



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

AVISO No. 2025-070

Proceso No.11735-ES

Hoy diecinueve (19) de noviembre de dos mil veinticinco (2025), se NOTIFICA POR AVISO al doctor Sergio Rojas, de la providencia de no formular cargos, de fecha 5 de noviembre, Lo anterior por cuanto se desconoce la ubicación del denunciado.

Éste se publica en la cartelera y en la página electrónica del TRIBUNAL, por el término de cinco (5) días, junto con el oficio en mención.

La notificación se considera surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso.

Original firmado
BEATRIZ ELENA BOTERO BERNAL
Abogada secretaria

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tel. 601 – 7024307
eticamedicabogota@tembog.org
Bogotá D.C.



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

**TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ, SALA PLENA, SESIÓN
NÚMERO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO (1494), BOGOTÁ, D.C.
CINCO (5) DE NOVIEMBRE DOS MIL VEINTICINCO (2025)**

RADICADO No.: 11735

DENUNCIANTE: [REDACTED]

DENUNCIADO: DR. SERGIO ROJAS

MAGISTRADO PONENTE: DR. HUGO ENRIQUE ESCOBAR ARAÚJO

ASUNTO: NO FORMULAR CARGOS

PROVIDENCIA: 2025-440

VISTOS

Habiendo sido presentado el informe de conclusiones, sin que se observe ninguna irregularidad en lo actuado, de conformidad con lo establecido en el artículo 79 de la Ley 23 de 1981, la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá decidirá si existen méritos para formular cargos en el asunto de la referencia.

LA QUEJA

El 14 de julio de 2024, la Secretaría Distrital de Salud remitió a esta autoridad documentación de la investigación administrativa número 13261/2023, relacionada con la atención dispensada [REDACTED] la Clínica Colsubsidio Ciudad Roma, por parte del doctor Sergio Rojas, médico general identificado con cédula de ciudadanía número 1098761107, por hechos sucedidos el 31 de diciembre de 2022.

Afirma el quejoso que asistió [REDACTED] Fue atendido el 31 de diciembre de 2022, a las 12:28 horas, por una jefe de enfermería, quien le asignó un triage tres y le programó cita a las 8:20 horas. Durante ese lapso de tiempo continuó [REDACTED] pero no fue posible que lo atendiera otro médico con mayor rapidez. Posteriormente, fue valorado por el doctor Sergio Rojas, a quien le manifestó que llevaba una [REDACTED]

En horas de la tarde, [REDACTED]

“Algunos funcionarios de esta clínica no deberían trabajar allí, y menos en servicios de salud. Deberían ser despedidos y nunca volver a trabajar en este campo. [REDACTED] que me dio, por no querer atenderme a tiempo, por no ser humanos, amables, por no ser gente que atiende a gente. ¡Yo estuve por una urgencia médica, era una emergencia! Parecen máquinas que solo cumplen una función, con un horario y reciben un salario. Sin olvidar que pueden ser denunciados ante la Fiscalía General de la Nación por delitos de negligencia y falta a su ética profesional”.

LOS HECHOS:

De conformidad con los elementos que reposan en el expediente fue posible advertir los siguientes hechos relevantes:

Al revisar detenidamente la historia clínica encontramos que el caso trata de un paciente de 39 años para el momento de los hechos que consulta por el servicio de urgencias de la Clínica Colsubsidio Roma, atendido el 31 de diciembre de 2022 a las 08:20 horas por el doctor Sergio Rojas quien anota que consulta [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

A [REDACTED]



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ACTUACIÓN PROCESAL

EL 19 de junio de 2024, se admitió la queja de la referencia, designándose como Magistrado Instructor al doctor Hugo Enrique Escobar Araújo, quien, en la misma fecha, declaró la apertura de la fecha de instrucción y decretó las pruebas pertinentes.

El 22 de octubre de 2025, en sesión de Sala Plena número 1492, el Magistrado Instructor presentó su informe de conclusiones, recomendando la no formulación de cargos en el asunto de la referencia.

Durante la instrucción se recaudaron los siguientes elementos:

1. Historia clínica y anexos.
2. Escrito de queja y anexos.
3. Anotación del profesional en el Registro Único de Talento Humano en Salud.
4. Comunicación del Colegio Médico Colombiano.

En sesión de sala plena número 1492 del 22 de octubre de 2025, el Magistrado Instructor presentó informe de conclusiones, en el que considera que no existen méritos para formular cargos en el presente caso.

