

**Contestación Demanda Los Cobos Medical Center S.A.S. y llamamiento en garantía  
11001310300520230036700 - Demandante: Claudia Alexandra Zambrano Cubides y otros**

Piedad Lucia Bolivar Goez <pbolivar@bgoezconsultores.com>

Lun 23/10/2023 3:18 PM

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: claudia.zambrano912@gmail.com <claudia.zambrano912@gmail.com>; rvillavicencio@sic.gov.co  
<rvillavicencio@sic.gov.co>; oscar.moreno.zambrano@gmail.com <oscar.moreno.zambrano@gmail.com>;  
andresdemandas@gmail.com <andresdemandas@gmail.com>; TERESA GARCIA BORJA  
<notificacionesjudiciales@compensar.com>; consultaexterna314@gmail.com <consultaexterna314@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (3 MB)

Contestación de demanda - Los Cobos Medical Center S.A.S. y otro - 11001310300520230036700.pdf;

Señor

JUEZ QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.

Ref. Verbal

Demandante: Claudia Alexandra Zambrano Cubides y otros

demandados: Los Cobos Medical Center S.A.S. y otro

Radicación: 11001310300520230036700

Asunto: Contestación Demanda

PIEDAD LUCIA BOLIVAR GOEZ, identificada con cédula de ciudadanía número 42.886.241 de Envigado-Antioquía y tarjeta profesional de Abogada número 51.307 del C. S. de la Judicatura, concurre a su despacho como apoderada judicial especial de la sociedad demandada "Los Cobos Medical Center S.A.S.", identificada con NIT. 9011453948 y domicilio en Bogotá, para dar contestación a la demanda y llamamiento en garantía al doctor CARLOS DIAZ ORDUZ ROBERTO.

Atentamente,

PIEDAD LUCIA BOLIVAR GOEZ

3203038207

[LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y PRUEBAS.pdf](#)

ARCHIVO MENSAJE ESET

Eliminar Responder Responder a todos Reenviar

casos cardenas... Al jefe Correo electróni...

Mover Etiquetas Edición Zoom



miércoles 18/10/2023 3:56 p. m.

Notificaciones <notificaciones@loscobosmc.com>

Poder proceso 202300367 de Claudia Zambrano y otros vs. Loscobos Medical Center y otros

Para  plboli@hotmail.com;  piedadbolivar@gmail.com;  pbolivar@bgoezconsultores.com

CC  Martha Lucia Claros Gregory

- Mensaje Proceso 202300367 Claudia Zambrano - poder.pdf (449 KB)
- 16. Certificado Loscobos 3 de octubre de 2023.pdf (178 KB)

Asunto: Poder

Respetada doctora:

De manera atenta me permito adjuntar el poder especial otorgado por Loscobos Medical Center S.A.S., junto con el certificado de existencia y representación legal de la IPS.

Cordialmente,



Señores  
**JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO**  
BOGOTÁ, D.C.  
E.S.D.

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTES: CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES, OSCAR ANTONIO MORENO, RICHARD GLEEM VILLAVICENCIO REYES

DEMANDADOS: LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS, COMPENSAR EPS

RADICADO: 2023 - 6700

Señor Juez:

MARTHA LUCIA CLAROS GREGORY, mayor de edad e identificada con la cédula de ciudadanía cuyo número se anota al pie de mi firma, actuando en calidad de representante legal para asuntos judiciales y jurídicos de LOS COBOS MEDICAL CENTER S.A.S., Nit No. 901.145.394-8, domiciliada en Bogotá, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la doctora PIEDAD LUCÍA BOLÍVAR GÓEZ, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía No. 42.886.241 y portadora de la Tarjeta Profesional No. 51.307 del C.S de la J. a fin de que dentro del proceso de la referencia, actúe en defensa de los intereses de la entidad que represento, y actúe en las dos instancias.

Mi mandataria goza de todas las facultades necesarias para representar judicialmente a la demandada, incluidas las de transigir, conciliar, recibir, sustituir y reasumir en los términos del presente poder, en especial las de notificarse de la demanda y recibir los traslados correspondientes.

De conformidad con lo establecido en el decreto 806 del 2020, art. 5, nos permitimos indicar el correo electrónico de nuestra apoderada para efectos de notificación [pbolivar@bgoezconsultores.com](mailto:pbolivar@bgoezconsultores.com).



**ESPACIO EN BLANCO**  
NOTARIA 69 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

NOTARIA 69 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.



Sírvase, por lo tanto, reconocerle personería a nuestra apoderada en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente

  
**MARTHA LUCÍA CLAROS GREGORY**  
C.C. No. 51941019  
Representante Legal  
LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS  
Nit No. 9011453948

ACEPTO

**PIEDAD LUCÍA BOLÍVAR GÓEZ**  
C.C. No. 42.886.241  
T.P. No: 51.307 DEL C.S. de la J.



MAMM 922-76821021  
**NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ**

**AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA**

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

**CLAROS GREGORY MARTHA LUCIA**

con C.C. 51941019  
que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Verifique en [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
k9c77

Bogotá D.C. 2023-10-13 11:45:01  
Art. 73 Decreto 960/1970.



**CARLOS ALBERTO RAMÍREZ FARDO**  
NOTARIO 69 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.







*Handwritten signature or initials.*

Señor

**JUEZ QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA**

[ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C.

**Ref.** Verbal de RCE: Reparación Directa  
Demandante: Claudia Alexandra Zambrano Cubides y otros  
demandados: Los Cobos Medical Center S.A.S. y otro  
Radicación: 110013103005**20230036700**  
Asunto: Contestación Demanda

1

**PIEDAD LUCIA BOLIVAR GOEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 42.886.241 de Envigado- Antioquía y tarjeta profesional de Abogada número 51.307 del C. S. de la Judicatura, concurro a su despacho como apoderada judicial especial de la sociedad demandada “Los Cobos Medical Center S.A.S.”, identificada con NIT. 9011453948 y domicilio en Bogotá, para dar contestación a la demanda en estos términos:

**OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

Habiéndose notificado personalmente el representante legal de la compañía el día 25 de septiembre de 2023 y tratándose de un proceso verbal en el cual se establece por el código general del proceso un término de 20 días para la contestación de la demanda, el presente escrito se radica dentro del término procesal pertinente.

**OPOSICION A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS**

Me opongo a las declaraciones y condenas solicitadas en contra de “Los Cobos Medical Center S.A.S.” porque la actuación médica, quirúrgica y hospitalaria se garantizó a la paciente bajo criterios a través de un profesional de la salud vinculado mediante contrato de prestación de servicios, con calidad e integralidad, el equipo

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



de salud tratante era idóneo y calificado para el servicio dispensado; además, la complicación presentada se documenta desde la evidencia clínica como un riesgo inherente tardío al procedimiento quirúrgico realizado y el factor desencadenante involucra muchas posibilidades, inclusive, la anatomía de la paciente, sus antecedentes personales y patológicos, la idiopática, entre otras.

Me opongo a la declaratoria de responsabilidad civil y solidaria en contra de mi mandante Los Cobos Medical Center S.A.S., debido a la imposibilidad de imputar el daño por presentar una causal exonerativa de la responsabilidad civil reclamada, como lo es el hecho exclusivo y determinante de un tercero, ya que la génesis del daño se acusa tuvo lugar en la cirugía del 31/08/2021, en la cual actuó un profesional de la salud como ya se indicó que actúa con plena autonomía no solo por su condición de profesional de la salud sino en razón a la vinculación contractual, contrato de prestación de servicios.

2

En el presente caso objeto no se configura ningún perjuicio pues no es predicable conducta culposa alguna que llegare a estructurar responsabilidad que hubiere derivado daño reparable.

Me opongo al decreto favorable del daño material en la modalidad de daño emergente pasado y futuro, así como del lucro cesante en sus modalidades, ya que, si bien puede edificarse la existencia de una limitación ocupacional de la paciente demandante que sustente el lucro, ella no tiene causalidad en las conductas realizadas por mi representada como prestador de servicios de salud-PSS, el riesgo inherente documentado en la historia clínica se predica como fortuito e inherente a la cirugía, y además, puede catalogarse como un evento adverso iatrogénico, porque mientras no se demuestre como hasta ahora, la culpa del médico tratante, será de esa naturaleza y por ende no imputable a ese título de culpabilidad.

Cada una de las pretensiones de condena por perjuicios morales, daño a la salud y materiales, se sujetará no solo a la debida acreditación en cada rubro, no solo en su estructuración sino en la cuantificación que se reclama en la demanda, sino también a los antecedentes jurisprudenciales pues no es equiparable la intensidad del dolor ante la muerte de un ser allegado con la lesión que pretende imputarse al actuar médico en este caso.



Específicamente con relación al lucro cesante, deberá acreditarse el daño realmente sufrido por la paciente, dejando dicho claro está que no todo daño es indemnizable, pero que en todo caso ante esta situación el daño no es la dimensión planteada en la demanda, tal como se acreditará probatoriamente dentro del proceso.

### PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

3

**Primero:** Es cierto parcialmente. Según el documental clínico de la paciente, es cierto que, fue intervenida quirúrgicamente por el doctor Roberto Carlos Díaz mediante ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL, procedimiento que durante y en el intraoperatorio y en postoperatorio inmediato se reportó, sin complicaciones.

**Segundo:** No es cierto que en estricto sentido literal el doctor Roberto Carlos Díaz como cirujano haya “lesionado” en el quirófano a la paciente demandante, la historia clínica no describe que, en el intra y post operatorio inmediato se haya presentado y documentado una lesión o complicación relacionada, por ello, no es aceptable que, se asegure se trate de una lesión infringida culposa o dolosamente por el galeno. Se recuerda que en la práctica médica existen riesgos inherentes y la benevolencia que caracteriza el acto médico, este no lesiona al paciente, es posible que se lesionen de manera fortuita órganos, por ejemplo. En este punto, nos atenemos a lo que se pruebe.

**Tercero:** Es cierto, la descripción quirúrgica del procedimiento indica“(…) SE PROCEDE A COLOCAR TORNILLOS ROMEO DE EUROCIENCIA DE 6\*40 EN L3, L4 Y L5 BILATERAL, Y DE 6\*40 EN L1, L2 DERECHO, DE 5\*35 EN T10, T11, T12 BILATERAL, SE CONFIRMA POSICIONCON FLUOROSCOPIA Y ESTIMULACION ELECTRICA CON EL MONITOREO INTRAOPER (...) SE COLOCAN BARRAS LORDOTICAS BILATERALMENTE DE CROMIOCOBALTO Y REALIZAN MANIOBRAS DE CORRECCION, SE CIERRA SISTEMA CON 14 TUERCAS BLOQUEADORAS Y REALIZAN MANIOBRAS DE CORRECCION NUEVAMENTE”, aclarándose que, es el material quirúrgico pertinente para el procedimiento indicado y aceptado por la paciente y que se comprobó por fluroscopia su adecuada colocación.



**Cuarto:** No es un hecho que, mi mandante, como prestador de servicios de salud (PSS), esté en condiciones de admitir o negar. Se trata de una manifestación subjetiva de la expectativa frente al procedimiento quirúrgico aceptado por la paciente, aclarándose que, no reconoce los riesgos y complicaciones inherentes a su realización, pues la paciente no acepta solo el beneficio frente al tratamiento quirúrgico sino también el alea que implica su realización. Me sujeto a lo que se pruebe.

4

**Quinto:** Es cierto parcialmente.

Es cierto que, el alta médica se ordena y hace efectiva el 01 de septiembre de 2021, de acuerdo a lo anotado en la historia clínica de la paciente, en la cual se anota: “Fecha: 01/09/2021 Hora: 11:11:38 Tipo de Evolución: Ronda Especialidad: NEUROCIRUGIA Subjetivo: POSTOPERATORIO ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL LEVE DOLOR EN HERIDA QUIRURGICA, TOLERA DIETA, DIURESIS POSITIVA, NO FIEBRE, DEAMBULA Análisis: EVOLUCION SATISFACTORIA Plan: SALIDA - “RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA PACIENTE Y FAMILIAR, CITA CONTROL EN 15 DIAS, INCAPACIDAD 30 DIAS, FORMULA DE MEDICAMENTOS”. Condiciones que hacían pertinente el egreso ordenado.

No es cierto que, al momento del alta médica la paciente tuviera “(...) *el intestino roto*” como lo asegura el apoderado de los demandantes, tal circunstancia no se encuentra así descrita en la historia clínica de egreso y la estabilidad clínica de la paciente en ese momento, tampoco sugiere que se estuviese bajo esa condición en ese momento, se deberá acreditar por la parte demandante.

No le consta a mi mandante, las demás apreciaciones subjetivas que realiza el apoderado judicial de los demandantes, porque tanto las expectativas respecto del tratamiento quirúrgico, así como las contingencias que deriven de este, son aspectos secundarios sujetos al entorno personal de la paciente y lo anotado en su historia clínica. De igual forma, las afectaciones psicofísicas que se acusan en esta oportunidad deberán demostrarse en la intensidad que se predicán.



**Sexto:** No le consta a mi mandante. La forma como se propone este hecho no permite que pueda ser admitido o negado en su integralidad, pues existen situaciones que, si responden a la realidad clínica de la paciente y otras que no, y, por el contrario, se plantean de manera subjetiva sin soporte técnico científico alguno; por ello, debe someterse al debate de rigor a fin de confirmarse o descartarse.

Se aclara que, ante la materialización de un riesgo inherente a la práctica del procedimiento quirúrgico que se presenta en un 2%, no puede concluirse “culpabilidad”, porque es necesario la identificación de la impericia, imprudencia, la negligencia y/o la violación de reglamentos, como criterios determinadores de esa culpa, y en este caso no se acredita por la parte accionante ninguno de ellos, parte que tiene la carga no solo de afirmar, sino de argumentar y probar sus dichos en el proceso.

La historia clínica de la paciente permite confirmar que posterior al diagnóstico en la paciente de la ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL del 31/08/2021, se le realizaron diversos procedimientos quirúrgicos, dentro de estos, se registra el 11/09/2021 a las Hora: 00:17:44 que es llevada a LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, LIBERACION DE ADHERENCIAS, DRENAJE DE PERITONITIS FECAL Y RETROPERITONITIS FECAL, HEMICOLECTOMIA DERECHA CON CABOS DISTAL Y PROXIMAL EN COLON TRANSVERSO E ILEON ABANDONADOS, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO MAS COLOCACION DE SISTEMA DE PRESION NEGATIVA TIPO VAC ABTHERA (...).

La colostomía no es propiamente el procedimiento descrito como vía de acceso abdominal, la historia clínica sugiere que, se realizó una laparotomía exploratoria y por los hallazgos se realizó “hemicolectomía derecha con cabos distal y proximal”, y su finalidad es para que las heces sólidas y los gases puedan salir del cuerpo a través del estómago en lugar de atravesar el recto. De otro lado la colostomía *per* se no es demostrativa del intenso dolor que se plantea, máxime que se justifica cuando, con ella, se pretende tratar de mantener la integridad o incluso la vida de un paciente.



La historia clínica también sugiere que durante el seguimiento hospitalario en cada uno de las intervenciones y procedimientos hubo manejo integral de dolor con un grupo interdisciplinario que incluye, además, apoyo especialista en psicología.

**Séptimo:** No es cierto lo relacionado con la pre sanidad de la paciente, pues fue precisamente su afectación en su columna lo que llevó a definir la pertinencia del procedimiento quirúrgico por parte de un neurocirujano.

La pre sanidad y connotaciones emocionales de la paciente antes del 31/08/2021 deben observarse con lo anotado en su historia clínica y el riesgo inherente presentado como consecuencia tardía a la ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL no puede catalogarse como un “perjuicio” que, en este estado procesal, sea imputable a mi representada como prestador de servicios de salud-PSS, porque hay elementos clínicos que sugieren la presentación de una causa extraña.

No puede predicarse una normalidad en la salud abdominal y general de la paciente, cuando en la historia clínica se registra para el 01/06/2021:

“(…) PACIENTE QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA HACE DOS AÑOS CON RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES. VALORADA POR CX GENERAL 5/11/20 INDICO SEGUIMIENTO EN UN AÑO. REFIERE EPIGASTRALGIA, REFLUJO GASTROESOFAGICO, DISFAGIA DE SOLIDOS, DOLOR TIPO COLICO, NAUSEAS, EMESIS ALIMENTARIA, NO PERDIDA DE PESO, SUDORACION, AFEBRIL, DEPOSICION BLANDA SIN PRODUCTOS PATOLOGICOS, BRISTOL IV. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESCOLIOSIS DORSAL, CON IMPORTANTE DOLOR DURANTE LA BIPEDESTACION.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA HACE DOS AÑOS CON RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES. VALORADA POR CX GENERAL 5/11/20 INDICO SEGUIMIENTO EN UN AÑO, PRESENTA TRANSAMINITIS, HIPERLIPEMIA MIXTA, EVDA: 1-ESOFAGITIS EROSIVA GRADO A 2. GASTROPATIA PETEQUIAL FUNDOPORAL 3- GASTROPATIA ERITEMATOSA ANTRAL BIOPSIAS ANTRO E INCISURA: GASTRITIS CRONICA DIFUSA CORPOROANTRAL LIGERA, NO ATROFICA, CON ACTIVIDAD MODERADA. METAPLASIA INTESTINAL NO IDENTIFICADA, HIPERPLASIA



FOVEOLAR NO IDENTIFICADA, H PYLORI POSITIVO, SE INDICA TRIPLE TERAPIA ERRADICADORA DE PRIMERA LINEA.

Para el 28/07/2021:

“(…) **Diagnóstico:** K58 - SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE **Terapia Nutricional Recomendada:** MUJER ADULTA CON COLON IRRITABLE Y GASTRITIS, ANTECEDENTE DE: DESNUTRICION SEVERA CORREGIDA ASOCIADO A CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECISTECTOMIA. SE DEJA PLAN DE ALIMENTACION PARA MANTENIMIENTO DE PESO: NORMOCALORICO HIPOGRASO HIPERPROTEICO. ENFASIS EN SEGUIR EJERCICIO MUSCULAR. SE DA ALTA EN EL SERVICIO DE NUTRICION CLINICA.

7

ANTECEDENTE DE: *DESNUTRICION SEVERA CORREGIDA ASOCIADO A CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECISTECTOMIA.* SE DEJA PLAN DE ALIMENTACION PARA MANTENIMIENTO DE PESO: NORMOCALORICO HIPOGRASO HIPERPROTEICO. ENFASIS EN SEGUIR EJERCICIO MUSCULAR. SE DA ALTA EN EL SERVICIO DE NUTRICION CLINICA.

Fueron precisamente los antecedentes patológicos y quirúrgicos abdominales, lo que condujeron a considerar las posibilidades de abordaje quirúrgico.

**Octavo:** No es un hecho que pueda ser aceptado o negado por mi representada. La subjetividad en la presentación del hecho llama la atención cuando se anota en este numeral: “simplemente escoliosis”, es desacertado cuando la literatura nos informa con relación a esta patología:

*El pronóstico para personas con escoliosis neuromuscular o congénita varía. Pueden tener otro trastorno serio, como parálisis cerebral o distrofia muscular, de manera que sus objetivos son muy diferentes<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001241.htm>



Así mismo, la forma en que se predica el hecho no es clara ni es posible establecer el objetivo del mismo, en todo caso, con apoyo en la historia clínica para el 24/07/2021 se registra:

“(…) **Servicio:** 0000999301 ACUPUNTURA **Subjetivo:** MEJORIA DE SINTOMAS INETNSIDAD DE DOLOR 1/10 **Objetivo:** DX DORSALGIA ESCOLIOSIS **Análisis:** PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO CON BIOPUNTURA BUENA RESPUESTA IGUAL MANEJO ACUDE A SU CUARTA SESION **Plan:** PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO TOS, NO CONTACTO DIRECTO CON SOSPECHOSO O POSITIVO PARA COVID 19, ACEPTA Y ENTIENDE RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL ME COLOCO LOS EPP (MONOGAFAS, TAPABOCAS, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, GORRO) Y REALIZO PROCEDIMIENTO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BIOPUNTURA CON 1 AMPOLLA DE SPASCUPREEL EN PUNTOS GATILLO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ACUPUNTURA POR 1/2 HORA EN PUNTOS ASHI Y MERIDIANO MUSCULOTENDINOSO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES”.

8

21/06/2021: **Datos Clínicos Remite:** Médico ORTOPEDIA **Especialidad:** EDISON QUIÑONES **Diagnósticos de Tratamiento \* Dx tratamiento:** M419 **Responsable:** MORALES CASAS CATHERIN PAOLA **Registro:** 1015422717 **Especialidad:** FISIOTERAPIA **Objetivos del tratamiento** SE DAN 5 SESIONES INCLUIDA LA VALORACION. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO: DISMINUIR DOLOR MEDIANTE MEDIOS FISICOS. MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR Y DESEMPEÑO MUSCULAR DE REGION DORSAL MEDIANTE EJERCICIO TERAPEUTICO.

**Evolución** PACIENTE REFIERE MEJORIA DE DOLOR DEL 50% DE DOLOR, SE DA POR FINALIZADO TRATAMIENTO Y SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO 3 VECES POR SEMANA Y ESTIRAMIENTOS A DIARIO. **Dolor** 4/10 SEGUN ESCALA NUMERICA EN REGION DORSAL TIPO PRESION QUE AUMENTA CON ACTIVIDADES DEL HOGAR, AL AGACHARSE. **Postura** HOMBRO DERECHO DESCENDIDO, AUMENTO CIFOSIS DORSAL, HIPERLORDOSIS LUMBAR



**Observaciones** PACIENTE ASISTE A CITA PRESENCIAL, TOLERA MANEJO DE TERPAIA Y FINALIZA SESION SIN COMPLICACIONES. PACIENTE DE 49 AÑOS QUIEN REFIERE DOLOR DE 3 MESES DE EVOLUCION, EL DOLOR APARECE AL PERMANECER SENTADA Y CON ACTIVIDADES DEL HOGAR. NO PRESENTA LIMITACION EN ACTIVIDADES DIARIAS, NI RESTRICCION EN SU ROL COMO AMA DE CASA. **Plan casero** SE RECOMIENDA PONER CALOR EN ZONA DE DOLOR DURANTE 20 MINUTOS, REALIZAR EJERCICIOS APRENDIDOS EN CASA SEGUN RECOMENDACIONES DADAS. **Recomendaciones y signos de alarma** EVITAR LEVANTAR OBJETOS PESADOS, TENER EN CUENTA RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL.

9

El proceso de rehabilitación y recuperación de la paciente posterior a la cirugía de laparotomía exploratoria realizada el 10/09/2021 debe verificarse bajo la literalidad del registro clínico que, en cada caso, se encuentre suscrito por el equipo de salud tratante.

**Noveno:** No es cierto. La historia clínica sugiere que a la paciente se le realizaron las ayudas terapéuticas pertinentes para llegar al diagnóstico principal definitivo que justificó la proposición de la cirugía para el 31/08/2021, misma que, la paciente aceptó con sus implicaciones. Igualmente, se agotaron las posibilidades terapéuticas con fisioterapias y terapias complementarias como acupuntura, entre otras. De modo que, en persistencia de los síntomas el médico tratante propuso como alternativa la cirugía.

**Fecha/Hora:** 02.06.2021 19:21 **Terapia:** Terapia física / Terapia ocupacional

**Evolución** PACIENTE REFIERE DOLOR DE 3 MESES DE EVOLUCION, EL DOLOR APARECE AL PERMANECER SENTADA Y CON ACTIVIDADES DEL HOGAR. OCUPACION AMA DE CASA ANTECEDENTES COLECISTECTOMIA, RECONSTRUCCION VIA BILIAR. **Dolor** 5/10 SEGUN ESCALA NUMERICA EN REGION DORSAL TIPO PRESION QUE AUMENTA CON ACTIVIDADES DEL HOGAR, AL AGACHARSE. **Postura** HOMBRO DERECHO DESCENDIDO, AUMENTO CIFOSIS DORSAL, HIPERLORDOSIS LUMBAR **Espasmos musculares** MODERADOS EN PARAVERTEBRALES DORSOLUMBARES **Puntos gatillo** REGION DORSOLUMBAR **Fuerza** RECTO MAYOR DEL

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



ABDOMEN 3/5, ESPINALES ALTOS 3/5, OBLICUOS 3/5, CUADRADO LUMBAR 3/5, PARAVERTEBRALES 3/5 **Flexibilidad** RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS DE ISQUIOTIBIALES

**Observaciones** PACIENTE DE 49 AÑOS QUIEN REFIERE DOLOR DE 3 MESES DE EVOLUCION, EL DOLOR APARECE AL PERMANECER SENTADA Y CON ACTIVIDADES DEL HOGAR. NO PRESENTA LIMITACION EN ACTIVIDADES DIARIAS, NI RESTRICCION EN SU ROL COMO AMA DE CASA. HOY SE REALIZA VALORACION SE INDICA A PACIENTE TECNICAS A UTILIZAR EN LA INTERVENCION DE FISIOTERAPIA Y COMPLICACIONES A PRESENTAR SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO **Plan casero** SE RECOMIENDA PONER CALOR EN ZONA DE DOLOR DURANTE 20 MINUTOS, REALIZAR EJERCICIOS APRENDIDOS EN CASA SEGUN RECOMENDACIONES DADAS. **Recomendaciones y signos de alarma** EVITAR LEVANTAR OBJETOS PESADOS, TENER EN CUENTA RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL.

