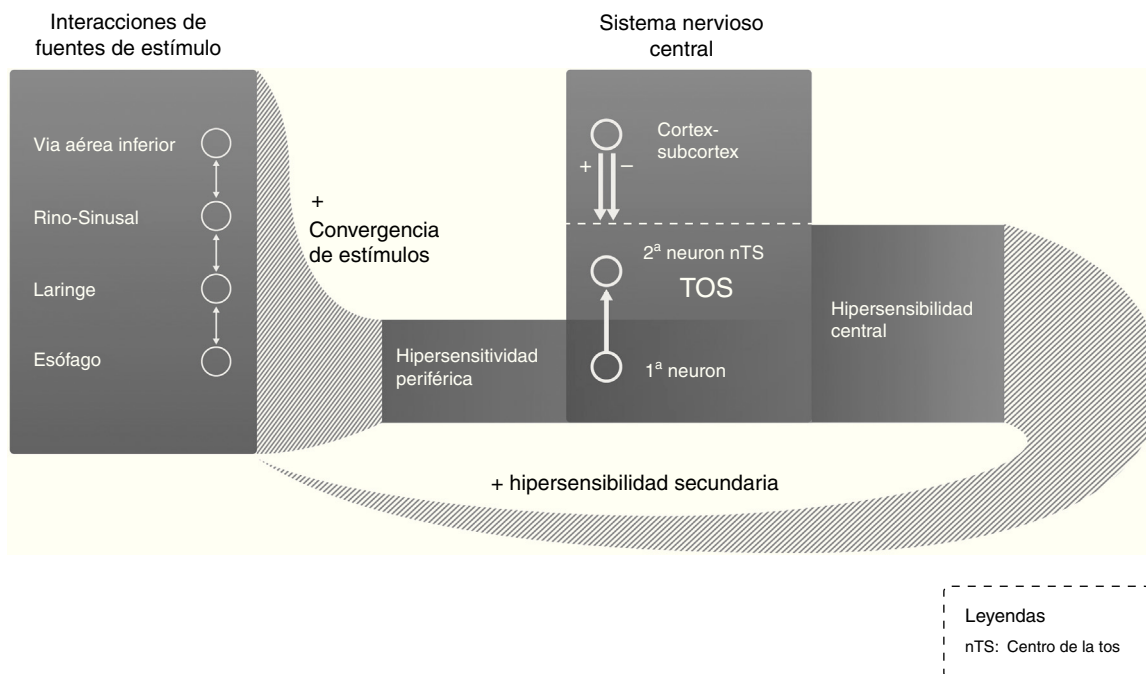


Figura 3. Circuito de retroalimentación neurológica de la tos crónica.

Adaptada de Pacheco¹³.

débil/evidencia baja). El impacto de la tos en la calidad de vida relacionada con la salud es un parámetro de utilidad que se puede medir de forma objetiva. Hasta el momento, el más aceptado el Cuestionario de tos Leicester (LCQ)²⁰. La importancia de medir el impacto de la tos en la calidad de vida es alta (*Recomendación consistente/evidencia moderada*).

El segundo aspecto a considerar es el estudio del reflejo tusígeno y su sensibilidad mediante técnicas objetivas de provocación con sustancias inhaladas. La descripción de las mismas ha sido publicada en una normativa reciente de la Sociedad Europea de Respiratorio²¹. La capsaicina tiene su mecanismo de acción directo a través de receptores específicos (TRPV1). Recientemente se han propuesto otros métodos de expresión de resultados mediante el análisis completo de la curva dosis-respuesta midiendo la ED50 y el Emax²². La sensibilidad y la especificidad del test de capsaicina en el diagnóstico diferencial de las causas de TC y en los individuos sanos son bajas^{23,24}. Se recomienda en el momento actual en estudios epidemiológicos o para conocer el efecto de los fármacos (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). La inhalación de polvo seco de manitol tiene una buena correlación con el test de la capsaicina, pero al igual que este, la sensibilidad y la especificidad son bajas (*Recomendación consistente/evidencia baja*). La cuantificación de la fracción de óxido nítrico en aire exhalado (FeNO) alta (por encima de 30 o 38 ppb [partes por mil millones], según autores) predice una respuesta favorable a terapia con corticosteroides en la TC²⁵; igualmente, la cuantificación de eosinófilos en esputo y sangre periférica permite caracterizar un grupo de pacientes con TC con inflamación eosinófila de vía aérea con potencial respuesta a corticoterapia²⁶ (*Recomendación consistente, calidad de evidencia baja*).

Causas específicas asociadas a tos crónica

El enfoque fisiopatológico de la TC ha evolucionado recientemente, de manera que actualmente se explica como una respuesta neurológica unitaria a estímulos procedentes de diversos orígenes anatómicos^{27,28} pero con interacciones entre ellos (*Recomendación consistente/evidencia moderada*) (fig. 1). En la actualidad se

considera que: a) la TC es parcial o totalmente resistente al tratamiento específico hasta en dos tercios de los pacientes²⁹, y b) la mayoría de los individuos portadores de las entidades de la tríada anatómica-diagnóstica no tienen TC.

Nuevas perspectivas en el mecanismo del reflejo de la tos apuntan a que es en la laringe donde se manifiesta mayoritariamente la sintomatología de estos pacientes³⁰, de ahí que se haya introducido el concepto de «síndrome de hipersensibilidad laríngea» (SHL) como la base clínica fundamental en la TC, sobre todo la refractaria³¹.

Tos crónica y afecciones de la vía aérea inferior

En la bronquitis bacteriana prolongada o persistente, un tratamiento largo de más de 2 semanas, con antibióticos dirigidos hacia el germen causante, conduce a la completa resolución de la TC³² (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). En el asma se aceptan hoy 2 fenotipos: la llamada asma eosinofílica y la neutrofílica. Recientemente se ha descrito que el 75% de los pacientes con asma neutrofílica presentan TC moderada o grave³³ (*Recomendación débil/evidencia baja*). El estudio de la inflamación eosinófila de la vía aérea a través de la medida del FeNO y la eosinofilia en esputo tienen elevada especificidad y sensibilidad y prevén buena respuesta a los corticosteroides³⁴ (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). El diagnóstico de asma se establece con una obstrucción bronquial reversible, variabilidad del flujo espiratorio máximo o hiperreactividad bronquial (HRB) mediante la realización de una espirometría con prueba broncodilatadora, monitorización del flujo espiratorio máximo o prueba de broncoprovocación (PBP) (*Recomendación consistente/evidencia alta*). Una PBP negativa permite descartar el diagnóstico de asma y, si es positiva, el valor predictivo positivo oscila entre el 60-80%³⁵ (*Recomendación consistente/evidencia alta*). La presencia de HRB sin demostración de obstrucción variable al flujo en TC conduce al diagnóstico de «tos equivalente asmático» o tos variante asma³⁶; en este caso, los antileucotrienos parecen ser más efectivos que en el asma clásico³⁷ (*Recomendación consistente/evidencia baja*). Recientemente se describió un cuadro de TC con eosinofilia en esputo inducido, ausencia de HRB y buena

