RAMA JUDICIAL

JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI- VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado a las partes del dictamen pericial presentado por el apoderado judicial de la parte demandada. Se fija por el término de tres (3) días. Corriendo los días 03, 04 y 05 de Mayo de 2021

EDWARD OCHOA CABEZAS

Secretario

2019-00084

2019 00084 APORTA DICTAMEN

Valle Cali <asjuca01@gmail.com>

Lun 12/04/2021 15:49

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: mariourresta@gmail.com <mariourresta@gmail.com>; jairofragarosas@gmail.com <jairofragarosas@gmail.com>; harold Aristizabal Marin <Ham.conava@gmail.com>; Michael Andre Arango Bedoya <notificacionesjudiciales@sos.com.co>; Mauricio Londoño Uribe <notificaciones@londonouribeabogados.com>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; asjuca01@gmail.com <asjuca01@gmail.com>

5 archivos adjuntos (12 MB)

APORTA DICTAMEN PERICIAL CX GENERAL 2019 00084.pdf; HOJA DE VIDA HAROLD PADILLA.pdf; CIENTIFICA LITERATURA.pdf; CIENTIFICA LITERATURA 2 Diverticulitis e ITU Ministerio Tomo II.pdf; DICTAMEN PERICIAL CIRUGIA DR.HPR.pdf;

Respetado
JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)
E. S. D.

PROCESO: VERBAL-RESPONSABILIDAD
DEMANDANTES: NUBIA MENA BECERRA Y OTROS
DEMANDADOS: CLINICA VERSALLES Y OTROS
RADICACIÓN: 2019-00084-00
REFERENCIA: DICTAMEN PERICIAL

JUAN DIEGO MARTÍNEZ VILLABONA., mayor de edad y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, portador de la cédula de ciudadanía N°1.130.591.159 de la misma ciudad y tarjeta profesional N°231.406 expedida por el Honorable Consejo Superior Judicatura, abogado en ejercicio, obrando como apoderado judicial especial, como consta en el expediente, del Dr.IVANILICH GOMEZ SANJUAN, en condición de parte pasiva dentro del proceso de la referencia y en virtud de las facultades a mí conferidas, procedo a remitir, para todos los efectos jurídico-procesales, DICTAMEN PERICIAL por profesional de la salud de la medicina, especialista y sub especialista en Cirugía General.

ANEXOS

- Hoja de vida y diplomas de formación académica
- Dictamen pericial
- Literatura médica científica

NOTIFICACIONES

El profesional de la salud, IVANILICH GOMEZ SANJUAN en su calidad de demandado, las recibirá a través del suscrito, en la Avenida 4 Norte N°4n-76 Centro Comercial Centenario Centro de Negocios Oficina 335 de la ciudad de Santiago de Cali.

Teléfono (092) 5240655 ext. 112, o en los teléfonos móvil número 321-2712348 – 3142289643 y principalmente a los siguientes correos electrónicos:

asjuca01@gmail.com

jdiegomv@gmail.com

Con el acostumbrado y debido respeto,

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA
C.C. N° 1.130.591.159 de Cali
T.P. N° 231406 del H. C. S. de la J.
Contacto: 3212712348 - 3142289643
asjuca01@gmail.com

Respetado
JUZGADO SEPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)
E. S. D.

PROCESO: VERBAL-RESPONSABILIDAD
DEMANDANTES: NUBIA MENA BECERRA Y OTROS
DEMANDADOS: CLINICA VERSALLES Y OTROS
RADICACIÓN: 2019-00084-00
REFERENCIA: DICTAMEN PERICIAL

JUAN DIEGO MARTÍNEZ VILLABONA., mayor de edad y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, portador de la cédula de ciudadanía N°1.130.591.159 de la misma ciudad y tarjeta profesional N°231.406 expedida por el Honorable Consejo Superior Judicatura, abogado en ejercicio, obrando como apoderado principal como consta en el expediente, del Dr.IVANILICH GOMEZ SANJUAN, en condición de parte pasiva dentro del proceso de la referencia y en virtud de las facultades a mí conferidas mediante el poder especial debidamente otorgado, procedo a remitir, para todos los efectos jurídico-procesales, DICTAMEN PERICIAL por profesional de la salud de la medicina y especialista y sub especialista en Cirugía General.

ANEXOS

- Hoja de vida y diplomas de formación académica
- Dictamen pericial
- Literatura médica científica

NOTIFICACIONES

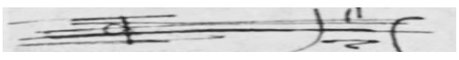
El profesional de la salud, IVANILICH GOMEZ SANJUAN en su calidad de demandado, las recibirá a través del suscrito, en la Avenida 4 Norte N°4n-76 Centro Comercial Centenario Centro de Negocios Oficina 335 de la ciudad de Santiago de Cali.

Teléfono (092) 5240655 ext. 112, o en los teléfonos móvil número 321-2712348 – 3142289643 y principalmente a los siguientes correos electrónicos:

asjuca01@gmail.com

jdiegomv@gmail.com

Con el acostumbrado y debido respeto,



JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA
C.C. N° 1.130.591.159 de Cali
T.P. N° 231406 del H. C. S. de la J.

HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES

DR. HAROLD PADILLA RAMIREZ
MEDICO CIRUJANO GENERAL-LAPAROSCOPIA
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL
MEDICINA NATURAL Y TERAPIAS ALTERNATIVAS

C.C. # 16.647.028 CALI
Carrera 106 #12B-155 casa 19
Teléfono 3707413
Celular 311-3401201
Dirección electrónica. hpadilla09@hotmail.com
Dirección Consultorio No.2: Cra.42 No.5B-53
Teléfono: 5536524-5532881

II. FORMACION ACADEMICA

SUPERIOR:

UNIVERSIDAD DEL VALLE
MEDICO Y CIRUJANO
1984

UNIVERSIDAD DEL VALLE
CIRUGIA GENERAL
1992

UNIVERSIDAD DE CALDAS
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL
2005

ENTRENAMIENTO DE POSTGRADO:

A. CLINICA DEL COUNTRY
SANTAFE DE BOGOTA.
CIRUGIA LAPAROSCOPICA
MARZO 1993

B. ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR
LA HABANA – CUBA
OCT – DIC 1995

C. TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS (TERAPIAS ALTERNATIVAS)
ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS
Diciembre 2002

D. NATURAL HEALTH CONSULTANT,
NATURAL HEALTH EDUCATOR
ALTERNATIVE MEDICINE COLLEGE OF CANADA
Noviembre 2003

E. GESTION Y DIRECCION DE EMPRESAS Y ORGANIZACIONES DE ECONOMIA SOLIDARIA.
FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO
Junio - Enero 2003.

F. DIPLOMADO MARKETING ESTRATEGICO PARA EMPRESAS DEL SECTOR DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD JAVERIANA.
Noviembre 2008

CURSOS, CONGRESOS Y SEMINARIOS EN CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA:

1. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso intermedio. Patología gastrointestinal: nuevos desafíos quirúrgicos. Armenia 2013
2. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso nacional. Avances en cirugía. Cali 2012.
3. XXXVII Congreso avances en Cirugía. Bogotá 2011.
4. Hernio rafia Inguinal por Laparoscopia. Pontificia universidad Javeriana. Bogotá 2011.
5. II Congreso Colombiano de Cirugía Endoscópica. El Endoscopio un instrumento necesario para el Cirujano Moderno.2010. Cali.
6. Asociación Colombiana de Cirugía. Es la Cirugía laparoscópica la última frontera? Barranquilla 2008.
7. Clínica Palermo. Curso: Cirugía Laparoscópica y Bariátrica. Bogotá 2006.
8. ETHICON ENDO-SURGERY. Curso: Procedimiento para el Prolapso y Hemorroides con PPH. Cali 2006.
9. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía y Cirugía de Tórax. Cartagena 2005.
10. Asociación Colombiana de Cirugía Simposio: Estado del arte en Cirugía Laparoscópica. Cali 2004.
11. Asociación Colombiana de Cirugía: Congreso: Cirugía Bariátrica y Tópicos Selectos en Patología Digestiva. Bogotá 2003.

12. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Cirugía Laparoscópica: Retos para el nuevo Milenio. Bogotá 2002.
13. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Trauma y Sepsis. Bogotá 2001.
14. THE SOCIETY FOR SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT-SSAT. Curso: Concepts in GI Surgery. Atlanta, Georgia 2001.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Curso: Video Cirugía. Paraguay 2000.
16. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Curso: Obesidad Mórbida. Paraguay 2000.
17. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Hernia Inguinal en el Nuevo Milenio. Bogotá 2000.
18. MAYO SCHOOL. The society for Surgery of the Alimentary Tract. 1999.
19. Asociación Colombiana de Cirugía. Simposio: Nuevas Fronteras en Infección Quirúrgica. Cali 1999.
20. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA. Seminario: Protocolos de Urgencias y Trauma Cardiaco. Cali 1996
21. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía. Bogotá 1996.
22. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Fellows Del American Collage of Surgeons. Cartagena 1995.
23. ETHICON ENDO-SURGERY- IN ACTION. Curso: Laparoscopic Surgery. Miami 1995.
24. BAPTIST HOSPITAL OF MIAMI. Curso: Cirugía Laparoscópica. 1995.
25. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Congreso: Avances en Cirugía. Bogotá Agosto 1994.
26. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía. Bogotá Julio 1994.
27. ALCALDIA DE CALI – Instituto de Seguros Sociales. Seminario: Protocolos de Manejo de Urgencias. Cali 1994.
28. Asociación Colombiana de Cirugía. Simposio: Infección y Antibióticos. Bogotá 1994.
29. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía. Bogotá 1992.
30. Asociación Colombiana de Cirugía. Curso: Colecistectomía Laparoscópica. Bogotá 1992.
31. Asociación Colombiana de Cirugía. Simposio: Avances en Cirugía Vascular e Infección. Cali 1992.
32. Asociación Colombiana de Cirugía. Simposio: Trauma e Infección. Cali 1990.
33. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía. Bogotá 1990.
34. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Cirugía e Infección. Bogotá 1989.
35. Asociación Colombiana de Cirugía. Congreso: Avances en Hepatología y Nutrición. Cali 1988.
36. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS. Curso: Medicina Critica. Manizales 1988.

37. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y UNIVALLE. Curso: Actualización Terapéutica. Cali 1986.

CURSOS, CONGRESOS Y SEMINARIOS EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:

1. SALAMANDRA Curso: Sedación Avanzada, Cali Junio de 2014
2. VI Curso internacional de gastroenterología y Endoscopia digestiva Terapéutica basada en la evidencia. Bogotá.2013
3. V Curso Internacional de Gastroenterología y Endoscopia Terapéutica Basado en la Evidencia. Bogotá 2011.
4. Curso de urgencias de la asociación Colombiana de Gastroenterología y IV Congreso Internacional de Coloproctologia. Bogotá 2010.
5. ASGE. . Endoscopic for obesity. Hands on training course. Chicago.2009.
6. III Congreso internacional de Endoscopia Digestiva basada en la Evidencia. Bogotá 2009.
7. ACED VI curso internacional de Endoscopia Digestiva, Medellín 2006.
8. DDW. Digestive Disease Week. New Orleans, LA 2004.
9. AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY-ASGE. Curso: ASGE Hands-On Training Course. New Orleans 2004.
10. CLINICA DE MARLY S.A. Curso: Video Cápsula Endoscopica. Bogotá 2003.
11. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-CES. Simposio: Endoscopia y Cirugía Endoscópica. Medellín 2002.
12. ASOCIACION LATINOAMERICANA DE CIRUJANOS ENDOSCOPISTAS -ALACE. Taller: Balón Gástrico. Barranquilla 2002.
13. AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY-ASGE. Curso: Endoscopy in Context: A Multidisciplinary Approach. Atlanta, Georgia 2001.
14. POSTGRADUATE INSTITUTE FOR MEDICINE. GERD and Extra esophageal Manifestations. Atlanta, GA 2001.
15. ASOCIACION LATINOAMERICANA DE CIRUJANOS ENDOSCOPISTAS-ALACE. Congreso: ALACE 2000 en la Mitad del Mundo. Quito 2000.
16. DDW. Curso: American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Orlando, Florida 1999.
17. ASOCIACION COLOMBIANA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA-ACED. Curso: Internacional de Endoscopia Digestiva. Bogotá 1998.
18. FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA. Curso: Actualización en Enfermedades de Colon, Recto y Ano. Bogotá 1997.
19. ASOCIACION COLOMBIANA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA-ACED. Curso: Internacional de Endoscopia Digestiva. Bogotá 1996.
20. UNIVERSIDAD DE CALDAS. Curso: Gastroenterología-Infección-Vascular-Nutrición. Manizales 1990.