10

Para el 03/06/2021 se registra por especialidad de Cirugía de Columna:

Motivo de Consulta SE REALIZA COMUNICACION TELEFONICA AL NUMERO 3214393056 EL DIA 03/06/21 DADA LA EMERGENCIA SANITARIA QUE SE PRESENTA POR LA PANDEMIA DE COVID-19 Y CON EL PROPOSITO DE DISMINUIR EL CONTAGIO SE REALIZA SEGUIMIENTO TELEFONICO Y GESTION CLINICA DEL PACIENTE. PACIENTE AUTORIZA LA TELEGESTION. "TENGO ESCOLIOSIS" Enfermedad Actual PACIENTE REMITIDA PR ORTOPEDIA CON DX DE ESCOLOSIS REFIEE HACE 3 MESES EXACERBACION DE DOLORES, INTENSIDAD 8/10 PERO CUANDO ESTA MUCHO TIEMPO EN UNA MISMA APOSICION EN TRES MOMENTO ESTA EN TERAPIA FISICA PENDIENTE INICIA MANEJO **POR HELICOBACTER PILORY PENDIENTE** CITA CON ESPECIALISTA DE COLUMNA VIVE CON ESPASMO EN LOCALIDAD DE SUBA. NIEGA TOMA EMEDICACION ALOPATICA

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta Diagnóstico Principal: M419 Descripción: ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA Clasificación: Diag. Principal Tipo: Confirmado Repetido Finalidad Consulta: No Aplica Causa Externa:

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



Enfermedad general Análisis y Plan: SE ENVIA LA SIGUIENTE INFORMACION AL CORREO CLAUDIA.ZAMBRANO912@GMAIL.COM HABITOS DE VIDA SALUDABLE IGUAL MEDICACION ALOPATICA BAÑO DE SOL POR 10 MIN AL DIA ACTIVIDAD FISICA A DIARIO DURANTE 30 MINUTOS RECOMENDACIONES GENERALES Y CUIDADOS ESPECIFICOS DURANTE EMERGENCIA SANITARIA COMO USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL BIOPUNTURA CON SPASCUPREEL +ACUPUNTURA #5

11

**Fecha:** 23.06.2021 **Servicio:** 0000999301 ACUPUNTURA **Subjetivo:** HA PRSENTADO DOLOR EN REGION DORSOLUMBAR ACUDE A SU PRIMERA SESION EN MANEJO Y ESTUDIO CON NEUROCIRUGIA **Objetivo:** DX ESCOLIOSIS **Análisis:** PACIENTE CON DX ANOTADOS SE INICIA MANEJO CON BIOPUNTURA Y ACUPUNTURA **Plan:** PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO TOS, NO CONTACTO DIRECTO CON SOSPECHOSO O POSITIVO PARA COVID 19, ACEPTA Y ENTIENDE RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL ME COLOCO LOS EPP ( MONOGAFAS, TAPABOCAS,GUANTES, BATA ANTIFLUIDO,GORRO) Y REALIZO PROCEDIMIENTO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BIOPUNTURA CON 1 AMPOLLA DE SPASUPREEL EN PUNTOS GATILLO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ACUPUNTURA POR 1/2 HORA EN PUNTOS ASHI Y MERIDIANO MUSCULOTENDINOSO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

**Fecha:** 09.07.2021**Evoluciones Generales Servicio:** 0000999301 ACUPUNTURA **Subjetivo:** DOLO E REGION DORSAL Y CADERA DRECHA **Objetivo:** DX ESCOLIOSIS **Análisis:** PACIENTE CON DX ANOTADOS MANEJO CON BIOPUNTURA Y ACUPUNTURA BUENA RESPUESTA IGUAL MANEJO ACUDE A SU SEGUNDA SESION **Plan:** PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO TOS, NO CONTACTO DIRECTO CON SOSPECHOSO O POSITIVO PARA COVID 19, ACEPTA Y ENTIENDE RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL ME COLOCO LOS EPP ( MONOGAFAS, TAPABOCAS,GUANTES, BATA ANTIFLUIDO,GORRO) Y REALIZO PROCEDIMIENTO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BIOPUNTURA CON 1 AMPOLLA DE SPASCUPREEL EN PUNTOS GATILLO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ACUPUNTURA POR 1/2 HORA EN

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



## PUNTOS ASHI Y MERIDIANO MUSCULOTENDINOSO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

**Fecha:** 27.07.2021 **Evoluciones Generales Servicio:** 0000999301 ACUPUNTURA  
**Subjetivo:** MEJORIA DE SINOTMAS PNDIENTE PEOGRAMACION DE CIRUGIA  
**Objetivo:** DX DORSALGIA ESCOIOSIS **Análisis:** PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO CON BIOPUNTURA Y ACUPUNTURA BUENA RESPUESTA IGUAL MANEJO ACUDE A SU TERCERA SESION **Plan:** PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO TOS, NO CONTACTO DIRECTO CON SOSPECHOSO O POSITIVO PARA COVID 19, ACEPTA Y ENTIENDE RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL ME COLOCO LOS EPP ( MONOGAFAS, TAPABOCAS, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, GORRO) Y REALIZO PROCEDIMIENTO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BIOPUNTURA CON 1 AMPOLLA DE SPASCUPREEL EN PUNTOS GATILLO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ACUPUNTURA POR 1/2 HORA EN PUNTOS ASHI Y MERIDIANO MUSCULOTENDINOSO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

12

**Fecha:** 28.07.2021 **Diagnóstico de Ingreso / C. Externa Diagnóstico prequirúrgico:** No **Diagnóstico Principal:** K295 **Descripción:** GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA **Clasificación:** Diag. Principal **Tipo:** Confirmado Repetido **Causa Externa:** Enfermedad general **Evolución Diagnóstica \* Fecha del Registro:** 28.07.2021 **Hora:** 08:30 **Diagnóstico prequirúrgico:** No **Diagnóstico:** Z713 **Descripción:** CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA **Clasificación:** Diag. Relacionado N°1 **Tipo:** Confirmado Repetido **Responsable:** ROJAS PAEZ PAOLA ALEXANDRA **Valoración Estado Nutricional Adulto \* Fecha del Registro:** 28.07.2021 **Hora:** 08:28 **Motivo de consulta:** CONSULTA PRESENCIAL CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR COVID 19: GORRO, TAPABOCAS QUIRURGICO, BATA, GUANTES Y POLAINAS CONTROL NUTRICIONAL DESPUES DE 3 MESES PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL NUTRICIONAL PARA SEGUIMIENTO POR COLON IRRITABLE Y GASTRITIS, ANTECEDENTE DE: DESNUTRICION SEVERA CORREGIDA ASOCIADO A CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECISTECTOMIA.



Bajo el criterio médico y la autonomía profesional del médico tratante se define tanto la técnica como la vía de abordaje quirúrgico y la utilización de manejo ortésico para el diagnóstico de la paciente, sin embargo, no hay evidencia clínica que sugiera manejo conservador con “corsé” para esta patología como tampoco un beneficio superior a que pudiere brindar la cirugía correctiva, en todo caso, la ponderación del riesgo-beneficio entre las alternativas terapéuticas la realiza el médico tratante con apoyo en el reporte de las ayudas diagnósticas, los antecedentes de la paciente y la clínica documentada para ese momento, todo ello, verificable en la historia clínica que al respecto se haya suscrito, sin que haya una intervención decisoria del prestador de servicios de salud (PSS).

13

En consecuencia, de la manera más atenta se debe leer la historia clínica para tener claro que la decisión quirúrgica, en el caso que nos ocupa, no fue la primera opción terapéutica, a ella se llegó después de la implementación de otras opciones que, para el caso de esta paciente, no fueron favorables por la naturaleza e intensidad de su lesión patológica previa.

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta la idoneidad del médico tratante quien es médico cirujano de la Universidad Javeriana, especialista en la especialidad de neurocirugía y cirugía de columna.

Adicionalmente, La escoliosis se define como una deformidad tridimensional de la columna vertebral con torsión sobre su propio eje. La deformidad viene acompañada de rotación de la vertebra, los cuerpos vertebrales se rotan hacia la convexidad y el proceso espinoso se rota hacia la concavidad.

La escoliosis idiopática corresponde al 80% de las escoliosis.

Las cirugías de escoliosis no están exentas de complicaciones médicas y quirúrgicas.

La cirugía de escoliosis es considerada como uno de los procedimientos más complejos que se realizan en el campo de la cirugía ortopédica y de columna con complicaciones similares a la de procedimientos complejos de otras ramas de la cirugía que incluyen hemorragia, infección urinaria y disfunción intestinal.



El tratamiento de la escoliosis en el adulto tiene una mayor tasa de complicaciones comparadas con las cirugías en el grupo de adolescentes. Las complicaciones pueden aparecer incluso en pacientes sanos.

Estas cirugías de corrección pueden ser realizadas por vía anterior transtorácica o transabdominal (18%), vía posterior (75%) o combinada (7%). Las vías anteriores tienen una contraindicación relativa en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales dado el alto riesgo de complicaciones que pueden generar las adherencias postoperatorias sobre las estructuras viscerales o los vasos.

14

La complicación más frecuente es la neurológica y para evitarla se utiliza intraoperatoriamente sistemas de monitoreo neurofisiológico para evidenciar posibles compromisos.

Las complicaciones de las cirugías de escoliosis por vía posterior son aproximadamente del 10-78% en algunas publicaciones las cuales incluyen cardiopulmonares 2.8%, abdominales 3.5%, renales 0.1%, además de otras.

En 2005 Hammes clasificó las complicaciones en cirugía de escoliosis en:

- Lesiones vasculares y viscerales
- Complicaciones hemodinámicas
- Complicaciones gastrointestinales
- Infecciones
- Falla de la instrumentación y la no fusión
- Enfermedad del nivel adyacente
- Otras

Los estudios han demostrado que la cirugía de corrección con tornillos pediculares es segura y efectiva para el manejo de la escoliosis idiopática. Dentro de las complicaciones de esta técnica se incluyen aflojamiento, compromiso neurológico, lesión de duramadre, complicaciones de la cicatrización, efusión pleural, neumotórax, lesiones viscerales.

La técnica de fijación con tornillos pediculares en los casos de deformidad del adulto requiere de ser realizadas por personal entrenado en este tipo de procedimientos e idealmente por un equipo de cirujanos de columna expertos para obtener los mejores resultados ya que se trata de patologías con deformidad que modifican el



componente de normalidad de la anatomía. La dirección de los tornillos a través de los pedículos es convergente (dirigidos hacia la línea media) por la anatomía pedicular que es la estructura ósea que aloja el tornillo con el objetivo de llevarlos hasta el cuerpo vertebral. El componente de concavidad de la deformidad de la columna la aleja de la línea media y en el caso de ser una concavidad derecha la aleja de las estructuras que se ubican en la fosa iliaca derecha y el flanco derecho. Inclusive la dirección de inserción de los tornillos los dirige con un ángulo más marcado hacia la izquierda dada la concavidad. Los tornillos utilizados en promedio tienen una longitud de 40 o 45 mm los que hace que sean elementos que con poca probabilidad sobrepasen el límite de la columna vertebral. En el caso de superar el límite la probabilidad de lesión de estructuras vecinas corresponde más probablemente a lesiones de los grandes vasos que se encuentran en la línea media, o lesiones mixtas de intestino delgado, o de pulmón en el caso del segmento torácico. Una lesión aislada de un intestino es poco probable como consecuencia de la maniobra de inserción de los tornillos y mucho menos del componente de colon ascendente o descendente que se encuentran más aisladas de la columna vertebral y en la vecindad de ellas se encuentran otras estructuras anatómicas como los vasos o el intestino delgado

Las complicaciones gastrointestinales espontaneas son comunes en cirugía de columna como en otros procedimientos ortopédicos. La literatura reporta un estudio de 75106 casos de cirugía de escoliosis idiopática con una tasa de 2.7%. Los factores de riesgo de esta situación están en la falta de movilidad temprana del paciente, el uso excesivo de opiáceos y las comorbilidades médicas del paciente como antecedente de múltiples cirugías de abdomen o reconstrucciones de vísceras abdominales previas.

Las complicaciones gastrointestinales más frecuentes incluyen íleo, síndrome de arteria mesentérica superior, pancreatitis, síndrome compartimental abdominal, lesión intestinal o del uréter.

Algunas de estas complicaciones descritas se caracterizan por edema intestinal isquemia, necrosis y en ocasiones perforaciones. Alteraciones mecánicas o adherencias previas aumentan el riesgo de que esto suceda.

También la literatura ha descrito el síndrome de pseudoobstrucción colónica aguda conocido como síndrome de Ogilvie como otra complicación que genera obstrucción



intestinal que puede resultar en perforación, la cual se manifiesta aproximadamente en la primera semana de postoperatorio de cirugía de columna.

Estos eventos mencionados hacen parte de condiciones no atribuibles a la atención en salud en la cirugía de corrección de escoliosis por vía posterior con tornillos pediculares sino a la enfermedad del paciente o a condiciones propias que generan susceptibilidad a complicaciones.

16

**Décimo:** No le consta a mi representada, como prestador de servicios de salud-IPS no es de su competencia funcional o misional la verificación del tipo, duración o calidad de convivencia de sus usuarios, por ello será necesario que el extremo demandante acredite la convivencia y permanencia en el tiempo mediante los medios previstos en la Ley 54 de 1990.

En igual sentido, cumpliendo los postulados de la carga de la prueba, deberá demostrarse el daño moral que se predica en su certeza, causación e intensidad, así como la legitimación de los reclamantes.

**Décimo primero:** No le consta a mi mandante, se trata de una circunstancia que no puede admitir ni negar a manera de confesión, de modo que, se sujetara a lo que se pruebe en este proceso, sin embargo, se resalta al tenor del artículo 176 del código civil colombiano “*Los cónyuges están obligados a guardarse fe, a socorrerse y ayudarse mutuamente, en todas las circunstancias de la vida*”, bajo el entendido que, ante cualquier circunstancia modificadora de la condición de uno de estos, es el otro conyugue, quien concurrirá en su apoyo.

Se itera señor juez, de manera muy respetuosa que, en esta etapa procesal, la parte demandante no ha presentado un medio de acreditación probatoria que establezca la existencia de un “yerro médico” endilgado al prestador de servicios de salud-PSS que represento, por ello me sujeto a lo que se pruebe.

Debe también considerarse señor juez que, para acreditar los perjuicios que persigue la parte demandante, no es necesario incurrir en apreciaciones que, vulneren o atenten la dignidad humana de CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES, como afirmar que “(...) *siendo en la actualidad deplorable por su mero avistamiento físico*”, es innecesario tales calificativos, además de definir el apoyo incondicional entre conyugues como “una carga complicada y directa”.



El daño emergente que se predica en este hecho debe ser acreditado no solo en la cuantificación expuesta, sino que, debe ser cierto, efectivo y presente, y para el caso de pañales y otros insumos, será necesario acreditar la negativa de la entidad responsable del pago (EPS) a suministrarlos y por supuesto, presentados en el juramento estimatorio de esta demanda.

**Décimo segundo:** No le consta al prestador de servicios de salud-PSS que apodero, la existencia del daño y la cuantificación del perjuicio, como tampoco que existan exclusivas y absolutas razones para ser imputado su origen a mi mandante, estas circunstancias son aspectos sometidos a labor probatoria de parte de quien los reclama, de modo que, nos sujetamos a dicho resultado.

17

Recordemos que la historia clínica describe la presentación de un riesgo inherente a la cirugía de manera tardía, que, en todo caso, se trató y exploró su causa de acuerdo con la historia clínica del paciente y a las ayudas diagnósticas pertinentes, al punto que, fue necesaria una laparotomía exploratoria para establecer el origen, también es vital, considerar los antecedentes personales y quirúrgicos de la paciente.

**Décimo tercero:** No es un hecho que mi mandante este en condición de negar o aceptar radicalmente, muchas de las situaciones que aquí se describen forman parte de las complicaciones típicas asociadas a la cirugía realizada a la paciente, tampoco puede dejarse de lado, el riesgo inherente que se documentó como “perforación” tardía al procedimiento, el cual puede tener múltiples causas, considerando la cirugía y los antecedentes de la paciente, al igual que, la descompensación en el peso de la paciente deberá valorarse de acuerdo a los antecedentes nutricionales que reposan en el registro clínico y se descarta una relación causal directa con la artrodesis, de modo que, será a través del debate probatorio que fuere decretado y valorado por el despacho que haya una conjetural relación causal entre la actuación del prestador (PSS) y los supuestos perjuicios que se reclaman.

**Décimo cuarto:** No le consta a mi mandante. La veracidad y aplicabilidad del estudio clínico reseñado para el caso que nos ocupa, deberá someterse a la debida verificación técnica y científica, ya que se hacen apreciaciones como la existencia



de lesiones neuronales en la paciente, afirmación que va más allá del conocimiento jurídico y ahondan en el campo de la ciencia, lo que sugiere la necesidad de un experto en la materia que las someta a comprobación con base en los estudios directamente y no a partir de transcripciones parciales del extremo demandante, sin informar la fuente bibliográfica referida.

**Décimo quinto:** No es cierto, ante riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico aceptado, no todos son de obligatorio detalle y registro por la tasa baja (-2%) de presentación, lo que supone que son catalogables como fortuitos.

18

**Décimo sexto:** No me consta, ya que en esta instancia procesal no se ha completado la verificación documental interna que le permita a mi representado admitir o descartar tal afirmación a manera de confesión, me sujeto a lo que se pruebe en este proceso.

No puede concluirse la oferta de un resultado en procedimientos como el realizado a la paciente, pues es histórica la aceptación nacional y foránea y los pronunciamientos judiciales que en el acto médico se involucran obligaciones de medio y no de resultados.

**Décimo séptimo:** No es un hecho. Se trata de la apreciación personal rendida por los demandantes a través del apoderado judicial, con la que, se acusan diversas situaciones en la construcción del consentimiento informado de manera general, pero vale recordar que el tipo de cirugía realizada a la paciente por la especialidad de neurocirugía, resulta ser de manera ambulatoria y la parte pre quirúrgica, se cumple con bastante anterioridad y en el escenario de una consulta externa donde se ilustra a la paciente del procedimiento y sus consecuencias y virtudes, de modo que, se cumple con el principio de información, aunado a que se trata de patologías que son de larga evolución y no de procedimientos de urgencias o emergencia. Me sujeto a lo que se pruebe al respecto.

**Décimo octavo:** No es un hecho, se trata de una apreciación subjetiva del apoderado judicial de los demandantes, frente a la cual es un deber ético y legal que debe cumplir el profesional de la salud, que actuaba de manera autónoma e independiente, motivo por el cual será el profesional quien deba pronunciarse frente a este hecho, debiendo atenernos a las resultas probatorias del mismo.



**Décimo noveno:** No es un hecho, se trata de una apreciación subjetiva del apoderado judicial de los demandantes, en torno a lo que se entiende por sentido común, (¿se refiere a los conocimientos y las creencias compartidos por una comunidad?). Concepto que no se aplica al criterio ni a la experiencia médica. Menos ante la desairada afirmación cuando se pretende decir que el objetivo de la cirugía era la perforación del intestino, debiendo con respecto, reitero, llamar a la moderación, respeto y prudencia en las afirmaciones a fin de que no se lean con pretensiones conjeturalmente temerarias, más aún como ya se informó que la perforación aludida solo se presenta en un 2% de los pacientes, es decir no es un riesgo de común ocurrencia y, por ende, no es de obligatoria notificación.

**Vigésimo:** No es un hecho, se trata de una apreciación no clara y subjetiva del apoderado judicial de los demandantes, sin fundamento en la realidad fáctica ni científica, se reitera que no puede exigirse a un profesional de la medicina resultados como el pretendido por el libelista y de la no materialización del mismo no puede predicarse si concluirse culpa alguna.

Este tipo de cirugías se realizan por la especialidad bajo la modalidad ambulatoria, es decir que el profesional de la salud quien previo a adoptar la conducta terapéutica en su consultorio plantea, informa y discute. Me sujeto a lo que pruebe al respecto.

**Vigésimo primero:** Se plantea este numeral de manera antitécnica. El artículo 82 del código General del Proceso exige en su numeral 5º que:

*“5. Los hechos que le sirven de fundamento a las pretensiones, debidamente determinados, clasificados y numerados”.*

Este numeral definitivamente comprende varios hechos, que no están claramente determinados, se plantean conclusiones subjetivas sin tener presente los antecedentes terapéuticos ofrecidos y tratados en la paciente.

El abogado plantea opciones terapéuticas, sin verificar la pertinencia de las mismas de acuerdo con las condiciones clínicas y específicas de la paciente, no explica las fuentes de literatura científica que recomiendan lo que anota indicando las especificidades y antecedentes de la paciente. No señor juez, la medicina para su



práctica no requiere de obtener información de un buscador genérico de internet que ni siquiera se enuncia.

La historia clínica de la paciente describe manejo con la especialidad de fisioterapias donde se oriento el manejo a control del dolor, así se registró:

Fecha del registro: 06.07.2021 Hora Registro: 14:37 Servicio: 10ETP TALLERES PYP Responsable: Programa: HIGIENE POSTURAL Módulo: 1 Sesión #: 1 Fecha: 06.07.2021 Hora de inicio: 13:00 Hora de finalización: 14:30 Tema: LA COLUMNA COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO Objetivo de la sesión: CONOCER LA COLUMNA Y APRENDER CÓMO USARLA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, MEJORAR LOS HÁBITOS Objetivo específico: Crear conciencia de la importancia de la ejecución del plan de ejercicios y el seguimiento de las medidas de higiene postural en las actividades de la vida diaria Descripción de la actividad: Sesión educativa con ayuda de medios audiovisuales explicando la biomecánica de la columna, las medidas de protección y ergonomía en las actividades laborales y de la vida diaria y se dan indicaciones sobre pausas activas y ejercicios para mantener la funcionalidad de la columna. Plan: se realiza sesión presencial en donde se brinda educación en salud, se dan indicaciones del cuidado de la columna y su adecuado manejo con técnicas de higiene postural, se envía material de apoyo vía correo electrónico, se finaliza sin novedad alguna. Responsable: VILLEGAS RODRIGUEZ ALEJANDRA Registro: 53124357 Especialidad: FISIOTERAPIA Ubicación: En Consulta Externa

20

Fecha: 02.06.2021 **Datos Clínicos Remite:** Médico ORTOPEDIA **Especialidad:** EDISON QUIÑONES **Diagnósticos de Tratamiento \* Dx tratamiento:** M419 **Responsable:** MORALES CASAS CATHERIN PAOLA **Registro:** 1015422717 **Especialidad:** FISIOTERAPIA **Objetivos del tratamiento** SE DAN 5 SESIONES INCLUIDA LA VALORACION. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO: DISMINUIR DOLOR MEDIANTE MEDIOS FISICOS. MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR Y DESEMPEÑO MUSCULOR DE REGION DORSAL MEDIANTE EJERCICIO TERAPEUTICO

**Evolución** PACIENTE REFIERE MEJORIA DE DOLOR DEL 50% DE DOLOR, SE DA POR FINALIZADO TRATAMIENTO Y SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO 3 VECES POR SEMANA Y

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



ESTIRAMIENTOS A DIARIO. **Dolor** 4/10 SEGUN ESCALA NUMERICA EN REGION DORSAL TIPO PRESION QUE AUMENTA CON ACTIVIDADES DEL HOGAR, AL AGACHARSE. **Postura** HOMBRO DERECHO DESCENDIDO, AUMENTO CIFOSIS DORSAL, HIPERLORDOSIS LUMBAR **Espasmos musculares** MODERADOS EN PARAVERTEBRALES DORSOLUMBARES Puntos gatillo REGION DORSOLUMBAR Fuerza RECTO MAYOR DEL ABDOMEN 3/5, ESPINALES ALTOS 3/5, OBLICUOS 3/5, CUADRADO LUMBAR 3/5, PARAVERTEBRALES 3/5 Flexibilidad RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS DE ISQUIOTIBIALES Sensibilidad SIN ALTERACION Tono muscular NORMAL Movilidad articular LIMITADA EN TRONCO POR DOLOR Propiocepción NO APLICA Reflejos NO APLICA Otros RADIOGRAFIA DE COLUMNA TOMADA EL 10 MAYO 2021 HALLAZGOS: lumbarización de S1, disminución de amplitud de espacio intervertebral L4-L5y en menor grado en espacios intervertebrales dorsales medios, espondilosis L5, se observa primera curva escoliótica dorsolumbar derecha con un ángulo 29 grados, que corrige hasta 20 cn inclinación derecha, curva escoliótica dorsal izquierda con ángulo de escoliosis 25 grados que corrige hasta 5 grados con inclinación izquierda.