Tabla 2

Diagnóstico diferencial entre diferentes enfermedades con inflamación eosinófila de las vías aéreas asociadas a tos crónica

	Bronquitis eosinofílica	Asma eosinofílico	Equivalente asmático
Síntomas	Tos	Disnea, tos y sibilantes	Tos
Presencia de atopia	No	Sí	Sí
Hiperreactividad bronquial	No	Sí	Sí
Viabilidad del FEM	No	Sí	No
Eosinofilia en esputo	Sí	Sí	Sí
Respuesta a broncodilatadores	No	Sí	Sí
Respuesta a corticosteroides	Sí	Sí (si eosinofilia en esputo)	Sí (si eosinofilia en esputo)

Modificado de Desai y Brightling (Cough: Asthma, eosinophilic diseases. Otolaryngol Clin North Am. 2010;43:123) y Morice (Epidemiology of cough. Pulm Pharmacol Ther. 2002;15:253–259). Adaptado de Desai y Brightling⁸⁶.

respuesta a los corticosteroides al que llamaron *bronquitis eosinofílica* (BE) con una prevalencia entre el 7-33%³⁸. Las similitudes y diferencias entre estas entidades están resumidas en la [tabla 2](#). En cuanto a la recientemente descrita asma neutrófila asociada a TC y reflujo gastroesofágico (RGE), se ha propuesto el tratamiento con macrólidos sin concretar específicamente el resultado en la TC³⁹ (*Recomendación débil/evidencia baja*). Igualmente, en el tratamiento del asma con predominio eosinófilo ha tenido éxito el anticuerpo monoclonal mepolizumab; sin embargo, no se resolvía la TC acompañante⁴⁰, lo que sugirió que la inflamación podría estar mediada por mastocitos.

Tos crónica y afecciones de vía aérea superior

Las afecciones en laringe se han considerado de forma habitual en la tríada diagnóstica como el síndrome de la TC asociado a vía aérea superior (STCAVAS), previamente llamado síndrome de goteo posnasal; sin embargo, recientemente, y dada la alta frecuencia de síntomas laríngeos en la TC, se ha incluido el SHL vinculado a la neuropatía laríngea.

Cinco son las afecciones de la vía aérea superior que pueden cursar con TC: rinitis alérgica, rinosinusitis crónica del adulto, apnea obstructiva del sueño, disfunción de cuerdas vocales (DCV) y la manifestación extraesofágica del RGE o RLF.

Rinitis alérgica: se diagnostica por signos y síntomas de inflamación nasal y se identifican alérgenos específicos en los test cutáneos o el RAST. El manejo de esta afección debe seguirse según pautas de la reciente guía⁴¹. **Rinosinusitis crónica:** el tratamiento comprende irrigación de fosas nasales con suero salino, corticosteroides orales por un mínimo de un mes y antibióticos orales hasta 3 meses en caso de sinusitis purulenta (*Recomendación consistente/evidencia moderada*).

Apnea obstructiva del sueño (ver el apartado «Tos crónica y síndrome de apnea-hipopnea del sueño»).

Disfunción de cuerdas vocales: la DCV se diagnostica por el estrechamiento episódico de las cuerdas vocales durante la inspiración que ocasiona disnea inspiratoria y TC⁴². La TC está presente en más del 50% de adultos que la padecen. La DCV se diagnostica por la observación del estrechamiento de glotis en la laringoscopia o por la caída de más del 25% del flujo inspiratorio durante la maniobra de provocación con suero salino⁴³. El manejo consiste en el tratamiento de las comorbilidades asociadas como asma, rinosinusitis, RGE o uso de IECA (*Recomendación débil/evidencia baja*), así como en la aplicación de técnicas de logopedia⁴³ (*Recomendación consistente/evidencia moderada*).

Reflujo laringofaríngeo (RLF) (ver en el siguiente apartado).

Tos crónica y reflujo gastroesofágico. Reflujo laringofaríngeo

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se ha asociado a una gran variedad de manifestaciones extraesofágicas, siendo la TC una de ellas⁴⁴.

Relación entre tos crónica y reflujo gastroesofágico. En una serie de pacientes con TC, al estudiar la asociación temporal entre los

Tabla 3

Grados de recomendación/evidencia del tratamiento antirreflujo en pacientes con tos crónica

Tratamiento	Grado de recomendación	
Medidas generales y dietéticas	Recomendación consistente	Calidad evidencia baja
Antagonistas H2	Recomendación consistente	Calidad evidencia baja
IBP	Recomendación consistente	Calidad evidencia moderada
Procinéticos	Recomendación débil	Calidad evidencia muy baja
Cirugía antirreflujo	Recomendación débil	Calidad evidencia baja

episodios de tos, registrados mediante un análisis acústico, y los episodios de RGE, registrados mediante la pH-impedanciometría esofágica ambulatoria, Smith et al.⁴⁵ observaron que la tos podía aparecer antes o después (50% de las ocasiones) de los episodios de RGE. Wu et al.⁴⁶ mostraron que la perfusión de ácido en el esófago distal incrementa la sensibilidad al reflejo de la tos en pacientes asmáticos pero no en individuos normales. Por último, recientemente se ha sugerido que la TC podría originarse como consecuencia del contacto lesivo del RGE sobre la laringe, provocando una neuropatía laríngea^{47,48}, siendo entonces la TC considerada como un trastorno neuropático secundario al RGE.

Diagnóstico de la tos crónica asociada a reflujo. Para verificar la asociación RGE-tos la prueba más útil es el registro ambulatorio conjunto y durante 24 h de la pH-metría e impedancia esofágicas, capaz de detectar episodios de RGE ácido (pH < 4), débilmente ácido (pH entre 4 y 7) y alcalino (pH > 7) y de características líquidas y también aerosolizadas⁴⁵.