CURSOS, CONGRESOS Y SEMINARIOS EN MEDICINA NATURAL, ALTERNATIVA Y TERAPIAS ANTIENVEJECIMIENTO:

1. SEMAL 2º Congreso Venezolano Ibero latinoamericano de Medicina Anti envejecimiento y Longevidad. Caracas 2007
2. V Congreso Sociedad española de Medicina Anti envejecimiento y Longevidad. Madrid, Noviembre 2006.
3. NATUR PRODUKT LTDA. Seminario: Terapia y regeneración Celular. Febrero 2006.
4. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Congreso. III Congreso Internacional terapéuticas Alternativas. Noviembre 2005.
5. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Curso: Profundización Fitoterapia y terapias no farmacológicas. Abril 2005.
6. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Congreso: Terapias alternativas. Agosto 2004.
7. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Curso: Terapia neural y técnicas complementarias en el manejo del dolor. Septiembre de 2003
8. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Curso: Medicina Natural y terapias no farmacológicas en enfermedades de difícil manejo. Julio 2003.
9. ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS. Curso: Medicina Integral, Terapias No farmacológicas y Naturales en Enfermedades crónicas y degenerativas. Abril 2003.
10. REIKI. Sistema Usui de Sanación Natural
11. VIA VIDA S.A. Curso: El Espíritu de la Síntesis. Bogotá 2002.
12. THE INTERNATIONAL SOCIETY OF HOMOTOXICOLOGY. Curso: Gynecology and Obstetrics, Osteo-muscular Illness, Bacteriologic Iones, Viral Iones, Pediatric disorders, Immunologic bases of the antihomotoxic therapy, Clinical practice. Germany 2002
13. HOMEOPATHY AND HOMOTOXICOLOGY ROUNDTABLE. Curso: Medicina Biologica. Federal Republic of Germany. Marzo 2003.
14. HOMEOPATHY AND HOMOTOXICOLOGY ROUNDTABLE. Curso: Medicina Biologica. Federal Republic of Germany. Diciembre 2003.

CURSOS, CONGRESOS Y SEMINARIOS EN ADMINISTRACION:

1. COSERVICIO Inducción a la Economía Solidaria, Cali 2005.
2. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Seminario-Taller: Gestión Estratégica del Servicio al Cliente en Salud. Cali. 2005.
3 .COOMEVA. Taller: Educación para la Democracia. Cali 2000.
4. UNIVERSIDAD DEL VALLE. Curso: Planeación y Dirección Estratégica de Recursos Humanos. Cali 1998.
5. UNIVERSIDAD DEL VALLE. Curso: Administración para profesionales no administradores. Cali 1997.

III. EXPERIENCIA DOCENTE

A. HOSPITAL SAN JORGE. DARIEN
AÑO RURAL
1984-1988

B. HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO
MEDICO GENERAL
1988-1988

C. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
MEDICO GENERAL
1986-1988

D. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
CIRUJANO GENERAL
1992-2002

E. COODINADOR ESTUDIANTES
4 AÑOS ROTACION EN CIRUGIA
DOCENTE ADJUNTO DE CIRUGIA UNIVERSIDAD DEL VALLE 1992 AL 2002

IV. TRABAJOS CIENTIFICOS REALIZADOS

A. TRAUMA GASTRICO. PANAMERICAN JOURNAL OF TRAUMA. VOL. 3 No.2 117-121 1992

B. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE HEMORROIDES. REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA VOL. 8 No.2, 137-141. 1993

C. UTILIDAD DE LA MEDICION DE LA PRESION CAPILAR PULMONAR EN EL PACIENTE CRÍTICO.

D. HEMATOMA INTRAMURAL DE DUODENO. INFORME DE UN VASO. REVISION DE LA LITERATURA COLOMBIA MEDICA VOL.25 PAG.29-31. 1994

E. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA. PROTOCOLOS DE MANEJO EN URGENCIAS. INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. 1994 PAG.29-30

F. INFUSION INTRACARDIACA DE CRISTAOIDES, INFORME DE UN CASO
REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA. VOL. 10 1995 PAG.45-46

G. TRICOBEZOAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL ALTA
COLOMBIA MÉDICA. VOL.25 1994; PAG.111-114

H. UTILIDAD DE LAS SUTURAS MECANICAS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-CALI. REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA VOL. 11 No.4 303-307. 1996.

V. DESEMPEÑO ACTUAL

A. ENDOCIRUJANOS LTDA
MEDICO ENDOSCOPISTA
TELEFONO 5536524

B. CLINICA LOS ANDES
CIRUJANO GENERAL
TELEFONO 5535321

C.CONSULTORIO PARTICULAR
CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPIA
MEDICINA NATURAL Y TERAPIAS ALTERNATIVAS
TELEFONOS 5532881 — 5536524

VI. REFERENCIAS PERSONALES

1. DOCTOR ORLANDO MESA
   DIRECTOR MEDICO CLINICA LOS ANDES
   TELEFONO 553 53 21
   CELULAR 313 615 06 00

2. DOCTOR EDUARDO VALLEJO
   CIRUJANO ENDOSCOPISTA CLINICA DE LOS REMEDIOS, DIME
   CELULAR 315 549 59 81

VII. SOCIEDADES CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE:

A. ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA GENERAL-ACC
B. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA GENERAL-SCGV
C. ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA-ASCOFAME.
D. ASOCIACION DE CIRUJANOS DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO-ASCISOC.
E. ASOCIACION LATINOAMERICANA DE CIRUGIA ENDOSCOPICA-ALACE.

VIII. SOCIEDADES GREMIALES A LAS QUE PERTENECE:

A. PROMEDICO
B. COOMEVA
C. SCARE

IX. DOCUMENTOS LEGALES ANEXOS:

A. FOTOCOPIA DE CEDULA DE CIUDADANIA
B. FOTOCOPIA DEL RUT
C. NUMERO DE RESOLUCION DIAN
D. REGISTRO DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
E. POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
F. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (HABILITACION).
G. TARJETA PROFESIONAL

DR.HAROLD PADILLA RAMIREZ
C.C.No.16.647.028 CALI

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

9166 23 NOV. 1995

Por la cual se ordena la inscripción en el Registro Especial Departamental **al Doctor HAROLD PADILLA RAMIREZ,** identificado con cédula de ciudadanía Nro. 16.647.028 expedida en Santiago de Cali.

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en uso de sus atribuciones legales y especialmente las conferidas por el Decreto 1088 del 25 de abril de 1991, y la resolución 14707 del 5 de diciembre de 1991, emanada del Ministerio de Salud y,

C O N S I D E R A N D O :

Que de acuerdo a la resolución 14707 del 5 de diciembre de 1991, se organiza el Registro Especial Departamental a las personas que prestan servicios de salud.

Que mediante oficio del 22 de septiembre de 1995, el Doctor **HAROLD PADILLA RAMIREZ,** identificado con cédula de ciudadanía Nro. 16.647.028 expedida en Santiago de Cali, solicita la inscripción en el Registro Especial Departamental.

Que una vez revisados y analizados los documentos presentados, ésta sección comprobó la acreditación del título de **MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL,** cuyo registro es el Nro. 00902 del 23 de enero de 1986, otorgado por el Ministerio de Salud.

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO: Inscribir en el Registro Especial Departamental al Doctor **HAROLD PADILLA RAMIREZ,** identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 16.647.028 expedida en Santiago de Cali.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente el contenido de la presente resolución dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su expedición haciéndole saber que contra la amisma proceden los recursos de ley de acuerdo con lo consagrado en el Código Contencioso Administrativo Art. 50 del Dec. 01/84.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de su ejecutoria publicada por parte del interesado en la Gaceta Departamental.

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE:

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Cirugía General

al Doctor

Harold Padilla Ramírez

Identificado con C.C. No. 16.647.028 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Cali, Valle del Cauca, el día 2, del mes de Octubre de 1992 y lo refrenda con el sello de la institución.

El Rector

El Secretario de la Universidad

El Decano de la Facultad de Salud

El Jefe del Departamento

El Jefe de Educación para Graduados

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, hace constar que el programa de CIRUGIA GENERAL de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, está aprobado por esta Institución.

Presidente

Bogotá FEBRERO 4 DE 1993

000054

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Médico y Cirujano

A

Harold Padilla Ramírez

Identificado con C.C. No. 16.647.028 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Cali, Valle del Cauca, a los 17 días, del mes de Noviembre de 1984

El Rector

El Decano

El Secretario de la Universidad

El Secretario de Educación

Registrado al Folio [illegible] del Libro [illegible] de Diplomas, a los [illegible] días del mes de [illegible] No. 0004047

23 Ene 86
00902

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 902/86

Firma Médico

Harold Padilla R

Nombres y Apellidos

HAROLD PADILLA R

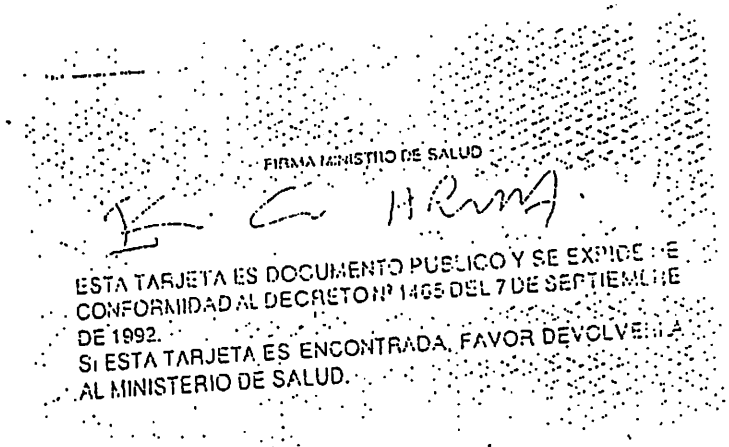
C.C. C.E. C 16647028 De CALI

Universidad VALLE

Ciudad CALI

Código 09582/

Fecha de Expedición 08/15/95



FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
OFICINA DE REGISTROS

El suscrito Profesional Especializado de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

CONSTANCIA DE REGISTRO E INSCRIPCIÓN

Que HAROLD PADILLA RAMIREZ identificado con cédula de ciudadania No. 16.647.028 expedida en Cali-Valle del Cauca, se encuentra inscrito en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca anotado en el folio 114, libro 26, inscripción 12276 del 6 de febrero de 1986 como Medico y Cirujano según titulo otorgado por la Universidad del Valle en Cali, el 17 de noviembre de 1984.

Que HAROLD PADILLA RAMIREZ presento la Resolución No. 0902 del 23 de enero de 1986 expedida por el Ministerio de Salud que le autoriza para ejercer en todo el territorio nacional.

Dada en Santiago de Cali, el 23 de mayo de 2011.

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

JMMateronM

UNIVERSIDAD DE CALDAS

FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

EL CONSEJO DE FACULTAD

CERTIFICA QUE

Harold Padilla Ramírez

C. C 16.647.028 de Cali

Cumple con los requisitos de

IDONEIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA

Dado en Manizales a los 12 días del mes de diciembre de 2005

En testimonio de ello se refrenda con las firmas respectivas:

Vicerrector Académico

Dolly Magnolia Gonzáles H
Decana

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD CIENCIAS PARA LA SALUD

CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCION No. 034
(Diciembre 12 de 2005)

Por la cual se certifica competencia para la realización de Endoscopias de Vías Digestivas Alta y Baja.

CONSIDERANDO:

1. Que por Resolución No. 486 de 2003 emanada del Ministerio de la Protección Social por la cual se modifica parcialmente la Resolución 001439 del 1°. de noviembre de 2002, en su Artículo 2 - Numeral 3 que a la letra dice: El estándar de Recursos Humanos aplicable al servicio de Gastroenterología - Endoscopia de Vías Digestivas quedará así: "Médicos Especializados en Gastroenterología, Gastroenterología Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Coloproctología, Cirugía General o Medicina Interna que en su formación académica de especialistas, hayan adquirido los conocimientos y habilidades para la realización de procedimientos de Endoscopia de Vías Digestivas, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado...".

2. Que la Universidad de Caldas a través de la Facultad de Ciencias para la Salud posee la idoneidad para certificar esta competencia.

3. Que el Doctor Harold Padilla Ramírez identificado con cédula de ciudadanía No. 16.647.028 de Cali presentó su hoja de vida para el análisis y evaluación de la misma, en el marco de la convocatoria pública y abierta por una sola vez para la certificación de competencia en Endoscopia de Vías Digestivas Alta y Baja.

4. Que la hoja de vida cumple con los parámetros establecidos en la Resolución No. 032 de noviembre de 2005 del Consejo de la Facultad de Ciencias para la Salud.