CONSIDERACIONES DE LA SALA:

Esta autoridad encuentra que no existen méritos para formular cargos en el presente asunto, de conformidad con las siguientes consideraciones:

En carta de respuesta de la Institución de Salud Clínica Colsubsidio Roma a la Secretaría Distrital de Salud, visible en el plenario se lee:

**Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tels. 6017024307
Bogotá D.C.**



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

“Se encuentra que se brindó una atención pertinente, detallando que las enfermedades tienen un curso natural que puede cambiar a través del tiempo, modificando los síntomas y la presentación de estos. Para el caso de la apendicitis, se debe tener en cuenta la presentación, localización y evolución del dolor, síntomas asociados y hallazgos al examen físico como los signos de respuesta inflamatoria e irritación peritoneal. En la práctica cotidiana se usa la escala de Alvarado como guía para el diagnóstico, donde una puntuación de 5-6 es compatible, 7-8 es probable y 9-10 muy probable caso de apendicitis. En la primera consulta la puntuación era 0, y en la segunda 5 puntos, puntuación que se fue modificando a medida que pasaron las horas, haciendo necesario que se indicara primero toma de TAC abdominal toda vez que la exploración inicial no era contundente para apendicitis. Es importante considerar que el diagnóstico de apendicitis requiere tener en cuenta la presentación del dolor, los síntomas que lo acompañan, la evolución del dolor con el paso de las horas, criterios del examen físico y de exámenes de laboratorio. En la práctica cotidiana se utiliza la escala de Alvarado como guía para el diagnóstico, escala que en la valoración inicial era 0 puntos, no compatible con apendicitis, con el paso de las horas el cuadro clínico se modifica, es por eso que en la reconsulta se decide hospitalizar. Teniendo en cuenta todo lo anterior en la valoración inicial no existían criterios de tratamiento intrahospitalario y la progresión del cuadro clínico forma parte de la evolución natural de la enfermedad”.

Como bien se indica en precedencia, la apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en el mundo y representa la principal causa de cirugía abdominal de urgencia; se informa que su mayor frecuencia es en la población de entre 20 y 30 años y no presenta predominio de género. Su presentación clínica es variable en algunas ocasiones, por lo que se deben utilizar estudios imagenológicos para su diagnóstico certero. El tratamiento de la apendicitis aguda es mediante cirugía con abordaje laparoscópico o abierto. El propósito de nuestra revisión es exponer la información actualizada sobre este tema tan común.

El apéndice vermiforme es una estructura tubular localizada en la pared posteromedial del ciego a 1.7 cm de la válvula ileocecal, donde las tenias del colon convergen en el ciego; su longitud promedio es de 91.2 y 80.3 mm en hombres y mujeres, respectivamente. Dicho apéndice es un divertículo verdadero, ya que su pared se conforma de mucosa, submucosa, muscular longitudinal y circular y serosa. Sus relaciones anatómicas son el músculo iliopsoas y el plexo lumbar de forma posterior y la pared abdominal de forma anterior. La irrigación del apéndice cecal es a través de la arteria apendicular; dicha arteria es una rama terminal de la arteria ileocólica, que atraviesa la longitud del mesoapéndice para terminar en la punta del órgano. El mesoapéndice es una estructura de tamaño variable en relación con el apéndice, lo cual le otorga la variabilidad en sus posiciones. Por lo anterior, la punta del apéndice puede migrar hacia diferentes localizaciones: retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica.

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo; es una entidad que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en

mujeres. Su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%.

El evento patogénico central de la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz apendicular, la cual puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores primarios (carcinoide, adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfoma, etcétera) o metastásicos (colon y mama); la inflamación de la pared apendicular es el fenómeno inicial, para después presentar congestión vascular, isquemia, perforación y, en ocasiones, desarrollo de abscesos localizados (contenidos) o peritonitis generalizada. Durante estos fenómenos ocurre proliferación bacteriana: en el curso temprano de la enfermedad aparecen microorganismos aeróbicos, para después presentarse formas mixtas (aeróbicas y anaeróbicas).