Tratamiento de la tos crónica asociada al reflujo gastroesofágico. El tratamiento antirreflujo para la TC se detalla en la [tabla 3](#). Se han publicado 2 revisiones sistemáticas al respecto^{49,50}. En adultos, existe insuficiente evidencia para concluir definitivamente que los IBP sean beneficiosos para la tos asociada a RGE; no obstante, la presencia de RGE anormal o la asociación temporal de RGE con tos determinan que la respuesta al tratamiento es mejor⁵⁰. En aquellos pacientes que no presenten ninguno de estos indicadores de RGE podría justificarse el tratamiento al menos 2 meses si cumplen las siguientes circunstancias: no fumador, no consumo de IECA, radiografía de tórax normal y ausencia de asma, de goteo nasal posterior y de bronquitis eosinofílica no asmática⁵¹.

Reflujo laringofaríngeo: el RLF se considera como el RGE que alcanza la zona de laringe-faringe y su diagnóstico se confirma por: a) síntomas de reflujo extraesofágico, o b) fibroscopia laríngea. Para lo primero se ha validado el «índice de síntomas de reflujo», y para lo segundo, el «índice de hallazgos endoscópicos de reflujo»⁵², ambos con una calificación de *Recomendación débil/evidencia moderada* ([tablas 4 y 5](#)).

El tratamiento del RGE con RLF adicional es similar al descrito en el RGE asociado a TC, esto es, con altas dosis de IBP (20 o 40 mg cada 12 h), que debe prolongarse al menos 2 meses; si al cabo de

Tabla 4
Índice de síntomas de reflujo en laringe

En el último mes, ¿cómo le han afectado estos síntomas?	Nada					Severo
	0	1	2	3	4	5
Ronquera, disfonía u otro problema de voz						
Aclarar la garganta, tragar saliva constantemente						
Exceso de moco en la garganta, moco posnasal						
Tos tras acostarse						
Dificultad para respirar						
Tos seca paroxística (crisis)						
Sensación de cuerpo extraño en la garganta						
Dolor torácico, acidez retroesternal, dispepsia						

Más de 13 puntos sugieren reflujo laringofaríngeo.

Tabla 5
Índice de signos endoscópicos de reflujo laringofaríngeo

Edema subglótico	2: si presente				
Obliteración ventricular	2: parcial				4: completo
Eritema-hiperemia	2: solo interaritenoides				4: completo
Edema cuerda vocal	1: moderado	2: moderado	3: severo		4: polipoideo
Edema laríngeo difuso	1: moderado	2: moderado	3: severo		4: obstructivo
Hipertrofia comisura posterior	1: moderado	2: moderado	3: severo		4: obstructivo
Granuloma. Granulación	2: si presente				
Moco endolaríngeo denso	2: si presente				

Más de 6 puntos sugieren reflujo laringofaríngeo.

ese tiempo no hay respuesta, los IBP deben suspenderse (*Recomendación consistente/evidencia moderada*), pero si el paciente muestra mejoría de su TC se deberían reducir los IBP a una vez al día y a continuación seguir con la dosis mínima requerida para mantener una adecuada supresión ácida. Si por el contrario el paciente no mejora y persiste la sospecha de TC por RGE, se recomienda realizar una pH-metría/impedanciometría con manometría adicional (*Recomendación débil/evidencia alta*). Si existe sospecha confirmada de RLF pero falla la terapia con IBP, algunos autores han comunicado mejoría con agonistas GABA como baclofeno con dosis crecientes hasta 30 mg al día⁵³, o la adición de alginatos (Gaviscon)⁵⁴. La funduplicación como tratamiento del RLF con TC requeriría la presencia de una complicación mayor del RGE o el riesgo de aspiración masiva (*Recomendación débil/evidencia baja*) (tabla 3). La hipersensibilidad tusígena a resultas de una neuropatía laríngea sensorial y RLF asociado ha mostrado resultados eficaces con fármacos neuromoduladores⁵⁵.

Ante la sospecha clínica de la existencia de interacción entre RLF y neuropatía laríngea las medidas complementarias son 2: cambios higiénico-dietéticos y tratamiento logopédico. La elevación de la cabecera de la cama y el decúbito lateral izquierdo, así como la pérdida de peso, mejoran el tiempo total del pH esofágico menor de 4 (*Recomendación consistente/evidencia baja*)⁵⁶; recientemente, en un estudio sobre el RGE, un tiempo menor de 3 h entre cenar y acostarse se relacionaba significativamente con las recidivas del RGE⁵⁷. En cuanto al tratamiento logopédico, reduce la respuesta del reflejo de tos inducido por capsaicina⁴³.

Tos crónica y síndrome de apnea-hipopnea del sueño

En general, tanto en individuos sanos como en pacientes con TC, la frecuencia de la tos es mayor durante el día. En algunas enfermedades relacionadas con el sueño, como es el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), la relación es distinta⁵⁸. La prevalencia de TC en esta población es muy alta, llegando a ser del 33-39%⁵⁹. En nuestra experiencia⁶⁰, el 42% de pacientes con SAHS refieren TC, de los cuales un 31% puntuaban alto en los síntomas de RGE. Con respecto a los efectos de la CPAP sobre la tos, se ha demostrado una mejoría significativa al desaparecer la tos en el 67% de ellos. De forma similar, cuando se analizó retrospectivamente la prevalencia de SAHS en pacientes con TC⁶¹, se observó que un 44% tenían criterios de SAHS. En resumen, la asociación entre SAHS

y TC es frecuente y debe investigarse siempre, especialmente en pacientes con RGE asociado (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). El tratamiento con CPAP puede estar indicado para la mejoría de la TC (*Recomendación débil/evidencia moderada*), si bien se requieren más estudios al respecto.

Miscelánea; tos crónica postinfecciosa, tos crónica psicógena.

Otras entidades con tos crónica.

Tos crónica postinfecciosa. Numerosas publicaciones sugieren que la mayoría de las toses que se relacionan con infecciones de las vías respiratorias superiores se resuelven en un período no mayor de 3 semanas; sin embargo, la tos puede tardar más en una pequeña proporción de pacientes adultos. *Bordetella pertussis*, el agente de la tos ferina, es cada vez más reconocida como causa de TC. El diagnóstico se establece con el cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR en inglés) en muestras de vía aérea superior (*Recomendación débil/evidencia baja*). El tratamiento antibiótico con azitromicina debería ser considerado en casos sospechosos, pero no produce la mejora de los síntomas sino la disminución de la transmisión (*Recomendación consistente/evidencia alta*)⁶².

