



**RE: CONTESTACIÓN REFORMA A LA DEMANDA PROCESO RADICADO NO.
08001315300520230029600 - EPS SANITAS**

Desde Juzgado 05 Civil Circuito - Atlántico - Barranquilla <ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Mié 05/03/2025 7:44

Para Paula Calderon Gomez <paucalderon@keralty.com>

CC danielcaballerodiaz@gmail.com <danielcaballerodiaz@gmail.com>; juridica@clinicalaasuncion.com <juridica@clinicalaasuncion.com>; ajgomez@equipojuridico.com.co <ajgomez@equipojuridico.com.co>; gerencia@clinicalaasuncion.com <gerencia@clinicalaasuncion.com>; Notificacionesjudicialeslaequidad <notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop>

Buen día, cordial saludo

Se acusa recibo

05 de marzo de 2025

-

Atte.,

Ana María González Parejo

Sustanciadora



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Quinto Civil del Circuito de Barranquilla

Dirección: Calle 40 No. 44-80 Piso 8 Edificio Centro Cívico

Correo electrónico: ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Felicitaciones, sugerencias, quejas y reclamos: Haga Click

Consultar proceso en TYBA: [Haga click aquí](#)

Consultar micrositio: [Haga clic aquí](#)

De: Paula Calderon Gomez <paucalderon@keralty.com>

Enviado: martes, 4 de marzo de 2025 15:33

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Atlántico - Barranquilla <ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: danielcaballerodiaz@gmail.com <danielcaballerodiaz@gmail.com>; juridica@clinicalaasuncion.com <juridica@clinicalaasuncion.com>; ajgomez@equipojuridico.com.co <ajgomez@equipojuridico.com.co>; gerencia@clinicalaasuncion.com <gerencia@clinicalaasuncion.com>; Notificacionesjudicialeslaequidad <notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop>

Asunto: CONTESTACIÓN REFORMA A LA DEMANDA PROCESO RADICADO NO. 08001315300520230029600 - EPS SANITAS

Doctora

CANDELARIA OBYRNE GUERRERO

JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA

ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Referencia: Verbal Ordinario de Mayor Cuantía de Responsabilidad Civil

Asunto: Contestación de la reforma a la demanda

Proceso: 08001315300520230029600

Demandantes: Victor Hugo Herrera Suarez y Otros

Demandados: EPS Sanitas S.A.S., Clínica la Asunción y Robinson Fernández Mercado

PAULA JULIET CALDERÓN GÓMEZ, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.128.266.621 expedida en la ciudad de Medellín y T.P No 229.916 del C.S de la J., actuando en mi calidad de Apoderada Especial de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – EN INTERVENCIÓN**, en adelante EPS SANITAS S.A.S, según consta en poder debidamente conferido, el cual se adjunta, de la manera más respetuosa me permito manifestar al Despacho que procedo a contestar la presente reforma demanda dentro del término otorgado por el Despacho, en los términos expuestos en archivo anexo.

--

Paula Juliet Calderón Gómez

Abogada III

Vicepresidencia Jurídica



+57(1) 646 6060 Ext. 5711127

[Calle 100 N° 11 B - 67](#)

[Bogotá - Colombia](#)

MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.

MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.

Doctora

CANDELARIA OBYRNE GUERRERO**JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA**ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co**Referencia:** Verbal Ordinario de Mayor Cuantía de Responsabilidad Civil**Asunto:** Contestación de la reforma a la demanda**Proceso:** 08001315300520230029600**Demandantes:** Víctor Hugo Herrera Suarez y Otros**Demandados:** EPS Sanitas S.A.S., Clínica la Asunción y Robinson Fernández Mercado

PAULA JULIET CALDERÓN GÓMEZ, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.128.266.621 expedida en la ciudad de Medellín y T.P No 229.916 del C.S de la J., actuando en mi calidad de Apoderada Especial de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – EN INTERVENCIÓN**, en adelante EPS SANITAS S.A.S, según consta en poder debidamente conferido, el cual se adjunta, de la manera más respetuosa me permito manifestar al Despacho que procedo a contestar la presente reforma demanda dentro del término otorgado por el Despacho, en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO GENERAL SOBRE LAS PRETENSIONES:

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas que se formulan en contra de mi representada, por las siguientes razones:

1. Las pretensiones carecen de sustento fáctico y jurídico.
2. No existe responsabilidad de la demandada EPS SANITAS S.A.S., por cuanto ésta ha cumplido a cabalidad las obligaciones derivadas del servicio de aseguramiento en salud.
3. No existe nexo causal entre el perjuicio alegado cuya indemnización se reclama y la conducta de la demandada.