RESUELVE

ARTÍCULO ÚNICO: Expedir **Certificación de Competencia** para la realización de Endoscopias de Vías Digestivas Alta y Baja, al Doctor **Harold Padilla Ramírez** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.647.028 de Cali.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Manizales, 12 de diciembre de 2005

DOLLY MAGNOLIA GONZÁLEZ HOYOS
Presidenta

CARLOS EDUARDO MARULANDA E.
Secretario

Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Harold Padilla Ramirez

Identificado con cédula de ciudadanía No.16647028

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobacióndel curso,

Sedación Avanzada

el cual avala competencias en los componentes de:

PROCEDIMIENTOS DE SEDACION EN MEDICINA

con una intensidad de 16 horas.

Para constancia se firma en Cali a los ocho (08) días del mes de Junio de 2014, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
Con el No A-SED00220141007

DICTAMEN PERICIAL DE CIRUGÍA GENERAL

Doctor

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA

Abogado

La Ciudad.

Referencia: Dictamen pericial

Juzgado 07 Civil del Circuito de Cali.

Rad: 2019-00084.

Demandante: NUBIA MENA BECERRA.

Demandado: CLINICA VERSALLES Y OTROS NILICH GOMEZ SAN JUAN

Yo, HAROLD PADILLA RAMIREZ, C.C. # 16.647.028 expedida en Santiago de Cali, registro médico 00902/86 en calidad de médico especialista en Cirugía General, con 35 años de ejercicio profesional, luego de realizar un estudio pormenorizado de la historia clínica del Sr. LUIS GREGORIO POTES doy mi opinión profesional respecto a la atención médica y manejo realizado desde mi experiencia y especialidad de formación.

Para el efecto, manifiesto bajo juramento que:

Mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.

El dictamen lo rendí con fundamento en la historia clínica del Sr.LUIS GREGORIO POTES, en la Clínica Versalles de la ciudad de Cali, y la literatura científica de la especialidad.

Tengo los conocimientos necesarios para rendir el dictamen, (indicando las razones técnicas, de idoneidad y experiencia que sustenten dicha afirmación).

He actuado leal y fielmente en el desempeño de mi labor, con objetividad e imparcialidad, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes.

Los fundamentos del dictamen son ciertos y verificados por mí en la historia clínica del paciente.

Los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados para este dictamen no son diferentes respecto de los que he utilizado en peritajes o conceptos rendidos con anterioridad y que versen sobre las mismas materias, o de los que utilizo en mi ejercicio profesional.

No me encuentro incurso en las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, acepto el régimen jurídico de responsabilidad como auxiliar de la justicia.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

Se trata del caso del Sr. Luis Gregorio Potes C, 54 años de edad en el momento de los hechos, cédula de ciudadanía 11650276, cotizante de la EPS S.O.S. y trabajador de la empresa gases de Occidente, donde se desempeñaba en esa época como instalador de estructuras metálicas. El día 02 de Agosto de 2013, hacia las 16:08 horas asiste por el servicio de urgencias de la IPS Clínica Versalles de la ciudad de Cali, con cuadro de dolor abdominal posterior a la ingesta de agua, el dolor era tipo cólico, acompañado de diarrea líquida fétida con moco pero sin sangre, sin vómito, sin fiebre y sin escalofríos. No hay descrito antecedentes patológicos ni quirúrgicos importantes ni significativos. Ingresa con TA 120/80 FC 80x´ FR 20x´Temperatura 37°C, al examen físico de ingreso es evaluado por el Dr. Ivanilich Gómez Sanjuan (Médico General) relatando buen estado general del paciente, examen físico adecuado y lo positivo en el abdomen el cual es blando, depresible, con dolor al palpar el marco cólico, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo aumentado, sin masas y sin visceromegalias, el médico realiza una Impresión Diagnóstica de Enf Diarreica aguda gastroentérica y decide dejar en observación, aplica dosis única de Hioscina y líquido endovenosos, hacia las 18:34 horas del mismo día lo revalora (observación de 2 horas y media), encontrando que había presentado

mejoría de su cuadro clínico y ordena el Alta con antibióticos orales (Ciprofloxacina x 7 días, Hioscina Oral y recomendaciones de la dieta y de síntomas como fiebre, vómito, sangrado, distensión abdominal, que en caso de presentarlos debía reconsultar x urgencias).

2 días después, el 04 de Agosto de 2013 hacia las 06:30 horas reconsulta por urgencias por persistencia del dolor, ahora localizado en el hemiabdomen inferior, distensión abdominal, presencia de disuria, orinas fétidas, sin fiebre, en ese momento es evaluado por el Dr Sergio Mina (Médico General), quien lo encuentra con TA136/78 fc 86x´ FR 12x´Temp 36,9°C, buen estado general, abdomen distendido, con dolor y defensa voluntaria al palpar el hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal, luego aparece en la historia clínica la nota del Dr Roberto A Arroyave Rivas (también médico general) hacia las 10:00 horas de ese mismo día, quien describe que el dolor abdominal había aumentado al igual que la distensión del abdomen y describe defensa abdominal voluntaria al palpar el abdomen y signo de rebote (+), transcribe el Hemograma con Leucocitos de 21870 Neutrófilos de 19180, Uroanálisis normal Hb 15 Plaquetas de 226000, realiza una Impresión Diagnóstica de Abdomen Agudo , ordena líquidos endovenosos, Tramadol, Ranitidina y solicita la valoración por el cirujano de turno. Este mismo día hacia las 10:37 horas es evaluada por la Dra Vivian P Cataño (Cirujana General de turno ese día) que está de acuerdo en que el paciente tiende en ese momento un Abdomen Agudo de tipo quirúrgico, considera que el Abdomen Agudo es por una Apendicitis Aguda con peritonitis y solicita exámenes prequirúrgicos y cupo en UCI para el manejo postquirúrgico, inicia Ampicilina Sulbactam 3 gramos iv, líquidos endovenosos, analgesia y ranitidina. Este mismo día hacia las 14:55 horas es intervenido quirúrgicamente por la Dra. Cataño, hallazgos: Masa a nivel del Colon Sigmoides con gran plastrón que compromete la Vejiga (al abrirlo observa un divertículo perforado), Peritonitis fecal en los 4 cuadrantes del abdomen, asas intestinales dilatadas con membranas fibropurulentas en su superficie y describe que al revisar el apéndice cecal observa CAMBIOS LEVES DE EDEMA EN SU SUPERFICIE, efectúa liberación del plastrón, sigmoidectomia (resección del colon sigmoides), drenaje de la peritonitis, apendicectomia, lavado de la cavidad abdominal y por la severidad de la infección realiza control de daños (cierre de las bocas del colon resecado y abdomen abierto con Viaflex - ordena traslado a la UCIN, permanece estable sin monitoria invasiva.

El 06 de Agosto de 2013 se lleva nuevamente a cirugía a revisión es intervenida por el Dr. Pedro Hurtado (Cirujano) quien encuentra liquido intestinal serohemático en moderada cantidad pero mucha distensión de las asas intestinales, por lo que realiza el lavado de la cavidad abdominal, realiza una Colostomia tipo Hartman y continúa dejando el abdomen abierto con Viaflex o también conocida como Bolsa de Bogotá. Evolución POP ok, el 07 de agosto de traslada al piso y el 13 de Agosto

se lleva a una nueva intervención donde no observas pus residual en la cavidad abdominal las asas menos distendidas, escasas membranas de fibrina, retira el viaflex y cierra la pared abdominal, cirujano Dr Mauricio Londoño.

Ante la buena evolución dan Salida de la Clínica el 15 de Agosto de 2013, tolerando la vía oral, con recomendaciones y signos de alarma para su reconsulta en caso necesario. Entre Septiembre de 2013 y Marzo de 2015 es vista por MD General por consulta externa mensualmente para prórroga de la Incapacidad y los Kits de la colostomía; además evaluada por cirujano Dra Adriana Mariño (Diciembre 30 de 2013) quien genera ordenes de cirugia para Cierre de la Colostomía y Corrección del defecto de la pared Abdominal (Eventrorrafia con malla). No es operada por cuadro de síntomas respiratorios (gripales) Presión arterial Alta. El 23 de Marzo de 2015 consulta por el servicio de urgencias para toma de laboratorios prequirúrgicos ya que lo llamaron para operarlo al día siguiente. Ingresa ese día por urgencias asintomático y estable, signos vitales normales. El 24 de Marzo de 2015 previa explicación del procedimiento a realizar y conocimiento y firma de las complicaciones inherentes a la cirugía finalmente se opera, por parte del Dr. Andrés F Dominguez, Hallazgos, Eventración Abdominal Gigante, Síndrome adherencial severo interasas y de estas a la pared abdominal, hernia paraostomal y se efectúa cierre de la Colostomia Hartman con Grapadora Circular , liberación de las adherencias y Eventrorrafia con colocación de malla, el cirujano describe que en la liberación de las adherencias presenta (resección intestinal y anastomosis), duración de esta cirugía 6 horas. En el postoperatorio de esta cirugía mayor se traslada a UCIN , los primeros días estables, el 26 de Marzo de 2015 se sube a hospitalización, ya el 27 de marzo empieza a presentar dificultad respiratoria, desaturación , se sospecha TEP (Tromboembolismo Pulmonar) que se descarta, elevación de las cifras de presión arterial y ya el 30 de marzo de 2015 detectan olor a materia fecal por el dren que se dejó en el abdomen por lo que se reinterviene este mismo día encontrándose una Filtración de la anastomosis del Colon al recto con peritonitis fecal generalizada, por lo que la Dra Ma E Velasquez retira la malla, drena la peritonitis, vuelve a realizar Colostomia Tipo Hartman y deja con Abdomen Abierto con Sistema VAC; desde este 30 de Abril de 2015 al 10 de Junio de 2015 (casi 2 meses) dura hospitalizada entre la UCIN y la UCI, (18) nuevas reintervenciones por presencia de fistulas en el intestino delgado de difícil manejo, infecciones nosocomiales, sangrado digestivo. El 11 de Junio de 2015 se da egreso para continuar manejo con Home Care de su fístula (dieta especial, preparados nutricionales adecuados, medicamentos astringentes, etc. En Junio de 2015 reingresa a urgencias por síntomas constitucionales, alto producido por la fístula enterocutánea que lo llevo a una falla prerenal, se manejo con líquidos con mejoría y se da nuevamente egreso.

El 22 de Julio de 2015 reingresa por el servicio de urgencias con la misma sintomatología, síntomas constitucionales, oligúrico, hipotenso, deshidratado, creatinina en sangre de 9,5 y BUN 86, Hiponatremia e Hiperkalemia, y producido alto por las fístula; por lo que deciden hospitalizarlo en la UCIN, donde se inicia plan de hidratación, reanimación hídrica, corrección hidroelectrolítica. De esta fecha hasta su fallecimiento el 27 de Octubre de 2015, permanece en UCIN, Pisos y la mayor parte del tiempo en la UCI con desequilibrio hidroelectrolitico por el producido alto por la fistula, deterioro nutricional importantes por la fístula a pesar de soporte nutricional con nutrición parenteral y enteral, compromiso hemodinámico, hematológico, neurológico, infecciosos nosocomiales que finalmente lo llevan a choque séptico, disfunción múltiple de órganos y muerte.

CUESTIONARIO

1.- QUÉ ES LA DIVERTICULOSIS DEL COLON?

RESPUESTA: El colon de todos los seres humanos actúa como una especie de acordeón para tratar de exprimir el contenido intestinal que llega a esta parte del intestino antes de salir por el recto y actúa así con el fin de recuperar la mayor cantidad de agua y nutrientes, si la dieta de todos nosotros fuera rica en fibra frutas verduras, líquidos, el colon no tendría que hacer tanta fuerza para exprimir el contenido, pero si no tenemos este cuidado alimentario, el contenido intestinal es más duro, más seco, más compacto y al colon le toca que hace mucho más fuerza, por ello con la edad y después de tantos años de estar realizando su función el colon envejece, se torna más débil y con mucho más riesgo de que se protruya la pared formando los llamados divertículos; por tanto la Diverticulosis del Colon no es una enfermedad sino un trastorno normal en el colon producto de su envejecimiento.

2.- QUE ES LA DIVERTICULITIS?

RESPUESTA: Si a pesar de la existencia de los divertículos las personan no cuidan su alimentación viene el estreñimiento e inflamación de esas "bolsitas" produciendo 2 cosas o su sangrado o su perforación del contenido del colon (materia fecal) a la cavidad abdominal, generándose la peritonitis.

3.- CUALES SON LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIVERTICULITIS?

RESPUESTA: La mayoría de los pacientes con Diverticulosis permanecen

asintomáticos y sólo entre el 10-25% de los pacientes hacen síntomas (diverticulitis). Entre los síntomas más importantes tenemos: Dolor abdominal en el hemiabdomen inferior principalmente hacia el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, acompañado de nauseas, vómito, distensión abdominal, si la diverticulitis ya se encuentra en un estadio más avanzado hay un cuadro de Abdomen Agudo con fiebre, taquicardia, escalofríos, deshidratación, signos de irritación peritoneal o a veces la simple presencia de una masa palpable en el hemiabdomen inferior. En ocasiones el paciente también relata síntomas urinarios como dificultad, ardor para orinar, mucha orinadera e incluso diarrea por la vecindad de la vejiga y el recto al área inflamada.