Tos crónica psicógena. En una reciente revisión sobre tos psicógena, de un total de 18 estudios no controlados⁶³ se identificaron 223 pacientes; el 96% eran niños y adolescentes, y el 95% de los pacientes no tenían tos durante el sueño. La hipnosis es eficaz en la resolución de la tos en el 78% de los pacientes. La gran mayoría de las mejorías observadas se produjo en el grupo de edad pediátrica. En conclusión, existe una evidencia de baja calidad para apoyar una estrategia particular que defina y trate la tos psicógena, tos como hábito y tos como tic. En general, el diagnóstico de tos psicógena debe hacerse después de descartar causas más comunes de TC y cuando la TC mejora con modificaciones conductuales y/o terapia psiquiátrica⁶⁴.

Otros tipos de tos crónica. La TC en exposición ocupacional se ha descrito en trabajadores del vidrio y en ambientes con alto contenido de polvos y materiales orgánicos⁶⁵. Un síndrome de neuropatía sensorial con disfunción del sistema nervioso autónomo, tos y RGE⁶⁶ señala una disfunción genética en la red neurológica del tracto digestivo. La TC por irritación de la rama auricular de nervio vago (nervio de Arnold) puede ocurrir raramente, al igual

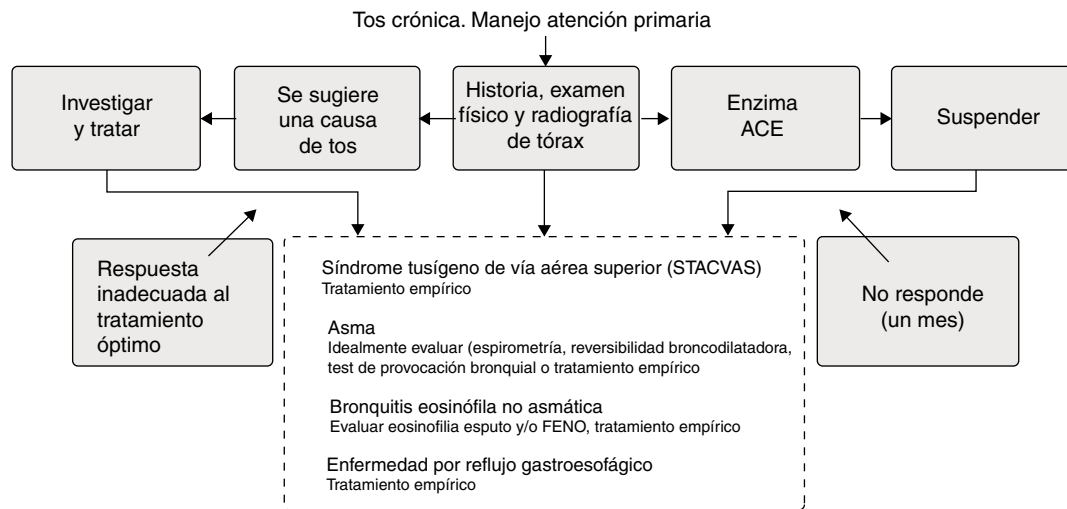


Figura 4. Algoritmo de manejo de la tos crónica en atención primaria.

que la TC que acompaña a la traqueobroncopatía osteocondroplásica. Otras causas raras de TC deben ser sistematizadas según la [tabla 1](#).

Manejo de la tos crónica en las distintas escalas de asistencia médica

Tos crónica en atención primaria

En la mayoría de los pacientes con TC que se presentan en atención primaria (AP) se puede dirigir su diagnóstico según se detalla en la [figura 4](#) (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). En

un estudio se encontró que solo un 31% de los pacientes tenían alguna alteración radiográfica o que orientara el diagnóstico⁶⁷. El tratamiento empírico y secuencial basado en un protocolo ha demostrado ser rentable^{68,69}. En un estudio reciente de 112 pacientes con TC⁶⁹ se muestran la sensibilidad y la especificidad de los síntomas para 3 de las patologías más frecuentes asociadas a TC, y que se detallan en la [tabla 6](#).

Tos crónica en atención especializada

En las [figuras 5 y 6](#) se muestra el algoritmo de manejo en los pacientes con TC que son enviados desde la AP a un escalón

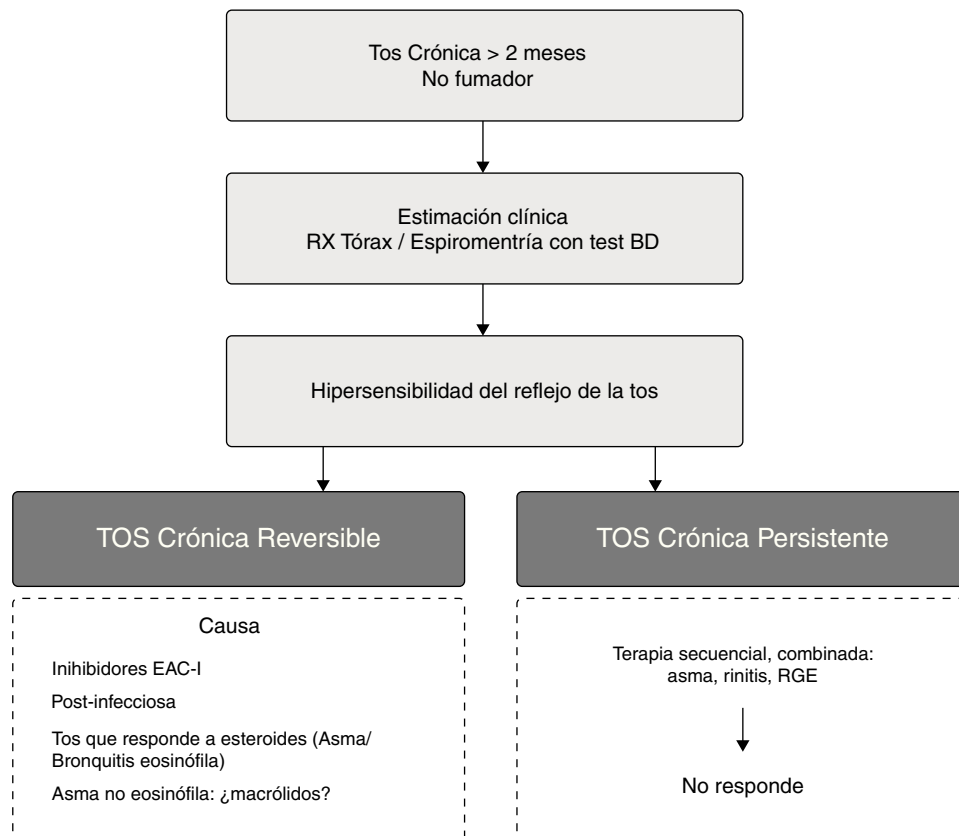


Figura 5. Manejo práctico de pacientes con tos crónica.