Como se observa, el manejo también estuvo orientado a través de técnicas de estiramiento y fortalecimiento de las estructuras vertebrales, por lo que no es admisible que se acuse que esa parte pre quirúrgica no fue abordada a través de las atenciones complementarias que, por ejemplo, cito:

Análisis y Plan SE ENVIA LA SIGUIENTE INFORMACION AL CORREO CLAUDIA.ZAMBRANO912@GMAIL.COM HABITOS DE VIDA SALUDABLE IGUAL MEDICACION ALOPATICA BAÑO DE SOL POR 10 MIN AL DIA ACTIVIDAD FISICA A DIARIO DURANTE 30 MINUTOS RECOMENDACIONES GENERALES Y CUIDADOS ESPECIFICOS DURANTE EMERGENCIA SANITARIA COMO USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL BIOPUNTURA CON SPASCUPREEL +ACUPUNTURA #5

Responsable Firmar No. Interlocutor: 0000001190 Responsable: HOYOS SOTO MARIA SABINA Registro: 52261244 Especialidad: MEDICINA COMPLEMENTARIA Fecha: 03.06.2021 Hora: 08:34



**Vigésimo segundo:** No es cierto. El cuerpo humano y más la zona abdominal está conformada por órganos, tejidos circunvecinos que además por patologías inherentes a la paciente pueden tener mayor aproximación o incluso adherencias no previsible, pero que en el presente caso además aconsejaban el abordaje posterior. Deberá la parte demandante probar la supuesta falta de conocimiento que plantea. Y si es cierto que es un riesgo inherente de muy escasa ocurrencia pero que dicho conocimiento en antecedentes clínicos no lo hacen previsible en el caso concreto y mucho menos evitable.

22

Téngase en cuenta que, lo que el apoderado judicial de los demandantes sugiere como “daño o perjuicio” jurídicamente no son equivalentes, siendo menester que para el daño se acredite como consecuencia causal de la conducta del agente, en este caso, del prestador de servicios de salud-PSS, situación que no ocurre, pues se endilga al médico tratante y segundo, el perjuicio, visto como consecuencia de este daño, alegado como lesión a un órgano diferente del intervenido quirúrgicamente, debe tenerse en cuenta que, la anatomía humana no permite aislar a pesar de los avances tecnológicos actuales, toda la extensión de órganos y estructuras, de modo que, a pesar de las medidas de prevención y seguridad que se aplican, se presentan lesiones a estructuras y órganos fuera del campo quirúrgico en sí mismo, de modo que, este argumento no descarta de plano que estemos frente a un riesgo propio, tardío al procedimiento.

Lo relacionado a la obligación de registro del riesgo inherente de baja intensidad (-2%) es un aspecto sujeto a la comprobación científica que se realice en este proceso con cargo a la parte actora por carga de la prueba.

**Vigésimo tercero:** No es cierto ni tampoco son hechos las manifestaciones subjetivas plasmadas en este numeral de la demanda, No es un hecho que técnicamente a la luz del artículo 82 del C.G.P. pueda ser admitido o negado por mi mandante, dada la forma en que se describe, que exige se concretada, individualizada y probada por el extremo demandante en el rigor de este proceso judicial. Sin embargo, con apoyo en la historia clínica, se logra establecer que:

“Fecha: 01/09/2021 Hora: 11:11:38 Tipo de Evolución: Ronda Especialidad: NEUROCIRUGIA Subjetivo: POSTOPERATORIO ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL LEVE DOLOR EN HERIDA QUIRURGICA, TOLERA DIETA,



DIURESIS POSITIVA, NO FIEBRE, DEAMBULA Análisis: EVOLUCION SATISFACTORIA Plan: SALIDA - "RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA PACIENTE Y FAMILIAR, CITA CONTROL EN 15 DIAS, INCAPACIDAD 30 DIAS, FORMULA DE MEDICAMENTOS".

A su turno, se logra verificar que el egreso se presenta el 01 de septiembre de 2021 ante la "EVOLUCION SATISFACTORIA" y no se advierte en *situ*, la lesión en la estructura intestinal como tampoco hay clínica que en ese momento, así lo justificara, por ello, procedió a juicio del medico tratante el alta médica, dando las recomendaciones y signos de alarma y **cita de control en 15 días**, lo sucedido es que, ante el cambio en las condiciones de la paciente se hace evidente síntomas que la obligan a consultar el día 7 de septiembre como consta en la historia clínica, sin que sea imputable al prestador (PSS) la exteriorización de esos síntomas tardíos a la lesión luego documentada.

(...) Fecha: 07/09/2021 Hora: 08:51:33 Motivo de Consulta: CONSULTA POR PRESENTAR DISTENSION ABDOMINAL, NAUSEAS, ESTREÑIMIENTO DESDE HACE 3 DIAS ANT CIRUGIA DE COLUMNA EL DIA 31 DE AGOSTO EN ESTA INSTITUCION. ALERGIAS NIEGA, **Signo:** DOLOR ABDOMINAL INTENSIDAD SEVERA 8 O 9 /10, SIN COMPROMISO HEMODINÁMICO. **Conducta:** OBSERVACION URGENCIA Clasificación Triage: Nombre: SANCHEZ GUZMAN DANIEL ENRIQUE Firmó Registro: 79635301 Especialidad: ENFERMERIA **HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO Motivo de Consulta:** "MUCHO DOLOR ABDOMINAL" **Enfermedad Actual:** PACIENTE QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO QUE INICIO HACE 2 DIAS CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL TIPO PRESION GENERALIZADO INTENSIDAD 10/10 ADEMÁS DE AUSENCIA DE DEPOSICIONES Y FLATOS DE 8 DIAS DE EVOLUCION; INICIO MANEJO CON TRAMADOL 10 GOTAS CADA 6 HORAS Y ACETAMINOFEN, DESDE AYER NAUSEAS. CONSULTA POR EXACERBACION DE DOLOR. ANTECEDENTES QX: POSTOPERATORIO ARTRODESIS L2L3L4L5S1 ANTEROLATERAL POR NEUROCIRUGIA INSTITUCIONAL 31/08/2021 - COLECISTECTOMIA + RECONSTRUCCION DE VIA BILIAR ALERGICOS NO REFIERE FARMACOLOGICOS NO REFIERE. **Análisis Plan** PACIENTE EN PERIODO RECIENTE DE ARTRODESIS DE COLUMNA POR ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR INSTITUCIONAL 31/08/2021 POR NEUROCIRUGIA. CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL, CON SOSPECHA DE OBSTRUCCION INTESTINAL. AHORA VAS



10/10, INGRESA DESHIDRATADA, HIPOTENSA, TAQUICARDICA. SE INICIA LIQUIDOS IV, MANEJO ANALGESICO, SS LABORATORIOS Y GASES ARTERIALES EXPLICO CONDUCTA A PACIENTE ENTENDE Y ACEPTA PLAN LIQUIDOS IV PASAR BOLO DE LACTATO 1000 CC CONTINUAR A 100CC/H MORFINA 0,5 MG DU IV AHORA ONDANSETRON 4 MG DU IV SS GASES ARTERIALES/LABS RX DE ABDOMEN/TOMAR DE PIE REVALORAR Firmó: Nombre: ARIZA BARRERO NATALIA Registro: 1019100659 Especialidad: MEDICINA GENERAL.

24

Evidentemente, al tenor de la historia clínica se observa que una vez la paciente consulta el 7 de septiembre de 2021 dentro del post operatorio tardío de la artrodesis, el equipo de salud tratante orienta su manejo en la estabilización de los signos vitales, seguimiento de signos vitales y orientación diagnóstica al origen de la enfermedad actual, acudiendo a las ayudas diagnósticas disponibles y pertinentes en cada caso:

Fecha: 07/09/2021 Hora: 12:22:42 Tipo de Evolución: Evolución Adicional Especialidad: MEDICINA GENERAL Subjetivo: PACIENTE CON DX -SINDROME ANEMICO - POP ARTRODESIS/ESCOLIOSIS INSTITUCIONAL POR NEUROCIRUGIA 31/08/2021 – CONSTIPACION. Análisis de Resultados: GASES ARTERIALES HB 4.4 PH 7.43 PCO2 28.5 PO2 49.9 BE -5.37 HCO3 18.6 SO2 86% LACTATO 3.6 INDICE PAFI 237 Análisis: SE REVISAN GASES ARTERIALES CON ANEMIZACION EN RANGO DE TRANSFUSION E HIPERLACTATEMIA CON HIPOXEMIA, SE TRASLADA PACIENTE A REANIMACION PREVIAMENTE COMENTADA CON DR AMADOR URGENCIÓLOGO. SS TRANSFUSION DE 3 UNIDADES DE GR URGENTE POR ANEMIA CON SIGNOS DE BAJO GASTO. SE INDICA PASO DE CANULA NASAL EXPLICO CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR ENTENDE Y ACEPTA Plan: 1. SE TRASLADA A SALA DE REANIMACION 2. SS 3 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS PARA TRANSFUSION URGENTE.

ANÁLISIS: PACIENTE DE 49 AÑOS EN SALA DE REANIMACION AL PRESENTAR SINDROME ANEMICOAGUDO SINTOMATICO, CONDICION QUE SE PRESENTA POSTERIOR A INTERVENCION QUIRURGICA POR SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DE ARTRODESIS EN COLUMNA LUMBAR, REPORTE DE HEMOGLOBINA EN 6 GR, SE INDICA TRANSFUNDIR 3 UGR, SE TOMA TAC DE



ABDOMEN CONTRASTADO COMO URGENCIA VITAL ANTE SOSPECHA DE HEMATOMA RETROPERITONEAL, SE REALIZA LECTURA PRELIMINAR CON MEDICO RADIOLOGO QUE INDICA PROBABLE PRESENCIA DE HEMOPERITONEO, AL MOMENTO SIN EVIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO, INFORMO A FAMILIAR Y PACIENTE DE ESTADO CLINICO TERAPEUTICA A SEGUIR, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN: - MONITORIZACION EN SALA DE REANIMACION - TRANSFUNDIR 3 UGR - ESPERA REPORTE DE RADIOLOGIA.

25

Nunca hubo abandono como la parte actora a través de su apoderado judicial lo sugiere, contrariamente, la historia clínica sugiere el seguimiento pertinente desde el ingreso el 7 de septiembre de 2021, el acompañamiento a través de las especialidades médicas necesarias, la toma de exámenes y paraclínicos pertinentes, y en general, el seguimiento en el marco de los servicios habilitados por el prestador a cargo.

**EGRESO Fecha:** 11/12/2021 **Hora:** 08:56 **Servicio Egreso:** 40A UE PISO 10 SUR **Causa Egreso:** Alta **Diagnóstico Egreso:** K631 Descripción: PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA) **Condiciones Generales a la salida:** PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, HACE TRES DIAS TERMINA MANEJO ANTIBIOTICO, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONFIRMO PHD PARA CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO, SE DA SALIDA, FAMILIAR REFIERE QUE TRASLADARA PACIENTE EN VEHICULO PERSONAL. SEDA EGRESO. SE ENTREGAN ORDENES Y SE EXPLIUCA CLARAMENTE. PACIENTE Y FAMILIAR, REFIEREN COMREPNDER Y ACEPTAR. **Plan Egreso:** RECOEMNDACIONES SIGNOS DE ALARMA CITA CONTROL FORMULA MEDICA INCAPACIDAD Registro: 53161043 Especialidad: CIRUGÍA GENERAL Nombre: ROMERO LOZANO ANA MARIA

**Vigésimo cuarto:** Lo dicho por la demanda no es un hecho que pueda ser admitido o negado por mi mandante; la forma en que se propone por el apoderado de la parte demandante constituye una apreciación subjetiva genérica de todo el manejo médico e institucional de la paciente, ¿a qué se refiere y con base en qué aduce unas simples terapias? ¿Cuáles son las terapias que echa de menos? ¿Por qué se refiere a algunas terapias? ¿Cuántas exige que le fueran practicadas? No tiene claro



conocimiento de los antecedentes terapéuticos que le fueron implementados a esta paciente.

En consecuencia, las manifestaciones se deberán probar eficientemente en este proceso y no responde al principio de *Res ipsa Loquitur* como lo aduce, ya que, este es aplicable a casos en los que sea imposible demostrar la causa del daño, y este no es el caso, pues este se presentó como un riesgo inherente tardío al procedimiento quirúrgico en sí mismo. Me sujeto a lo que pruebe la parte demandante al respecto.

26

**Vigésimo quinto:** Es cierto parcialmente. Es cierto que para el 20/02/2023 la paciente demandante ingreso para procedimiento quirúrgico

Anamnesis. Estado Civil: Unión Libre. Dominancia: Diestro Sistema de Creencias: Cristiano. Nivel de Escolaridad: Técnico Completo. Empleador o Empresa: HOGAR. Vive Solo: Familiares Motivo de Consulta "VENGO A CIRUGIA" Enfermedad Actual: PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE FISTULA ENTEROCUTANEA EN SEGUIMIENTO CON CIRUGIA GENERAL, QUIEN INGRESA EL DIA DE HOY PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA. REFIERE AYUNO TOTAL DE MÁS DE 8 HORAS. NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, RESPIRATORIOS O GASTROINTESTINALES. SIN NEXO EPIDEMIOLÓGICO PARA COVID 19 Información complementaria de enfermedad actual ANTECEDENTES: ESCOLIOSIS LUMBAR PERFORACION INTESTINAL CON PERITONITIS ABDOMINAL REQUIRIO MANEJO EN UCI- HOSPITALIZACION TRES MESES COLOSTOMIA ALERGIAS TRAMADOL FARMACOLOGICOS ACETAMINOFEN + HIDROCODONA GABAPENTIN AMITRIPTILINA ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

Análisis y Plan: PACIENTE CON DX ANOTADOS, INGRESA PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, PROGRAMADA POR CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, TRANQUILO, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, ASINTOMÁTICO RESPIRATORIO, CON ADECUADO AYUNO. SE ORDENA ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL. A LA ESPERA DE TRASLADO A SALA DE CIRUGÍA. Clasifícale la Atención: No Aplica

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



Responsable Firmar No. Interlocutor: 2000018349 Responsable: CACERES DIAZ  
JAIME DAVID Registro: 1022395945 Especialidad: MEDICINA GENERAL

No es cierto, que se hayan presentado ni documentado “inconsistencias” en el intra y post operatorio de la paciente, la historia clínica sugiere que se cumplieron con criterios de calidad de oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad en cada uno de los procesos realizado, el resultado final o la contingencia que resulte, es un aspecto que, en principio, es fortuito y no va siempre de la mano a la finalidad del acto médico en sí mismo.

27

La historia clínica sugiere también que la paciente fue llevada al programa de hospitalización en domicilio,

**Vigésimo sexto:** No le consta a mi mandante, se sujeta a lo que pruebe la parte demandante al respecto, particularmente a la causalidad entre las conductas de mi mandante como prestador de servicios de salud-PSS y la aparente pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la paciente demandante, ya que en este estadio proceso no hay prueba técnica que la confirme, además se debe considerar los antecedentes personales, patológicos y quirúrgicos de la paciente, previo al 31/08/2021. Solo será daño indemnizable aquel que proviene de una conducta culposa con certeza del daño en la causalidad y en la intensidad.

**Vigésimo séptimo:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a manera de confesión, se sujeta a lo que pruebe la parte demandante, en todo caso, de antemano debe considerarse que a través del apoderado judicial los demandantes están confesando lo incierto del daño emergente pasado o futuro por este concepto, pues afirman que no se ha contratado este tipo de servicio.

**Vigésimo octavo:** No es un hecho que sustente las pretensiones de la demanda. Señor juez al leer el hecho se advierte que son, respetuosamente, una serie de explicaciones y razones de la decisión del apoderado judicial de al parecer, no incluir en las pretensiones ningún concepto de daño emergente sustentado en facturas de venta, situación que es discrecional y respetable desde el ejercicio profesional, así como contemplar la posibilidad de llegar a algún tipo de acuerdo negocial. Me sujeto a lo que se pruebe.

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



**Vigésimo noveno:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, por ello, me sujeto a lo que se acredite en base al contenido del documento que se predica como dictamen y que lo suscribe el doctor Juan Mauricio Rojas García, quien deberá surtir ante este despacho la debida contradicción del mismo.

**Trigésimo:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, por ello, me sujeto a lo que se acredite en base al contenido del documento que se predica como dictamen y que lo suscribe el doctor Juan Mauricio Rojas García, quien deberá surtir ante este despacho la debida contradicción del mismo, la cual, desde ahora, solicito al tenor del artículo 228 del código general del proceso. Si tiene razón la parte demandante en aceptar que se trató de un “sorpresivo accidente”, situación imposible de prever y de resistir.

28

**Trigésimo primero:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, por ello, se trata de una apreciación subjetiva del apoderado demandante que, deberá probar en desarrollo de este proceso, además, es importante que ante el perjuicio material que se describe como lucro se establezca virtualmente que puede ser imputable a mi mandante, ya que, es sabido que, el hecho de un tercero funge como eximente a la responsabilidad civil que en este proceso se reclama.

Pero, además, di nos preguntamos ¿Cuál lucro cesó de manera definitiva con ocasión de la perforación del intestino? Es una lesión fisiológica que se demostrará en el proceso no genera una invalidez en la dimensión establecida por la parte demandante.

**Trigésimo segundo:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, por ello me sujeto a lo que la parte demandante pruebe en este proceso a través del medio de prueba pertinente.

**Trigésimo tercero:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, se desconoce si es una pretensión o solo una afirmación, ante la cual debe manifestarse que tanto la parte activa como pasiva asume en su defensa los costos de la misma y también mi mandante asumió el costo de un perito valorador del daño corporal.



**Trigésimo cuarto:** No es un hecho que mi mandante pueda admitir o negar a título de confesión, por ello me sujeto a lo que la parte demandante pruebe en este proceso a través del medio de prueba pertinente.

**Trigésimo quinto:** No le consta a mi mandante, la procedencia y pertinencia de la imputación de responsabilidad que derive el deber indemnizatorio o compensatorio de daños y perjuicios a mi mandante, porque al tenor de la historia clínica se advierte la ocurrencia de un riesgo inherente y tardío a la cirugía, realizado bajo la autonomía profesional de profesional de la salud cualificado y con la capacidad para realizarlo.

29

### EXCEPCIONES DE MERITO

Propongo como medios de excepción de fondo, los siguientes:

#### FALTA DE RELACION DE CASUALIDAD ENTRE EL ORIGEN DEL DAÑO MATERIAL, MORAL Y DAÑO A LA SALUD Y LA ACTUACION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD-PSS

El daño que se predica tiene origen aparentemente en unas conductas médicas equivocadas y fallidas, descrito como “yerro médico”, sin embargo, ello no está probado, por el contrario, la conducta del equipo de salud tratante se sustentó en los hallazgos clínicos y evolución de la paciente, los reportes de las ayudas diagnósticas y el concepto obtenido por el médico tratante de la especialidad de neurocirugía justificaron proponer como alternativa terapéutica la ARTRODESIS aceptada por la paciente y realizada el 31/09/2021 y que, en el post operatorio inmediato no presentó complicaciones asociadas, lo que motivó el alta médica.

En ese sentido, podemos decir que la responsabilidad patrimonial que se solicita exige la verificación de cada uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, así como de los eximentes de esta, como, por ejemplo, el hecho exclusivo y determinante de un tercero en la producción efectiva del daño, eximente que del análisis de la demanda y material probatorio aportado se logra establecer que, es imputable al médico tratante doctor ROBERTO CARLOS DÍAZ ORDUZ, pues se infiere de la demanda que la conducta generadora del daño se asocia a un error quirúrgico culposo, sin que en principio, este demostrado tal cosa; pues lo cierto es

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



---

Celular: +57320 303 8207 • pbolivar@bgoezconsultores.com • plboli@hotmail.com • Bogotá, D.C. - Colombia

que el riesgo inherente se materializa seis días después de la cirugía y no resulta ser del todo claro y específico su origen, al punto de tener que llevar a la paciente a una laparotomía exploratoria diagnóstica como consta en la historia clínica de la paciente.

Por su parte, la secuela funcional que tiene la paciente actualmente se asocia a diferentes factores patológicos, no solo a la complicación de la cirugía sino también esta relacionado con sus antecedentes nutricionales y patológicos que comprometieron su pronóstico, de modo que, en ese panorama de probabilidades no resulta plenamente imputable a mi representado el daño que se reclama, no hay relación de causalidad porque la causa directa de la lesión puede entenderse desde la evidencia clínica y científica como fortuita al considerarse como en evento adverso iatrogénico, situación que deja imposibilitada la opción de endilgar la responsabilidad en el daño.

30

Por estas razones, no procede la imputación de responsabilidad civil ni solidaria que se reclama, como tampoco el perjuicio moral, daño a la salud y material, pues a pesar de que existiere evidencia que los justifique, son inimputables.

#### EL HECHO DETERMINANTE Y EXCLUSIVO DE UN TERCERO EN EL DAÑO, COMO EXIME DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Medio de excepción que se plantea, porque como se advierte del contenido de la misma demanda, se imputa que la conducta desencadenante de Las secuelas de la paciente demandante deriva de la cirugía de ARTRODESIS realizada el 31/08/2021 por el doctor ROBERTO CARLOS DÍAZ ORDUZ como neurocirujano, pero tanto el procedimiento quirúrgico como la técnica que se haya utilizado y demás las contingencias que de él deriven a título de “error médico”, solo son imputables al médico tratante y no a la entidad que represento, porque esa parte del acto médico responde a un principio integral de autonomía profesional donde la IPS no tiene incidencia ni poder decisorio, es el médico tratante quien asume el riesgo de los actos que realiza.

Partiendo de este supuesto, la parte demandante justifica las reclamaciones indemnizatorias en un manejo médico y quirúrgico irregular de parte del doctor ROBERTO CARLOS DÍAZ ORDUZ como neurocirujano el 31/08/2021, pero hay que



tener en cuenta, que ese manejo intraoperatorio solo es exigible al médico tratante, de modo que, a la IPS no puede asumir un rol obligacional de la ejecución material del acto quirúrgico si se realizó al margen de los postulados ético-profesionales, con culpa o dolo, o si estuvo al margen de los reglamentos y protocolos, por ello, no procede imputarle responsabilidad ni solidaridad.

Por esta razón, es reprochable imputar a la IPSEPS responsabilidad, cuando su posible origen es un hecho que no estuvo bajo su discrecionalidad institución, sino de un tercero. Los eximentes de responsabilidad son todas aquellas situaciones que impiden que se concrete el deber de reparar en quien aparece como responsable al hacer desaparecer uno de los presupuestos de la responsabilidad. Hay eximentes generales y eximentes particulares, que operan en determinado sector de la responsabilidad, sea contractual o extracontractual, en este caso es el hecho exclusivo y determinante de un tercero, del médico que realizó la cirugía el que se predica como generador del daño, por ende, no resulta imputable a la institución que represento.

31

#### DISCRECIONALIDAD CIENTIFICA Y PROFESIONAL DEL MÉDICO NEUROCIRUJANO EXIME DE RESPONSABILIDAD

Los actos médicos de cada uno de los profesionales de la salud que participaron en la atención médica y hospitalaria de la paciente son desplegados bajo su absoluta discrecionalidad científica y no se sujetan a decisión o partición de la IPS. Este tipo de discrecionalidad científica no es un derecho absoluto de los profesionales de la salud, por cuanto este tiene una limitación, pues el mismo se debe ajustar a los protocolos de atención de la determinada patología, la Lex Artis, la Ley y sus reglamentaciones, es decir, ante la expedición de una orden médica de manejo quirúrgico de la paciente, la iniciativa de proponer la técnica quirúrgica como alternativa terapéutica de la paciente, es exclusiva al medico tratante dentro de su autonomía, sin que haya participación institucional de ningún rango, al punto de que, bajo la premisa de unidad de objeto prestacional se configura únicamente, al momento de realizar la cirugía, porque es un acto personal de naturaleza indelegable la ejecución de la cirugía, de este modo, se asume el riesgo por la falla que se pudo presentar.



Razón suficiente para que en el caso de evidenciarse culpa del médico ROBERTO CARLOS DÍAZ ORDUZ que describe la demanda, por esa “culpa” no puede imputarse responsabilidad civil a mi mandante, porque dicha culpabilidad se originó por apartamiento de la Lex Artis, protocolos, la ley, en el incumplimiento de los deberes éticos y legales que le son impuestos al profesional de la salud, es decir, conductas antijurídicas solo exigibles al equipo de salud, motivo por el que no procede culpa de la IPS.

32

#### AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Vale la pena recordar, que la responsabilidad civil es la consecuencia jurídica en virtud de la cual, quien a causado un daño en forma ilícita, debe indemnizarlo ya que esta obligado a repararlo.

La Corte Suprema de Justicia, establece que tratándose de la Responsabilidad Civil de los Médicos, esta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa. En diversas jurisprudencias, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado que el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo. De suerte que en caso de reclamación, el actor debe demostrar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación. Aunado a lo anterior, La Corte Suprema de Justicia, desde la sentencia del 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo general la obligación que adquiere el médico es una obligación de “medio”. En la misma jurisprudencia, la Corte Suprema de Justicia, con relación a la Responsabilidad Civil Extracontractual, sostiene que cuando se trata de deducírsele responsabilidad al médico por el acto médico defectuoso o inapropiado, debe aplicarse los lineamientos sobre la carga de la prueba, descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegidas por el artículo 2356 del Código Civil para cuando el daño se origina como consecuencia del ejercicio de una actividad peligrosa, porque la labor médica esta muy lejos de asimilarse a ellas.

Del análisis de los planteamientos de la Corte Suprema de Justicia, anteriormente citados, se deduce que la demostración de la culpa del médico es un requisito sine qua non para la estructuración de la responsabilidad civil de los médicos. Los demás presupuestos de la responsabilidad civil de los médicos no son extraños al



régimen general de responsabilidad: un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia o cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento del médico.