4.- ¿SI UN PACIENTE CONSULTA POR URGENCIAS CON DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA, SIN NAUSEAS, SIN VOMITO, SIN FIEBRE, SIN ESCALOFRIOS, SIN TAQUICARDIA, SIN DESHIDRATACION, QUE TAN PROBABLE ES QUE TENGA UN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO?

RESPUESTA: Dentro de ese estadio clínico, el Abdomen Agudo - Quirúrgico es nulo.

5.- UN PACIENTE COMO EL MENCIONADO PREVIAMENTE TIENE INDICACION DE LLEVAR A CIRUGIA??

RESPUESTA: De ninguna manera, depende de su estado clínico; inicialmente lo dejaron en observación unas horas, posteriormente se le dio egreso con signos de alarma y el paciente regresa dos días despues, por lo que en ese segundo momento ya presentaba signos y síntomas distintos, siendo necesaria su hidratación y observar el abdomen.

6.- CREE USTED QUE UN PACIENTE COMO EL DESCRITO PREVIAMENTE PUEDA TENER UNA PERITONITIS FECAL?

RESPUESTA: POCO PROBABLE en ese momento por las explicaciones a las preguntas precedentes.

7.- UNA VEZ DIAGNÓSTICADA LA DIVERTICULITIS, SON DE MANEJO HOSPITALARIO Y/O TODAS SON DE MANEJO QUIRURGICO?

RESPUESTA: Si un paciente tiene los signos y síntomas mencionados previamente y se sospecha la Diverticulitis, si no hay peritonitis se debe tomar una TAC de Abdomen con contraste que me clasifica la Diverticulitis según los hallazgos de la escanografia en 4 grados Hinchey 1,2,3 y 4; La Hinchey 1 cuando solo existe inflamación de las paredes del Colon se puede dar manejo ambulatorio con analgesia y recomendaciones alimentarias; Las HInchey 2 cuando la inflamación de

la pared es mayor con engrosamiento de las paredes y formación de un absceso localizado en las paredes del Colon se recomienda hospitalizar para tratamiento antibiótico no mas x 72 horas hospitalarios y completar 8 días más ambulatorio. La Diverticulitis Hinchey 3, o sea, cuando existe perforaciones pequeñas del colon y se forma un plastrón o un Absceso localizado su tratamiento es drenaje del Absceso guiado x Ecografía o TAC y tratamiento hospitalario con antibióticos x 10 días La Hinchey 4 cuando ya existe una perforación libre a cavidad y existe una peritonitis generalizada son de Cirugía además del antibiótico.

8.- CREE USTED QUE SI UN PACIENTE TIENE UNA DIVERTICULITIS PERFORADA CON PERITONITIS FECAL MEJORE SOLO CON LA APLICACION DE BUSCAPINA??

RESPUESTA: Muy poco probable ya que la materia fecal tiene millones de bacterias por solamente un gramo de materia fecal y obviamente no va a mejorar solamente con los analgésicos.

9.- CUAL CREE USTED QUE SON LOS FACTORES QUE FACILITAN O PREDISPONEN PARA QUE SE INFLAMEN LOS DIVERTICULOS EN EL COLON (DIVERTICULITIS)?

RESPUESTA: Su etiología depende básicamente de problemas alimentarios en la dieta del paciente: No consumo de suficiente cantidad de líquidos en la dieta, Dietas bajas en Fibra, No consumo de Frutas, Verduras, Cereales, estreñimiento crónico sin manejo o mal manejado.

10.- CUAL ES EL MEJOR TRATAMIENTO EN EL CASO DE UNA DIVERTICULITIS PERFORADA HINCHEY 4?

RESPUESTA: De los pacientes que hacen síntomas de Diverticulitis, 15% desarrollan complicaciones significativas (Hinchey 2 y 3) y únicamente el 10% requieren de cirugía (Hinchey 4). La mejor opción terapéutica para algunos Hinchey 3 y 4 es la resección del segmento enfermo y perforado y si la condición clínica del paciente lo permite se anastomosa de una vez el colon; pero si la peritonitis es muy severa y el pacte está en malas condiciones clínicas se opta por la cirugía en 2 etapas: Primera etapa resección del área enferma , se dejan ligados los extremos y en una segunda fase si el paciente está mucho mejor clínicamente y asas del colon en buen estado se puede intentar la anastomosis , en caso contrario La Colostomía tipo Hartman y manejo con Abdomen abierto hasta que las condiciones del paciente mejoren para poder cerrar el abdomen.

11.- EN QUE CONSISTE AL ABDOMEN ABIERTO?

RESPUESTA: En pacientes con infección o peritonitis severa en el abdomen o condición del paciente critica se ha visto en los últimos años que "menos es más", es decir, se controla el sangrado y el foco de la infección y la cirugía definitiva se deja en una segunda etapa cuando el paciente está más estable para terminar de

hacer la cirugía, se ha visto que le va mucho mejor a los pacientes, entonces no se cierran todas las capas del abdomen sino que se deja un plástico (Bolsa de Bogotá) o un sistema de succión cerrada (Sistema VAC) de forma transitoria en la pared abdominal hasta que el paciente este mucho mejor.

12.¿De conformidad con su formación académica, su experiencia profesional en el campo de la cirugía general y a la Historia clínica del paciente LUIS GREGORIO POTES, indique si encuentra la atención médica ajustada y dentro de los parámetros de la lex artis?

RESPUESTA: Según mi análisis, todas las actuaciones médicas de los diferentes equipos en salud y especialidades, se enmarcan dentro de los parámetros de la Lex Artis, está ajustada a las guías y las califico da adecuadas dentro de los protocolos de buena práctica clínica, de acuerdo a la bibliografía citada

13.De conformidad con su formación académica, su experiencia profesional en el campo de la cirugía general y a la Historia clínica del paciente LUIS GREGORIO POTES, indique si encuentra que la atención del Dr.IVANILICH GOMEZ SAN JUAN, haya sido imprudente, negligente o imperita

RESPUESTA: No encuentro en las actuaciones del Dr.GOMEZ SANJUAN nada que me indique que fue imprudente (actuó de acuerdo a las guías), ni negligente (fue oportuno y su respuesta fue la que ameritaba la necesidad clínica de ese momento de la atención) ni tampoco imperito, pues se trata de un profesional formado y debidamente certificado por una universidad habilitada por los organismos competentes. Nada de lo que pude analizar denota una desviación a las guías que indican una adecuada práctica clínica.

14. De conformidad con la historia clínica del paciente LUIS GREGORIO POTES, indique al Despacho si existe algún indicativo que sugiera afirmar que el paciente pudo obtener algún tipo de infección y/o bacteria intrahospitalaria.

RESPUESTA: En lo absoluto, es claro que el paciente de acuerdo a la historia clínica, tenía una producción intrínseca (propia de su organismo) de divertículos que obedecen a la enfermedad y su propio transcurso, la cual se genera por múltiples causas como se explicó en respuestas a las preguntas 1, 2 y 3. El cuerpo humano es generador de innumerables bacterias que asociadas a enfermedades del colon como la diverticular conllevan a permanentes complicaciones de la salud de los pacientes y hasta la muerte. No encuentro ningún argumento para afirmar o encontrar alguna inacción por parte de las entidades de atención en salud respecto de este punto.

CONCLUSIONES PERICIALES

1. Este paciente nunca tuvo una apendicitis aguda, lo que presentó fue una Enfermedad diverticular del Colon complicada con inflamación y perforación y peritonitis fecal.
2. NO existió ningún tipo de negligencia ni mala praxis ni por parte del Dr. Gomez (MD General asociado) ni por la Cirujana tratante, ya que hubo diligencia en la atención, el médico de urgencias tiene como tarea recibir e ingresar a los pacientes y definir con los datos de su historia clínica, examen físico y resultados de laboratorio definir si el paciente amerita hospitalizar, definir manejo quirúrgico, dar egreso, etc.; y con los datos clínicos que tenía el Sr Potes el día 2 de Agosto de 2013 a las 16:08 horas cuando consultó por urgencias no existían datos e información que en ese momento el paciente tuviera una Urgencia quirúrgica (No había taquicardia, No habían signos de irritación peritoneal, no había deshidratación); además, la cirujana valora al paciente casi que inmediatamente le piden la interconsulta e inmediatamente genera la orden de la cirugía y lleva el paciente al quirófano 2 horas después.
3. El mejor tratamiento para la Diverticulitis perforada con peritonitis fecal (Hinchey 4) es el que realizó la cirujana, o sea, resecar el segmento perforado y realizar una Colostomía que en el caso de este paciente por la ubicación de la perforación la mejor Colostomía por realizar es la Colostomía tipo Hartman.
4. Se nota un completo desconocimiento en el concepto de "Abdomen Abierto" puesto que hoy en día es reconocido como la mejor opción terapéutica en pactes con Infecciones severas en la cavidad abdominal y si ustedes detallan la historia clínica, el abdomen se cerró 6 días después por el Dr. Mauricio Londoño y no antes porque las condiciones de las asas intestinales no lo permitieron (Ver nota quirúrgica del 06 de agosto de 2013 del Cirujano Pedro Hurtado, cuando describe asas intestinales muy distendidas que impiden el cierre del abdomen).
5. La apéndice estaba levemente inflamada y NO DICE QUE ESTABA PERFORADA, y dicha inflamación se da porque la apéndice cecal está al lado del colon sigmoides y al perforarse este último, por vecindad, y la materia fecal y pus que inflama el peritoneo y las otras vísceras intestinales también la compromete a ella, pero no es que el paciente hubiera tenido una apendicitis.
6. Todas las actuaciones de los Drs.IVANILICH GOMEZ Y DE LA DRA VIVIAN PIEDAD CATAÑO se enmarcan dentro de los parámetros d la lex artis, está ajustada a las guías y las califico de adecuadas dentro de los protocolos de

buena práctica clínica , de acuerdo al análisis expuesto y la bibliografía aportada.

7. No encuentro en las actuaciones del Dr.GOMEZ SANJUAN nada que me indique que fue imprudente(actuó de acuerdo a las guías), ni negligente(fue oportuna y su respuesta fue la que ameritaba la necesidad) ni tampoco imperita, pues se trata de un profesional formado y debidamente certificada por una universidad habilitada por los organismos competentes.

BIBLIOGRAFIA: La aportada en las respuestas

NOTA: Se anexa hoja de vida con documentos que acreditan mi formación y mi idoneidad.

Atentamente.,

Harold Padilla

endocirujanos

Dr. Harold Padilla R.
Cirugía Gral-Laparoscopia
Endoscopia Digestiva
Medicina Natural
RM. 122/0[illegible]46

HAROLD PADILLA RAMIREZ

MEDICO Y CIRUJANO

ESP.CIRUGÍA GENERAL

CC N° 16.647.028

REG MED 00902/86

Correo notificaciones : hpadilla09@hotmail.com

DIVERTICULITIS AGUDA

Rafael García Duperly, MD
Sección de Cirugía de Colon y Recto
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogota
Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis aguda es causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Los pacientes se presentan con cuadros variables que van desde dolor abdominal leve sobre el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, hasta cuadros severos de franca irritación peritoneal y estados sépticos.

Tanto la etiología como la historia natural de la diverticulosis y la enfermedad diverticular son todavía motivo de investigación y de discusión y no han sido totalmente aclaradas.

La incidencia de la diverticulosis y de la enfermedad diverticular aumenta con la edad, hasta ver cómo en la población mayor de 50 años en las naciones occidentales se convierten en un hallazgo común.

La diverticulosis ocurre en el colon izquierdo, con preferencia por el sigmoide, y es extremadamente rara en el colon ascendente.

TERMINOLOGÍA

Divertículo: es el prolapso de la mucosa a través de la pared muscular del intestino grueso (colon).

Diverticulosis: implica la presencia de uno o más divertículos sin causar sintomatología.

Enfermedad diverticular: incluye todos los casos en que los divertículos causan manifestaciones clínicas como sangrado o inflamación.

Diverticulitis: se produce por micro o macro perforación de un divertículo, la cual puede ser simple o complicada, bajo la forma de perforación libre, abscesos, peritonitis generalizada, obstrucción, fístulas a otros órganos o sangrado.

EPIDEMIOLOGÍA

La diverticulosis a menudo es asintomática, con baja incidencia en zonas rurales de África, América Latina y ciertas zonas de Asia, y alta en los países occidentales. La relación mujeres a hombres es de 3:2; es más frecuente en hombres por encima de los 50 años y en mujeres por encima

de los 70, y rara en menores de 20; 20% de la población por debajo de 50 años presenta divertículos, mientras que 85% de las personas por encima de los 80 los tienen. Alrededor de 20% de los pacientes con divertículos va a presentar en algún momento un episodio de diverticulitis aguda.