Tabla 6
Sensibilidad y especificidad de los síntomas y signos de la tos crónica

Enfermedad	Síntomas y parámetros observados	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	p
Asma	Sibilancias	94	66	< 0,001
	Disnea	82	51	0,009
	Obstrucción de la vía aérea ^a	35	80	0,07
	Reversibilidad bronquial	11	95	0,2
Reflujo gastroesofágico	Sabor ácido en la boca	50	80	0,01
	Pirosis retroesternal	72	68	0,001
Rinitis	Goteo retrorinal	100	67	0,002
	Carraspeo	100	37	0,07

^a Obstrucción de la vía aérea medida por el cociente FEV1/FVC < 70%.

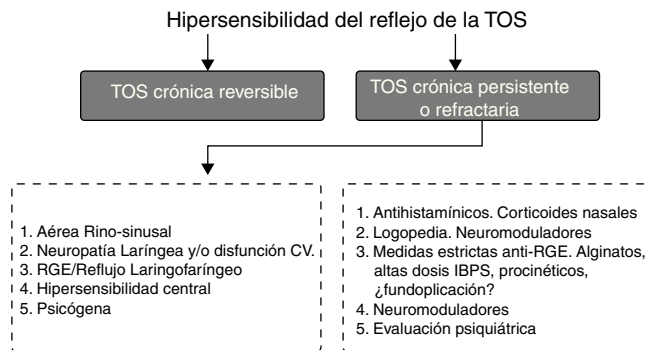


Figura 6. Algoritmo de manejo de la tos crónica refractaria.

ambas opciones con *Recomendación consistente/pero con escasa evidencia* todavía (fig. 7).

Tos crónica en pediatría

Se considera TC la que dura más de 4 semanas, de acuerdo con las guías americana y australiano-neozelandesa⁷⁰, o más de 8 semanas de acuerdo con la guía británica⁷¹. Las causas de TC en el niño varían en función de la edad según diversos estudios epidemiológicos (*Recomendación consistente/evidencia alta*). En niños escolares las causas más frecuentes son: asma (27%), equivalente asmático (15,5%) y RGE (10%). A partir de la adolescencia, las causas de TC se consideran similares a las del adulto.

Evaluación diagnóstica de la tos crónica en el niño

La historia clínica, los síntomas y signos de alarma (tabla 7) y la exploración física y pruebas diagnósticas iniciales son similares a las propuestas para el adulto.

superior de asistencia. Tras descartar que el paciente con TC no tiene asma de tipo neutrófilo, las alternativas de tratamiento son los neuromoduladores, básicamente gabapentina (300 a 1.800 mg al día) y amitriptilina (10 a 20 mg al día) y las técnicas de logopedia,

Tos crónica. Manejo Medicina Especializada

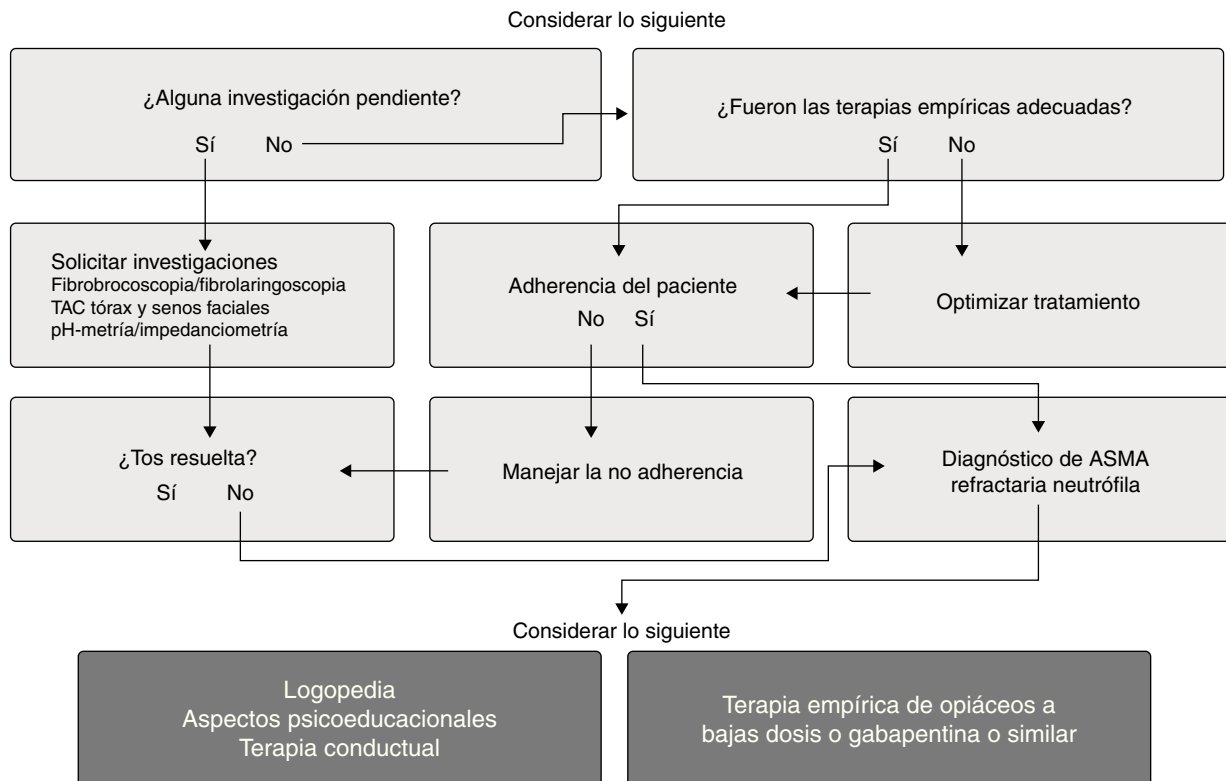


Figura 7. Manejo de la tos crónica en unidades especializadas.