En el presente caso, no se configuran ninguno de los presupuestos mencionados, toda vez que el actuar de mi poderdante y de los médicos que participaron en el proceso de atención, se ciñeron a los postulados que la ciencia médica exige para el tratamiento de un caso clínico como el presentado por la demandante. La actuación de mi poderdante fue en todo momento prudente, diligente, idónea y oportuna. No existió relación de causa - efecto entre el actuar de mi poderdante y el daño sufrido por el paciente. Igualmente no se colige del libelo demandatorio prueba alguna de la culpa en que la supuestamente incurrió mi poderdante.

33

Teniendo en cuenta que la obligación del médico es de medio, para poder deducir su responsabilidad debe probarse que su actuación, fue descuidada o negligente, es decir, que debe probarse su culpa, además del daño y el nexo entre ambos.

Al respecto el Tribunal Superior de Medellín expresa que:

“Como se ha manifestado a través de este estudio, las obligaciones contraídas por el médico son de medio, en consecuencia, si no obtiene resultados positivos en su intervención responderá civilmente siempre y cuando se le acredite el elemento subjetivo de la responsabilidad culpa, que puede configurarse jurídicamente bien por abandono o descuido al paciente o por no haber utilizado el tratamiento adecuado a pesar de que conocía que era el recomendado”.

En el proceso se deberá probar entonces que el médico incurrió en un error de diagnóstico, no hizo los exámenes preliminares de rigor, aplicó una terapéutica equivocada, no empleó la debida diligencia y cuidado, sometió al paciente a riesgos injustificados, lo abandonó en la sala de recuperación, etc., y en general deberá demostrarse que el galeno no actuó diligentemente en la prestación del servicio médico.



Igualmente vale la pena destacar lo que nos establece el ARTICULO 16 de la Ley 23 de 1981: “La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”

Según las normas de ética médica vigentes en Colombia, el médico debe advertir el riesgo previsto a su paciente o a sus familiares o allegados. Este riesgo consiste en los efectos adversos que en su concepto, dentro del campo de la practica médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del procedimiento médico, lo cual evidentemente se realizó, de acuerdo a lo anotado anteriormente.

34

Dentro de los efectos adversos existe una división en típicos y atípicos, los cuales se pueden definir así:

**Típicos:** Los que suelen suceder con determinada frecuencia en cierto tipo de operaciones. Por regla general se tiene, que los riesgos a informar son los de “común concurrencia”, ósea aquellos que de acuerdo con los datos de la experiencia, estadísticas y el leal saber y entender del médico, sean comúnmente previsibles en cuanto a su presentación.

**Atípicos:** Por ser absolutamente imprevisibles no generan responsabilidad del profesional de la medicina ya que pueden considerarse como casos fortuitos, y el médico no deberá responder por estos hechos imprevisibles.

De la lectura de los artículos 9 y 10 del Decreto 3380 de 1981, podemos destacar que el médico idóneo solo responderá por el riesgo que no previó cuando era previsible, o del que previó pero confió imprudentemente en evitarlo. No responderá por el riesgo cuando sea imprevisible o de difícil previsión o del que aunque previsible sea inevitable.

## EXCESIVA TASACION DE PERJUICIOS MATERIALES

Los perjuicios materiales deben ser expresamente probados por quien los pretende en cualquiera de sus modalidades tanto en su causación como en su certeza y cuantía, motivo por el que me opongo a su prosperidad en los términos presentados en la demanda.



## EXCESIVA TASACION DE PERJUICIOS MORALES

### Perjuicios Morales y a la Vida de Relación:

“Para establecer el valor de la indemnización la Sala tendrán en cuenta la nueva pauta jurisprudencial trazada en la sentencia del 6 de septiembre de 2001, expedientes Nos. 13.232 y 15.646, en la cual se fijó en cien salarios mínimos legales mensuales el valor del perjuicio moral en los eventos de mayor intensidad, abandonando así el valor del gramo de oro, por considerarlo improcedente y para dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 16 de la ley 446 de 1998 y 178 del Código Contencioso Administrativo, que ordenan la reparación integral y equitativa del daño y la tasación de las condenas en moneda legal colombiana, respectivamente. Dijo la Sala:

"...considera esta Sala que debe abandonarse el criterio adoptado por ella desde 1978, conforme al cual, para efectos de la indemnización del perjuicio moral, se daba aplicación extensiva a las normas que, al respecto, traía el Código Penal. Como ha quedado demostrado, razones de orden jurídico, apoyadas igualmente en fundamentos de orden práctico, justifican, en la actualidad, esta decisión. Se afirma, entonces, la independencia del juez contencioso administrativo para fijar, en cada caso, con sustento en las pruebas del proceso y según su prudente juicio, el valor de la indemnización del perjuicio moral.

"Lo anterior se expresa sin perjuicio de que, con el fin de garantizar el desarrollo uniforme de la jurisprudencia en este aspecto, esta Corporación establezca pautas que sirvan de referencia a los juzgadores de inferior jerarquía, cuyos fallos, sin embargo, en cuanto tasan la indemnización del perjuicio aludido, sólo podrán ser revisados por la instancia superior dentro del marco de sus competencias, dada la inexistencia de una norma prevista en ley o reglamento que pueda considerarse de obligatoria aplicación en la materia.

"Establecido, por lo demás, el carácter inadecuado del recurso al precio del oro, la Sala fijará el quantum de las respectivas condenas, en moneda legal colombiana, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 178 del Código Contencioso Administrativo. Considerando que el salario mínimo mensual en



Colombia se fija atendiendo fundamentalmente la variación del índice de precios al consumidor, se considera que el valor del perjuicio moral, en los casos en que éste cobre su mayor intensidad, puede fijarse en la suma equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales...".

Finalmente se precisa recordar que por la naturaleza de este perjuicio, en lo objetivo no se ha establecido un patrón para tasarlo y por ello la jurisprudencia consulta la imputabilidad del hecho que lo ocasiona (muerte, lesiones personales graves, lesiones leves, pérdida económica etc.) y trata de garantizar el principio de igualdad, a través del reconocimiento de indemnización en forma similar a la efectuada en otros casos, sin desconocer que la indemnización en este evento sólo cumple un papel paliativo o de mitigación del bien inmaterial afectado, pues no lo resarce ni lo repone

Por considerar que las pretensiones son improcedentes frente a mi mandante solicito al señor Juez que estas sean rechazadas y se condene a la parte actora a cancelar las costas y los costos del presente proceso.

Así mismo y teniendo en cuenta la cuantía de las pretensiones formuladas en la demanda, en caso de ser vencida la parte demandante, solicito al Despacho, sea la parte demandante condenada en costas en la proporción establecida por la jurisprudencia colombiana vigente para la fecha del fallo.

#### EXCEPCION GENERICA

Declárese cualquier otro modo de excepción de mérito de se encuentre debidamente probada al momento de la sentencia.

#### ESTIMACION RAZONADA DE LA CUANTIA Y/O JURAMENTO ESTIMATORIO

Me opongo a la estimación propuesta de los perjuicios materiales. La suma obtenida por concepto de *indemnización causada o debida y lucro cesante* no contempla en el ejercicio el hecho de que la paciente no tiene una calificación de pérdida de la capacidad laboral en un 100%.

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



El daño emergente no está acreditado de manera idónea. No hay evidencia documental o de otra naturaleza que sustente la suma propuesta por este concepto.

El daño material en sus modalidades de lucro cesante pasado, presente y futuro debe en el caso de existir responsabilidad patrimonial imputable a mi mandante, deberá re ordenarse de acuerdo a la perdida de la capacidad laboral (PCL) que ostente la demandante al momento de su estimación.

El daño a la salud y moral no son objeto de esta estimación por expresa limitación normativa y por la existencia de perjuicios de orden material.

37

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

Legales: Ley 100 de 1993 “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”. Numerales 3 y 9 del artículo 153 en cuanto a que la atención en salud debe ser prestada “en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia...” y que el sistema controlará los servicios “para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

Artículos 1494, 1495, 1604, 1613, 1614, 1616, y 1617 del Código Civil.

La Resolución No. 1995 de 1999 "Por la cual se dictan normas para el manejo de la historia clínica", determina en su artículo 14, que: “podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El Usuario 2) El Equipo de Salud 3) Las Autoridades Judiciales y de Salud en los casos previstos en la ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley”. Es decir que nominativamente la ley está excluyendo a las E.P.S. y a las A.R.S. de la facultad de acceder a este documento.



Es la misma citada resolución No. 1995, la que determina que: “El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes debiendo, en todo caso, mantenerse la reserva legal. Y es el numeral 4 del artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999, la norma que ha consagrado la posibilidad de que aquellas personas que expresamente autorice la ley, puedan acceder a la historia clínica”.

Jurisprudencial: Es aceptado que la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal *“entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos donde se desprende aquella”* (G.J. t. XLIX. p. 120).

Doctrinario: En el terreno de la Medicina el autor cita el caso de una sentencia francesa. Una mujer sufría hemorragia de matriz. El médico consultado no diagnostica un cáncer, a pesar de datos clínicos bastante claros. Cuando la paciente, por fin, consulta a un especialista, es demasiado tarde; el cáncer de útero ha llegado a su estado final y la enferma muere. No se puede decir que el primer médico haya matado a la enferma. Podría, incluso tratada a tiempo, haber muerto igualmente. Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se puede decir que la culpa del médico haya sido una condición sine qua non de la muerte. RICARDO DE ANGEL YAGUEZ. *Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño)*. Madrid, Ed. Civitas S.A., 1995, págs. 83-84), criterio que fue acogido por la Sala en sentencias de 26 de abril de 1999, exp. 10.755 y de 15 de junio de 2000, exp. 12.548.

## PRUEBAS PARTE DEMANDANTE

### DOCUMENTAL

Acojo los documentos allegados con la demanda, con excepción de estos:



Dictamen de pérdida de capacidad laboral # 52078013 - 133 de fecha 21/06/2022 en Claudia Zambrano por Juan Mauricio Rojas, porque debe someterse a la debida contradicción en los términos del artículo 228 del CGP.

Certificado de ingresos (por el salario mínimo-2022) por el contador Santiago Londoño Valencia (aportamos el documento original) que deberá ser ratificado por el Contador que lo otorga, según el artículo 262 del CGP.

39

### PERICIAL

Me opongo a que se realice distribución de la carga de la prueba en los términos que señala el extremo demandante, en razón a que el amparo de pobreza que aduce solicito, no se encuentra aceptado por el despacho ni hay evidencia de incapacidad económica de los demandantes, y en ese caso, al traspasar el costo de la pericia a la IPS que represento, estaríamos ante un desequilibrio de las cargas procesales, pues el principio procesal superior impone al demandante acreditar el derecho que reclama (Art. 167 CGP<sup>2</sup>). En todo caso, de aceptarse lo solicitado, se deberá recurrir en principio a las instituciones públicas que prestan apoyo técnico científico como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con sede en Bogotá.

### INTERROGATORIO DE PARTE

Se acoge la petición por ser procedente.

### DOCUMENTAL EN PODER DEL DEMANDADO

Me opongo a la exigencia a mi mandante, porque como prestador de servicios de salud-PSS no tiene acceso al documento de afiliación de la paciente demandante, de los demás documentos me sujeto a la pertinencia y utilidad que establezca el despacho.

### **MEDIOS DE PRUEBA PARTA DEMANDADA**

---

<sup>2</sup> Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

## DOCUMENTAL

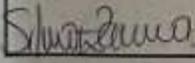
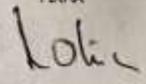
Como soporte científico apporto los siguientes documentos, los cuales se encuentran en idioma inglés pero fue contratada la traducción oficial de los mismos:

1. Epidemiology. Sentinel Event in Lumbar Spine Surgery. Alejandro Marquez-Lara, MD, Sreeharsha V. Nandyala, BA, Hamid Hassanzadeh, MD. Eric Sundberg. MD. Anton Jorgensen, MD. And Kern Singh, MD.
2. Case Reports & Case Series Intraoperative pedicle screw migration to the abdominal cavity in a severe osteoporotic spine surgery Jun Ouchida a,\* , Tokumi Kanemura b, Kotaro Satake b, Hiroaki Nakashima a, Yoshimoto Ishikawa b, Naoki Segi a, Hidetoshi Yamaguchi a, Shiro Imagama
3. Perspective on the true incidence of bowel perforations occurring with extreme lateral lumbar interbody fusions. How should they be treated? Nancy E. Epstein, M.D. Clinical Professor of Neurosurgery, School of Medicine, State University of New York at Stony Brook, and % Dr. Marc Agulnick, 1122 Franklin Avenue Suite 106, Garden City, NY 11530, USA.

Se aportará una vez sea presentada por el traductor oficial. Solicito al Despacho aceptar su incorporación como medio probatorio.

4. Se Adjunta autorización de pago de honorarios por concepto de traducción



		<b>CLINICA LOS COBOS MEDICAL CENTER</b> <b>NIT. 901.145.394-8</b> <small>Av. Cra. 9, No 111 A - 43 Ciudad de Bogotá D.C. - Colombia</small>		
<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>No. 1290</b>		
		<small>ESTE NUMERO DEBE APARECER EN TODOS LOS DOCUMENTOS FACTURAS, REMISIONES, ETC.</small>		
<b>CENTRO DE COSTO: 1100004 GERENCIA JURIDICA</b>	<b>FECHA: 19 OCTUBRE 2023</b>			
<b>PROVEEDOR: WILLINGTON DAVID NIÑO</b>	<b>NIT. 19266458</b>			
<b>CONTACTO: WILLINGTON DAVID NIÑO</b>	<b>TELEFONO: 3167165293</b>			
<b>SEÑORES: WILLINGTON DAVID NIÑO</b>	<b>DIRECCION: Transversal 18 A No. 97-36 Local 3</b>			
<b>SEGUN COTIZACION CORREO ANEXO</b>	<b>CORREO: contactenos@shalomtraducciones.com</b>			
<b>PRESUPUESTO: N/A</b>				
<b>POR CONCEPTO DE: CONCEPTO DE TRADUCCION.</b>				
<b>DESCRIPCION</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>Vr. UNITARIO</b>	<b>VR. BRUTO</b>
SERVICIO DE CONCEPTO DE TRADUCCION, SEGUN COTIZACION ADJUNTA	UND	1	1.350.000	1.350.000
<b>FORMA DE PAGO: ANTICIPO DEL 50%</b>	<b>SUBTOTAL</b>			1.350.000
	<b>VALOR IVA 19%</b>			
	<b>TOTAL</b>			<b>1.350.000</b>
<b>VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE</b>				
<b>OBSERVACIONES:</b>				
<b>ENTREGA:</b>				
<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>	
SILVIA PILAR ZAMORA	RICARDO ANDRÉS PEDRAZA	DRA. MARTHA CLAROS	DR. MIGUEL OTERO	
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	
				

41

5. Copia de Registro de talleres de columna realizados a la Sra. CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES (Obra en el expediente)
6. Copia de los apoyos terapéuticos brindados a la Sra. CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES (Obra en el expediente)
7. Copia de la Historia clínica de la Sra. . CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES (Obra en el expediente)
- 8.

### DECLARACION DE TERCEROS

Piedad Lucía Bolívar Góez



Solicito recibir declaración a los siguientes profesionales de la salud, todos mayores de edad, sin impedimento legal ni físico para declarar, participes en el proceso de atención médica y quirúrgica de la paciente, mismos que haré comparecer el día de la audiencia y serán notificados a través de mi representado. Son estos:

1. Doctor JAIME DAVID CACERES DIAZ.
2. Doctora DIANA CAROLINA GOMEZ VARGAS.
3. Doctor SERGIO CIFUENTES AYA.
4. Doctora ANA MARIA ROMERO LOZANO.
5. Doctor ROBERTO CARLOS DÍAZ ORDUZ.
6. Doctora NATALIA ARIZA BARRERO.
7. Doctora PAOLA ALEXANDRA ROJAS PAEZ.

42

**Objeto:** Los profesionales de la salud que se citan, depondrán sobre aspectos relacionados con el servicio médico, asistencial y quirúrgico que hayan dispensado o en el que, hayan participado, igualmente, dada su condición de expertos en el área de la medicina, podrán emitir conceptos y conceptuar como testigos técnicos.

Se localizan en la Avenida Carrera 9 No. 131 A- 40 Bogotá y al correo electrónico: [notificaciones@loscobosmc.com](mailto:notificaciones@loscobosmc.com)

#### INTERROGATORIO DE PARTE.

Solicito citar a interrogatorio de parte a cada uno de los demandantes, el cual formularé en la respectiva audiencia.

#### RATIFICACION DE DOCUMENTO

Se cite al Contador Público Santiago Londoño Valencia a través de la parte demandante o correo electrónico: [londonovalenciaconsultores@gmail.com](mailto:londonovalenciaconsultores@gmail.com) y/o celular 3207037216, para que comparezca y audiencia publica ratifique el contenido del documento “certificación de ingresos” aportado por la actora, así como explique y acredite los documentos que sirvieron de soporte contable en la estructuración del certificado que otorga.

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



## DICTAMEN PERICIAL

Solicito citar y hacer comparecer al perito doctor MAURICIO ROJAS GARCÍA identificado con cédula de ciudadanía número 79.625.220, tarjeta profesional 11874/00 y licencia de salud ocupacional 6563/07, para que en los términos del artículo 228 del CGP sustente el dictamen, y absuelva interrogantes respecto de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen.

43

El perito puede ser citado al Mall San Lucas Plaza local 9865 en Medellín, Teléfono: 3008722111, Correo electrónico: [maurojas36@gmail.com](mailto:maurojas36@gmail.com)

## SOLICITUD DE DICTAMEN PERICIAL

En consonancia con lo preceptuado por el artículo 277 del Código General del Proceso, siendo un proceso en el cual la prueba pericial es de relevancia para la ilustración del objeto del mismo, nos encontramos en el trámite del dictamen pericial pero al ser el término del traslado tan limitado y en consecuencia insuficiente para su elaboración y aporte con el escrito de contestación de la demanda, de la manera más atenta se informa que se allegará al proceso dictamen pericial de valoración de daño corporal proveniente de especialista, el cual se aportará en el término que concediere el despacho para ello.

Se aportará una vez sea rendido por el señor perito Dr. Juan Guillermo Ocampo el dictamen de valoración corporal del daño será aportado al proceso. Solicito al Despacho aceptar su incorporación como medio probatorio.

Se adjunta copia de pago del dictamen aludido.



**Información de Pago**

**Cuenta Originadora** 0641046115 - AH Superdía Jurídica - \$  
**Fecha de Pago** 19/10/2023  
**Frecuencia** Una Sola Vez  
**Estado** Enviado al Banco  
**Número de Transacción** 20540858

**Beneficiarios**

Nombre ID	ID del Banco Nombre del Banco	Número de Cuenta Tipo de Cuenta	Monto	Número de Factura	Estado Presnotificación Vencida	Adenda
JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE 71751669	007 BANCOLOMBIA	23608242678 Cuenta de Ahorros	\$450.000,00		Activo	ANTICIPO 05-1289 50%JURIDICA

**Información de Pago**

**Cuenta Originadora** 0641046115 - AH Superdía Jurídica - \$  
**Fecha de Pago** 19/10/2023  
**Frecuencia** Una Sola Vez  
**Estado** Enviado al Banco  
**Número de Transacción** 20540832

**ANEXOS**

Aporto con la contestación de esta demanda los siguientes documentos:

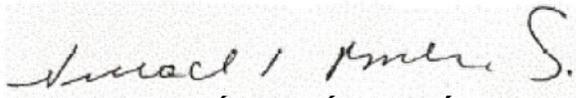
1. Documentos relacionados como medio de prueba
2. Certificado de Existencia y representación legal Los Cobos Medical Center S.A.S.
3. Poder otorgado
4. Fotocopia de la cédula de ciudadanía y de la tarjeta profesional de la apoderada

**NOTIFICACIONES**

El prestador “Los Cobos Medical Center S.A.S.”, las recibe en Avenida Carrera 9 No. 131 A- 40 Bogotá y al correo electrónico: [notificaciones@loscobosmc.com](mailto:notificaciones@loscobosmc.com)

La suscrita en la carrera 13 No. 152 80 apto 1301 de la ciudad de Bogotá. ...

Atentamente,



**PIEDAD LUCÍA BOLÍVAR GÓEZ**

C.C. 42886241

T.P. 51307

45

---

Piedad Lucía Bolívar Góez



---

Celular: +57320 303 8207 • pbolivar@bgoezconsultores.com • plboli@hotmail.com • Bogotá, D.C. - Colombia

## EPIDEMIOLOGY

## Sentinel Events in Lumbar Spine Surgery

Alejandro Marquez-Lara, MD, Sreeharsha V. Nandyala, BA, Hamid Hassanzadeh, MD, Eric Sundberg, MD, Anton Jorgensen, MD, and Kern Singh, MD

**Study Design.** Retrospective national database analysis.**Objective.** A national population-based database was queried to investigate the incidence and perioperative outcomes associated with sentinel events in lumbar spine surgery.**Summary of Background Data.** Sentinel events in lumbar spine surgery can have significant medical, social, economic, and legal implications. The incidence and perioperative outcomes associated with these events have not been well characterized.**Methods.** Data from the Nationwide Inpatient Sample was queried from 2002 to 2011. Patients who underwent lumbar spinal surgery were identified. Sentinel events including bowel or peritoneal injury, vascular injury, nerve injury, retention of foreign objects, and wrong-site surgery were identified. Patient demographics, comorbidities (Charlson Comorbidity Index), length of stay, total costs, and perioperative outcomes were assessed. The risk for mortality associated with each sentinel event was calculated using a 95% confidence interval. Statistical analysis was performed with SPSS version 20 and a *P* value of 0.001 or less denoted significance.**Results.** A total of 543,146 lumbar spine surgical procedures were recorded from 2002 to 2011, of which 414 (0.8 per 1000 cases) incurred sentinel events. Wrong-site surgical procedures were the most common sentinel events with an incidence of 0.3 per 1000 cases. The incidences for bowel or peritoneal injury, vascular injury, nerve injury, and retention of foreign objects, were 0.06, 0.2, 0.2, and 0.1 per 1000 cases, respectively. There were no significant differences in the mean age (55.9 vs. 56.0, *P* = 0.911) or comorbidity burden (2.58 vs. 2.63, *P* = 0.553) between the 2 cohorts. The sentinel event cohort incurred a longer hospitalization, greater costs, and a greater incidence of in-hospital complications, and mortality. Patients with a bowel or peritoneal injury, vascular injury, and

wrong-site surgery demonstrated a greater risk of mortality relative to unaffected patients.

**Conclusion.** This Nationwide Inpatient Sample analysis demonstrates that sentinel events are associated with a significant increase in hospital resource utilization and worsened postoperative outcomes including death. This study demonstrates the financial and medical burden associated with sentinel events in lumbar spine surgery.**Key words:** sentinel event, the Joint Commission, lumbar spine surgery, Nationwide Inpatient Sample, postoperative outcomes, risk of mortality.**Level of Evidence:** 4**Spine 2014;39:900-905**

Since the Institute of Medicine published their landmark report "To Err is Human. Building a Safer Health System" in 1999, the concept of safe surgery has demanded mainstream attention.<sup>1</sup> The pursuit of safe surgery, particularly in the spine community, is fraught with inconsistencies in the events that are reported as "complications."<sup>2</sup> However, some complications including the retention of foreign objects and wrong-site surgery are well defined and considered "sentinel events" by the Joint Commission.<sup>3</sup> These events prompt immediate action to identify the root cause to prevent recurrences.<sup>4</sup>

Sentinel events are defined as "unexpected occurrences involving death or physical or psychological injury, or the risk thereof."<sup>5</sup> In general, the cause analysis following these events is focused on systems and processes, and not on an individual's performance. However, some intraoperative complications associated with individual performances (e.g., endoscopic procedures) have been included in alerts issued by the Joint Commission who recommend hospitals to review the accreditation and competence of surgeons to minimize complications.<sup>6</sup> Thus, some "surgeon specific" complications including incidental bowel perforation, and vascular or nerve injury that can significantly deter patient recovery,<sup>7-10</sup> may be considered sentinel events.

Sentinel events are generally under-reported and often ignored<sup>11-14</sup> and the risk of mortality associated with these events has not been well characterized. The purpose of this study is to determine the national incidence of sentinel events and to characterize the patient demographics, length of stay, hospital costs, mortality, and perioperative outcomes associated with sentinel events during lumbar spinal surgery.

From the Department of Orthopaedic Surgery, Rush University Medical Center, Chicago, IL.

Acknowledgment date: November 11, 2013. Revision date: December 30, 2013. Acceptance date: January 16, 2014.

The manuscript submitted does not contain information about medical device(s)/drug(s).

No funds were received in support of this work.

Relevant financial activities outside the submitted work: board membership, consultancy, royalties.

Address correspondence and reprint requests to Kern Singh, MD, Associate Professor, Department of Orthopaedic Surgery, Rush University Medical Center, 1611 W. Harrison St, Suite 300, Chicago, IL 60612; E-mail: Kern.singh@rushortho.com

DOI: 10.1097/BRS.0000000000000247

## METHODS AND MATERIALS

The Nationwide Inpatient Sample (NIS) database, developed by the Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP), is often used to assess demographics, patient comorbidities, costs, and hospital outcomes from more than 1000 hospitals in 45 states in the United States.<sup>15</sup> The NIS is the largest (~8 million hospital admissions) publicly available all-payer inpatient database and represents approximately a 20% stratified sample of all hospital discharges in the United States. The NIS is used by researchers and policy makers to identify, track, and analyze national trends in health care resources and outcomes. Furthermore, the NIS database uses the *International Classification of Disease, Ninth Edition, Clinical Modification (ICD-9-CM)*, codes to standardize the reporting of diagnoses, procedures, and complications.