De manera normal, el apéndice cecal funciona como reservorio de la microbiota de *E. coli* y *Bacteroides* spp., que son las más comunes; sin embargo, se han encontrado pacientes con microbiota predominantemente distinta, como *Fusobacterium*; en el contexto de apendicitis aguda, esta última se correlaciona con casos de apendicitis complicadas (perforadas). Tales bacterias invaden la pared apendicular y luego producen un exudado neutrofílico; el flujo de neutrófilos ocasiona una reacción fibrinopurulenta sobre la superficie serosa, así como irritación del peritoneo parietal adyacente. Una vez que la inflamación y la necrosis ocurren, el apéndice se encuentra en riesgo de perforación, lo que conduce a la formación de abscesos localizados o peritonitis difusa. El tiempo para la perforación apendicular es variable; de manera general, se correlaciona la perforación con la evolución de los cuadros apendiculares: sin perforación apendicular en menos de 24 horas de evolución y con perforación en más de 48 horas.

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente que se presenta en los pacientes, aunque también están descritos otros síntomas como anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre. El dolor es típicamente periumbilical y epigástrico, y más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho; no obstante, a pesar de ser considerado un síntoma clásico, el dolor migratorio ocurre sólo en 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda. La aparición de náuseas y vómitos ocurre después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico; éste varía en forma considerable de una persona a otra, lo cual, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice. Por ejemplo, un apéndice de localización anterior produce dolor marcado y localizado en el cuadrante inferior derecho, mientras que uno retrocecal puede ocasionar dolor abdominal sordo y en la región lumbar baja. Asimismo, por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea.

El examen físico de estos pacientes debe realizarse con la toma de signos vitales; se puede encontrar temperatura corporal mayor de 38 °C, taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. Los signos clínicos tempranos de apendicitis son frecuentemente inespecíficos. Sin embargo, conforme la inflamación progresa, el involucramiento del peritoneo parietal ocasiona sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y puede detectarse en la exploración física; el dolor puede exacerbarse con los movimientos o el reflejo de tos.



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney, el cual se encuentra localizado a dos tercios del ombligo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha. El paciente se encontrará sensible y mostrará signos de irritación peritoneal con defensa muscular localizada (se presenta sólo si hay peritonitis). La exploración rectal y/o vaginal puede suscitar dolor en los casos de pacientes con apendicitis de localización pélvica, por lo que su presencia o ausencia no descarta la patología apendicular y su empleo de manera rutinaria en la exploración de estos pacientes es controvertido.

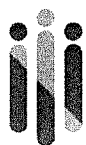
Por lo anterior, se han descrito distintos signos clínicos en la exploración física para facilitar el diagnóstico; cabe mencionar que se encuentran reportados en 40% de los pacientes con apendicitis, por lo que su ausencia no descarta el diagnóstico. Entre ellos se encuentran blumberg (dolor ante la descompresión brusca en la fosa iliaca derecha), rovsing (palpación en la fosa iliaca izquierda con dolor referido en la fosa contralateral), psoas (dolor en la fosa iliaca derecha -FID- por la extensión de la cadera derecha), obturador (dolor en la FID tras la flexión y rotación interna de la cadera derecha).

El conteo leucocitario mayor de 10,000 células/mm³ y desviación a la izquierda con proteína C reactiva mayor de 1.5 mg/l son indicadores diagnósticos para apendicitis aguda. La leucocitosis mayor de 20,000/μl se asocia con perforación apendicular; sin embargo, la perforación apendicular se reporta hasta en 10% de los pacientes con valores normales de leucocitos y proteína C reactiva, por lo que la ausencia de estos valores alterados no descarta la perforación. La sensibilidad y especificidad de estas pruebas de laboratorio para el diagnóstico de apendicitis aguda se encuentran reportadas de 57 a 87% para la proteína C reactiva y de 62 a 75% para la leucocitosis. Por lo anterior, se han intentado utilizar otros estudios para el diagnóstico oportuno; tal es el caso de la procalcitonina y bilirrubina; se ha demostrado que la utilidad de ambas es para el diagnóstico de casos complicados de apendicitis.

Tomografía computarizada: Representa uno de los estudios de imagen que nos permite un diagnóstico más preciso y, asimismo, diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada. Los signos radiológicos descritos para el diagnóstico de apendicitis aguda son los siguientes: aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm (sensibilidad 93%, especificidad 92%), espesor de la pared apendicular mayor de dos milímetros (sensibilidad 66%, especificidad 96%), grasa periapendicular encallada (sensibilidad 87%, especificidad 74%), reforzamiento de la pared apendicular (sensibilidad 75%, especificidad 85%).