Tabla 7

Síntomas y signos de alarma en el niño con tos crónica

Síntomas y signos de alarma	Comentarios
Auscultación anormal	Asma, bronquitis, cuerpo extraño, FQ, anomalías congénitas...
Tos húmeda o productiva	Enfermedades supurativas (FQ, BQ, DCP, BBP...), bronquitis
Tos inicio brusco tras episodio de atragantamiento	Aspiración de cuerpo extraño
Tos en relación con alimentación o deglución	Síndromes aspirativos
Disnea crónica	Patología torácica (vía aérea o parénquima), cardíaca...
Disnea con ejercicio	Asma, enfermedad pulmonar...
Soplo cardíaco	Enfermedad cardíaca
Presencia de patología neurológica	Síndromes aspirativos, debilidad muscular...
Deformidades en la pared torácica	Malformaciones, enfermedad pulmonar crónica grave...
Hemoptisis	Enfermedad supurativa, anomalías vasculares, bronquitis...
Neumonías recurrentes	Asma, cuerpo extraño, malformaciones, inmunodeficiencias...
Fallo de medro	Enfermedad pulmonar, enfermedad supurativa cardíaca
Presencia de acropaquias	Enfermedades crónicas
Coexistencia de comorbilidades	Bronquitis bacteriana persistente

BBP: bronquitis bacteriana persistente; BQ: bronquiectasias; DCP: discinesia ciliar primaria; FQ: fibrosis quística.

Tabla 8

Causas de tos inexplicable del adulto

- El médico no sigue los tratamientos recomendados en las guías prácticas acreditadas - El paciente no sigue las recomendaciones del tratamiento - El desarrollo de serias comorbilidades que obliga a los pacientes a abandonar las exploraciones o no seguir los planes de tratamiento - El diagnóstico es correcto, pero la tos es refractaria al tratamiento prescrito - Una combinación de las 3 anteriores - No hay una explicación al paciente sobre su participación activa en el control de la tos - La tos es verdaderamente refractaria
--

Modificado de Irwin⁷⁴.

Tratamiento de la tos crónica en el niño

El tratamiento de la TC debe realizarse teniendo como objetivo eliminar el agente causal^{70,71}. Si la TC inespecífica es predominantemente seca, se recomienda un ensayo terapéutico con corticosteroides inhalados a dosis medias durante 2-12 semanas, y si no responde al tratamiento, se debe retirar el mismo⁷². En los casos de TC inespecífica productiva se puede valorar iniciar un ciclo de antibióticos durante 2-3 semanas⁷³ (*Recomendación consistente/evidencia alta*). No está indicado el empleo de antitusivos de acción central (*Recomendación consistente/evidencia alta*).

Problemas y perspectivas planteadas en la tos crónica

Tos crónica refractaria y nuevos tratamientos

Hoy se asume que alcanzar el control parcial de la tos puede ser ya suficiente, puesto que es difícil lograr la total erradicación de la misma, excepto en algunos casos (fig. 5). El tratamiento no satisfactorio en la TC puede ser debido a varias causas⁷⁴ (tabla 8). En la TCR debemos en primer lugar optimizar las posibilidades del tratamiento (fig. 6), y a continuación hay 2 conceptos que merecen especial atención: a) el SHL, y b) la hipersensibilidad central⁷⁵ (*Recomendación consistente/evidencia moderada*). Los fármacos antitusivos deberían dirigirse contra el «urge to cough» pero diseñados para dejar sin modificar la tos protectora-refleja.

La lidocaína nebulizada según la evidencia disponible aparece como una opción de terapia de segunda línea⁷⁶.

Sobre el segundo concepto, la hipersensibilidad central y su tratamiento en TC, ha merecido un interés creciente el uso de la gabapentina en la TCR, con una respuesta positiva en alrededor del 60% de pacientes (*Recomendación consistente/evidencia moderada*)⁷⁷. La terapia neuromoduladora se perfila como la vía futura en el tratamiento de la hipersensibilidad central⁷⁸. Otros agentes similares sobre los que disponemos de pequeños estudios observacionales son pregabalina, amitriptilina y baclofeno. La amitriptilina o la morfina a dosis bajas han demostrado mejoría subjetiva en el LCQ (*Recomendación débil/evidencia moderada*)⁷⁹.

La eficacia de los supresores de la tos de adquisición farmacéutica libre no ha sido demostrada en TC⁸⁰. En una revisión reciente con el dextrometorfano se ha observado un modesto descenso en la severidad y frecuencia de la tos frente a placebo⁸¹. La codeína no ha logrado mejorar el reflejo de la tos inducido por la capsacina⁸². En la actualidad se recomienda su uso en la TC sin respuesta a antitusivos no opiáceos (*Recomendación débil/evidencia baja*).

Recientemente se han evaluado fármacos para disminuir la hipersensibilidad periférica centrándose en la terapia bloqueadora de receptores TRP⁸³. El tiotropio inhalado ha demostrado recientemente en animales de laboratorio que inhibe los receptores TRPV1⁸⁴. Otro agente promotor en el tratamiento de la TC es otro antagonista, pero del receptor purinérgico P2X3, el AF-219, que actúa también sobre las fibras C periféricas⁸⁵ y con efecto reductor de la frecuencia de la TC.

Bibliografía

- Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, el-Solh AA, Ernst A, et al. An official ATS statement: Grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:605–14.
- Pavord ID, Chung KF. Management of chronic cough. *Lancet*. 2008;371:1375–84.
- Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129 1 Suppl:1S–23S.
- Morice AH. Chronic cough: Epidemiology. *Chron Respir Dis*. 2008;5:43–7.
- Lai K, Chen R, Lin J, Huang K, Shen H, Kong L, et al. A prospective multicenter on causes of chronic cough in China. *Chest*. 2013;143:613–20.
- Zemp E, Elsasser S, Schindler C, Künzli N, Perruchoud AP, Domenighetti G, et al. Long-term ambient air pollution and respiratory symptoms in adults (SAPALDIA study). The SAPALDIA Team. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159:1257–66.
- McCabe D, Altman K. Laryngeal hypersensitivity in the World Trade Center: Exposed population. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:402–3.
- O'Neill J, McMahon SB, Undem BJ. Chronic cough and pain: Janus faces in sensory neurobiology? *Pulm Pharmacol Ther*. 2013;26:476–85.
- Bende M, Millqvist E. Prevalence of chronic cough in relation to upper and lower airway symptoms: The Skövde population-based study. *Front Physiol*. 2012;3:251.
- Canning BJ, Mazzone SB, Meeker SN, Mori N, Reynolds SM, Undem BJ. Identification of the tracheal and laryngeal afferent neurons mediating cough in anesthetized guinea-pigs. *J Physiol*. 2004;557:543–58.
- Canning BJ. Afferent nerves regulating the cough reflex: Mechanisms and mediators of cough in disease. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43:15–25.
- MacAlexander MA, Myers AC, Undem BJ. Adaptation of guinea-pig vagal airway afferent neurons to mechanical stimulation. *J Physiol*. 1999;521:239–47.
- Pacheco A. Chronic cough: From a complex dysfunction of the neurological circuit to the production of persistent cough. *Thorax*. 2014;69:881–3.
- Chung KF, McGarvey L, Mazzone SB. Chronic cough as a neuropathic disorder. *Lancet Respir Med*. 2013;3:414–22.
- Gibson PG, Chang AB, Glasgow NJ, Holmes PW, Katelaris P, Kemp AS, et al. CICADA: Cough in children and adults: Diagnosis and assessment. Australian cough guidelines summary statement. *Med J Aust*. 2010;192:265–71.
- Chung KF. Gabapentin: A suppressant for refractory chronic cough. *Lancet*. 2012;380:1540–1.
- Davenport PW. Urge-to-cough: What can it teach us about cough? *Lung*. 2008;186 Suppl 1:S107–11.
- Mazzone SB, McLennan L, McGovern AE, Egan GF, Farrell MJ. Representation of capsaicin-evoked urge-to-cough in the human brain using functional magnetic resonance imaging. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:327–32.
- Dettmar PW, Strugala V, Fathi H, Dettmar HJ, Wright C, Morice AH. The online Cough Clinic: Developing guideline-based diagnosis and advice. *Eur Respir J*. 2009;34:819–24.