### Data Collection

The NIS was queried from 2002 to 2011. Patients who underwent an anterior lumbar interbody fusion (81.06), posterolateral fusion or posterior lumbar interbody fusion (81.07, 81.08), combined anterior and posterior lumbar fusion (81.36, 81.37, 81.38), lumbar total disc replacement (84.64, 84.65), and posterior lumbar decompression without fusion (03.09) were identified. Only elective admissions for degenerative conditions were included to eliminate confounding factors. Patients younger than 18 years and revision procedures were excluded from this analysis.

Patients with reported retention of foreign objects (E870.1, 998.4), and wrong-site surgery (E876.5–E876.9) were identified and separated. These complications are considered “sentinel events” by the Joint Commission that accredits and certifies more than 20,000 health care organizations and programs in the United States that reflect performance standards.<sup>5</sup> In addition, intraoperative complications including incidental bowel or peritoneal perforation (868.13, 569.83), vascular injury (902.0, 902.10, 902.50, 902.53, 902.54), and nerve injury (953.2, 953.3, 953.5) were considered sentinel events for this study based on previous Sentinel Events Alerts issued by the Joint Commission that addresses operative and postoperative complications.<sup>6</sup> A trend analysis of all sentinel events was performed from 2002 to 2011.

The study cohorts were analyzed with regard to age, sex, and comorbidities. To assess patient comorbidities, a modified Charlson Comorbidity Index was calculated using data from the NIS Disease Severity Measure Files.<sup>16</sup> The NIS database does not report all comorbidities that make up the Charlson Comorbidity Index, thus the following modifications were performed: (1) a history of myocardial infarction was omitted, and (2) liver disease was given an adjusted weight of 2 points rather than 1 point for mild disease and 3 points for moderate to severe liver disease. Previous studies have demonstrated that slight modifications to the Charlson Comorbidity Index have minimal impact on the overall score.<sup>17,18</sup> The type of surgical procedure, number of fusion levels, hospital length of stay, hospital costs, and mortality (per 1000 patients) were assessed.

### Data Analysis

A Pearson correlation analysis with a confidence interval of 95% was used to determine the trends of sentinel events. The relative risk for sentinel events associated with each lumbar procedure was calculated in relation to the other lumbar surgical procedures with a 95% confidence interval. The risk for mortality associated with sentinel events was calculated compared with unaffected patients 95% confidence interval. Significant differences between groups were identified using the  $\chi^2$  test for categorical variables and independent Student *t* test for continuous variables. Statistical analysis was performed with SPSS version 20.0 (IBM, Chicago, IL) and an  $\alpha$  level of less than 0.001 denoted statistical significance.

## RESULTS

A total of 543,146 elective lumbar spine surgical procedures were identified from 2002 to 2011, of which 414 (0.8 per 1000 cases) incurred sentinel events (Table 1). There were 30 (0.06 per 1000 cases) bowel or peritoneal injuries, 82 (0.2 per 1000 cases) vascular injuries, 108 (0.2 per 1000 cases) nerve injuries, 54 (0.1 per 1000 cases) retention of foreign objects, and 142 (0.3 per 1000 cases) wrong-site surgical procedures. During this period, only the incidence of wrong-site surgery significantly increased ( $r = +0.8$ ,  $P = 0.006$ ) (Table 2).

There were no significant differences in mean age, comorbidity burden, or teaching hospital status between the study cohorts (Table 1). In contrast, the sentinel event cohort underwent a greater proportion of 3+ level fusions (7.7 vs. 4.3%,  $P < 0.001$ ). Furthermore, posterolateral/posterior lumbar interbody fusions (41.1%) and posterior lumbar decompression without fusions (36.7%) represented the majority of procedures associated with sentinel events (Figure 1). However, the rates of these events were similar between all lumbar procedures (0.05%–0.29%).

The procedural risks for each sentinel event are reported in Table 3. The risk for wrong-site surgery was greatest with posterior approaches, whereas the risk of bowel/peritoneal and vascular injury was greatest with anterior approaches. No particular lumbar procedure increased the risk for the retention of foreign objects or nerve injury.

Hospital resource utilization and perioperative outcomes dramatically varied between the cohorts. Patients with sentinel events incurred a longer hospitalization ( $5.6 \pm 6.1$  vs.  $2.8 \pm 2.3$  d,  $P < 0.001$ ) and greater total hospital costs ( $\$27,655 \pm 25,274$  vs.  $\$15,260 \pm 14,320$ ;  $P < 0.001$ ). Sentinel events were associated with a significantly greater incidence of postoperative aspiration, cardiac events, deep vein thrombosis, wound hematoma, hemorrhagic anemia, neurological complications, pulmonary embolism, reintubation, urinary tract infection, ileus, and surgical site infection ( $P < 0.001$ ). The incidence of mortality was 20 $\times$  greater (14.6 vs. 0.7 per 1000 cases,  $P < 0.001$ ) among affected patients. Furthermore, bowel or peritoneal injury, vascular injury, and wrong-site surgery carried a greater risk for in-hospital mortality (Table 4).

**TABLE 1. Patient Characteristics and Hospital Outcomes of Patients Associated With Sentinel Events in Lumbar Spine Surgery**

Comparison Group	No Sentinel Events	Sentinel Events	P
Total (n = count)	542,732	414	
Age (yr)	55.9 ( $\pm$ 15.4)	56.0 ( $\pm$ 14.6)	0.911
Sex, female (%)	50.4	50.7	0.907
Charlson Comorbidity Index	2.58 ( $\pm$ 1.76)	2.63 ( $\pm$ 1.81)	0.553
3+ levels (%)	4.3	7.7	<0.001
Teaching hospitals (%)	53.5	51.5	0.401
LOS (d)	2.8 ( $\pm$ 2.3)	5.6 ( $\pm$ 6.1)	<0.001
Costs (US\$)	15,260 ( $\pm$ 14,320)	27,655 ( $\pm$ 25,274)	<0.001
Mortality (per 1000 cases)	0.7	14.6	<0.001
Complications (per 1000 cases)			
Aspiration	7.3	36.2	<0.001
Cardiac event	6.9	31.4	<0.001
DVT	1.4	14.5	<0.001
Hematoma	7.6	74.9	<0.001
Hemorrhagic anemia	59.1	166.7	<0.001
Neurological	6.7	144.9	<0.001
PE	1.4	9.7	<0.001
Reintubation	2.1	12.1	<0.001
UTI	14.9	38.6	<0.001
Ileus	18.4	108.7	<0.001
SSI	3.9	19.3	<0.001

LOS indicates length of stay; DVT, deep vein thrombosis; PE, pulmonary embolism; UTI, urinary tract infection; SSI, surgical site infection.

## DISCUSSION

Although rare, sentinel events in lumbar spine surgery can have significant medical, social, economic, and legal implications. Although the majority of intraoperative complications are inherent risks of lumbar spine surgery, some sentinel events including retention of foreign objects and wrong-site surgery are considered “never events” and theoretically fully preventable. This database analysis demonstrated an overall incidence of 0.8 intraoperative complications per 1000 lumbar surgical procedures.

The incidences of bowel or peritoneal and vascular injuries were 0.06 and 0.2 per 1000 cases, respectively. Isolated peritoneal injury is relatively benign but should be primarily repaired to prevent enlargement, whereas bowel injury can cause postoperative discitis, peritonitis, and sepsis.<sup>8</sup> In contrast, vascular injuries can result in immediate patient deterioration depending upon the type and extent of injury. Surgery at the L4–L5 level is most commonly involved predominantly affecting the iliac artery and vein.<sup>13</sup> In a retrospective literature review of 99 vascular injuries during lumbar spine

surgery, 30% of the lesions were diagnosed in the perioperative period.<sup>9</sup> However, the majority of patients presented with chronic sequelae of arterial-venous fistulas and pseudoaneurysm. Both bowel/peritoneal and vascular injuries can occur in the setting of anterior or posterior lumbar surgery; however, this study demonstrated a greater risk with anterior approaches (anterior lumbar interbody fusion).

Retention of a foreign object and wrong-site surgery are considered “sentinel events” by the Joint Commission<sup>3</sup> and “never events” by the National Quality Forum.<sup>19</sup> These complications impact hospital reimbursements as an incentive for hospitals to improve the quality of care.<sup>20</sup> Despite preventative efforts by the American Academy of Orthopaedic Surgeons, North American Spine Society, and the Joint Commission,<sup>21,22</sup> the number of wrong-site reports has increased and is currently the most frequently reported sentinel event reported to the Joint Commission. Whether this reflects a true increase in the incidence or better awareness and reporting of these events remains unclear.<sup>21</sup> Previous studies have identified lumbar spine surgery, patient positioning, unusual patient

TABLE 2. Trends in the Incidence\* of Sentinel Events in Lumbar Spine Surgery Between 2002 and 2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	r	P
All lumbar procedures	54,784	57,084	50,963	52,521	53,641	53,416	56,594	52,971	56,785	54,387	543,146	+0.1	0.7
Deaths	0.57	0.51	0.72	0.62	0.82	0.66	0.69	0.85	0.76	0.52	0.7 (n = 364)	+0.3	0.3
Bowel/peritoneal injury	0.07	0.0	0.0	0.05	0.09	0.05	0.07	0.07	0.03	0.09	0.06 (n = 30)	+0.4	0.2
Vascular injury	0.18	0.14	0.09	0.11	0.02	0.09	0.21	0.34	0.12	0.18	0.2 (n = 82)	+0.3	0.4
Nerve injury	0.51	0.12	0.12	0.17	0.11	0.22	0.23	0.06	0.35	0.07	0.2 (n = 107)	-0.3	0.4
Retention of foreign object	0.11	0.14	0.14	0.15	0.03	0.11	0.11	0.04	0.07	0.09	0.1 (n = 53)	-0.5	0.1
Wrong-site surgery	0.0	0.25	0.09	0.36	0.19	0.28	0.28	0.28	0.37	0.49	0.3 (n = 142)	+0.8	0.006

\*Incidence is expressed per 1000 cases.

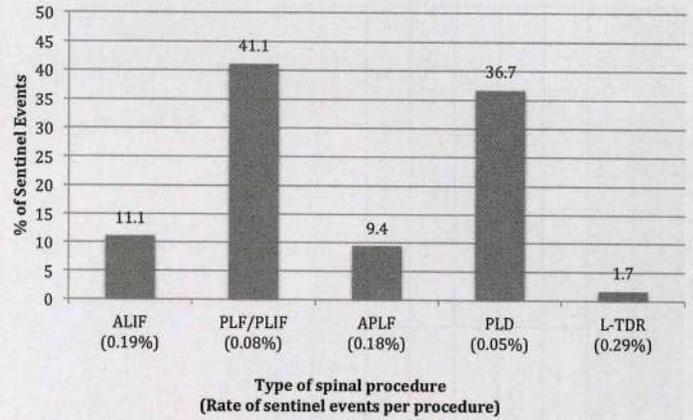


Figure 1. Distribution of sentinel events per lumbar spine procedure. ALIF indicates anterior lumbar interbody fusion; PLF, posterolateral fusion; PLIF, posterior lumbar interbody fusion; APLF, anterior-posterior lumbar fusion; L-TDR, lumbar total disc replacement; PLD, posterior lumbar decompression.

anatomy, and pathology above L5-S1 as risk factors for wrong-site spine surgery.<sup>23</sup> This study demonstrated a greater risk of wrong-site surgery in patients undergoing posterior lumbar procedures relative to other approaches. In contrast to the other sentinel events, wrong-site surgery and retention of a foreign object are theoretically 100% preventable. As such, further protocols must be implemented to address the seemingly growing rate of these events.

The postoperative course significantly varied between the study cohorts. Patients with sentinel events incurred a longer hospitalization and greater total costs. The greater incidence of postoperative complications in the affected cohort may explain these findings. In addition, sentinel events can deter the anticipated patient recovery.<sup>11</sup> More importantly, this study demonstrated that bowel or peritoneal injury, vascular injury, and wrong-site surgery increased the risk for mortality after lumbar spine surgery.

There are inherent limitations in using a large scale database to analyze perioperative outcomes. The NIS database carries risks for inaccuracy in part due to the ineffectiveness of ICD-9-CM coding in capturing complications.<sup>24</sup> Only complications that occur during the initial inpatient admission are recorded and those that occur after discharge are not included. Campbell *et al*<sup>24</sup> compared the inaccuracy of ICD-9-CM codes with prospectively collected data and demonstrated that most complication rates are under reported by ICD-9-CM codes. The ICD-9-CM coding also cannot determine the severity of intraoperative events and the treatment methods used for this complication. To address these limitations, we first used procedural codes and then diagnostic codes to improve the specificity of our search. By selecting only elective (nonemergency) admissions and nonrevision procedures we eliminated possible confounding factors. In addition, sentinel events were identified using ICD-9-CM codes that were specific to the intraoperative period, thus eliminating patients that could have been admitted for similar

TABLE 3. Relative Risk\* of Sentinel Events With Different Types of Lumbar Procedures

Variable	Bowel or Peritoneal Injury	Vascular Injury	Nerve Injury	Retained Foreign Object	Wrong-Site Surgery
ALIF	2.2 (1.1-4.6) P = 0.03	19.1 (12.4-29.5) P < 0.001	0.2 (0.03-1.4) P = 0.11	0.4 (0.06-2.9) P = 0.4	0.6 (0.2-1.6) P = 0.33
PLF/PLIF	0.7 (0.1-5.3) P = 0.8	0.3 (0.1-0.5) P < 0.001	1.4 (0.9-2.1) P = 0.07	1.6 (0.9-2.7) P = 0.09	1.6 (1.1-2.2) P = 0.007
APLF	3.6 (1.2-10.4) P = 0.02	8.6 (5.3-14.1) P < 0.001	0.9 (0.3-2.5) P = 0.9	0.9 (0.2-3.7) P = 0.9	1.2 (0.6-2.6) P = 0.6
L-TDR	3.6 (0.2-59.6) 0.36	14.4 (5.8-35.7) P < 0.001	(0.06-16.2) 0.9	4.2 (0.6-30.3) P = 0.16	1.6 (0.2-11.3) P = 0.65
PLD	0.3 (0.1-0.7) P = 0.005	0.06 (0.02-0.1) P < 0.001	0.9 (0.8-1.2) P = 0.4	0.7 (0.4-1.2) P = 0.2	0.7 (0.5-0.9) P = 0.01

\*Risk relative to other lumbar procedures.  
 ALIF indicates anterior lumbar interbody fusion; PLF, posterolateral fusion; PLIF, posterior lumbar interbody fusion; APLF, anterior-posterior lumbar fusion; L-TDR, lumbar total disc replacement; PLD, posterior lumbar decompression.

TABLE 4. Risk of Death With Sentinel Events

Variable	Relative Risk*	95% Confidence Interval	P
Bowel/peritoneal injury	200.9	80.2-503.1	<0.001
Vascular injury	18.4	2.6-129.7	0.003
Nerve injury	6.8	0.4-108.0	0.17
Retained foreign object	13.5	0.8-213.9	0.06
Wrong-site surgery	10.6	1.5-74.9	0.02
All intraoperative complications	22.0	9.9-49.1	<0.001

\*Risk relative to patients without intraoperative complications.

diagnoses. In addition, we used a stringent  $\alpha < 0.001$  to limit the significant findings “by chance” alone.

Large administrative databases are subject to inaccuracies in capturing correct diagnoses and procedures.<sup>24,25</sup> To address data entry inaccuracies, the HCUP uses benchmarks to ensure quality data collection. The HCUP databases have been evaluated and benchmarked against other sources of data including the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey and the AHA Annual Survey Databases. In addition, the HCUP performs a number of edit checks on the validity of coding. This benchmark process enables the HCUP databases to be linked with other databases including the American Hospital Association Survey and the Area Resource File with accuracy.

Finally, the NIS database does not allow for long-term follow-up, so we could not analyze the impact of intraoperative sentinel events beyond the initial inpatient admission. Despite these limitations, the rarity of some sentinel events demands large population analyses to assure valid estimations of the incidence and types of adverse events.

**CONCLUSION**

This analysis of the NIS database demonstrated that patients with sentinel events incurred a longer hospitalization, costs, and demonstrated worsened perioperative outcomes. Posterior approaches increased the risk of wrong-site surgery, whereas anterior approaches increased the risk of bowel peritoneal injury and vascular injury. More importantly, the majority of the reported sentinel events were associated with a greater risk for mortality. The financial and medical burden associated with these events warrants further research to develop strategies to prevent and mitigate the impact of sentinel events on both short and long-term outcomes.

Furthermore, studies specifically designed to analyze the root causes for each individual sentinel event are necessary to minimize the occurrences of these rare, but potentially catastrophic events.

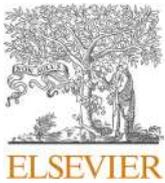
## ➤ Key Points

- ❑ A large, population-based, retrospective analysis of 543,146 lumbar spinal procedures demonstrating an incidence of 0.8 sentinel events per 1000 cases.
- ❑ Wrong-site surgical procedures were the most frequently reported sentinel events with an incidence of 0.3 per 1000 cases, which represented 34.3% of all reported sentinel events in this study.
- ❑ The risk for wrong-site surgery was greater with posterior approaches (posterior lumbar interbody fusion, posterolateral fusion, and posterior lumbar decompression without fusion), whereas the risk of bowel/peritoneal and vascular injury was greater with anterior approaches (anterior lumbar interbody fusion). No particular lumbar procedure increased the risk for the retention of foreign objects or nerve injury.
- ❑ Bowel or peritoneal injury, vascular injury, and wrong-site surgery carried a greater risk for in-hospital mortality.
- ❑ Sentinel events are associated with a longer hospitalization and greater costs after lumbar spinal surgery.

## References

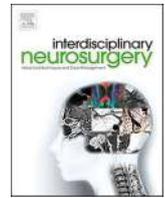
1. Bates DW, Cohen M, Leape LL, et al. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Med Assoc* 2001;8:299-308.
2. Dekutoski MB, Norvell DC, Dettori JR, et al. Surgeon perceptions and reported complications in spine surgery. *Spine* 2010;35:S9-S21.
3. Summary data of sentinel events reviewed by The Joint Commission. 2013. Available at [http://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_statistics\\_quarterly](http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics_quarterly). Accessed November 1, 2013.
4. Sentinel event data—root causes by event type. Available at [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics). Accessed November 1, 2013.
5. Sentinel event data. Event type by year 1995-June 2013. Available at [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Policy\\_and\\_Procedures](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures). Accessed November 1, 2013.
6. The Joint Commission. *Sentinel Event Alert*. Available at [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_12.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_12.pdf). Accessed November 1, 2013.
7. Guerin P, El Fegoun AB, Obeid I, et al. Incidental durotomy during spine surgery: incidence, management and complications. A retrospective review. *Injury* 2012;43:397-401.
8. Houten JK, Frempong-Boadu AK, Arkovitz MS. Bowel injury as a complication of microdiscectomy—case report and literature review. *J Spinal Disord Tech* 2004;17:248-50.
9. Papadoulas S, Konstantinou D, Kourea HP, et al. Vascular injury complicating lumbar disc surgery. A systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;24:189-95.
10. Goodkin R, Laska LL. Vascular and visceral injuries associated with lumbar disc surgery—medicolegal implications. *Surg Neurol* 1998;49:358-72.
11. Rampersaud YR, Moro ER, Neary MA, et al. Intraoperative adverse events and related postoperative complications in spine surgery—implications for enhancing patient safety founded on evidence-based protocols. *Spine* 2006;31:1503-10.
12. Nasser R, Yadla S, Maltenfort MG, et al. Complications in spine surgery. *J Neurosurg Spine* 2010;13:144-57.
13. Czerwein JK, Thakur N, Migliori SJ, et al. Complications of anterior lumbar surgery. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19:251-8.
14. Imagama S, Kawakami N, Tsuji T, et al. Perioperative complications and adverse events after lumbar spinal surgery: evaluation of 1012 operations at a single center. *J Orthop Sci* 2011;16:510-5.
15. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP): Overview of the Nationwide Inpatient Sample (NIS) 2002-2009*. Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
17. Ghali WA, Hall RE, Rosen AK, et al. Searching for an improved clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative data. *J Clin Epidemiol* 1996;49:273-8.
18. Cleves MA, Sanchez N, Draheim M. Evaluation of two competing methods for calculating Charlson Comorbidity Index when analyzing short-term mortality using administrative data. *J Clin Epidemiol* 1997;50:903-8.
19. Surgical or Invasive Procedure Events. Available at: [http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List\\_of\\_SREs.aspx](http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx) - sre1. Accessed November 1, 2013.
20. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), HHS: Medicare program; changes to the hospital inpatient prospective payment systems and fiscal year 2008 rates. *Fed Regist* 2007;72:47129-8175.
21. Wong DA, Watters WC, III. To err is human—quality and safety issues in spine care. *Spine* 2007;32:S2-S8.
22. DeVine J, Chutkan N, Norvell DC, et al. Avoiding wrong site surgery—a systematic review. *Spine* 2010;35:S28-S36.
23. Longo UG, Loppini M, Romeo G, et al. Errors of level in spinal surgery. An evidence-based systematic review. *J Bone Joint Surg (Br)* 2012;94:1546-50.
24. Campbell PG, Malone J, Yadla S, et al. Comparison of ICD-9-based, retrospective, and prospective assessments of perioperative complications: assessment of accuracy in reporting. *J Neurosurg Spine* 2011;14:16-22.
25. Wang MC, Laud PW, Macias M, et al. Utility of a combined *Current Procedural Terminology and International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* code algorithm in classifying cervical spine surgery for degenerative changes. *Spine* 2011;36:1843-8.

Copyright of Spine is the property of Lippincott Williams & Wilkins and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.



Contents lists available at ScienceDirect

# Interdisciplinary Neurosurgery: Advanced Techniques and Case Management

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/inat](http://www.elsevier.com/locate/inat)

Case Reports &amp; Case Series



## Intraoperative pedicle screw migration to the abdominal cavity in a severe osteoporotic spine surgery

Jun Ouchida<sup>a,\*</sup>, Tokumi Kanemura<sup>b</sup>, Kotaro Satake<sup>b</sup>, Hiroaki Nakashima<sup>a</sup>,  
Yoshimoto Ishikawa<sup>b</sup>, Naoki Segi<sup>a</sup>, Hidetoshi Yamaguchi<sup>a</sup>, Shiro Imagama<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Orthopaedics, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

<sup>b</sup> Department of Orthopedic Surgery, Konan Kosei Hospital, Aichi, Japan

### ABSTRACT

**Study Design:** A case report.

**Objective:** To report a dangerous intraoperative complication of spinal instrumentation surgery.

**Summary of Background Data:** Spinal instrumentation is indispensable for surgical treatment of degenerative spinal disorders. Revision surgeries in cases with severe osteoporosis involve high risks of intraoperative complications.

**Methods:** We present a case of a 79-year-old female who underwent revision surgery for thoracolumbar deformity. She had a medical history of rheumatoid arthritis and severe osteoporosis due to long time steroid medication. In the pedicle screw replacement procedure, the implant fell into the abdominal cavity through the vertebrae, as confirmed by fluoroscopy.

**Results:** An emergent surgical survey with intraoperative computed tomography revealed that the implant was buried in the abdominal wall. General surgeons performed abdominal surgery; ascending colon mesentery and ovarian vein injuries were repaired. The patient recovered without any permanent disorders and was discharged from the hospital on schedule.

**Conclusions:** Although intraoperative pedicle screw drop into the abdominal cavity is rare, this complication could occur in cases with severe osteoporosis and a revision surgery accompanied by screw loosening. Therefore, preoperative detailed radiographic evaluation and meticulous attention during surgery are mandatory for treatment of patients with severe osteoporosis.

### 1. Introduction

Spinal instrumentation is indispensable for surgical degenerative spinal disorders. Adjacent segment degeneration is not a rare sequelae; additional postoperative surgical treatment is required [1–3]. However, the possibility of perioperative complications during a revision surgery is high, which remains a challenge for spine surgeons [4,5]. Number of spine surgeries in geriatric patients is rapidly growing in accordance with aging society, and fragile spine due to osteoporosis increases surgery complexity. Implant complications including pedicle screw loosening caused by insufficient initial stability can occur after spinal instrumentation with osteoporosis. We experienced an intraoperative complication wherein a pedicle screw dropped into the abdominal cavity during a revision surgery of a patient with severe osteoporosis.

### 2. Case report

We present the case of a 79-year-old female who underwent a revision surgery for an adjacent segmental disease following posterior lumbar fusion. She had a medical history of rheumatoid arthritis and was administered steroid medication over the past decades. The patient was diagnosed with severe osteoporosis (femoral bone mineral density [BMD], 0.53 g/cm<sup>3</sup>, as per dual-energy X-ray absorptiometry; T-score, −3.4).

She previously underwent posterior lumbar interbody fusion surgery at L4-L5 for lumbar canal stenosis 2 years before this surgery, but an osteoporotic vertebral fracture developed at L2 1 year postoperatively. Low back pain gradually worsened; radiographic examinations, including computed tomographic (CT), were performed.