ETIOPATOGENIA

Los divertículos se ubican preferencialmente sobre el borde antimesentérico del colon sigmoide, entre la tenia mesocólica y las dos tenias antimesocólicas.

En la diverticulosis la herniación lleva consigo a la arteria, que queda entonces sujeta a irritación y trauma por el bolo fecal, con el peligro de erosión y ruptura. Este parece ser el mecanismo fisiopatológico de la hemorragia.

Los divertículos se originan por dos factores principales:

1. Aumento en la presión intraluminal del colon.
2. Debilidad de la pared intestinal.

El estreñimiento juega un papel por retención del bolo fecal, que causa aumento en la presión intraluminal, lo cual produce hipersegmentación y herniación de la mucosa a través del punto más débil, que es la entrada de los vasos a través de la muscular, entre las arteria lateral y mesentérica.

Cuando se ocluye el cuello del divertículo se produce incremento de la presión en la luz y sobreinfección, que causa micro o macroperforación, que a su vez lleva a la diverticulitis aguda. En la mayoría de los casos la perforación es autolimitante, por cuanto los divertículos están orientados hacia el mesenterio del colon y la perforación queda localizada y "sellada" por la reacción inflamatoria local, sin llegar a producir peritonitis generalizada. En estos casos se puede desarrollar un verdadero absceso con sus correspondientes manifestaciones clínicas.

CLASIFICACIÓN

Se han utilizado múltiples clasificaciones para estadificar la enfermedad, pero las más utilizadas son dos:

- La clínica de la Universidad de Minnesota.
- La de Hinchey que utiliza la tomografía axial computadorizada para clasificarla en estadios.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE MINNESOTA

1. No inflamación.
2. Inflamación crónica.
3. Inflamación aguda con o sin microabscesos.
4. Absceso pericolítico o mesentérico.
5. Absceso pélvico.
6. Peritonitis fecal o purulenta.

CLASIFICACIÓN ESCANOGRÁFICA DE HINCHEY

Estado I Diverticulitis asociada con absceso pericólico.

Estado II Diverticulitis asociada con absceso distante (pélvico o retroperitoneal).

Estado III Diverticulitis asociada con peritonitis purulenta.

Estado IV Diverticulitis asociada con peritonitis fecal.

Los casos repetidos de inflamación causan fibrosis de la pared del colon y estrechez de la luz. Ocasionalmente los abscesos invaden la pared de los órganos vecinos causando fístulas; las más comunes son a la vejiga y a la vagina.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

La mayoría de los pacientes con diverticulosis es asintomática, aunque algunos desarrollan hemorragia digestiva baja como una de sus complicaciones graves, y es esta una de las razones de consulta a los servicios de urgencias.

En la diverticulitis aguda el principal síntoma es dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (con una frecuencia de 93 a 100%), con fiebre (57 a 100%) y leucocitosis (69 a 83%). Puede palparse masa en el examen pélvico o rectal. En algunos casos se presentan síntomas urinarios como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical por la vecindad con la cúpula de la vejiga; 85% de los episodios ocurre en el sigmoide.

Para poder estadificar la enfermedad y establecer su manejo se recomienda realizar procedimientos diagnósticos adicionales como los siguientes:

ENDOSCOPIA

La colonoscopia está contraindicada en la fase aguda, por el peligro de convertir una perforación contenida en una perforación libre, sea por el mismo instrumento o por la insuflación de aire para la realización del procedimiento. Se debe practicar una vez terminado el proceso agudo, a fin de diferenciarlo de enfermedad inflamatoria intestinal, lesión tumoral o para evaluar una estrechez. Ocasionalmente hay necesidad de realizarla en la fase aguda cuando hay sangrado abundante (que no es frecuente) o alta sospecha de lesión neoplásica; en tal caso se deberá insuflar el mínimo posible de aire.

ESTUDIOS CON MEDIO DE CONTRASTE

Enema con contraste hidrosoluble

Es un estudio simple y seguro en pacientes con sospecha de diverticulitis. Tiene una sensibilidad de 94%, especificidad de 77% con falsos negativos de 2 a 15%. Los principales hallazgos son:

- **Diverticulosis** con o sin espasmo.
- **Peridiverticulitis**, en que se observa una clara irregularidad del sigmoide con grandes estrecheces o con obstrucción y extravasación del medio de contraste con formación de masa pericólica, absceso u obstrucción.

Enema de bario doble contraste

Da un mejor delineamiento de la mucosa pero debe ser realizado después de que haya cedido la inflamación local. Tiene especificidad de 86%. Está contraindicado en casos de neumoperitoneo o de inestabilidad hemodinámica.

Es importante anotar que estos medios diagnósticos no determinan si existe inflamación o no, pues tan solo evidencian la presencia de divertículos o de algún tipo de complicación como fístulas o estenosis.

Ultrasonografía (US)

Ha demostrado sensibilidad de 84 a 98% y especificidad de 80 a 97%, con valor predictivo positivo de 76%. Es un procedimiento de valor diagnóstico, pero también terapéutico para el drenaje percutáneo de abscesos, con una certeza de detección de 90 a 97%.

Los hallazgos principales a la US son engrosamiento de la pared e hiperecogenicidad del colon por inflamación; también se realiza para excluir patología pélvica o ginecológica. La principal desventaja es que no diferencia entre enfermedad de Crohn, carcinoma, linfoma y diverticulitis aguda. Su principal desventaja es que depende mucho de la experiencia y habilidad del operador. Estos exámenes se recomiendan cuando no hay disponibilidad de TAC.

Tomografía axial computadorizada (TAC)

Es el mejor método diagnóstico y se utiliza como estudio inicial en el paciente en quien se sospecha diverticulitis aguda. Localiza y estadifica la enfermedad. Sirve para guiar el drenaje percutáneo de colecciones y para el seguimiento posterior. Tiene sensibilidad de 90 a 95%, especificidad de 72% y falsos negativos de 7 a 21%. Diagnostica el engrosamiento de la pared del colon cuando está por encima de los 4 mm, lo mismo que los cambios en la grasa pericólica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dependiendo de la forma de presentación, se hace diagnóstico diferencial con un grupo de entidades muy diversas como:

1. Carcinoma.
2. Colitis ulcerativa.

3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis isquémica.
5. Enfermedad pélvica inflamatoria.
6. Pielonefritis.
7. Apendicitis.

La entidad más importante para descartar es el carcinoma, y para ello tienen gran valor los estudios radiológicos y endoscópicos.

COMPLICACIONES DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

La principal complicación es el **absceso** y/o el **flemón,** que se presentan en 10 y 50% de los pacientes con diverticulitis.

La **obstrucción** del colon ocurre en 10% de los casos y se debe a los episodios repetidos de diverticulitis con desarrollo de fibrosis y disminución del calibre de la luz.

Los abscesos pericólicos también producen obstrucción por comprensión extrínseca. Otra de las complicaciones es la formación de fístulas que resultan de la erosión del absceso hacia un órgano vecino, más comúnmente a la vejiga y a la vagina.

En la diverticulitis aguda rara vez se presenta sangrado como complicación.

TRATAMIENTO

El manejo depende del estado en que se encuentre el paciente con diverticulitis aguda. Los estados Minessota I-IV y Hinchey I-II son de manejo médico, mientras que el Minessota V y los Hinchey III-IV son de manejo quirúrgico.

MANEJO MÉDICO

El tratamiento inicial se fundamenta en reposo intestinal, líquidos endovenosos y antibióticos con espectro que cubra microorganismos Gram negativos y anaerobios.

En presencia de un absceso, se procede con el drenaje por vía percutánea, idealmente dejando un catéter tipo Malekot o similar para drenaje continuo, porque la incidencia de reproducción del absceso es alta.

Un segundo episodio puede presentarse en algo menos del 30% después de una adecuada respuesta al tratamiento médico; pero la frecuencia de un tercer episodio es de 58 a 90%. La incidencia de complicaciones también aumenta con los subsiguientes episodios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Aproximadamente un 20% de los pacientes que han presentado diverticulitis aguda terminan en cirugía. La resección debe ser llevada en el sentido proximal hasta la parte no comprometida o complicada del intestino, y en el distal hasta el tercio superior del recto.

En realidad son pocos los pacientes que, habiendo sufrido un ataque de diverticulitis aguda y tratados médicamente, desarrollan recurrencia.

Las indicaciones para cirugía electiva en enfermedad diverticular, según la Sociedad Americana de Colon y Recto son:

1. Dos o más episodios de diverticulitis asociados con dolor abdominal, fiebre, masa abdominal y leucocitosis.
2. Episodio de diverticulitis con extravasación del medio de contraste, síntomas obstructivos o urinarios.
3. Más de dos episodios confirmados de diverticulitis aguda severa que requieran hospitalización.
4. Pacientes inmunocomprometidos o consumidores crónicos de corticoides.
5. Un solo episodio de diverticulitis en personas menores de 50 años.

Aunque la recurrencia se asocia con edad joven, la baja tasa de recurrencia es un argumento en contra de la colectomía electiva luego de un tratamiento no operatorio exitoso de un ataque de diverticulitis aguda (Broderick-Villa et al, 2005).

Por ello la indicación 5, de colectomía en personas menores de 50 años es muy discutible, y múltiples autores piensan que no existe mayor diferencia y que se deben observar los mismos parámetros. Nuestro pensamiento es que estos pacientes tienen una perspectiva de vida más larga, y por lo tanto mayor probabilidad de nuevos episodios con mayor riesgo quirúrgico, por lo cual les recomendamos operar después del primer episodio.

Se recomienda llevar a cabo la resección electiva 6 a 8 semanas después del episodio agudo, cuando la inflamación haya cedido. El procedimiento de elección es la resección primaria con anastomosis.

En el episodio agudo, la indicación absoluta de cirugía es en la clasificación de Minessota el estado V, y en la de Hinchey los estados III y IV, o sea la perforación libre con peritonitis purulenta o fecal y el paciente con absceso que no responde al tratamiento médico.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas, pero los principios básicos deben ser el control de la sepsis, la resección del tejido enfermo, la restauración de la continuidad intestinal con ostomía de protección o sin esta. Tales técnicas son:

Procedimiento en tres tiempos: inicialmente se realiza colostomía en el colon transverso y drenaje del absceso, posteriormente resección del segmento con o sin anastomosis, y por último cierre de la colostomía. Rara vez se practica en la actualidad.

Procedimiento en dos tiempos: es el procedimiento de elección cuando existe perforación y peritonitis: se reseca completamente el segmento enfermo y se logra un mejor control del proceso séptico.

En este grupo existen varias alternativas:

- Exteriorización con resección, colostomía y fístula mucosa.
- Resección con colostomía y cierre del muñón rectal (Procedimiento de Hartman).
- Resección con anastomosis primaria, ostomía de protección.
- Resección con anastomosis primaria.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Se utiliza cada vez más para el manejo de la enfermedad diverticular. Inicialmente se utilizó únicamente para diagnóstico en casos dudosos, y posteriormente para procedimientos electivos de resección con anastomosis primaria; pero actualmente han aparecido reportes de su uso en diverticulitis perforada con peritonitis.

En la actualidad se la considera como el procedimiento ideal para cirugía electiva por sus beneficios frente a los procedimientos abiertos. La resección laparoscópica se considera apropiada en pacientes seleccionados.

RECURRENCIA DE LA DIVERTICULITIS DESPUÉS DE LA RESECCIÓN

Un 7% de los pacientes presenta enfermedad diverticular recurrente, y 20% requieren nueva resección.

La principal causa de la ocurrencia es la resección incompleta del sigmoide y la realización de la anastomosis en el sigmoide distal, dejando la zona de aumento de presión con el uso del colon sigmoide para realizar la anastomosis. Se debe usar el recto para disminuir el riesgo de recurrencia.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, et al. Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: prospective evaluation of 420 patients. Dis Colon Rectum 2000; 43:1363-7.

2. Broderick-Villa G, Burchette RJ, Craig Collins J, et al. Hospitalization for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. Arch Surg 2005; 140:576-83.

PIELONEFRITIS AGUDA

Alfonso Latiff Conde, MD
Sección de Urología
Departamento de Cirugía
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Karen V. Ford Garzón, MD
Oficina de Recursos Educacionales
FEPAFEM
Bogotá, Colombia

La pielonefritis aguda (PA) ahora conocida como "pielonefritis no obstructiva aguda", ocurre generalmente en mujeres que la inician con cistitis aguda no complicada. La infección se encuentra confinada al tracto urinario superior, especialmente al parénquima renal y la pelvis renal. Se considera no complicada cuando es causada por uropatógenos típicos en pacientes inmunocompetentes con un tracto urinario normal, sin disfunción renal.