20. Birring SS, Prudon B, Carr AJ, Singh SJ, Morgan MD, Pavord ID. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ). *Thorax*. 2003;58:339–43.
21. Morice AH, Fontana GA, Belvisi MG, Birring SS, Chung KF, Dicpinigaitis PV, et al. European Respiratory Society guidelines on the assessment of cough. *Eur Respir J*. 2007;29:1256–76.
22. Hilton EC, Baverel PG, Woodcock A, van der Graaf PH, Smith JA. Pharmacodynamic modeling of cough responses to capsaicin inhalation calls into question the utility of the C5 end point. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132:847–55.
23. Couto M, de Diego A, Perpiñá M, Delgado L, Moreira A. Cough reflex testing with inhaled capsaicin and TRPV1 activation in asthma and comorbid conditions. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013;23:289–301.
24. Nieto L, de Diego A, Perpiñá M, Compte L, Garrigues V, Martínez E, et al. Cough reflex testing with inhaled capsaicin in the study of chronic cough. *Respir Med*. 2003;97:393–400.
25. Hahn PY, Morgenthaler TY, Lim KG. Use of exhaled nitric oxide in predicting response to inhaled corticosteroids for chronic cough. *Mayo Clin Proc*. 2007;82:1350–5.
26. Chatkin JM, Ansarin K, Silkoff PE, McLean P, Gutierrez C, Zamel N, et al. Exhaled nitric oxide as noninvasive assessment of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159:1810–3.
27. Lavinka PC, Dong X. Molecular signaling and targets from itch: Lessons from cough. *Cough*. 2013;9:8.
28. Mazzone SB, McGovern AE, Yang SK, Woo A, Phipps S, Ando A, et al. Sensorimotor circuitry involved in the higher brain control of coughing. *Cough*. 2013;9:7.
29. Woodcock A, Young EC, Smith JA. New insights in cough. *Br Med Bull*. 2010;96:61–73.
30. Sandhu GS. The larynx in cough. *Cough*. 2013;9:16.
31. Morice AH. Chronic cough hypersensitivity syndrome. *Cough*. 2013;9:14.
32. Chang AB, Redding GJ, Everard ML. Chronic wet cough: Protracted bronchitis, chronic suppurative lung disease and bronchiectasis. *Pediatr Pulmonol*. 2008;43:519–31.
33. Simpson JL, Baines KJ, Ryan N, Gibson PG. Neutrophilic asthma is characterized by increased rhino-sinusitis with sleep disturbances and GERD. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2014;32:67–75.
34. Birring S. Controversies in the evaluation and management of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:708–15.
35. De Diego Damiá A, Plaza Moral V, Garrigues Gil V, Izquierdo Alonso JL, López Viña A, Molló Miret JJ, et al. Tos crónica. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol*. 2008;38:236–45.
36. Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma. *N Eng J Med*. 1979;300:633–7.
37. Dicpinigaitis PV, Dobkin JB, Reichel J. Antitussive effect of the leukotriene receptor antagonist zafirlukast in subjects with cough-variant asthma. *J Asthma*. 2002;39:291–7.
38. Brightling CE, Ward R, Goh KL, Wardlaw AJ, Pavord ID. Eosinophilic bronchitis is an important cause of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:406–10.
39. Simpson JL, Powell H, Boyle MJ, Scott RJ, Gibson PG. Clarithromycin targets neutrophilic airway inflammation in refractory asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177:148–55.
40. Haldar P, Brightling CE, Hargadon B, Gupta S, Monteiro W, Sousa A, et al. Mepolizumab and exacerbations of refractory eosinophilic asthma. *N Engl J Med*. 2009;360:973–84.
41. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis; an update practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122 Suppl:S1–84.
42. Gibson PG, Vertigan AE. Speech pathology for chronic cough: a new approach. *Pulm Pharmacol Ther*. 2009;22:159–62.
43. Vertigan AE, Theodoros DG, Gibson PG, Winkworth AL. Efficacy of speech pathology management for chronic cough: A randomised placebo controlled trial of treatment efficacy. *Thorax*. 2006;61:1065–9.
44. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1900–20.
45. Smith JA, Decalmer S, Kelsall A, McGuinness K, Jones H, Galloway S, et al. Acoustic cough-reflex associations in chronic cough: Potential triggers and mechanisms. *Gastroenterology*. 2010;139:754–62.
46. Wu DN, Yamauchi K, Kobayashi H, Tanifugi Y, Kato C, Suzuki K, et al. Effects of esophageal acid perfusion on cough responsiveness in patients with bronchial asthma. *Chest*. 2002;122:505–9.
47. Gibson PG, Simpson JL, Ryan NM, Vertigan AE. Mechanisms of cough. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2014;14:55–61.
48. Pacheco A, Cobeta I. Refractory chronic cough, or the need to focus on the relationship between the larynx and the esophagus. *Cough*. 2013;9:10.
49. Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, Connor FL, Garske LA. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD004823.
50. Kahrilas PJ, Howden CW, Hughes N, Molloy-Bland M. Response of chronic cough to acid-suppressive therapy in patients with gastroesophageal reflux disease. *Chest*. 2013;143:605–12.
51. Irwin RS, French CL, Curley FJ, Zawacki JK, Bennett FM. Chronic cough due to gastroesophageal reflux. Clinical, diagnostic and pathogenetic aspects. *Chest*. 2009;104:1511–7.
52. Belafsky PC, Rees CJ. Laryngopharyngeal reflux: The values of otolaryngology examination. *Curr Gastroenterol Rep*. 2008;10:278–82.
53. Koek GH, Sifrim D, Lerut T, Janssens J, Tack J. Effect of the GABA agonist baclofen in patients with symptoms and duodeno-gastro-oesophageal reflux refractory to proton pump inhibitors. *Gut*. 2003;52:1397–402.