An additional surgery with long spinal fusion was planned for symptomatic spinal deformity due to the vertebral fracture during this time. To prevent deterioration of sagittal balance due to wedge-shaped

\* Corresponding author at: Department of Orthopaedics, Nagoya University Graduate School of Medicine, 65, Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya-shi, Aichi 466-8550, Japan.

E-mail address: [orthochida@gmail.com](mailto:orthochida@gmail.com) (J. Ouchida).

<https://doi.org/10.1016/j.inat.2020.100943>

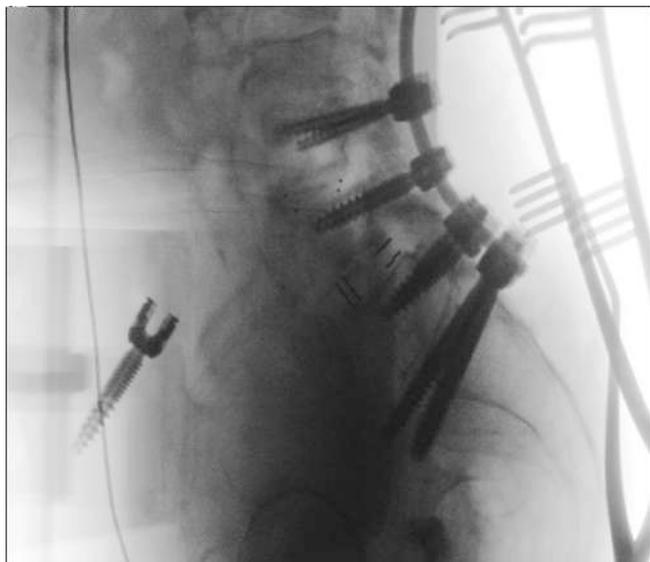
Received 9 June 2020; Received in revised form 11 August 2020; Accepted 21 September 2020

Available online 30 September 2020

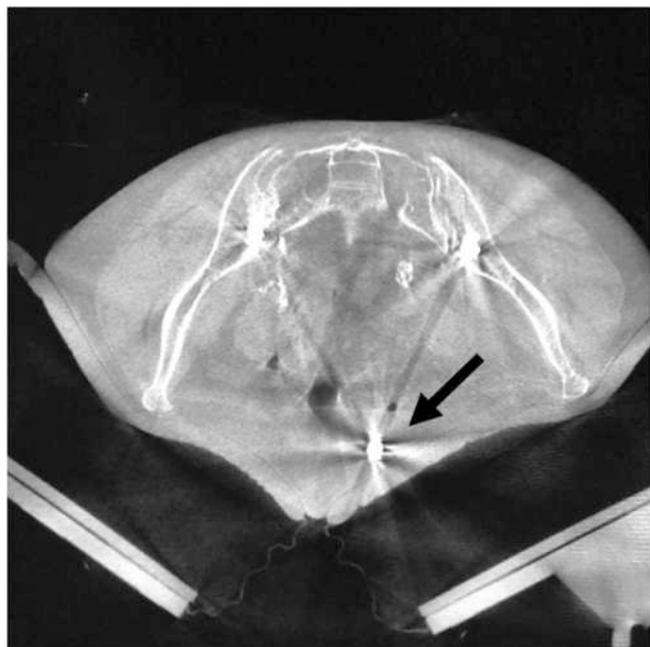
2214-7519/© 2020 The Authors.

Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Fig. 1.** An intraoperative fluoroscopic image: Shown is the pedicle screw that fell into the abdominal cavity.



**Fig. 2.** Intraoperative computed tomographic scan: The screw was found in the abdominal wall (arrow).

deformity of the fractured vertebrae as well as insufficient anchor strength of screws due to osteoporosis, thoracolumbar fixation from T10 to the pelvis and replacement of the inserted screws with a larger diameter were applied. After pedicle screw replacement with a 1-mm increase in diameter, an operator tried to adjust the depth of the screw insertion to align the screw heads. When the operator attempted attaching a screw-holding device to the pedicle screw, the screw disappeared from the surgical field. A fluoroscopic image showed that the implant had fallen into the abdominal cavity (Fig. 1), possibly through the vertebrae, and intraoperative CT immediately performed showed that the screw was buried in the abdominal wall (Fig. 2). There were no signs of hematuria or fluctuations in blood pressure or other vital signs, indicating critical visceral injuries on CT. The planned range of rod connections and skin closures, omitting the process of insertion of the



**Fig. 3.** Preoperative computed tomographic scan: A thinning of the lateral vertebral wall is shown (arrow).

dropped screws were performed promptly.

An emergent surgical survey in the supine position was immediately performed. The ascending colon mesentery and ovarian vein injuries were located by visual and endoscopic survey; colon mesentery was repaired; and ovarian vein was ligated. The ureter, small intestine, or other intra-abdominal organs were uninjured. The screw was removed via a small incision made in the abdominal wall. Postoperatively, the patient recovered without any permanent disorders and was discharged from the hospital on schedule.

### 3. Discussion

Posterior spinal fusion is frequently necessary for adult spinal deformity treatment. Additional surgical treatment is required for deterioration of an adjacent level disorder or kyphotic deformity progression [2,4,6–8]. Patients with poor bone stock had high complication rates after spinal stabilization surgery [7]. Several reports have found positive correlations between pedicle screw stability and BMD [8,9]. Some reports show that steroid use for chronic conditions increases complications after spinal surgery [6,10].

Although some visceral complications associated with implants for spinal fixation surgery have been reported [11–13], there are few reports of spinal implants placed via the posterior approach that reached the abdominal wall [14,15]. In this case, we retrospectively found vertebral lateral wall thinning in a preoperative CT image (Fig. 3). Possibly, the vertebral wall was destroyed by the weak force generated from the screw attachment procedure, and the screw breached the cortical and reached the abdominal wall through the abdominal cavity.

In this case, the fragility of the vertebral wall, soft tissue around the vertebra, and spinal ligament possibly had developed from the effects of chronic corticosteroid therapy for rheumatoid arthritis and from poor BMD. If vertebral wall thinning or screw loosening is found and the stability of the screws is a concern, with gentle manipulation, we recommend forceps be used to prevent implant sinking to avoid ventral migration during screw removal. If screw replacement is required, a change in the screw trajectory and avoidance of screw insertion at the site where vertebral wall perforation is a concern should be considered.

#### 4. Conclusion

Intraoperative cases of a pedicle screw falling into the abdomen are rare. A fragile vertebrae and screw loosening due to osteoporosis are considered factors that contribute to this complication. Preoperative radiographic evaluation and meticulous attention during surgery for treatment patients with osteoporosis are necessary.

#### Acknowledgements

**Conflicts of Interest and Source of Funding:** No funds were received in support of this work. No benefits in any form have been or will be received from a commercial party related directly or indirectly to the subject of this manuscript. There are no conflicts of interest to declare.

**Approval:** The study was approved by the Institutional Review Board of Konan Kosei Hospital.

#### References

- [1] H. Nakashima, N. Kawakami, T. Tsuji, T. Ohara, Y. Suzuki, T. Saito, A. Nohara, R. Tauchi, K. Ohta, N. Hamajima, S. Imagama, Adjacent segment disease after posterior lumbar interbody fusion: based on cases with a minimum of 10 years of follow-up, *Spine (Phila Pa 1976)* 40 (2015) E831–E841, <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000917>.
- [2] G. Ghiselli, J.C. Wang, N.N. Bhatia, W.K. Hsu, E.G. Dawson, Adjacent segment degeneration in the lumbar spine, *J. Bone Joint Surg.* 86 (2004) 1497–1503.
- [3] D. Lau, A.J. Clark, J.K. Scheer, M.D. Daubs, J.D. Coe, K.J. Paonessa, M.O. LaGrone, M.D. Kasten, R.A. Amaral, P.D. Trobisch, J.-H. Lee, D. Fabris-Monterumici, N. Anand, A.K. Cree, R.A. Hart, L.A. Hey, C.P. Ames, Proximal junctional kyphosis and failure after spinal deformity surgery: A systematic review of the literature as a background to classification development, *Spine (Phila Pa 1976)* 39 (2014) 2093–2102, <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000000627>.
- [4] D.W. Polly Jr, J.R. Orchowski, R.G. Ellenbogen, Revision pedicle screws: bigger, longer shims-what is best? *Spine* 23 (1998) 1374–1379.
- [5] K.M. Eichholz, T.C. Ryken, Complications of revision spinal surgery, *Neurosurg. Focus* 15 (2003) 1–4.
- [6] M.B. Cloney, R.M. Garcia, Z.A. Smith, N.S. Dahdaleh, The effect of steroids on complications, readmission, and reoperation after posterior lumbar fusion, *World Neurosurg.* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.11.030>.
- [7] C.J. DeWald, T. Stanley, Instrumentation-related complications of multilevel fusions for adult spinal deformity patients over age 65: surgical considerations and treatment options in patients with poor bone quality, *Spine* 31 (2006) S144–S151.
- [8] R.W. Gaines Jr., The use of pedicle-screw internal fixation for the operative treatment of spinal disorders, *J. Bone Joint Surg.* 82 (2000) 1458–1476.
- [9] S. Soshi, R. Shiba, H. Kondo, K. Murota, An experimental study on transpedicular screw fixation in relation to osteoporosis of the lumbar spine, *Spine* 16 (1991) 1335–1341.
- [10] H. Tang, J. Zhu, F. Ji, S. Wang, Y. Xie, H. Fei, Risk factors for postoperative complication after spinal fusion and instrumentation in degenerative lumbar scoliosis patients, *J. Orthop. Surg. Res.* 9 (2014) 15.
- [11] I. Keerthi, C.S. Dhillon, M.B. Shetty, Late-onset bowel perforation and iliac artery erosion after prominent anterior spinal instrumentation, *Spine* 37 (2012) E1402–E1405, <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318267f813>.
- [12] K. Watanabe, A. Yamazaki, T. Hirano, T. Izumi, A. Sano, O. Morita, R. Kikuchi, T. Ito, Descending aortic injury by a thoracic pedicle screw during posterior reconstructive surgery: A case report, *Spine (Phila Pa 1976)* 35 (2010) E1064–E1068, <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181ed29c1>.
- [13] A.M. Al-Binali, D. Sigalet, S. Goldstein, A. Al-Garni, M. Robertson, Acute lower gastrointestinal bleeding as a late complication of spinal instrumentation, *J. Pediatr. Surg.* 36 (2001) 498–500, <https://doi.org/10.1053/jpsu.2001.21623>.
- [14] J.S. Vanichkachorn, A.R. Vaccaro, M.J. Cohen, J.M. Cotler, Potential large vessel injury during thoracolumbar pedicle screw removal: A case report, *Spine* 22 (1997) 110–113.
- [15] K.C. Foxx, R.C. Kwak, J.M. Latzman, U. Samadani, A retrospective analysis of pedicle screws in contact with the great vessels, *J. Neurosurg. Spine* 13 (2010) 403–406, <https://doi.org/10.3171/2010.3.Spine09657>.



Review Article

## Perspective on the true incidence of bowel perforations occurring with extreme lateral lumbar interbody fusions. How should they be treated?

Nancy E. Epstein, M.D

Clinical Professor of Neurosurgery, School of Medicine, State University of New York at Stony Brook, and % Dr. Marc Agulnick, 1122 Franklin Avenue Suite 106, Garden City, NY 11530, USA.

E-mail: \*Nancy Epstein - nancy.epsteinmd@gmail.com



**\*Corresponding author:**

Nancy E. Epstein, M.D.  
Clinical Professor of  
Neurosurgery, School of  
Medicine, State University of  
New York at Stony Brook, and  
% Dr. Marc Agulnick, 1122  
Franklin Avenue Suite 106,  
Garden City, NY 11530, USA  
nancy.epsteinmd@gmail.com

Received : 04 October 2021  
Accepted : 05 October 2021  
Published : 23 November 2021

DOI

10.25259/SNI\_1003\_2021

Quick Response Code:



### ABSTRACT

**Background:** What is the risk of bowel perforation (BP) with open or minimally invasive (MI) extreme lateral lumbar interbody fusion (XLIF)? What is the truth? Further, if peritoneal symptoms/signs arise following XLIF/MI XLIF, it is critical to obtain an emergent consultation with general surgery who can diagnose and treat a potential BP.

**Literature Review:** In multiple series, the frequency of BP ranged markedly from 0.03% (i.e. 1 of 2998 patients), to 0.08% (11/13,004), to 0.5%, to 8.3% (1 in 12 patients), up to 12.5% (1 in 8 patients). BPs attributed to different causes carry high mortality rates varying from 11.1% to 23%. For the 11 (0.08%) BP occurring out of 13,004 patients undergoing XLIF in one series, there was one (9.09%) death due to uncontrolled sepsis. In another series, where 31 BP were identified for multiple lumbar surgical procedures identified through PubMed (1960–2016), including 10 (32.2%) for lateral lumbar surgery including XLIF, the overall mortality rate was 12.9% (4/31).

**Conclusion:** The incidence of BPs occurring following XLIF/MI XLIF procedures ranged from 0.03% to 12.5% in various reports. What is the true incidence of these errors? Certainly, it is more critical that when spine surgeons' patients develop acute peritoneal symptoms/signs following these procedures, they immediately consult general surgery to both diagnose, and treat potential BP in a timely fashion to avoid the high morbidity (87.1%) and mortality rates (12.9%) attributed to these perforations.

**Keywords:** Bowel, Extreme lateral lumbar interbody fusion, Perforation, Real frequency, Validation, XLIF, Minimally Invasive (MI) XLIF

### INTRODUCTION

What is the true risk of bowel perforation (BP) following open or minimally invasive (MI) extreme lateral lumbar interbody fusion (XLIF) [Table 1]?<sup>[1,2,5-22]</sup> Several studies identified vastly different frequencies of BP following XLIF/MI XLIF; the range varied from 0.03% (1/2988 patients), to 0.08% (11/13,004), to 0.5% (3/590), to 8.3% (1/12 patients), to 12.5% (1 of 8 patients) of cases.<sup>[7,10,15,16,21,22]</sup> Whatever the true frequency of BP with XLIF/MI XLIF, it is most critical that spine surgeons recognize that new postoperative peritoneal symptoms/signs of BPS so that general surgery can be immediately consulted to both diagnose, and potentially treat this medical error in a timely fashion.<sup>[19,22]</sup> Delays in diagnosing any type of BP are associated with high mortality

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as the author is credited and the new creations are licensed under the identical terms.

©2021 Published by Scientific Scholar on behalf of Surgical Neurology International

**Table 1:** Summary of literature.

Author Journal Date	Design	Population	Findings	Findings	Conclusion
Bielecki <i>et al.</i> <sup>[3]</sup> Tech Coloproctol 2002	LBP Morbidity MOR Peritonitis	59 Pts Emergent OR	16.9% MOR 18 Primary Anastomosis 11.1% MOR	22.2% MOR 36 Resection NO Anastomosis 5 Non Resections	“Radical aggressive approach is recommended for most patients with LBP”
Biondo <i>et al.</i> <sup>[4]</sup> Am J Surg 2002	212 Pts Emergency OR Left Colon Perf 1992-2000	Perforations: 133 (63%) Divertic 79 (37%) NonDivertic Divertic	Most Common Cause LBP -Distal Colon Peritonitis	Causes 13 Iatrogenic 30 Tumor 20 Ischemia 16 Other	27 (34%) Primary Resection + Anastomosis 18 (23%) MOR
Tormenti <i>et al.</i> <sup>[21]</sup> Neurosurg Focus 2010	8 AE MIS XLIF versus 4 Open TLIF Adult Scoli	2007-2009 F/O 1.5 Mos 1/8 (12.5%) BP XLIF LBP	Deficits 2/8 (25%) XLIF/TLIF Motor	Deficits 6/8 (75%) Sens Thigh Pares	BP 1/8 (12.5%) MIS XLIF XLIF LBP Intraop Repair
Marquez-Lara <i>et al.</i> <sup>[14]</sup> Spine 2014	NIS Data 2002-2011 543,146 Lumbar OR 414 SE (0.8/1000)	Sentinel Events Wrong Site OR Vascular Injury BP 0.06/1000= 30/543, 146 Bowel Perf	Mortality BP 20X Greater with Sentinel Events 14.6 versus 0.7 per 1000 Cases	Highest Mortality for BP and Vascular Injuries	Risk Death with SE: BP/Peritoneal Injury 200.9 X Greater versus Those with No Complications
Khajavi <i>et al.</i> <sup>[12]</sup> Eur Spine J 2015	MIS XLIF 160 Pts DSpond 68 DDD 20 ASD 26 Post Lam 46	Avg Age 61 66% F 37% Smokers 23% DM F/U 19 mos	197 Levels XLIF Avg 1.2/Pt No Pseud No Instrument Failures	1 (0.6%) Major AE No BP 12% Minor 14% Sens 9% Iliop Motor	XLIF Significant Improvement Outcomes Low AE
Balsano <i>et al.</i> <sup>[2]</sup> Eur Spine J 2015	Case Report 1 Bowel Perf XLIF	Bowel Injury 70-year-old	L3-L4 And L4-L5	Lateral Transpsoas Approach	XLIF Fusion 1 Bowel Perf
Uribe <i>et al.</i> <sup>[22]</sup> Eur Spine J 2015	13,004 MIS-LIF- 25 Ortho 15 Neuro Pros XLIF Avoid Posterior Element Disruption	11 (0.08%) Bowel Perf Literature BP: ALIF 1.7% TLIF 1.2%	Data 10 of 11 BP Avg Age 59 All Fusions 10 BP-Surgeon Experience 0-10 None 11-50 Cases (3 Surgeons) Over 50 cases (7 Surgeons)	Surgery 11 Patients 6 Laparotomies (Debride/Colectomy) 3 Colostomy 2-Insufficient Data When-BP Surgery 4 Intraoperatively 6 Early Postop (Days 2 (1 case), 3(2 cases), 5(1 case), 1 (no date)	Outcomes 10 5 Full Recovery 1 Colostomy 1 Died Sepsis 1 Colon Repair 2 Lost F/O
Isaacs <i>et al.</i> <sup>[10]</sup> Spine 2016	2 Year Outcomes MIS XLIF versus MIS TLIF DSpond+ST 24 mos F/U	1-2 Adjacent Levels L1-L5 Prospective Randomized Observational	29 XLIF 26 TLIF More Canal Area MIS TLIF 43.1 mm versus XLIF 4.1 mm	100% Fused XLIF versus 96% Fused TLIF CT Bridging bone	Both Significant Neurological Improvement
Epstein <i>et al.</i> <sup>[5]</sup> SNI 2016 S656	AE of XLIF Symp MVI Bowel Perf Sterile S Instr Fail	Deficit 4% Symp XLIF versus 15% ALIF 1 Sterile S	3 MVI XLIF 1 Fatal 1 RH/Life Threatening 1 LP Injury/Sens	3 LBP 45% Risk Cage Overhang	3 Bowel Perf Literature Review (2 Cases) 1 Communication

(Contd...)

**Table 1:** (Continued).

Author Journal Date	Design	Population	Findings	Findings	Conclusion
Segawa <i>et al.</i> <sup>[18]</sup> J Spine Surg 2017	MicroEnd XLIF 96 Pts One Surgeon	84 1- Level 9-2 Level 3-3 Levels Avg 1.2 Levels/pt	Average Age 61 years Range 22-83 F/U 18 mos	3 (3.1%) AE 2 End Plate Fractures 1 Deep SSI No Bowel Perf No MVI	MicroEnd XLIF "... one solution for severe visceral and vascular injuries related to XLIF"
Pereira <i>et al.</i> <sup>[16]</sup> J Clin Neurosci 2017	XLIF for ST DSpond 23 Pts 91% ST 35% Prior Surgery	Retrospective VAS ODI 48% Sens-LS 1 RH Treatment No Surgery	XLIF Pros Restore Disc Height Improved Radiculopathy No BP	61% Improved Cobb Angle 11% Correction Lordosis	XLIF "...suited to treating complex ... degenerative disease"
Fujibayashi <i>et al.</i> <sup>[7]</sup> Spine 2017	2 Years Japan 2988 Cases XLIF 1995 OLIF 1003 71 Sites	Retrospective Survey 2013-2015 Response Rate 86.1%	540 AE 474 (84.8%) Analyzed AE 18% 5.15 Sens 4.3% Motor All 12 F Avg age 64.5 F/U 28 mos	0.03% Vascular Injury 0.03% Lower Bowel Perf LBP 0.7% SSI 2.2% Reop XLIF-Improved Pain, Scoliosis Lordosis	More BP/Peritoneal Laceration OLIF
Paterakis <i>et al.</i> <sup>[15]</sup> J Spine Surg 2018	12 XLIF Deg. Scolio w/wo Instr. Fusion	2008-2017 Retrospective. VAS, ODI Cobb-Angle 18/31 (58.1%) Lumbar Disc Symptoms- Signs-Sepsis, Abdominal Pain, Vomiting, Hypotension Peritonitis	Time to Diagnosis 3 Intraop 12<2 Days- 5-2-7 Days 4-1 Week-1 yr	Abdominal Pelvic CT-Fluid in Abdomen, PneumoP, Abscess Instruments Close to Bowel Timely Treatment Reduced Mortality	1 (8.3%) of 12 LBP- Bowel Perf Primary Anastomosis
Siasos <i>et al.</i> <sup>[19]</sup> J Spine Surg 2018	31 BP Lumbar OR 1960-2016 10/31-32.3% XLIF, ALIF TLIF 15-L5S1 16-L45	Lumbar Disc Symptoms- Signs-Sepsis, Abdominal Pain, Vomiting, Hypotension Peritonitis	Time to Diagnosis 3 Intraop 12<2 Days- 5-2-7 Days 4-1 Week-1 yr	Abdominal Pelvic CT-Fluid in Abdomen, PneumoP, Abscess Instruments Close to Bowel Timely Treatment Reduced Mortality	MOR 4/31 (12.9%) Morbidity 87.1% (27)
Tamburrelli <i>et al.</i> <sup>[20]</sup> Eur Spine J 2018	MIS XLIF Lysis/ Spond XLIF+PLF (Percutan- eous PS Fusion)	Correction Vertebral Slip 56.3% VAS Improved form 7.1 to 2.2	ODI Improved 36.8% to 24.1% SF 36 Physical Health 83.2% 1 yr	CT 1 yr-No Loosening "XLIF"... good correction of the listhesis...	XLIF for Lysis/Spond Reliable and Safe
Li <i>et al.</i> <sup>[13]</sup> World Neurosurg 2019	Learning Curve for 1st 30 Cases (2014) OLIF versus XLIF	Lumbar OR Disc, Stenosis, DS, Infection, Trauma, Tumor Findings Same OR Time, LOS, EBL F/O 24 mos	Avg Age XLIF 58.4 OLIF 56.1 XLIF 24 1-Level, 4 at 2 Levels, 2 at 3 levels XLIF Levels 5 L23, 9 L34 24 L45	AE OLIF 33.3% (9 Cases) 3 Vascular 0 BP Other 1 Cage in canal, 2 Root injuries, 1 Sympathetic Chain Injury, 1 cage Displacement, 1 End Plate Injury	Lower AE XLIF 10% 3 Cases (1 Infection, 1 End Plate Injury, 1 sensory) 0 Vascular 0 BP
Epstein <sup>[6]</sup> SNI 2019	Review AE XLIF-20 Studies 1080 XLIF	Deficits 30-40% Nerve Injury: 12.3%Lumbar PL, Ilioinguinal Iliohypogastric Genitofemoral LFC, SUBC, Symp	Deficits .04% Vascular Other: BP, Ileus, Sterile S 7.5% Pseud SUBS, Reop	Literature Review 12.3% Plexus Injuries 0-75% Sens UT 40% Motor UT 34% Thigh Pain	"Most XLIF studies are limited by study design, sample size, and potential conflicts of interest"

(Contd...)