En virtud de lo anterior, solicito se condene en costas a la parte actora.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE CADA UNA DE LAS PRETENSIONES:

Frente a las pretensiones, LAS RECHAZO desde ya a todas y cada una de ellas toda vez que carecen de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso, así como solicito al despacho sean denegadas y, por el contrario, se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

Ahora bien, y si en gracia de discusión el despacho decide proceder con el estudio de las mismas, me permito hacer un pronunciamiento expreso sobre cada una de ellas, en igual forma en que fueron formuladas en el escrito que elevó la parte demandante y haciendo uso de la misma enumeración que el apoderado de la parte demandante realizó. Veamos:

Sobre la denominada como “1.1.”:

ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante, por carecer de fundamento legal y jurídico, pues como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso, no fue mi representada quien prestó los servicios de salud, pues como su denominación de “EPS” lo indica, es una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD y dentro de sus funciones no está la de prestación de servicios de salud. Por tanto, no hay responsabilidad por el hecho u obra de EPS SANITAS S.A.S. dado que no hubo daño antijurídico que le sea imputable culpa.

Por su parte, en el caso analizado no se estructuran los elementos que conducen a que se declare la existencia de responsabilidad civil, como se explicará a continuación.

Elementos de la responsabilidad civil:

Son requisitos clásicos de la responsabilidad civil la existencia de: i) un hecho que sea contrario a derecho, ii) un daño, iii) una relación de causalidad entre el hecho y el daño, y, iv) un factor de imputación, de manera que, para que proceda la declaración pretendida por los demandantes y su consecuente indemnización de perjuicios deberán probarse cada uno de estos presupuestos.

Recuérdese entonces que el hecho contrario a derecho es la conducta antijurídica del sujeto a quien se le imputa la responsabilidad, la cual puede ser positiva (acción) o negativa (omisión), siendo en todo caso, vulneradora de deberes jurídicos; por su parte, el daño es la lesión, menoscabo, detrimento, deterioro, pérdida o alteración de una situación favorable que sufre una persona y que resulta resarcible en la medida en que sea cierto, directo e injusto, éste a su vez puede ser patrimonial o extrapatrimonial; la relación de causalidad implica que el daño sea jurídicamente la consecuencia necesaria y directa de la conducta del demandado; y, finalmente, el factor de imputación puede ser subjetivo u objetivo, el primero cuando es necesario evaluar los parámetros ideales de comportamiento (culpa o dolo), y, el segundo en aquéllos casos donde no es indispensable realizarle un reproche a la conducta del sujeto.

Ahora bien, como ya se dijo, la responsabilidad civil concede a quien padece un perjuicio el derecho a exigir que quien lo ocasionó proceda a su resarcimiento, sin embargo, la obligación que surge para quien produce el daño, puede ser de naturaleza contractual o extracontractual, así las cosas, *“estamos en presencia de la responsabilidad contractual, cuando la obligación de indemnizar surge como consecuencia del incumplimiento de un contrato, es decir, existiendo un vínculo contractual preexistente al hecho que es imputable al deudor. En cambio, cuando no existe tal vínculo, sino que la obligación de indemnizar la impone la ley, como consecuencia de un hecho ilícito, imputable a un sujeto, estamos en presencia de la responsabilidad extracontractual o delictual”*¹.

En el presente caso, haremos énfasis en la Responsabilidad Civil Extracontractual, la cual tampoco tendría aplicación en el presente caso para mi representada, atendiendo a que no se le puede imputar a mi representada la responsabilidad de un tercero, teniendo en cuenta que el obrar, los servicios y tratamientos llevados a cabo en el caso que nos ocupa, radican en cabeza de las Instituciones Prestadoras de Salud (instituciones con personería jurídica que responden por sus propios actos) y no de EPS SANITAS S.A.S.

La eventual responsabilidad directa recaería en este caso sobre la IPS, no obstante, se demostrará a lo largo de este escrito que éstos obraron conforme a los preceptos normativos y la Lex Artis.

En conclusión, se tiene que, en este caso, no existió el daño ilícito o antijurídico que la apoderada de la parte demandante pretende se declare, pues evidentemente nunca existió un tratamiento médico “negligente, inoportuno, equivoco ni deficiente” por parte de mi representada, ni de la IPS demandada.