Es cinco veces más frecuente en mujeres que en hombres; sin embargo la mortalidad es mayor en los últimos.

Los factores de riesgo son similares a los de las infecciones del tracto urinario (ITU) no complicadas para mujeres premenopáusicas, la relación sexual, la infección urinaria previa, uso de espermicidas, nuevo compañero sexual e historia de ITU en familiares de primer grado y, en mujeres posmenopáusicas, el descenso estrogénico, la incontinencia crónica y las comorbilidades inmunosupresoras como la diabetes.

La litiasis urinaria predispone a pielonefritis, no solo por el efecto obstructivo y por la contribución al flujo retrógrado, sino por su capacidad de convertirse en un reservorio de bacterias. Otros factores de riesgo importantes son las alteraciones neurológicas como la vejiga neurogénica, uso de catéteres vesicales y los efectos nocivos del embarazo sobre el peristaltismo ureteral.

Un diagnóstico errado de esta entidad puede llevar a complicaciones como sepsis, formación de abscesos renales, pielonefritis crónicas que conduce a hipertensión secundaria y falla renal. Ocurre en 2 y 3% de mujeres embarazadas e incrementa el riesgo de parto pretérmino con recién nacidos con bajo peso al nacer.

Se considera pielonefritis complicada cuando ocurre en pacientes con alteraciones estructurales o funcionales del aparato urinario, tales como litiasis, malformaciones congénitas, quistes, neoplasias, estenosis o catéteres ureterales.

Condiciones como diabetes, insuficiencia renal crónica, neutropenia, trasplante, embarazo, edad avanzada y antecedentes de inmunosupresión farmacológica llevan a que los pacientes tengan mayor riesgo de infección, falla del tratamiento

y resistencia a los antibióticos. La pielonefritis en los hombres con un foco prostático, así como la pielonefritis recurrente, se consideran infecciones complicadas.

ETIOLOGÍA

80% de los casos es producida por la *Escherichia coli*. Otros agentes causales pueden ser microorganismos gram negativos, *Staphylococcus saprophyticus* y *Enterococos* spp.

En pacientes ancianos y en aquellos con catéteres vesicales permanentes e instrumentación vesical reciente se pueden observar organismos como *Proteus, Klebsiella, Serratia o Pseudomonas* **(tabla 1)**.

Tabla 1. Microorganismos implicados en ITU

Organismo	Cistitis aguda no complicada (%) *	Pielonefritis aguda no complicada (%)	ITU complicada (%)	ITU asociada a catéteres (%)
Escherichia coli	68	89	32	24
Staphylococcus saprophyticus	8	0	1	0
Proteus	6	4	4	6
Klebsiella	4	4	5	8
Enterococos	3	0	22	7
Pseudomonas	0	0	20	9
Mixtos	3	5	10	11
Levaduras	0	0	15	8

Modificado de: Ramakrishnan K, Scheid DC. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. Am Fam Physician 2005; 71:933-42.

Pacientes con diabetes mellitus tienden a presentar infecciones por *Klebsiella, Clostridium* o *Cándida*. Tienen además riesgo incrementado de presentar pielonefritis enfisematosa y necrosis papilar. La inmunosupresión favorece el desarrollo de infecciones subclínicas y las producidas por gram negativos aerobios no entéricos y por *Cándida*.

Pacientes con antecedente de cirugía o de instrumentación de la vía urinaria están predispuestos a infecciones por *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Morganella* spp, *Providencia* spp y bacilos gram negativos no fermentadores diferentes de *P. aeruginosa,* como *Acinetobacter* spp, o *Stenotrophomonas maltophilia*.

FISIOPATOLOGÍA

La mayoría de las ITU ocurre como consecuencia del ascenso de las bacterias a través de la uretra y la vía urinaria. En hombres la prostatitis y la hipertrofia prostática benigna favorecen la bacteriuria por obstrucción uretral. La diseminación hematógena es frecuente en pacientes inmnosuprimidos, debilitados y con comorbilidades crónicas. Las infecciones fúngicas y estafilocócicas pueden resultar de metástasis de focos distantes como hueso o piel.

El mecanismo más frecuente en la génesis de la PA es el ascenso de los microrganismos desde la vejiga hasta la pelvis renal a través de los uréteres, gracias a diferentes condiciones favorecedoras,

dependientes tanto del microorganismo como del huésped, principalmente relacionadas con los mecanismos de adherencia de los microrganismos al urotelio y factores mecánicos como obstrucción del flujo urinario, trauma, reflujo vesicoureteral, disfunción vesical neurogénica o la presencia de sonda vesical.

E. coli es el microorganismo aislado con mayor frecuencia; posee factores de virulencia que permiten la invasión del uroepitelio como la presencia de adhesinas, el Pili P, hemolisinas y la aerobactina. Luego se genera una respuesta inmune del huésped con producción de factores locales y sistémicos como citocinas (IL-6, IL-ß y G-CSF) y marcadores proinflamatorios (proteína C reactiva, FNT-α).

FACTORES DE DEFENSA DEL HUÉSPED

Una vez alcanzado el riñón, los microorganismos producen infección de la médula y papilas renales, estructuras que resultan particularmente sensibles debido al pH ácido, elevada osmolaridad y escasa perfusión sanguínea. Estas condiciones interfieren con varios mecanismos de defensa como la migración leucocitaria, la fagocitosis y el sistema del complemento y favorecen la invasión tisular por los uropatógenos. La susceptibilidad del riñón a la infección no es uniforme. Un inóculo bacteriano pequeño es capaz de producir infección medular, mientras que es preciso un número de microorganismos 10.000 veces superior para infectar la corteza renal.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Generalmente los pacientes se presentan al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dolor en el ángulo costovertebral y sensibilidad, con o sin fiebre o síntomas irritativos del tracto urinario (disuria, polaquiuria, urgencia miccional, cambios en el aspecto de la orina y dolor suprapúbico). La severidad de los síntomas es variable: desde síntomas localizados hasta compromiso sistémico por bacteriemia o sepsis. En las PA moderadas a severas es frecuente encontrar malestar general, náuseas, vómito, fiebre y escalofríos.

Los ancianos generalmente no presentan síntomas constitucionales, ni fiebre; 20% desarrollan síntomas gastrointestinales y pulmonares.

Más de 30% de las mujeres con síndrome uretral agudo (cistitis) tienen compromiso del tracto urinario superior (pielonefritis subclínica). Esta condición es frecuente en mujeres embarazadas, pacientes con ITU recurrentes, patología del tracto urinario y estados de inmunosupresión.

EVOLUCIÓN

El curso clínico de la PA puede ser controlado con cinco días de manejo adecuado. La persistencia de fiebre o el deterioro clínico en las siguientes 72 horas del comienzo del tratamiento obliga a descartar las siguientes condiciones:

- Infección por un microorganismo resistente al tratamiento.
- Absceso renal. El absceso intrarrenal cortical suele ser de origen hematógeno.

  El agente etiológico en 90% de los casos es el *S. aureus*. El absceso corticomedular es causado por los mismos uropatógenos que han producido la PA. El absceso perinéfrico se origina en la ruptura de un absceso intrarrenal al espacio perirrenal.
- Patología obstructuva de las vías urinarias con pionefrosis.
- Pielonefritis enfisematosa que se presenta en pacientes inmunocomprometidos o con obstrucción urinaria; en la mayoría de los casos producida por *E. coli;* sin embargo se ha observado el compromiso por bacterias como *Klebsiella, Citrobacter, Acinetobacter, Proteus, Pseudomonas, Aerobacter* y *Clostridium* y hongos como *Aspergillus* y *Cándida*. Se caracteriza por infección necrotizante del parénquima renal con formación de gas y destrucción tisular. El tratamiento incluye drenaje percutáneo o nefrectomía con carácter urgente en los casos de riñón no funcionante. Cuando hay obstrucción con riñón funcional se debe intentar tratamiento médico y

drenaje mediante nefrostomía percutánea o catéter ureteral.

- Nefritis focal aguda. Se caracteriza por el desarrollo de infiltrado leucocitario confinado a un lóbulo (focal) o a varios lóbulos (multifocal), constituyéndose en la alteración precedente a la formación de un absceso. Suele observarse en pacientes diabéticos, a menudo cursa con bacteriemia y responde con lentitud al tratamiento antibiótico. Se detecta por ecografía o por TAC, técnica de mayor sensibilidad en esta entidad.
- Necrosis papilar. Puede cursar con hematuria, dolor lumbar, insuficiencia renal y/o *shock* séptico. Ocurre sobre todo en pacientes con patología vascular.

DIAGNÓSTICO

El uroanálisis y los cultivos confirman el diagnóstico de PA. En el uroanálisis, la presencia de piuria soporta el diagnóstico; sin embargo, su ausencia no lo excluye. Se puede determinar mediante la prueba de la esterasa leucocitaria, la cual es equivalente a detectar 10 leucocitos/mL; tiene una sensibilidad de 90% y especificidad superior a 95%. Se considera indicativo de piuria el hallazgo de más de 10 leucocitos por ml de orina. En el examen del sedimento se considera indicativa de piuria la presencia de más de cinco leucocitos por campo (x40).

Los nitritos tienen especificidad mayor a 90%, pero una sensibilidad de 50%, la cual puede ser aun inferior si la concentración de microorganismos es menor de 10/UFC/mL (unidades formadoras de colonias) o el tiempo de permanencia de la orina en la vejiga es inferior a cuatro horas.

Se deben tomar urocultivos y antibiograma previo a iniciar la antibioticoterapa para determinar la respuesta y la sensibilidad. Los cultivos son positivos en un 90% y se deben tomar de una muestra de orina de la primera hora de la mañana o, en su defecto, una muestra de orina que haya permanecido en la vejiga al menos por cuatro horas. Debe recogerse de la mitad de la micción, previo lavado de los genitales.

En las mujeres es especialmente importante dar instrucciones precisas sobre cómo tomar la muestra, separando los labios vulvares para evitar contaminación externa. La muestra de orina tomada por sonda debe limitarse al máximo. Es necesario prestar particular precaución a pacientes con sospecha de prostatitis, en cuyo caso se prefiere la punción suprapúbica. Un conteo cuantitativo de más de 10^5 UFC/mL fue inicialmente propuesto como criterio diagnóstico; sin embargo, 30-50% de las mujeres que se presentan con síntomas urinarios tienen conteos menores, usualmente 10^3-10^5 UFC, lo que se considera positivo. El urocultivo puede ser negativo o tener recuentos bajos cuando el paciente ha recibido antibióticos recientemente, presenta obstrucción ureteral o la infección es causada por microorganismos de crecimiento lento.

Los hemocultivos se indican en pacientes hospitalizados con diagnóstico incierto, inmunosuprimidos, sospecha de diseminación hematógena o evolución tórpida en el tratamiento, son positivos en 20 y 25%.

Se ordenan además hemograma completo y pruebas de función renal. La leucocitosis es una medida de gravedad de la enfermedad y puede ser un indicador de resolución o de respuesta a la terapia.

La proteína C reactiva (PCR) y los niveles de procalcitonina se encuentran elevados en pacientes con PA, pero sólo se utiliza la PCR como indicador de gravedad y de pronóstico de la enfermedad.

ESTUDIOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS

Para evaluar factores predisponentes o alteraciones de la vía urinaria se deben practicar estas en los siguientes casos:

- Pielonefritis en hombres de cualquier edad.
- En mujeres con sospecha de patología urológica.
- En mujeres con historia de infecciones urinarias recurrentes.

Los estudios disponibles son:

Ecografía y tomografía axial computarizada (TAC). Indicada en:

- Pacientes con sepsis o *shock* séptico.
- Falla renal aguda o hallazgos en el examen físico que sugieran masa renal.
- No mejoría luego de un curso de 72 horas de antibióticos de amplio espectro y en dosis óptimas, por sospecha de absceso renal.
- Sospecha de alteraciones urológicas o litiasis renal.

La **ultrasonografía** es relativamente insensible; en casos de PA se puede observar afección de ambos riñones con lesiones focales en menos del 10%. Usualmente se observan imágenes de riñones aparentemente sanos; sin embargo, en 20% de los casos se puede observar edema del parénquima renal atribuido a la congestión e inflamación, dilatación de los sistemas colectores en ausencia de causas obstructivas que puede resultar en hidrouréter o hidronefrosis.

La **tomografía axial computarizada (TAC)** con medio de contraste es la técnica de elección en el caso de sospecha de formación de abscesos renales, sobre todo si estos miden menos de 2 cm de diámetro, en nefritis locales, cálculos, gas, hemorragia, calcificaciones, obstrucción y masas.

Radiografía simple de abdomen se recomienda en los casos de sospecha clínica de urolitiasis o de pielonefritis grave para descartar la presencia de gas, característica importante en la pielonefritis enfisematosa.