**Table 1:** (Continued).

Author Journal Date	Design	Population	Findings	Findings	Conclusion
Rustagi <i>et al.</i> <sup>[17]</sup> Global Spine J 2019	590 XLIF 3 BP No BP for: 171 ALIF, 14 OAIF Avg Time to Diagnosis 4.7 Days (Range 3–7)	3 BP Due to XLIF-3 F, Avg age 74.3 Symptoms Abdominal Pain Distention Fever Nausea/ Vomiting Sepsis	Abdominal/ Pelvic CT- Extraluminal Trapped Air Loss Bowel Continuity Increased Bowel Wall Thickness	Levels/Surgery L45-1 L2-4 XLIF/L2-S1 PF-1 L2-L5 XLIF-1 3 BP Operations Ileocectomy/Side/ Side Anastomosis (1) Colectomy/ Ileostomy (1) Colectomy/End/End Anastomosis (1)	Outcomes 3 Good Quoted Literature Visceral Injuries with Anterior Procedures 0–5%
Aoki <i>et al.</i> <sup>[11]</sup> Sci Rep 2020	Prevalence Lumbar Lysis and Spond with Deg ST	Lumbar Lysis Mostly Occurs in Adolescent Athletes	580 Pts 37 (6.4%) Lysis 19 (51.4%) of 37 Spond	XLIF Preserved Facet Joints, Lamina, Parasp Musc	Majority Lysis/Spond 60/> Often Seen
Hiyama <i>et al.</i> <sup>[8]</sup> Sci Rep 2020	Preop versus Postop 62 MIS XLIF versus 44 MIS TLIF for DSpond+ST	F/U 12.6 mos XLIF Shorter OR 109 min versus 153 min TLIF	EBL Less XLIF 85.4 ml versus TLIF 258 ml; Same Outcomes	XLIF Preserved Facet Joints, Lamina, Parasp Musc	Higher Rate Improvement of LBP for XLIF versus TLIF
Hwang <i>et al.</i> <sup>[9]</sup> Asian Spine J 2021	Review BP versus PneumoP LLIF 2/140 Cases of BP (2016–2018) Study 90 LLIF APCT 48 h Postop	2 BP Cases: 75 yo L23, L45, L5S1-Colostomy 78 yo L45 LLIF Infection-2nd L34/ L45 LLIF- 5 Days BP- Colostomy	APCT Found 5 (5.5%) No BP but +PneumoP Symptomatic Abdominal Pain/ Fever Peritoneal Signs	Risk Factors-BP LLIF >3 Fusion Levels Surgery L23/L34 levels CT 48 h: PneumoP May Lead to Peritonitis	Recommend Routine 48 hr Postop APCT Rule Out BP versus PneumoP

Deg. Scol: Degenerative Scoliosis, Instr.: Instrumented, F: Female, XLIF: Extreme Lateral Lumbar Interbody Fusion, Retrospect: Retrospective, VAS: Visual Analogue Scale, ODI-Oswestry Disability Scale, w/wo: with/without, mos: Months, AE: Adverse Events, MP: Meralgia Paresthetic, BP/Bowel Perf: Bowel Perforation, Anas: Anastomosis, Neurol: Neurological, Symp: Sympathectomy, MVI: Major Vascular Injuries S: Seroma, Instr Fail: Instrumentation failures, RH: Retroperitoneal Hematoma, IP: Iatrogenic Pseudoaneurysm, DCom: Direct Communication, Inj: Injuries, Pl: Plexus, LFC: Lateral Femoral Cutaneous, SUBC: Subcostals Postop: Postoperative, Pseud: Pseudarthrosis, SUBS: Subsidence, Reop: Reoperations, Sens: Sensory, UT: Up to, LP: Lumbar Plexus, Ant: Anterior, PS: Pedicle Screw, MI/MIS: Minimally Invasive, TLIF: Transforaminal Lumbar interbody Fusion, LAP: Laparotomy, BR: Bowel Resection, Pares: Paresthesias, LIF: Lateral Interbody Fusion, SSI: Surgical Site Infection, OLIF: Oblique Lateral Interbody Fusion, SS: Spinal Disease, Lysis: Spondylolysis, Spond: Spondylolisthesis, Deg: Degenerative, Pts: Patients, DSpond: Degenerative Spondylolisthesis, MI/MIS: Minimally Invasive, EBL: Estimated Blood Loss, Parasp: Paraspinal, Musc: Muscles, ST: Stenosis. F/O: Followed, DDD: Degenerative Disc Disease, ASD: Adjacent Segment Disease, Post Lam: Post Laminectomy Syndrome, DM: Diabetes, Avg: Average, Micro End: Microendoscopic. LBP: Large Bowel Perforation, Divertic: Diverticulitis, MOR: Mortality, MIS-LIF: Minimally Invasive Lateral Interbody Fusions, ALIF: Anterior Lumbar Interebody Fusion, GI: Gastrointestinal System, OAIF: Oblique Anterior Lumbar interbody Fusion, NIS: Nationwide Inpatient Sample, PneumoP: Pneumoperitoneum, LLIF Lateral Lumbar Interbody Fusion, APCT: Abdominal Pelvic CT, Neuro: Neurological, PF: Posterior Fusion, SE: Sentinel Events, OR: Operation/ Surgery, Perf: Perforation, Ortho: Orthopedic, Neuro: Neurosurgery, yo: Year Old

rates ranging from 11.1-23%.<sup>[3,4]</sup> Notably, specific mortality rates for BP occurring in patients undergoing XLIF/MI XLIF ranged from 9.09% (1/11 BP in 13,004 XLIF patients) to 12.9% (4/31 BP occurring in a series of 18 patients following diskectomies/microdiskectomies, and 10 lateral procedures including XLIF).<sup>[19,22]</sup>

## FREQUENCY OF SPONDYLOSIS WITH ISTHMIC SPONDYLOLYSIS AND SPONDYLOLISTHESIS

In 2020, Aoki *et al.* reviewed 580 cases of lumbar spondylosis; 37 (6.4%) patients had spondylolysis, with 19 of 37 additionally demonstrating spondylolisthesis (51.4%) [Table 1].<sup>[11]</sup> They

emphasized that spondylolysis/spondylolisthesis defects were most typically reported in adolescent male athletes. Notably, these are the patients who may be specifically targeted for canal distraction/decompression with XLIF/MI XLIF supplemented with posterolateral fusions (PLF) performed utilizing pedicle screw instrumentation as these combined procedures offer preservation of the posterior elements.

### **XLIF SUPPLEMENTED WITH POSTERIOR LATERAL FUSION (PLF) WITH PEDICLE SCREW INSTRUMENTATION FOR SPONDYLOLYSIS/ SPONDYLOLISTHESIS**

In select patients with isthmic spondylolysis/spondylolisthesis, XLIF/MI XLIF may be combined with posterolateral instrumented pedicle screw fusions to provide simultaneous anterior indirect canal decompression with posterior stabilization/fusion (PLF).<sup>[20]</sup> This combination of procedures avoids disruption of the posterior elements (i.e. facet joints, laminae, spinous processes) [Table 1].<sup>[20]</sup> In Tamburrelli *et al.* (2018), MI XLIF were performed to address isthmic spondylolysis with spondylolisthesis, and were effectively supplemented with percutaneous pedicle screw fusions (PLF). This provided; “a reliable and safe option to the most common open procedures,” that usually included TLIF, while allowing for “good correction of the listhesis.”<sup>[20]</sup>

### **DIFFERENT FREQUENCIES OF BOWEL PERFORATIONS REPORTS FOR XLIF/MI XLIF**

For multiple series, the incidence of BPs attributed to XLIF/MI XLIF ranged between 0.03% to 12.5%; this left us questioning the true incidence of this surgical error [Table 1].<sup>[2,7,9,15,17,19,21,22]</sup> Specifically, BPs occurred in one case report, and with higher numbers of cases reported in other clinical series [Table 1].<sup>[2,5,7,9,15,17,19,21,22]</sup> In 2015, Balsano *et al.* described a 70-year-old male who, following a L3-L4/L4-L5 XLIF, developed a BP.<sup>[2]</sup> Tormenti *et al.* (2010) found 1 (12.5%) BP occurring after performing just 8 MI XLIF (2007–9).<sup>[21]</sup> Uribe *et al.* (2015) noted that out of 13, 004 MI XLIF, there were 11 BPs. [22] Surgeons in this study were experienced with XLIF/MI XLIF as they had performed between 11 to 50 cases or over 50 cases.<sup>[22]</sup> When Fujibayashi *et al.* (2017) looked at 1995 patients undergoing XLIF with another 1003 having oblique lateral lumbar interbody fusions (OLIF), there was just one case (0.03% of 2988 patients) of a BP.<sup>[7]</sup> Paterakis *et al.* (2018) later found that 1 of 12 patients (8.3%) undergoing XLIF for degenerative scoliosis sustained a BP (i.e. treated with a primary resection/anastomosis).<sup>[15]</sup> In 2018, Siasos *et al.* documented 31 BPs; 10 occurred after MI lumbar operations; (i.e. XLIF, anterior, lumbar interbody fusion [ALIF], and transforaminal lumbar interbody

fusion [TLIF]), while 18 followed lumbar discectomies/microdiscectomies).<sup>[18]</sup> In 2019, Rustagi *et al.* found 3 (0.5%) of 590 XLIF resulted in BP.<sup>[17]</sup> Finally, Hwang *et al.* (2021) determined that 2 of 140 LLIF resulted in BP.<sup>[9]</sup>

### **STUDIES NOT SPECIFICALLY REPORTING THE INCIDENCE OF BOWEL PERFORATIONS**

Four clinical series, involving between 23 and 96 patients per study, did not discuss BP as occurring following XLIF/MI XLIF [Table 1].<sup>[8,10,16,18]</sup> In a prospective, multicenter combined randomized/observational series, Isaacs *et al.* (2016) looked at the 2 year outcomes for 1–2 adjacent-level L1-L5 MI XLIF (29 patients) versus MI TLIF (26 patients).<sup>[10]</sup> These were performed to address degenerative spondylolisthesis and stenosis; no bowel perforations were observed.<sup>[10]</sup> When Segawa *et al.* (2017) assessed the safety/efficacy of microendoscopic 1–3 level XLIF performed in 96 patients, they reported no BPs or vascular injuries.<sup>[28]</sup> They attributed this to the introduction of the microendoscopy technique.<sup>[18]</sup> When Pereira *et al.* (2017) evaluated 23 XLIF, they too encountered no BPs.<sup>[16]</sup> Additionally, no BPs were cited in the Hiyama *et al.* series that compared the complications of 62 MI XLIF versus 44 MI TLIF.<sup>[8]</sup> Of interest, they also found that XLIF operations were nearly 1/3 shorter than TLIF, the average blood loss of MI XLIF was reduced by 2/3, while the XLIF/MI XLIF procedures offered the benefit of preserving the posterior elements.<sup>[8]</sup>

### **SIGNIFICANT INCIDENCE OF NEUROLOGICAL, VASCULAR, AND OTHER INJURIES WITH XLIF/MI XLIF**

Many XLIF/MI XLIF studies cited high frequencies of new sensory (i.e. 5.15–75% including thigh paresthesias), new motor (5.15–40% - typically iliopsoas), and vascular (0.03–0.04%) injuries [Table 1].<sup>[6,7,12,13,16,18,21]</sup> Other postoperative complications included; 0.7% plus incidence of surgical site infections, end plate injuries/fractures, retroperitoneal hematomas, sterile seromas, postoperative ileus, pseudarthrosis, and the need for additional surgery.<sup>[7,13,16,18]</sup>

### **LEARNING CURVE FOR XLIF VERSUS OLIF**

In Li *et al.* (2019), the learning curve for the first 30 cases of XLIF versus OLIF were studied in patients undergoing lumbar surgery for disc disease, stenosis, degenerative spondylolisthesis, infection, trauma, or tumor.<sup>[13]</sup> There was a 10% incidence of adverse events (AE) occurring within the early learning curve for 1–3 level XLIF versus 33.3% for OLIF. Patients were on average in their late fifties, and although none developed BP in either group in this series, 3 undergoing OLIF had major vascular injuries, while 3 patients having XLIF sustained minor

complications (i.e. 1 infection 1 end plate injury, and 1 new sensory deficit).

### FREQUENCY OF BOWEL PERFORATIONS WITH XLIF/MI XLIF

Vastly different frequencies of BPs occurred in patients undergoing XLIF/MI XLIF, ranging from 0.03% to 12.5% [Table 1].<sup>[7,9,15,19,21,22]</sup> Most critically, when patients develop new postoperative peritoneal symptoms/signs (i.e. abdominal pain, hyperemesis, hypotension, peritonitis, and sepsis), spinal surgeons should immediately consult general surgeons to both diagnose and surgically manage BPs if diagnosed and warranted. In Siasos *et al.*, 3 cases of BP were diagnosed intraoperatively, while the remainder were diagnosed/operated on between 2 days and 1 week/1 year postoperatively.<sup>[19]</sup> For 3 of the 590 patients in Rustagi *et al.* series, the diagnosis of BPs led to surgery performed an average of 4.7 days (range 3–7) postoperatively.<sup>[17]</sup>

### DIAGNOSTIC FINDINGS FOR BOWEL PERFORATIONS ON ABDOMINAL/PELVIC CT SCANS

Multiple studies also confirmed common findings on Abdominal/Pelvic CT scans (APCT) consistent with/diagnostic of BPs following XLIF/MI XLIF.<sup>[17,19]</sup> These findings included; fluid in the abdomen, pneumoperitoneum, instrumentation close to the bowel, extraluminal trapped air, loss of bowel continuity, and increased bowel wall thickness.<sup>[17,19]</sup> Of interest, Rustagi *et al.* (2019) noted: “The isolated presence of air/fluid in the retroperitoneal space is easily confounded by the presence of expected postoperative findings following TPIF (i.e. XLIF).”<sup>[17]</sup> Alternatively, after observing 2 instances of BP out of 140 patients undergoing LLIF, Hwang *et al.* (2021) prospectively performed APCT within 48 postoperative hours.<sup>[9]</sup> Out of 90 LLIF, they found that APCT studies performed in 5 patients (5.5%) with peritoneal symptoms had pneumoperitoneum; despite this, there were no documented BPs.<sup>[9]</sup> They further correlated an increased risk of BP with LLIF fusion of more than 3 levels, and surgery performed at the L2-L3, and/or L3-L4 levels.

### TREATMENT OF BPs OF ALL ETIOLOGIES

High mortality rates are reported for BPs occurring due to many different factors (i.e. especially diverticular disease, and non-diverticular disease exclusive of spinal surgery) [Table 1].<sup>[3,4]</sup> One series cited an 11.1% mortality rate where primary resections/anastomoses were possible, but a 22.2% mortality if these were not feasible.<sup>[3]</sup> The second study found an overall 23% mortality rate for BP, that included

consideration of diverticular (133 patients) and non-diverticular-related (79%) perforations.<sup>[4]</sup>

### HIGH MORTALITY RATE FOR BOWEL PERFORATIONS FOLLOWING XLIF/MI XLIF

High mortality rates (i.e. up to 12.9%) are reported for BPs occurring due to XLIF/MI XLIF.<sup>[14,17,19,22]</sup> This, therefore, warrants that patients presenting with new peritoneal signs following XLIF/MI XLIF should immediately undergo evaluation by general surgery to diagnose and potentially treat BPs. In Marzuez-Lara *et al.* (2014) National Inpatient Database involving 543,146 patients undergoing lumbar surgery, 30 patients had BPs/peritoneal injuries; they had a 20 fold greater mortality rate when compared to those without such intraoperative errors (i.e. 14.6 vs. 0.7/1000 cases).<sup>[14]</sup> In Uribe *et al.* (2015), 11 (0.08%) out of 13,004 patients following MI XLIF had BPs.<sup>[22]</sup> Repairs were performed intraoperatively (4 cases), or between postoperative days 2–5; the result was 1 death from sepsis, 5 full recoveries, one permanent colostomy, while 3 were lost to follow-up.<sup>[22]</sup> For the 31 BPs identified in Siasos *et al.* review (2018), including 10 due to XLIF, ALIF, and TLIF, surgery to address BPs were performed intraoperatively (3 cases), and up to 1 week/1 year postoperatively.<sup>[19]</sup> Further, when Rustagi *et al.* operated on 3 (0.5%) BPs out of a series of 590 patients undergoing XLIF, they were diagnosed and operated on an average of 4.7 days postoperatively, resulting in no deaths, but one permanent ileostomy.<sup>[17]</sup>

### CONCLUSION

The incidence of BPs reported following XLIF/MI XLIF procedures ranged from 0.03% up to 12.5% in multiple studies.<sup>[7,8,15,17,19,21,22]</sup> Hence, it is apparent that the true incidence of BPs following these procedures is still not well defined [Table 1].<sup>[7,9,15,17,19,21,22]</sup> What is clear, however, is that patients who acutely develop peritoneal symptoms/signs following XLIF/MI XLIF should immediately undergo evaluation by general surgery to diagnose and potentially surgically treat BPs if warranted [Table 1].<sup>[3,4,14,17,19,22]</sup>

### Declaration of patient consent

Patient’s consent not required as there are no patients in this study.

### Financial support and sponsorship

Nil.

### Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

## REFERENCES

1. Aoki Y, Takahashi H, Nakamina A, Kubota G, Watanabe A, Nakajima T, *et al.* Prevalence of lumbar spondylolysis and spondylolisthesis in patients with degenerative spinal disease. *Sci Rep* 2020;10:6739.
2. Balsano M, Carlucci S, Ose M, Boriani L. A case report of a rare complication of bowel perforation in extreme lateral interbody fusion. *Eur Spine J* 2015;24 Suppl 3:405-8.
3. Bielecki K, Kaminski P, Klukowski M. Large bowel perforation: Morbidity and mortality. *Tech Coloproctol* 2002;6:177-82.
4. Biondo S, Pares D, Rague JM, de Oca J, Toral D, Borobia FG, *et al.* Emergency operations for nondiverticular perforation of the left colon. *Am J Surg* 2002;183:256-60.
5. Epstein NE. Non-neurological major complications of extreme lateral and related lumbar interbody fusion techniques. *Surg Neurol Int* 2016;7 Suppl 25:S656-9.
6. Epstein NE. Review of risks and complications of extreme lateral inter-body fusion (XLIF). *Surg Neurol Int* 2019;10:237.
7. Fujibayashi S, Kawakami N, Asazuma T, Ito M, Mitzutani J, Nagashima H, *et al.* Complications associated with lateral inter-body fusion: Nationwide survey of 2998 cases during the first 2 years of its use in Japan. *Spine (Phila Pa 1976)* 2017;42:1478-84.
8. Hiyama, A, Katoh H, Sakai D, Tanaka M, Sto M, Watanabe M. Short-term comparison of preoperative and postoperative pain after indirect decompression surgery and direct decompression surgery in patients with degenerative spondylolisthesis. *Sci Rep* 2020;10:18887.
9. Hwang ES, Kim KJ, Lee CS, Lee MY, Yoon SJ, Park JW, *et al.* Bowel injury and insidious pneumoperitoneum after lateral lumbar inter-body fusion. *Asian Spine J* 2021. Doi: 10.31616/asj.2021.0132.
10. Isaacs RE, Sembrano JN, Tohmeh AG, SOLAS Degenerative Study Group. Two-Year comparative outcomes of MIS lateral and MIS transforaminal interbody fusion in the treatment of degenerative spondylolisthesis: Part II: Radiographic findings. *Spine (Phila Pa 1976)* 2016;41 Suppl 8:S133-44.
11. Januszewski J, Keem SK, Smith W, Beckman JM, Kanter AS, Oskouian RJ, *et al.* The potentially fatal Ogilvie's syndrome in lateral transpoas access surgery: A multi-institutional experience with 2930 patients. *World Neurosurg* 2017;99:302-7.
12. Khajavi K, Shen A, Laguna M, Hutchison A. Comparison of clinical outcomes following minimally invasive lateral interbody fusion. *Eur Spine J* 2015;24 Suppl 3:322-30.
13. Li J, Wang X, Sun Y, Zhang F, Gao Y, Li Z, *et al.* Safety analysis of two anterior lateral lumbar inter-body fusions at the initial stage of learning curve. *World Neurosurg* 2019;127:E901-9.
14. Marquez-Lara A, Nandyala SV, Hassanzadeh H, Sundberg E, Jorgensen A, Singh K. Sentinel events in lumbar spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014;39:900-5.
15. Paterakis KN, Brotis AG, Paschalis A, Tzannis A, Fountas KN. Extreme lateral lumbar interbody fusion (XLIF) in the management of degenerative scoliosis: A retrospective case series. *J Spine Surg* 2018;4:610-5.
16. Pereira EAC, Farwana M, Lam KS. Extreme lateral interbody fusion relieves symptoms of spinal stenosis and low-grade spondylolisthesis by indirect decompression in complex patients. *J Clin Neurosci* 2017;35:56-61.
17. Rustagi T, Yilmaz E, Alonso F, Schmidt C, Oskouian R, Tubbs RS, *et al.* Iatrogenic bowel injury following minimally invasive lateral approach to the lumbar spine: A retrospective analysis of 3 cases. *Global Spine J* 2019;9:375-82.
18. Segawa T, Inanami H, Koga H. Clinical evaluation of microendoscopy-assisted extreme lateral interbody fusion. *J Spine Surg* 2017;3:398-402.
19. Siasos I, Vakharia K, Khan A, Meyers JE, Yavorck S, Pollina J, *et al.* Bowel injury in lumbar spine surgery: A review of the literature. *J Spine Surg* 2018;4:130-7.
20. Tamburrelli FC, Meluzio MC, Burrofato A, Perna A, Proietti L. Minimally invasive surgery procedure in isthmic spondylolisthesis. *Eur Spine J* 2018;27 Suppl 2:237-43.
21. Tormenti MJ, Maserati MB, Bonfield CM, Okonkwo DO, Kanter AS. Complications and radiographic correction in adult scoliosis following combined transpoas extreme lateral interbody fusion and posterior pedicle screw instrumentation. *Neurosurg Focus* 2010;28:E7.
22. Uribe JS, Deukmedjian AR. Visceral, vascular, and wound complications following over 13, 000 lateral inter-body fusions: A survey study and literature review. *Eur Spine J* 2015;24 Suppl 3:S386-96.

## Commentary

Bowel injury in spinal surgery is an uncommon event but well documented for traumatic SCI with associated thoracolumbar fracture/dislocations, interbody spacer migration, and prominent anterior instrumentation. As more lateral, anterior, and redo lateral surgery is performed on an aging population and more spinal surgeons are doing their own approaches, bowel injury may increase. A low threshold for postoperative CT-abdomen/pelvis as a routine precautionary measure may be needed to minimize the potential missed bowel injury or to provide an earlier diagnosis of bowel perforation versus paralytic ileus. Early mobilization, minimization of postoperative narcotics, and optimization of intraoperative anesthesia during surgery can minimize the incidence of ileus in this patient group, but the quick diagnosis and management of bowel perforation is the key to minimizing morbidity and mortality. Early general surgery consultation should be sought in any spine surgery cases with a questionable abdominal exam or postoperative radiographic findings.

Jamie Baisden, M.D.

Professor of Neurosurgery

MCW -Neurosurgery

HUB 4<sup>th</sup> Floor  
8701. Watertown Plank Road  
Milwaukee, WI 53226  
Cell 262-902-0059  
414-248-4997

**How to cite this article:** Epstein N. Perspective on the true incidence of bowel perforations occurring with extreme lateral lumbar interbody fusions. How should they be treated? *Surg Neurol Int* 2021;12:576.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:****NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: LOSCOBOS MEDICAL CENTER S.A.S  
Sigla: LOSCOBOS  
Nit: 901145394 8 Administración : Direccion Seccional  
De Impuestos De Bogota  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 02904410  
Fecha de matrícula: 15 de enero de 2018  
Último año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 22 de marzo de 2023  
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas.

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Avenida Carrera 9 131 A 40  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: [notificaciones@loscobosmc.com](mailto:notificaciones@loscobosmc.com)  
Teléfono comercial 1: 7457581  
Teléfono comercial 2: 3114690511  
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Ak 9 No. 131 A- 40  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: [notificaciones@loscobosmc.com](mailto:notificaciones@loscobosmc.com)  
Teléfono para notificación 1: 7457581  
Teléfono para notificación 2: 3114690511  
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Administrativo.**CONSTITUCIÓN**

Por Documento Privado No. 001 del 12 de enero de 2018 de Accionista Único, inscrito en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2018, con el No. 02292917 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada LOS COBOS MEDICAL CENTER S.A.S.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Acta No. 002 del 27 de febrero de 2018 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de marzo de 2018, con el No. 02314360 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de LOS COBOS MEDICAL CENTER S.A.S a LOSCOBOS MEDICAL CENTER S.A.S.