54. Kwiatek MA, Roman S, Fareeduddin A, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. An alginate-antacid formulation (Gaviscon Double Action Liquid) can eliminate or displace the postprandial acid pocket in symptomatic GERD patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34:59–66.
55. Greene SM, Simpson CB. Evidence for sensory neuropathy and pharmacologic management. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43:67–72.
56. Kaltenbach T, Crockett S, Lauren B, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*. 2006;166:965–71.
57. Yang JH, Kang HS, Lee SY, Kim JH, Sung IK, Park HS, et al. Recurrence of gastroesophageal reflux disease is correlated with a short dinner-to-bedtime interval. *J Gastroenterol Hepatol*. 2014;29:730–5.
58. Birring SS, Ing AJ, Chan K, Cossa G, Matos S, Morgan MD, et al. Obstructive sleep apnoea: A cause of chronic cough. *Cough*. 2007;3:7.
59. Chan K, Ing AJ, Laks L, Cossa G, Rogers P, Birring SS. Chronic cough in patients with sleep-disordered breathing. *Eur Respir J*. 2010;35:368–72.
60. Reig JP, Ballestes M, Leon M, de Diego A, Martinez M, Compte L. Estudio del reflejo túsigeno en pacientes con SAOS. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:6.
61. Sundar KM, Daly SE, Pearce MJ, Alward WT. Chronic cough and obstructive sleep apnea in a community-based pulmonary practice. *Cough*. 2010;6:2.
62. Kline Jm, Lewis WD, Smith EA, Tracy LR, Moerschel SK. Pertussis: A remerging infection. *Am Fam Physician*. 2013;88:507–14.
63. Haydour Q, Alahdab F, Farah M, Moreno PB, Vertigan AE, Newcombe PA, et al. Management and diagnosis of psychogenic cough, habit cough, and tic cough: A systematic review. *Chest*. 2014;146:355–72.
64. Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit cough, tic cough, and psychogenic cough in adult and pediatric populations. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129:174S–9S.
65. Gordon SB, Curran AD, Turley A, Wong CH, Rahman SN, Wiley K, et al. Glass bottle workers exposed to low-dose irritant fumes cough but do not wheeze. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:206–10.
66. Kok C, Kennerson ML, Spring PJ, Ing AJ, Pollard JD, Nicholson GA. A locus for hereditary sensory neuropathy with cough and gastroesophageal reflux on chromosome 3p-22 p24. *Am J Hum Genet*. 2003;73:632–7.
67. McGarvey LPA, Heaney LG, MacMahan J. A retrospective survey of diagnosis and management of patients presenting with chronic cough to a general chest clinic. *Int J Clin Pract*. 1998;52:158–61.
68. Lin L, Poh k, Lim T. Empirical of treatment chronic cough: A cost-effectiveness analysis. *Proc AMIA Symp*. 2001;2001:383–7.
69. Ojoo JC, Everett CF, Mulrennan SA, Faruqi S, Kastelik J, Morice AH. Management of patients with chronic cough using a clinical protocol: A prospective observational study. *Cough*. 2013;9:2–7.
70. Chang AB, Landau LI, van Asperen PP, Glasgow NJ, Robertson CF, Marchant JM, et al. Cough in children: Definitions and clinical evaluation. *Med J Aust*. 2006;184:398–403.
71. Shields MD, Bush A, Everard ML, McKenzie S, Primhak R. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax*. 2008;63 Suppl 3:iii1–15.
72. Karabel M, Kelekci S, Karabel D, Gurkan MF. The evaluation of children with prolonged cough accompanied by American College of Chest Physicians guidelines. *Clin Respir J*. 2014;8:152–9.
73. Marchant J, Masters IB, Champion A, Petsky H, Chang AB. Randomised controlled trial of amoxicillin clavulanate in children with chronic wet cough. *Thorax*. 2012;67:689–93.
74. Irwin RS. Unexplained cough in the adult. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43:167–80.
75. Ryan NM, Vertigan A, Bone S, Gibson P. Cough reflex sensitivity improves with speech language pathology management of refractory chronic persistent cough. *Cough*. 2010;6:5.
76. Lim KG1, Rank MA, Hahn PY, Keogh KA, Morgenthaler TI, Olson EJ. Long-term safety of nebulized lidocaine for adults with difficult-to-control chronic cough: a case series. *Chest*. 2013;143:1060–5.
77. Ryan NM, Birring SS, Gibson PG. Gabapentin for refractory chronic cough: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2012;380:1583–9.
78. Lee B, Woo P. Chronic cough as a sign of laryngeal sensory neuropathy: Diagnosis and treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2005;114:253–7.
79. Morice AH, Menon MS, Mulrennan SA, Everett CF, Wright C, Jackson J, et al. Opiate therapy in chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:312–5.
80. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD001831.
81. Yanci WS Jr, McCrory DC, Coeytaux RR, Schmit KM, Kemper AR, Goode A, et al. Efficacy and tolerability of treatments for chronic cough: A systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2013;144:1827.
82. Davenport PW, Bolser DC, Vickrov T, Berry RB, Martin AD, Hev JA, et al. The effect of codeine of the urge-to-cough response to inhaled capsaicin. *Pulm Pharmacol Ther*. 2007;20:338–46.

83. Preti D, Szallasi A, Patacchini R. TRP channels as therapeutic targets in airway disorders: A patient review. *Expert Opin Ther Pat*. 2012;22:663–95.
84. Birrell MA, Bonvini SJ, Dubuis E, Maher SA, Wortley MA, Grace MS, et al. Tiotropium modulates transient receptor potential V1 (TRPV1) in airway sensory nerves: A beneficial off-target effect? *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133:679–87.
85. Ford AB. In pursuit of P2X3 antagonists: Novel therapeutics for chronic pain and afferent sensitization. *Purinergic Signal*. 2012;8 Suppl 1:3–26.
86. Desai D, Brightling C. Cough due to asthma, cough-variant asthma and non-asthmatic eosinophilic bronchitis. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43:123–30.