Ultrasonido abdominal: Es un método de estudio operador dependiente; no obstante, es barato e idóneo para el diagnóstico. El hallazgo reportado por ultrasonido es un diámetro apendicular mayor de 6mm, con sensibilidad de 88%, especificidad de 92% y valores predictivos positivo de 94% y negativo de 86%.

Resonancia magnética: Es considerado el estudio radiográfico de elección en mujeres embarazadas con sospecha clínica de apendicitis aguda. El parámetro utilizado para el diagnóstico mediante resonancia magnética es el diámetro apendicular; se reporta un apéndice



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

con un diámetro mayor de 7mm (lleno de líquido) como diagnóstico de apendicitis aguda, y aquellos entre 6-7 mm como un hallazgo inconcluso.

En relación con lo anteriormente citado, el diagnóstico de esta patología se realiza de acuerdo con los hallazgos del interrogatorio, la exploración física y los resultados de laboratorio y/o imagen; por esta razón, se han estudiado y comparado las distintas modalidades de diagnóstico y se ha encontrado que la utilización de los valores de laboratorio de manera aislada es ineficaz para el diagnóstico de apendicitis aguda. Sin embargo, cuando se emplean en conjunto, aumenta la posibilidad diagnóstica de apendicitis aguda. La eficacia diagnóstica mediante la exploración física como único método de estudio se encuentra entre 75 y 90%; dicha eficacia depende de la experiencia del examinador. Por lo anterior, se han diseñado distintos sistemas de diagnóstico, con la finalidad de conjuntar la clínica con los hallazgos de laboratorio para determinar la conducta terapéutica en este tipo de pacientes.

Existen distintos sistemas para el diagnóstico de apendicitis aguda; la escala de Alvarado es la más utilizada para su diagnóstico y ha sido modificada desde su introducción. Existen revisiones en donde se compara dicha escala con el juicio clínico y se ha encontrado que la escala tiene menor sensibilidad (72 versus 93%) para descartar cuadros apendiculares, ya que algunos casos que se descartan por puntaje de Alvarado cursan con cuadros apendiculares. La escala de Alvarado modificada asigna un puntaje de acuerdo con los siguientes criterios: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos).

Puntaje 0-3: bajo riesgo para apendicitis y podría egresarse con la consejería de regresar si no presenta mejoría sintomática.

Puntaje 4-6: hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica.

Hombre con puntaje de 7-9: apendicectomía.

Mujeres no embarazadas con puntaje de 7-9: laparoscopia diagnóstica y apendicectomía si se encuentra indicada por los hallazgos transoperatorios.

Con anterioridad se consideraba una alternativa el manejo de las apendicitis no complicadas mediante tratamiento conservador con antibióticos; sin embargo, los últimos resultados de metaanálisis en donde comparan el manejo conservador versus el quirúrgico han encontrado el manejo quirúrgico como la modalidad de tratamiento de elección en este tipo de pacientes. Es importante reconocer que si el enfermo desea el tratamiento conservador y acepta el riesgo de recurrencia del 38%, puede ofrecerse este tipo de enfoque.

El manejo es quirúrgico mediante abordaje laparoscópico idealmente; sin embargo, la modalidad abierta siempre será una elección cuando no se tengan las condiciones y medios para realizar abordajes laparoscópicos¹.

Se pudo corroborar en la historia clínica una atención médica adecuada por parte del médico investigado, quine consignó: motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes familiares y personales, revisión por sistemas, examen físico, en donde se anotan signos vitales y el examen abdominal lo consideró normal; se le hizo una impresión diagnóstica de dolor abdominal en estudio, solicita ecografía, paraclínicos, formula analgésicos y revaloración en dos horas con los resultados. Lo revalora en ese lapso de tiempo con mejoría clínica del dolor, exámenes paraclínicos con hemograma normal, uroanálisis sin infección, hematuria microscópica; considera dolor irradiado a región lumbar de posible origen por Nefrolitiasis; por lo que decide salida por mejoría clínica, paciente estable hemodinamicamente, paraclínicos básicamente normales, ordena control con el servicio de Urología dados los antecedentes de Nefrolitiasis, formula analgésicos, incapacidad médica por tres días y queda anotado que se explican claramente los signos de alarma para reconsultar: Aumento o persistencia del dolor a pesar de manejo analgésico, orina con sangre, ausencia de orina, picos febriles, episodios eméticos, aumento del malestar general u otros síntomas diferentes a los iniciales; Paciente dice aceptar y entender.