Se aclara que por Acta No. 002 de Asamblea de Accionistas del 27 de febrero de 2018, inscrita 21 de marzo de 2018 bajo el número R0197547 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: LOS COBOS MEDICAL CENTER S.A.S por el de: LOSCOBOS MEDICAL CENTER S.A.S., y sigla: LOSCOBOS.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

**OBJETO SOCIAL**

LOSCOBOS tendrá como objeto social cualquier actividad civil o comercial lícita, tanto en Colombia como en el extranjero; en especial, la operación, administración y gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, a través de los actos y negocios jurídicos que de manera profesional sean necesarios y convenientes para su desarrollo, según los postulados indicados en el artículo 12, sustentados en un modelo de atención humanista centrado

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

en el paciente y en su familia, que ofrezcan un servicio de calidad en materia de salud integral. Actividades en desarrollo del objeto. En desarrollo de su objeto social, la sociedad podrá realizar, entre otras, las siguientes actividades: negociar, acordar, celebrar, perfeccionar, ejecutar, interpretar, modificar, terminar y/o liquidar toda clase de actos, contratos, relaciones o negocios jurídicos de cualquier naturaleza y a cualquier título, que resulten por causa o con ocasión directa o indirecta con su objeto social, necesarios o convenientes para el desarrollo del mismo, así como para la idónea administración de la compañía, al igual que para manejar, invertir y hacer productivo su patrimonio de manera eficiente, junto con todos aquellos actos lícitos que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o convencionales derivadas de su existencia y actividad; entre ellos: 4.1. Celebrar actos y negocios jurídicos para la constitución, transformación, escisión y fusión de personas jurídicas, ceder cuotas o partes de interés o enajenar acciones y adquirir cuotas o partes de interés o acciones en cualquier clase de persona jurídica nacional o extranjera y actuar como su agente o representante. 4.2. Fusionar la empresa social con otras que sean similares o complementarias o, absorberlas y escindir la sociedad; al igual que llevar a cabo la enajenación global de activos, así como eventualmente la fusión abreviada. 4.3. Aportar sus bienes, en todo o en parte, a otra u otras personas jurídicas a las que le convenga vincularse para el mejor desarrollo de sus negocios. 4.4. Prometer, ofrecer, enajenar, adquirir, arrendar, gravar con fianza, prenda, hipoteca o servidumbre, administrar, usufructuar, poseer, reivindicar, usar, habitar, pignorar, permutar, cambiar, ceder, donar, recibir donaciones, pactar en retroventa, retracto y comisorio y/o custodiar toda clase de bienes muebles e inmuebles a cualquier título. 4.5. Adquirir a cualquier título, así como llevar a cabo, de manera directa o por conducto de terceros, toda clase de locales y/o instalaciones comerciales relacionadas con su objeto social. 4.6. Adquirir a cualquier título, administrar, distribuir, prestar y/o enajenar productos y servicios relacionados con su actividad; al igual que abrir y administrar, directa o indirectamente, los establecimientos de comercio que sean necesarios y/o convenientes para ello. 4.7. Explotar, enajenar, arrendar, usufructuar, gravar y administrar, en general, los bienes que componen el patrimonio social. 4.8. Celebrar, con personas jurídicas del sistema financiero y asegurador, toda clase de contratos u operaciones tales como préstamos o mutuos con o sin garantía de los bienes sociales, seguros, leasing, fiducia, factoring, abrir y saldar

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
cuentas de ahorro, corrientes o fiduciarias, constituir depósitos a término, fondos fiduciarios y encargos fiduciarios, invertir en acciones, bonos, o cualquier otro título valor, entre otros negocios jurídicos. 4.9. Girar, emitir, otorgar, aceptar, endosar, protestar, descontar, ceder, cobrar, avalar, cancelar y negociar títulos valores así como documentos de crédito. 4.10. Importar o exportar bienes y servicios. 4.11. Contratar personal calificado en forma directa o indirecta, mediante vinculación laboral o por servicios civiles o comerciales. 4.12. Condonar deudas y desistir de obligaciones. 4.13. Transigir, conciliar y suscribir compromisos y cláusulas compromisorias. 4.14. Adquirir a cualquier título concesiones, permisos, marcas, patentes, signos distintivos, nombres y lemas comerciales, franquicias, licencias, representaciones, nombre de dominio y demás bienes y derechos mercantiles intangibles y, en general, de propiedad intelectual sea porque formen parte de la propiedad industrial o del régimen del derecho de autor; o, del régimen de obtentor de variedades vegetales; o, en calidad de información confidencial, privilegiada o estratégica; así como secretos comerciales, esquemas de trazado de circuitos integrales, entre otros. 4.15. Celebrar promesas de contrato, ofertas o propuestas y contratos de mandato con o sin representación, preposición, agencia comercial, comisión, corretaje, cuentas en participación, cesión de posición contractual, anticresis, factoring, depósito, transporte, distribución, suministro, edición, obra, consignación o estimatorio, cuenta corriente mercantil, fianza o aval, donación, comodato, mutuo, usufructo, servidumbre, compraventa nacional e internacional, explotación de tecnología, know how, franquicia, licenciamiento de software, joint venture, consorcios, uniones temporales, derivados financieros como forward, futuros, opción, swap o permuta financiera, comercio electrónico, servicios médicos, investigación y desarrollo, concesión, consultoría, prestación de servicios, proyecto financiero, estabilidad tributaria, renting, underwriting, entre otros negocios jurídicos tanto típicos como atípicos. 4.16. Participar en concursos o licitaciones públicas o privadas, presentar propuestas, adelantar negociaciones, calificar como proveedor, entre otras posibilidades, para la celebración y ejecución posterior de actos y negocios jurídicos que tengan relación directa, indirecta y/o consecencial con su objeto social. 4.17. Constituir, bajo la forma jurídica que convenga, consorcios o asociaciones -entre otras posibilidades- en el país o en el exterior, con personas jurídicas nacionales o extranjeras, para la realización de cualquier actividad relacionada con su objeto. 4.18. Colocar sus

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
excedentes de tesorería y sus reservas en el mercado de capitales, de manera transitoria o permanente, suscribiendo bonos, adquiriendo títulos, acciones, derechos, efectuando depósitos o realizando cualquier tipo de operación con entidades financieras autorizadas. 4.19. Realizar todo tipo de transferencia internacional, tanto para recibir como para enviar divisas al exterior y realizar los trámites relacionados con la inversión extranjera. 4.20. En general, celebrar y ejecutar en su nombre y por su cuenta o por cuenta de terceros; o, en participación con ellos, todo tipo de actos, contratos y operaciones que sean necesarios o convenientes para cumplir o facilitar las actividades del objeto de estos estatutos y que de manera directa se relacionen con el mismo o tiendan a complementario. Parágrafo primero. Los actos, operaciones y contratos enunciados en esta cláusula no son taxativos. Parágrafo segundo: en cuanto al otorgamiento de créditos a favor de los socios o para la constitución de garantías de obligaciones ajenas, sean de socios o de terceros, tales negocios sólo podrían efectuarse si con ello se obtiene un beneficio directo para la sociedad, previa aprobación de la asamblea general de accionistas.

**CAPITAL****\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor : \$25.000.000.000,00  
No. de acciones : 2.500.000,00  
Valor nominal : \$10.000,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor : \$21.000.000.000,00  
No. de acciones : 2.100.000,00  
Valor nominal : \$10.000,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor : \$21.000.000.000,00  
No. de acciones : 2.100.000,00  
Valor nominal : \$10.000,00

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**REPRESENTACIÓN LEGAL**

La sociedad tendrá un (1) representante legal general con su respectivo suplente, quien ostentara el cargo de presidente de la compañía, ejerciendo las funciones que por ley, por estos estatutos le corresponda y/o que le hubiere delegado la asamblea general de accionistas o la junta directiva, teniendo por tanto a su cargo la administración y gestión de los negocios sociales con sujeción a la ley, los presentes estatutos, al igual que a las decisiones, reglamentos y resoluciones de la asamblea general de accionistas y de la junta directiva. Así mismo, la sociedad contará con un (1) representante legal para asuntos judiciales y jurídicos junto con su respectivo suplente, para desarrollar únicamente las atribuciones que se estipulan en el parágrafo del artículo 42 y las que el delegue el presidente de la sociedad.

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Facultades del representante legal general (presidente) y del representante legal para asuntos judiciales y jurídicos. El representante legal general (es decir el presidente) y su suplente, en su carácter de tales, tendrán las facultades y limitaciones asignadas por estos estatutos y por la ley, entre otras: 1. Ejercer la representación legal de la sociedad, -dentro de las siguientes restricciones y limitaciones que dispone este estatuto; por consiguiente, para realizar actos y/o negocios jurídicos que lleguen a encontrarse por fuera de tales facultades, el representante legal deberá contar con la previa autorización de la junta directiva plasmada en la respectiva acta, según lo estipulado en el numeral séptimo del artículo 382. 2. Ejecutar las decisiones de la asamblea general de accionistas y la junta directiva, incluyendo, pero sin limitarse al plan de negocios anual. 3. Presentar a la asamblea general de accionistas, el balance general, cuentas, inventarios y, en general, estados financieros, al finalizar cada ejercicio contable, conjuntamente con la junta directiva. 4. Ejercer las funciones que la junta directiva y/o la asamblea general de accionistas le otorgue y delegar en los empleados y órganos de la sociedad, las funciones que considere dentro de los límites fijados. 5. Convocar a la asamblea general de accionistas y a la junta directiva a sesiones ordinarias y a las extraordinarias que estime conveniente. 6. Fijar las funciones del talento humano de la

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
compañía, así como dirigir, coordinar, vigilar y controlar el personal de la compañía, así como supervisar la ejecución de las actividades y programas de la compañía. 7. Crear los empleos que considere necesarios para el buen desarrollo de la compañía y fijar su remuneración, según las directrices señaladas por la junta directiva. 8. Suscribir los actos o negocios jurídicos que requiera la sociedad para realizar sus actividades y operaciones, dentro de la cuantía de diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; y, previa autorización de la junta directiva mediante la respectiva acta, aquéllos que superan dicha cuantía. 9. Contratar, promover y remover el personal al servicio de la sociedad y, de manera complementaria proferir los actos necesarios para su administración, conforme con las disposiciones vigentes y, las directrices señaladas por la junta directiva, pudiendo delegar la contratación de ciertos empleados o colaboradores en el representante jurídico. 10. Proveer el recaudo de los ingresos, ordenar los gastos y en general dirigir las operaciones propias de la sociedad dentro de la prescripción de la ley aplicable, de las disposiciones de la asamblea general de accionistas y de la junta directiva. 11. Velar por la correcta aplicación de los fondos y el debido mantenimiento y utilización de los bienes de la sociedad. 12. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la junta directiva, relacionadas con el control interno, el buen gobierno y la administración de riesgos, entre otros, así como velar por su cumplimiento. 13. Presentar. A la asamblea general de accionistas y a la junta directiva, informes detallados sobre la marcha general de la sociedad y sobre el estado de ejecución de las actividades propias de su objeto social, de acuerdo con lo estipulado para el efecto en el numeral 12 del artículo 382. De estos estatutos. 14. Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público, no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la sociedad. 15. Ejercer la dirección y manejo de la actividad contractual y la de los procesos de selección de la sociedad. 16. Las demás que la ley aplicable determine o que se relacionen con el funcionamiento y organización de -la sociedad y que le correspondan; o que le sean atribuidas por la asamblea general de accionistas y/o por la junta directiva. Parágrafo: siguientes: son atribuciones del representante para asuntos judiciales y jurídicos las a. Representar judicial y extrajudicialmente a la sociedad en procesos administrativos, laborales, fiscales, penales, civiles, comerciales, cambiarios, disciplinarios, entre otros, procesos administrativos sancionatorios

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
ante la vía gubernativa, si ello fuere procedente, y/o ante la justicia ordinaria, la justicia arbitral, así como ante cualquier, autoridad que ejerza funciones jurisdiccionales y/o de conciliación en los temas antes referidos; así como frente a las autoridades de inspección, vigilancia y control. En especial, será representante legal de la sociedad para efectos de notificación y atención de acciones de tutela. B. De acuerdo con lo indicado en el ordinal anterior, constituir mandatarios especiales que representen a la sociedad en asuntos judiciales y extrajudiciales. La designación de dichos mandatarios debe recaer en personas legalmente habilitadas para actuar y deberá cumplir con las exigencias relacionadas con la publicidad en el registro mercantil y demás pertinentes, según corresponda. C. De acuerdo con la delegación que le hubiere conferido la junta directiva y/o el representante legal general, contratar a los empleados o colaboradores de la sociedad, dentro de las limitaciones y condiciones impuestas en la delegación. D. Acatar las directrices que emanen de la asamblea de accionistas, de la junta directiva y del representante legal general.

**NOMBRAMIENTOS****REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 042 del 27 de julio de 2021, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de octubre de 2021 con el No. 02750098 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Presidente	Miguel Ernesto Otero Cadena	C.C. No. 17069591

Por Acta No. 005 del 17 de julio de 2018, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 27 de junio de 2019 con el No. 02481043 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Para Asuntos	Martha Lucia Claros Gregory	C.C. No. 51941019

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Judiciales Y  
Jurídicos

Por Acta No. 049 del 22 de febrero de 2022, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de septiembre de 2022 con el No. 02879048 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante	Ricardo Andres Pedraza	C.C. No. 1049617893
Legal Suplente	Gomez	
Para Asuntos		
Judiciales Y		
Jurídicos		

Por Acta No. 062 del 28 de febrero de 2023, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de abril de 2023 con el No. 02954199 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante	Carlos Fernando Sefair	C.C. No. 79532782
Legal Suplente	Cristancho	

**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

## JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Fernando Medina Vergara	C.C. No. 19201700
Segundo Renglon	Ligia Granados De Prieto	C.C. No. 41397907
Tercer Renglon	Orlando Jaramillo Jaramillo	C.C. No. 19244831
Cuarto Renglon	Gerardo Aristizabal Aristizabal	C.C. No. 1332638
Quinto Renglon	Carlos Alberto Leal Contreras	C.C. No. 19458991
Sexto Renglon	Alvaro Franco Zuluaga	C.C. No. 19295736

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

## SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Beatriz Helena Cuello Lacouture	C.C. No. 49758639
Segundo Renglon	Alix Gomez Malagon	C.C. No. 33449600
Tercer Renglon	Leonardo Garcia Suarez	C.C. No. 16779418
Cuarto Renglon	Otto Bautista Gamboa	C.C. No. 17021324
Quinto Renglon	Roa Benavides Jose Luis	C.C. No. 79156465
Sexto Renglon	Camilo Alberto Escobar Jimenez	C.C. No. 19421180

Por Acta No. 004 del 14 de marzo de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de diciembre de 2020 con el No. 02649351 del Libro IX, se designó a:

## PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Gerardo Aristizabal Aristizabal	C.C. No. 1332638
Quinto Renglon	Carlos Alberto Leal Contreras	C.C. No. 19458991

## SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Otto Bautista Gamboa	C.C. No. 17021324
Quinto Renglon	Roa Benavides Jose Luis	C.C. No. 79156465

Por Acta No. 008 del 26 de julio de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de octubre de 2021 con el No. 02749315 del Libro IX, se designó a:

## PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Fernando Medina Vergara	C.C. No. 19201700

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Segundo Renglon	Ligia Granados De	C.C. No. 41397907
	Prieto	

Tercer Renglon	Orlando Jaramillo	C.C. No. 19244831
	Jaramillo	

**SUPLENTE****CARGO****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

Primer Renglon	Beatriz Helena Cuello	C.C. No. 49758639
	Lacouture	

Segundo Renglon	Alix Gomez Malagon	C.C. No. 33449600
-----------------	--------------------	-------------------

Tercer Renglon	Leonardo Garcia Suarez	C.C. No. 16779418
----------------	------------------------	-------------------

Por Acta No. 009 del 10 de septiembre de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de marzo de 2022 con el No. 02798600 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES****CARGO****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

Sexto Renglon	Alvaro Franco Zuluaga	C.C. No. 19295736
---------------	-----------------------	-------------------

**SUPLENTE****CARGO****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

Sexto Renglon	Camilo Alberto Escobar Jimenez	C.C. No. 19421180
---------------	--------------------------------	-------------------

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 003 del 4 de septiembre de 2018, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 20 de diciembre de 2018 con el No. 02407245 del Libro IX, se designó a:

**CARGO****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Revisor Fiscal BKF INTERNATIONAL SA N.I.T. No. 800011008 8  
Persona  
Juridica

Por Documento Privado del 3 de mayo de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de mayo de 2021 con el No. 02702647 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Humberto Fernandez Paz	Jose C.C. No. 16598936 T.P. No. 6418-T

Por Documento Privado del 26 de mayo de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 27 de mayo de 2022 con el No. 02843858 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Cristhian Rodriguez Rincon	Camilo C.C. No. 1030575246

**REFORMAS DE ESTATUTOS**

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 002 del 27 de febrero de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02314360 del 22 de marzo de 2018 del Libro IX
Acta No. 0004 del 14 de marzo de 2019 de la Asamblea de Accionistas	02530769 del 6 de diciembre de 2019 del Libro IX

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 8610

Actividad secundaria Código CIIU: 8699

**TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 259.988.426.484

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8610

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de marzo de 2022. Fecha de envío

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 30 de agosto de 2023 Hora: 12:19:57

Recibo No. AB23623680

Valor: \$ 7,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23623680DB66C**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
de información a Planeación : 5 de abril de 2023. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

\*\*\*\*\*  
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

  
**CONSTANZA PUENTES TRUJILLO**

# Evoluciones Médicas

Presión Arterial

Pulso

Otros Datos

Medidas Antropométricas

Escalas de riesgo

Puntos de Corte

Responsable Firmar

Fecha : 13.03.2023 Hora : 10:48  
Responsable : BERNAL SANTOS FELIPE  
Registro : 80133289  
Especialidad : CIRUGIA GENERAL

Episodio : 51593250  
Fecha : 14.03.2023

Paciente	: CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES		
Identificación	: CC 52078013	F. Nacimiento	: 09.12.1971
Sexo	: Femenino	Edad	: 51 Años
Especialidad	: 40A UM CX GENERAL		
Aseguradora	: COMPLEMENTARIO -CM		



## Evoluciones Médicas

Tipo Evolución : Evolución Adicional

Subjetivo : **\*\*EVOLUCIÓN CIRUGÍA GENERAL\*\*** PACIENTE DE 51 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS: 1. FISTULA ENTEROCUTANEA TRATADA 1.1 POP (21/02/23) DESMONTE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA DE ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA + RESECCIÓN + ANASTOMOSIS ILEOTRANSVERSA, LISIS DE ADHERENCIAS + VAC 1.2 POP LAVADO PERITONEAL + EVENTRORRAFIA + ROTACIÓN DE COLGAJOS + COLOCACIÓN DE MALLA 28/02/23 1.3 POP (03/03/23) COLOCACIÓN SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA TIPO PREVENA 1.4 POP (05/03/23) LAVADO PERITONEAL + COLOCACIÓN DE VAC 1.5 POP (10/03/23) LAVADO PERITONEAL + COLOCACIÓN DE VAC 2. ANTECEDENTE DE PERFORACIÓN COLÓNICA IATROGÉNICA CON MÚLTIPLES LAVADOS Y ABDOMEN EN CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN SUBJETIVO: PACIENTE CON ADECUADA MODULACIÓN DEL DOLOR, MEJORÍA EN PATRÓN DE SUEÑO, TOLERANDO VIA ORAL, SIN FIEBRE, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. AISLAMIENTOS: 13/03/2023 CULTIVO DE PARED ABDOMINAL: POSITIVO, MODERADO CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS 09/03/2023 CULTIVO DE COLECCION PARARRENAL : BACILOS GRAM NEGATIVOS: + 08/03/2023 ABDOMINAL: POSITIVO

Objetivo : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSA ORAL HÚMEDA. ABDOMEN: BLANDO, SISTEMA VAC FUNCIONAL, SECRECIÓN POR BORDE INFERIOR DE ESPUMA DE SISTEMA DE SUCCIÓN, SIN FUGA, PURULENTO. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO

Análisis Resultados : ANTIBIOGRAMA: KLEBSIELLA PNEUMONIAE SSP PNEUMONIAE PRODUCTORA DE METALO- CARBAPENEMASAS CULTIVO DE PARED ABDOMINAL: POSITIVO, MODERADO CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS

Análisis : PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTACIONARIA EN POP DE CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTANEA, Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL, EN MANEJO CON SISTEMA VAC FUNCIONAL SIN EMBARGO CON DRENAJE PURULENTO POR LO QUE SE SOLICITÓ COLANGIORESONANCIA PENDIENTE REPORTE. YA CUENTA CON REPORTE DE CULTIVO DE PARED ABDOMINAL SIN EMBARGO INFECTOLOGÍA CONSIDERA CONTINUAR CON IGUAL MANEJO ANTIBIÓTICO, SEGÚN RESULTADOS SE DEFINIRÁN CONDUCTAS ADICIONALES. SE EXPLICA DE FORMA CLARA Y PRECISA A PACIENTE EL ESTADO ACTUAL, SU DIAGNÓSTICO, LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES PROBABLES Y LA CONDUCTA A SEGUIR. ENTIENDE Y ACEPTA.

Plan : DIETA TROMBOPROFILAXIS MEROPENEM 2 GR CADA 8 HORAS (FI 08/03/2023) AMPICILINA SULBACTAM 3 GR CADA 6 HORAS (FI 10/03/2023) OMEPRAZOL 40 MG DIA HIDROMORFONA 0.3 MG CADA 6 HORAS DIPRIONA 1 GR CADA 8 HORAS HIOSCINA 20 MG CADA 8 HORAS FLUOXETINA 5 MG DIA CSV-AC PENDIENTE: -REPORTE COLANGIORESONANCIA

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

Diagnóstico Principal	: K632
Descripción	: FISTULA DEL INTESTINO
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo Diagnóstico	: Confirmado Repetido
Causa Externa	: Enfermedad general

### Evolución Diagnóstica

* Fecha	: 10.03.2023	Hora	: 15:20
Código	: K632		
Descripción	: FISTULA DEL INTESTINO		
Clasificación	: Diag. Principal		
Tipo	: Confirmado Repetido		
Responsable	: BARRERA GAONA ERIKA MELISSA		

### Revisión por sistemas

Sistema respiratorio

### Parametros básicos

### Condiciones generales

Estado del Dolor : 3

## Evoluciones Médicas

Presión Arterial

Pulso

Otros Datos

Medidas Antropométricas

Escalas de riesgo

Puntos de Corte

Responsable Firmar

Episodio : 51593250  
Fecha : 15.03.2023

Paciente	: CLAUDIA ALEXANDRA ZAMBRANO CUBIDES		
Identificación	: CC 52078013	F. Nacimiento	: 09.12.1971
Sexo	: Femenino	Edad	: 51 Años
Especialidad	: 40A UM CX GENERAL		
Aseguradora	: COMPLEMENTARIO -CM		



## Evoluciones Médicas

Tipo Evolución : Evolución Adicional

Subjetivo : **\*\*EVOLUCIÓN CIRUGÍA GENERAL\*\*** PACIENTE DE 51 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS: 1. FISTULA ENTEROCUTANEA TRATADA 1.1 POP (21/02/23) DESMONTE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA DE ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA + RESECCIÓN + ANASTOMOSIS ILEOTRANSVERSA, LISIS DE ADHERENCIAS + VAC 1.2 POP LAVADO PERITONEAL + EVENTRORRAFIA + ROTACIÓN DE COLGAJOS + COLOCACIÓN DE MALLA 28/02/23 1.3 POP (03/03/23) COLOCACIÓN SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA TIPO PREVENA 1.4 POP (05/03/23) LAVADO PERITONEAL + COLOCACIÓN DE VAC 1.5 POP (10/03/23) LAVADO PERITONEAL + COLOCACIÓN DE VAC 2. ANTECEDENTE DE PERFORACIÓN COLÓNICA IATROGÉNICA CON MÚLTIPLES LAVADOS Y ABDOMEN EN CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN SUBJETIVO: PACIENTE CON BUENA MODULACIÓN DEL DOLOR, BUEN PATRÓN DE SUEÑO, TOLERANDO VIA ORAL, SIN FIEBRE, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. AISLAMIENTOS: 13/03/2023 CULTIVO DE PARED ABDOMINAL: POSITIVO, MODERADO CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS 09/03/2023 CULTIVO DE COLECCIÓN PARARRENAL : BACILOS GRAM NEGATIVOS: + 08/03/2023 ABDOMINAL: POSITIVO

Objetivo : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSA ORAL HÚMEDA. ABDOMEN: BLANDO, SISTEMA VAC FUNCIONAL, SECRECIÓN POR BORDE INFERIOR DE ESPUMA DE SISTEMA DE SUCCIÓN, SIN FUGA, PURULENTO. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO

Análisis Resultados : COLANGIORESONANCIA: CAMBIOS POST DE PATRÓN YEYUNOSTOMÍA. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED LATERAL DEL ABDOMEN. DISCRETA COLECCIÓN LAMINAR EN TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED LATERAL DERECHA. RESOLUCIÓN DE LA COLECCIÓN PARARRENAL DERECHA IDENTIFICAN TOMOGRAFÍA PREVIA

Revisión por Sistemas y Examen Físico: \*\*\*\*\* SIGNOS VITALES \*\*\*\*\* Presión Arterial: 108 / 72 Frec. Cardíaca: 96 Latidos x min Frec. Respiratoria: 19 x min Sat. Oxígeno: 90 % \*\*\*\*\* EXAMEN FISICO POR REGION \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* REVISIÓN POR SISTEMAS \*\*\*\*\*

Análisis : PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN POP, SIN TAQUICARDIA, SIN FIEBRE, TRÁNSITO INTESTINAL POSITIVO, NO SIGNOS CLÍNICOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, TOLERA VÍA ORAL, MODULO SIRS, HOY NUEVO LAVADO, CONTINUA IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO INSTAURADO. SE EXPLICA DE FORMA CLARA Y PRECISA A PACIENTE EL ESTADO ACTUAL, SU DIAGNÓSTICO, LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES PROBABLES Y LA CONDUCTA A SEGUIR. REFIERE HABER ENTENDIDO Y SE ENCUENTRA DE ACUERDO A LO PLANTEADO.

Plan : NVO MEROPENEM 2 GR CADA 8 HORAS (FI 08/03/2023) AMPICILINA SULBACTAM 3 GR CADA 6 HORAS (FI 10/03/2023) OMEPRAZOL 40 MG DIA HIDROMORFONA 0.3 MG CADA 6 HORAS DIPRIONA 1 GR CADA 8 HORAS FLUOXETINA 5 MG DIA CSV-AC P// LAVADO PERITONEAL + CAMBIO VAC SEGUN DISPONIBILIDAD

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

Diagnóstico Principal	: K632
Descripción	: FISTULA DEL INTESTINO
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo Diagnóstico	: Confirmado Repetido
Causa Externa	: Enfermedad general

### Evolución Diagnóstica

* Fecha	: 10.03.2023	Hora	: 15:20
Código	: K632		
Descripción	: FISTULA DEL INTESTINO		
Clasificación	: Diag. Principal		
Tipo	: Confirmado Repetido		
Responsable	: BARRERA GAONA ERIKA MELISSA		

### Revisión por sistemas

Sistema respiratorio

### Parametros básicos

### Condiciones generales

Estado del Dolor : 2