Urografía intravenosa. No se recomienda durante el episodio agudo. Está indicada para el estudio posterior en pacientes con sospecha de alteraciones urológicas, especialmente retención posmiccional o reflujo vesicoureteral y en los casos que hayan cursado con litiasis, pionefrosis o abscesos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe hacer diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:

- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Colecistitis.
- Apendicitis.
- Neumonía lobar inferior.
- Perforación visceral.
- Prodromo de herpes zóster.

TRATAMIENTO

Se estima que 90% de los pacientes con PA no complicada toleran la vía oral y pueden seguir un régimen ambulatorio con excelentes resultados. La evaluación inicial incluye la valoración de la gravedad, teniendo en cuenta factores como temperatura, presión arterial, tolerancia a la vía oral, entre otros.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Signos de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis severa o *shock* séptico.
- Emesis incohercible, deshidratación y signos de hipovolemia.
- Sospecha clínica de complicación local, a juzgar por los siguientes síntomas y signos: dolor lumbar intenso, hematuria franca, masa renal, insuficiencia renal aguda.
- Condiciones especiales o enfermedades subyacentes, tales como edad avanzada, diabetes, falla renal, cirrosis, neoplasias, trasplante o antecedentes de inmunosupresión.
- Pacientes que no se estabilizan luego de seis horas de manejo en el servicio de urgencias o tienen limitaciones para tolerar la vía oral.

El tratamiento de elección se sustenta en los patrones de sensibilidad local, teniendo en cuenta que existen instituciones con cepas de *E. coli* con tasas de resistencia mayor de 20% a quinolonas; en tal caso se recomienda el uso en primera instancia de cefalosporinas de espectro ampliado asociadas o no a un aminoglucósido.

Los esquemas recomendados se resumen en la **tabla 2**.

Tabla 2. Manejo de pielonefritis no complicada

RÉGIMEN ORAL
• Cefpodoxime 200 mg cada 12 horas por 10 días
• Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas/1 gramo una vez al día por 7 días
• Levofloxacina 250 mg una vez al día por 10 días
• Lomefloxacina 400 mg una vez al día por 10 días
• TMP/SMX 160/800 mg cada 12 horas por 14 días
RÉGIMEN PARENTERAL
• Aminoglucósido (gentamicina o tobramicina 3-5 mg/Kg una vez al día divididas en 3 dosis) con o sin ampicilina 1-2 gramos cada 4 horas
• TMP-SMX 160/800 mg cada 12 horas
• Ciprofloxacina 400 mg cada 12 horas
• Ceftriaxona 1 gramo cada día
• Cefotaxime 1 gramo cada 8 horas

Tomado de Nicolle LE. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am 2008; 35:1-12.

Los pacientes que ingresan con cuadro de sepsis severa o de *shock* séptico deben recibir manejo con cefepime, carbapenem (meropenem o imipenem), piperacilina-tazobactam, asociados con amikacina.

La duración del tratamiento es generalmente de 10 a 14 días. Se ha observado eficacia con siete días de tratamiento con fluoroquinolonas. Pacientes con pielonefritis complicada o con cuadro clínico inicial compatible con sepsis severa o *shock* séptico deben completar tratamiento por 21 días.

La mayoría de los pacientes deben estar afebriles a las 48 a 72 horas de iniciada la terapia antimicrobiana. Una vez controlados los síntomas agudos, principalmente la fiebre, y el paciente tolere la vía oral, se puede pasar a terapia oral orientada por el antibiograma. Hay que recordar que las asociaciones de penicilinas con inhibidores de las ß-lactamasas (amoxicilina-ácido clavulínico, ampicilina-sulbactam) son eficaces, pero influyen negativamente sobre la flora vaginal en tal forma que las recurrencias son más frecuentes.

Es conveniente realizar un control con uroanálisis y urocultivo a las dos semanas de culminar el tratamiento, los cultivos a repetición no están recomendados en pacientes asintomáticos.

Pacientes con riesgo de infección por microorganismos resistentes

Se considera que el paciente tiene riesgo de infección por microorganismos resistentes como enterobacterias multirresistentes, *P aeruginosa* o *Enterococcus* spp en los siguientes casos:

- Manejo reciente con antibióticos de amplio espectro o curso de antibióticos prolongado.
- Cirugía o manipulación urológica reciente asociado a consumo de antibióticos de uso prolongado o amplio espectro.
- Sonda uretral permanente.
- Patologías subyacentes como diabetes, falla renal aguda, cirrosis, neoplasias, inmunosupresión y trasplante.

Los pacientes con sospecha de infección por microorganismos multirresistentes con una evolución clínica rápidamente progresiva o que cursen con sepsis severa o *shock* séptico deben ser sometidos a estudios imaginológicos con el fin de descartar abscesos, obstrucción de la vía urinaria o colecciones, y en ellos se debe practicar drenaje percutáneo o quirúrgico, según el caso.

En tales circunstancias se puede utilizar monoterapia con carbapenemes o piperacilina-tazobactam, teniendo en cuenta que el meropenem es menos activo frente a *Enterococcus faecalis* que el imipenem.

Como alternativa a la monoterapia puede emplearse ampicilina asociada con cefepime.

PIELONEFRITIS Y EMBARAZO

La pielonefritis aguda es una infección frecuente durante el embarazo, pues ocurre en 5% de las mujeres embarazadas y se constituye en importante causa de morbilidad. En razón de los cambios hormonales fisiológicos, la incidencia de PA es mayor al final de segundo e inicio del tercer trimestre. La PA está relacionada con mayor riesgo de parto prematuro y de recién nacidos con bajo peso; por lo tanto, en toda mujer embarazada se debe prevenir la PA mediante la monitorización estricta de bacteriuria asintomática, haciendo urocultivos entre las semanas 14 y 16 de la gestación.

El tratamiento empírico de la PA en mujeres embarazadas incluye ampicilina-sulbactam, ceftriaxona o aztreonam. Si no se logra una adecuada respuesta con los ßlactámicos mencionados, se puede contemplar el uso de aminoglucósidos, teniendo en cuenta el potencial efecto de ototoxicidad para el feto. Las quinolonas no se recomiendan en el embarazo por la potencial asociación con anomalías óseas y articulares. Una vez controlados los síntomas, se continúa manejo con cefalosporinas de segunda generación como cefuroxime.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Nicolle LE. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am 2008; 35:1-12.
2. Peleg AY, MacLaren G, Hoy J. Acute pyelonephritis: management steps that remains unresolved. Clin Infect Dis 2007; 45:1249.
3. Ramanathan V, Nguyen P, Nguyen V, et al. Successful medical management of recurrent emphysematous pyelonephritis. Urology 2006; 67:11-3.
4. Ramakrishnan K, Scheid D. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. Am Fam Physician 2005; 71:933-42.
5. Tseng H, Wu J, Wang M, et al. Host and bacterial virulence factors predisposing to emphysematous pyelonephritis. C Am J Kidney Dis 2005; 46:432-9.
6. Vourganti S, Agarwal P, Bodner D, et al. Ultrasonographic evaluation of renal infections. Ultrasound Clin 2006; 1:1-13.

Rev. Chilena de Cirugía. Vol 64 - Nº 6, Diciembre 2012; pág. 581-585

Diverticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual*

Drs. NICOLÁS PEREIRA C.[1], JAVIER VEGA S.[2], ALEJANDRO READI V.[1], MARIO ABEDRAPO M.[1], INT. ALFONSO GALLEGUILLOS G.[3]

[1] Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.
[2] Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, Antofagasta.
[3] Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
Chile.

Abstract

Acute complicated diverticulitis. New trends in treatment

Diverticular disease refers to the presence of colon diverticula. Its prevalence increases with age and in a few cases present as diverticulitis. Acute complicated diverticulitis is potentially mortal, since it can perforate and require emergency surgery. The treatment of choice is the excision of the perforated segment and the creation of a proximal colostomy. There are other therapeutic alternatives such as excision with primary anastomosis and novel approaches such as laparoscopic peritoneal lavage. We herein review the new treatments of acute diverticulitis.

Key words: Diverticular disease, diverticulitis, colectomy, laparoscopic lavage.

Resumen

La enfermedad diverticular se refiere a la presencia de divertículos en el colon. Su prevalencia aumenta con la edad y sólo en pocos casos se presenta como diverticulitis aguda. La diverticulitis aguda complicada es una condición potencialmente mortal, por la posibilidad de una perforación libre que requiera cirugía de urgencia. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico que incluya la perforación y la creación de una colostomía proximal. Existen otros tratamientos en el manejo quirúrgico de la diverticulitis perforada, como la resección con anastomosis primaria y nuevas aproximaciones, como el lavado peritoneal por vía laparoscópica. Se revisa y discute en este artículo la tendencia actual en el manejo de la diverticulitis aguda perforada.

Palabras clave: Enfermedad diverticular, diverticulitis aguda, colectomía, lavado peritoneal laparoscópico.

*Recibido el 24 de junio de 2012 y aceptado para publicación el 26 de julio de 2012.

Los autores no declaran conflictos de interés.

Correspondencia: Dr. Nicolás Pereira C.
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.
nicolaspereirac@gmail.com

Introducción

La enfermedad diverticular (ED) puede ser asintomática o sintomática. Esta última, puede dividirse en complicada o no complicada. Nos referimos a ED complicada cuando hay presencia de diverticulitis aguda, abscesos, obstrucción, estenosis, fistulas, hemorragia o perforación.

La prevalencia de la ED es menor a un 2% en menores de 30 años, mayor del 40% en mayores de 60 años y alrededor del 66% en mayores de 85 años[1,2]. La diverticulitis aguda es la complicación más frecuente, afectando entre el 10 y el 25% de los pacientes[3-5]; en el mundo occidental es responsable de un gran número de hospitalizaciones[6]. Entre el 15% y el 30% de los pacientes con diverticulitis aguda requiere una intervención quirúrgica[7,8].

Además de clasificar la ED, es apropiado subdividir la diverticulitis aguda en complicada y no complicada, y la primera de éstas en diferentes categorías mediante la tomografía axial computarizada (TC)[9], ya que la morbilidad y mortalidad de esta condición es muy variable. Tradicionalmente, la clasificación más usada ha sido la de Hinchey, que divide la diverticulitis aguda complicada en subgrupos, basado en el grado y extensión del proceso inflamatorio-infeccioso (Tabla 1).

El tratamiento depende de la gravedad del cuadro y de la condición basal del paciente. En relación a la diverticulitis aguda no complicada, los pacientes jóvenes, inmunocompetentes, sin complicaciones asociadas, pueden ser manejados en forma ambulatoria, con antibióticos orales. La antibioticoterapia debe abarcar a los microorganismos Gram negativos aerobios y anaerobios. Se les debe realizar un seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento, pueden llegar a requerir hospitalización si los síntomas no mejoran. Aquellos que experimenten recurrencia deben ser intervenidos quirúrgicamente.

Hoy se recomienda el tratamiento quirúrgico después del primer episodio de diverticulitis aguda complicada, debido a que un tercio de los pacientes presentará un segundo episodio[10]. Sin embargo, el manejo no quirúrgico puede ser apropiado en un grupo seleccionado de pacientes si la edad o las comorbilidades médicas no permiten una cirugía segura[11].

Tabla 1. Clasificación de Hinchey[9]

Hinchey	Hallazgos
I	Absceso o flegmón pericólico
II	Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis estercorácea generalizada

Alternativas de manejo quirúrgico para la diverticulitis aguda perforada

La perforación libre en la diverticulitis es un escenario de riesgo vital que requiere una intervención quirúrgica inmediata. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico que incluya la perforación y la creación de una colostomía proximal. Muchos autores se refieren a ésta como cirugía de Hartmann, que por definición incluye la resección del sigmoides, cierre del muñón rectal y creación de una colostomía terminal, lo cual puede hacerse por vía laparoscópica[12,13]. Algunos cirujanos han sugerido que, especialmente en pacientes cursando con una sepsis severa y que se encuentran hemodinámicamente inestables, el objetivo inicial debiera ser una resección expedita limitada al segmento comprometido[14], a veces llamada "perforectomía", en la cual puede dejarse parte del sigmoides, hasta que el paciente se recupera de la cirugía inicial. En estos casos, la resección de éste se realizará en el momento de la reconstitución del tránsito algunos meses después[15]. La morbilidad y mortalidad de la operación de Hartmann para la perforación libre del divertículo, aún es considerable. La mortalidad acumulada en un total de 1.051 pacientes reportada en 54 estudios combinados que se llevaron a cabo entre 1966 y 2003 fue cercana al 19% y se asoció a un 24% de incidencia de infección de la herida operatoria y a un 10% de complicaciones de la ostomía[16]. A pesar de los avances en el cuidado intensivo, imagenología y tratamiento médico, la mortalidad de esta condición se ha mantenido estable en el tiempo[17]. El tránsito intestinal puede ser reestablecido generalmente 3-6 meses después de la primera cirugía[18], aunque se ha reportado que, en aproximadamente entre el 30% y 70% de los pacientes nunca se cierra la colostomía[15,19-21]. Es más, se considera que la reconstitución tras una operación de Hartmann continúa siendo un procedimiento electivo difícil[22], con morbilidad significativa[23] y que aun no cuenta con estudios clínicos aleatorizados que demuestren diferencias estadísticamente significativas entre el procedimiento laparoscópico y el convencional[24,25].