Siete horas después el paciente asiste nuevamente por urgencias al mismo centro médico por persistencia del dolor ya localizado en fosa iliaca derecha a pesar del manejo médico, el doctor Daniel Díaz quien lo atiende en esa oportunidad, consigna como dato relevante del examen físico a nivel abdominal: signo de blumberg dudoso y solicita interconsulta por el servicio de Cirugía general; Valorado por el especialista de turno de ese servicio con exámenes paraclínicos normales, ecografía abdominal con nefrolitiasis izquierda y dada la persistencia del dolor, deciden solicitar TAC abdominal contrastado; El cuadro clínico sigue evolucionando y en nueva valoración por el cirujano, ya con examen físico claro, signo de blumberg positivo, decide cancelar el TAC y pasar a salas de cirugía con los resultados ya descritos anteriormente. Las complicaciones presentadas posteriormente derivadas del procedimiento quirúrgico fueron explicadas en los formatos de consentimiento informado y atendidas en forma multidisciplinaria por los profesionales médicos de la clínica Roma de Colsubsidio, con lo que se logró que el paciente evolucionara favorablemente.

La actuación del profesional encartado en su acto médico inicial fue coherente en lo relacionado con el motivo de consulta, los antecedentes, el examen físico y los exámenes paraclínicos

¹ Hernandez Cortés, Jorge; De León Rendón, Jorge Luis; Martínez Luna, Martha Silvia; Guzmán Ortiz, Jesús David; Palomeque Gómez, Antonio; Cruz López, Néstor; José Ramírez, Hernán. Apendicitis Aguda, Revisión de la Literatura; **Cir.gen vol.41 no.1 Ciudad de México ene./mar. 2019 Epub 02-Oct-2020.**

Versión impresa ISSN 1405-0099.; Bottia-Cordoba, Santiago; Lacouture, Isabella; Rugeles, Saúl; Rosselli, Diego. Epidemiología de la apendicitis aguda en Colombia: un análisis de las bases de datos administrativas del Ministerio de Salud. Revista Colombiana de Cirugía: Vol 39 Num.2(2024).



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

ordenados, la mejoría clínica del enfermo, las recomendaciones y especialmente los signos de alarma que fueron anotados y explicados al quejoso y que se presentaron posteriormente, específicamente el aumento del dolor abdominal, lo que lo hizo reconsultar por urgencia siete horas después de la primera atención, ya en esa segunda consulta el cuadro clínico se había modificado y el dolor se localizó hacia la fosa iliaca derecha, en una valoración inicial por el servicio de cirugía general el cuadro clínico no fue concluyente con el diagnóstico de apendicitis y ya unas horas más tarde debido a la progresión de la enfermedad y hacerse claros los signos de irritación peritoneal, se tomó la decisión de pasarlo a salas de cirugía.

La actuación del doctor Sergio Andrés Rojas Guerrero está respaldada por la Ley estatutaria 1751 de 2015 que en su artículo 17 reza:

“Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo (...)”.

En ese sentido, no se advierten elementos que permitan evidenciar alguna irregularidad en la actuación desplegada por el profesional, habida consideración que el marco en el cual se dio su decisión, explicado previamente, no excede la autonomía profesional.

**EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, EL TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA
MÉDICA DE BOGOTÁ, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES**

RESUELVE

PRIMERO. DECLARAR que no existen méritos para formular cargos en contra del doctor Sergio Rojas, médico general identificado con cédula de ciudadanía y registro médico número 1.098.761.107, en el presente asunto, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO. INFORMAR que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio de apelación, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación de la presente providencia, de conformidad con los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

TERCERO. Una vez en firme **ARCHIVAR** las diligencias.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Original Firmado

OSWALDO ALFONSO BORRAEZ GAONA
Presidente

Continúan firmas

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tels. 6017024307
Bogotá D.C.



Tribunal de
Ética Médica de
Bogotá

Original Firmado

HUGO ENRIQUE ESCOBAR ARAÚJO
Magistrado

Original Firmado

MANUEL ENRIQUE CADENA GUTIÉRREZ
Magistrado

Original Firmado

MARIBEL ARRIETA ORTÍZ
Magistrada

Original Firmado

LUIS ALFONSO LÓPEZ JIMÉNEZ
Magistrado

Original Firmado

LUIS HERNANDO VAN-STRAHLEN FAJARDO
Asesor Jurídico

Original Firmado

BEATRIZ ELENA BOTERO BERNAL
Abogada Secretaria

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tels. 6017024307
Bogotá D.C.