Considerando la morbi-mortalidad significativa asociada a la operación de Hartmann y sus secuelas, algunos autores han sugerido que en situaciones seleccionadas puede ser posible la resección del segmento perforado y la anastomosis primaria[26,27], para lo cual puede ser beneficioso el lavado colónico intraoperatorio previo a realizar la anastomosis[28,29].

Esta conducta persiste controversial y la mayoría de los cirujanos no la recomendarían en el caso de peritonitis generalizada por diverticulitis perforada. En los casos seleccionados en que es posible realizar la anastomosis primaria, se puede proteger ésta con una ileostomía proximal en asa. Esta conducta pareciera ser preferible a un Hartmann cuando el grado de contaminación intraoperatoria y las condiciones subyacentes del paciente así lo permiten. En estos casos, el uso de una ostomía desfuncionalizante sumado a la anastomosis colorrectal puede resultar en un buen balance entre la morbilidad postoperatoria, calidad de vida y posibilidad de una ostomía permanente[30].

En un estudio publicado en 2011 por Trentiet *et al*[31], a un total de 87 pacientes se les realizó cirugía de urgencias por diverticulitis complicada con peritonitis purulenta o fecaloídea difusa (Hinchey grado III y IV). A 60 de ellos (69%) se les realizó operación de Hartmann mientras que resección con anastomosis primaria fue hecha en 27 pacientes (31%). En el análisis multivariado, la resección con anastomosis primaria se asoció significativamente a menores complicaciones postoperatorias. Tres pacientes con resección y anastomosis primaria (11,1%) desarrollaron filtración de la anastomosis clínica y necesitaron reoperación. Por lo tanto, concluyen que la resección con anastomosis primaria puede realizarse de manera segura sin agregar morbilidad o mortalidad en casos de peritonitis difusa de origen diverticular. La operación de Hartmann debe reservarse solamente para pacientes hemodinámicamente inestables o de alto riesgo. La especialización en cirugía colorrectal disminuye la mortalidad y aumenta el porcentaje de cirugías en un tiempo.

El lavado peritoneal laparoscópico (LPL), constituye una nueva aproximación quirúrgica frente a la peritonitis generalizada. La llegada de la cirugía laparoscópica y el aumento del uso de ésta en el tratamiento de úlceras pépticas perforadas y apendicitis, ha llevado al desarrollo de estrategias laparoscópicas para el tratamiento de la diverticulitis perforada. En este contexto, el LPL es una alternativa terapéutica recientemente propuesta que podría potencialmente evitar al paciente una resección de colon y ostomía. Este procedimiento consiste en la irrigación profusa de la cavidad peritoneal asociada a una succión laparoscópica del líquido perfundido, la que es seguida por la inserción de un drenaje aspirativo en la región abdominal cercana al colon sigmoides[29,32-36]. Cualquier perforación que presente el colon se deja intacta, porque es cubierta de manera espontánea por el omento. La experiencia inicial ha sido prometedora con respecto a la mortalidad perioperatoria y las complicaciones[30]. Es más, si bien la mayoría de los que proponen el LPL inicial, proponen una sigmoidectomía electiva diferida[33,37-40], un estudio multicéntrico irlandés reportó alentadores resultados luego del lavado seguido de una observación continua. De hecho, Myers[41], encontró recurrencia de diverticulitis de sigmoides en 4 de 92 pacientes tratados, ninguno de los cuales requirieron cirugía en el seguimiento de hasta 36 meses. En un artículo de revisión de la literatura entre el año 1990 y 2008, Alamili *et al*[42], concluyen que la mayoría de los pacientes con diverticulitis Hinchey III pueden ser manejados efectivamente mediante LPL en la fase aguda. La tasa de conversión a laparotomía fue de 3%, promedio de estadía hospitalaria de 9 días, 10% de los pacientes presentaron complicaciones y hubo una mortalidad general de 1,4%.

Estos datos de diferentes centros sugieren que el LPL tiene el potencial de convertirse, al menos en casos seleccionados, en el tratamiento definitivo para la diverticulitis perforada. Sin embargo, la información sobre el LPL para la peritonitis de origen diverticular aun es limitada y es necesaria mayor investigación para garantizar y confirmar estos resultados iniciales prometedores.

Conclusiones

El nuevo manejo a través de LPL asociado a tratamiento antibiótico endovenoso aparentemente tiene una baja tasa de morbilidad, baja mortalidad, corta estadía hospitalaria y puede ser realizada sin necesidad de colostomía. Otras ventajas comparadas con la operación de Hartmann son el menor tiempo quirúrgico y menores costos económicos. Así, el LPL sin resección de sigmoides en el cuadro agudo de peritonitis purulenta por una diverticulitis perforada puede ser considerado como una alternativa terapéutica válida a procedimientos más radicales que incluyen la operación de Hartmann. Sin embargo, es necesario investigar de manera minuciosa, especificar las indicaciones pre e intraoperatorias y si la resección electiva de colon se debe realizar a todos o algunos pacientes seleccionados en el seguimiento; para ello se necesitan ensayos clínicos válidos antes que se puedan establecer indicaciones precisas al respecto.

Referencias

1. Parks T. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol. 1975;4:53-69.
2. Parks T. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. Br Med J. 1969;4:639-42
3. Young-Fadok T, Roberts P, Spencer M, Wolff B. Colonic diverticular disease. Curr Probl Surg. 2000;37:457-516.

4. Narula N, Marshall J. Role of probiotics in management of diverticular disease. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25:1827-30.
5. Waugh J, Walt A. Current trends in the surgical treatment of diverticulitis of the sigmoid colon. Surg Clin North Am. 1962;42:1267-76.
6. Etzioni D, Mack T, Beart R Jr, Kaiser A. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Ann Surg. 2009;249:210-7.
7. Mueller M, Glatzle J, Kasparek M, Becker H, Jehle E, Zittel T, et al. Long-term outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005;17:649-54.
8. Sarin S, Boulos P. Long-term outcome of patients presenting with acute complications of diverticular disease. Ann R Coll Surg Engl. 1994;76:117-20.
9. Lohrmann C, Ghanem N, Pache G, Makowiec F, Kotter E, Langer M. CT in acute perforated sigmoid diverticulitis. European Journal of Radiology 2005;56:78-83.
10. Stollman N, Raskin J. Diverticular disease of the colon. Lancet 2004;363:631–9.
11. Nelson R, Ewing B, Wengert T, Thorson A. Clinical outcomes of complicated diverticulitis managed non operatively. Am J Surg. 2008;196:969-72.
12. Chouillard E, Maggiori L, Ata T, Jarbaoui S, Rivkine E, Benhaim L, et al. Laparoscopic two-stage left colonic resection for patients with peritonitis caused by acute diverticulitis. Dis Colon Rectum 2007;50:1157-63.
13. Agaba E, Zaidi R, Ramzy P, Aftab M, Rubach E, Gecelter G, et al. Laparoscopic Hartmann's procedure: a viable option for treatment of acutely perforated diverticultis. Surg Endosc. 2009;23:1483-6.
14. Church J. Surgical treatment of sigmoid diverticulitis. Schweiz Med Wochenschr. 1991;121:744-8.
15. Salem L, Anaya D, Roberts K, Flum D. Hartmann's colectomy and reversal in diverticulitis: a population-level assessment. Dis Colon Rectum 2005;48:988-95.
16. Salem L, Flum D. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. Dis Colon Rectum 2004;47:1953-64.
17. Chandra V, Nelson H, Larson D, Harrington J. Impact of primary resection on the outcome of patients with perforated diverticulitis. Arch Surg. 2004;139:1221-4.
18. Oomen J, Cuesta M, Engel A. Reversal of Hartmann's procedure after surgery for complications of diverticular disease of the sigmoid colon is safe and possible in most patients. Dig Surg. 2005;22:419-25.
19. Elliott T, Yego S, Irvin T. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. Br J Surg. 1997;84:535-9.
20. Wedell J, Banzhaf G, Chaoui R, Fischer R, Reichmann J. Surgical management of complicated colonic diverticulitis. Br J Surg. 1997;84:380-3.
21. Maggard M, Zingmond D, O'Connell J, Ko C. What proportion of patients with an ostomy (for diverticulitis) get reversed? Am Surg. 2004;70:928-31.
22. Wigmore S, Duthie G, Young I, Spalding E, Rainey J. Restoration of intestinal continuity following Hartmann's procedure: the Lothian experience 1987-1992. Br J Surg. 1995;82:27-30.
23. Aydin H, Remzi F, Tekkis P, Fazio V. Hartmann's reversal is associated with high postoperative adverse events. Dis Colon Rectum 2005;48:2117-26.
24. Caselli C, Bambs C, Pinedo G, Molina M, Zuñiga A, Bellolio F. Laparoscopic approach for intestinal passage reconstruction after Hartmann's operation: experience with 30 patients. Cir Esp. 2010;88:314-8.
25. Lee E, Murray J, Coller J, Roberts P, Schoetz D Jr. Intraoperative colonic lavage in nonelective surgery for diverticular disease. Dis Colon Rectum 1997;40:669-74.
26. Richter S, Lindemann W, Kollmar O, Pistorius G, Maurer C, Schilling M. One-stage sigmoid colon resection for perforated sigmoid diverticulitis (Hinchey stages III and IV). World J Surg. 2006;30:1027-32.
27. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. Int J Colorectal Dis. 2007;22:351-7.
28. Biondo S, Perea M, Rague J, Parés D, Jaurrieta E. One-stage procedure in non-elective surgery for diverticular disease complications. Colorectal Dis. 2001;3:42-5.
29. Regenet N, Tuech J, Pessaux P, Ziani M, Rouge C, Hennekinne S, et al. Intraoperative colonic lavage with primary anastomosis vs. Hartmann's procedure for perforated diverticular disease of the colon: a consecutive study. Hepatogastroenterol. 2002;49:664-7.
30. Constantinides V, Heriot A, Remzi F, Darzi A, Senapati A, Fazio V, et al. Operative strategies for diverticular peritonitis: a decision analysis between primary resection and anastomosis versus Hartmann's procedures. Ann Surg. 2007;245:94-103.
31. Trenti L, Biondo S, Golda T, Monica M, Kreisler E, Fraccalvieri D, et al. Generalized peritonitis due to perforated diverticulitis: Hartmann's procedure or primary anastomosis? Int J Colorectal Dis. 2011;26:377–84.
32. O'Sullivan G, Murphy D, O'Brien M, Ireland A. Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula. Am J Surg. 1996;171:432-4.
33. Faranda C, Barrat C, Catheline J, Champault G. Two stage laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated sigmoid diverticula: eighteen cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000;10:135-8.
34. Greco R, Kamath C, Nosher J. Percutaneous drainage of peridiverticular abscess followed by primary sigmoidectomy. Dis Colon Rectum 1982;25:53-5.
35. Saini S, Mueller P, Wittenberg J, Butch R, Rodkey G, Welch C. Percutaneous drainage of diverticular abscesses. Arch Surg. 1986;121:475-8.
36. Da Rold A, Guerriero S, Fiamingo P, Pariset S, Veroux M, Pilon F, et al. Laparoscopic colorrhaphy, irrigation and drainage in the treatment of complicated acute diverticulitis: initial experience. Chir Ital. 2004;56:95-8.

37. Taylor C, Layani L, Ghusn M, White S. Perforated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. ANZ J Surg. 2006;76:962-5.
38. Bretagnol F, Pautrat K, Mor C, Benchellal Z, Huten N, de Calan L. Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures. J Am Coll Surg. 2008;206:654-7.
39. Franklin M Jr, Portillo G, Trevino J, Gonzalez J, Glass J. Long-term experience with the laparoscopic approach to perforated diverticulitis plus generalized peritonitis. World J Surg. 2008;32:1507-11.
40. Karoui M, Champault A, Pautrat K, Valleur P, Cherqui D, Champault G. Laparoscopic peritoneal lavage or primary anastomosis with defunctioning stoma for Hinchey 3 complicated diverticulitis: results of a comparative study. Dis Colon Rectum 2009;52:609-15.
41. Myers E, Hurley M, O'Sullivan G, Kavanagh D, Wilson I, Winter D. Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis. Br J Surg. 2008;95:97-101.
42. Alamili M, Gögenur I, Rosenberg J. Acute complicated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. Dis Colon Rectum 2009;52:1345-9.