Así mismo, mi representada no puede ser solidariamente responsable por condena alguna, y en todo caso, de existir esta, debe el despacho atender a lo dispuesto por nuestro Código Civil en los términos del artículo 2344 del Código Civil, al tenor literal del cual se tiene que:

“ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. SI DE UN DELITO O CULPA HA SIDO COMETIDO POR DOS O MÁS PERSONAS, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso”

Como se observa su señoría, es requisito sine qua non, el que se haya cometido un delito o se haya incurrido en culpa, y además, que esta haya sido cometida por dos (2) o más personas, lo que de plano debe tener en cuenta el despacho al momento de proferir fallo alguno, pues debe tenerse presente que mi representada no presta el servicio médico directamente, lo autoriza, pues la prestación del mismo la tiene asignada la IPS que atendió a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, de manera que el análisis que se debe

¹ Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos Mercantiles. Tomo I. Ed. Dike. 2007. Pág 375.

realizar respecto de EPS SANITAS S.A.S. es el que haya cometido culpa en la autorización del servicio médico, no en la prestación efectiva del mismo.

Sobre la denominada como “1.2.”:

El perjuicio *“patrimonial o material es apreciable en dinero y se traduce en una disminución del haber patrimonial de la persona”*², tradicionalmente se ha clasificado como **daño emergente** y lucro cesante, entendiéndose el primero como *“el empobrecimiento efectivo y concreto que experimenta el acreedor o la víctima, por el incumplimiento del deudor [y el segundo como] lo que el acreedor ha dejado de recibir como consecuencia del incumplimiento del deudor; o lo que hubiere obtenido de haber cumplido el deudor”*³.

A propósito, ha resaltado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia:

“[e]l daño emergente abarca la pérdida misma de elementos patrimoniales, los desembolsos que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento del pasivo, causados por los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad; en tanto que el lucro cesante, cual lo indica la expresión, está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirían luego, con el mismo fundamento de hecho’, como ha sido el criterio de esta Corporación (Se subraya. Sent. del 29 de septiembre de 1978)” (CSJ, SC del 28 de junio de 2000, Rad. n.º 5348).

En lo que tiene que ver con su demostración, explicó el citado Órgano:

*“Como el daño patrimonial indemnizable es solamente el cierto, su reconocimiento exige la plena comprobación de su causación y de su extensión económica (quantum), incluso, tratándose del lucro cesante futuro”*⁴

No le basta entonces a la parte demandante con afirmar que sus integrantes padecieron perjuicios materiales, sino que los mismos debieron ser individualizados y demostrados de conformidad con los medios de prueba previstos en el ordenamiento jurídico y los principios generales que los orientan, pues de lo contrario, como ocurrió en el caso citado, los mismos no se encuentran demostrados.

Así las cosas, ME OPONGO a la pretensión de la parte demandante por carecer de fundamento legal y probatorio, habida cuenta que no existe constancia de que la presunta erogación en la que tuvo que incurrir la parte demandante, se haya generado por alguna acción culposa por parte de mi representada.

Sobre la denominada como “1.3.”

POR PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que el Despacho la deniegue.

Respecto de la indicación de la afectación desde el punto MORAL de todos los solicitantes no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse, pues de la simple relación filial, consanguínea o de afinidad con el paciente no se predica per se un daño moral. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a lo hoy demandantes, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar. Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia ha señalado como presupuestos para su existencia la intensidad, y la cuantificación, de manera que, como todo daño indemnizable, debe ser cierto, personal y antijurídico.

Debe tenerse en cuenta, como marco de referencia lo contemplado por la sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, mediante la cual indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral *“proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere*

² Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos Mercantiles. Tomo I. Ed. Dike. 2007. Pág. 393.

³ Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos Mercantiles. Tomo I. Ed. Dike. 2007. Pág. 410.

⁴ STC21828-2017

significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla y probarla.”

Por otro lado, es claro que mi representada cumplió con sus deberes contractuales de promover, asegurar y garantizar el servicio de salud a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, donde la situación reclamada no obedece a una conducta antijurídica imputable a EPS SANITAS S.A.S., pues no hubo actividad contraria a Derecho por cuanto dentro de sus funciones contractuales y legales no se encuentra la prestación del servicio, debe entonces es garantizar su direccionamiento de manera debida. Aunado a lo anterior, se tiene que a los prestadores tampoco se les puede imputar un supuesto daño antijurídico toda vez que su actuar se ajustó a los preceptos normativos y de la Lex Artis aplicable para el presente caso. Así las cosas, no se identifican falencias en el proceso de atención del/la paciente, ni indicios de atención insegura, ni evidencia de mala praxis o fallas en la práctica médica.

Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral, que hace el apoderado de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de la alta corte de la jurisdicción civil. Aunado a que ni siquiera allega el análisis realizado para determinar dicha cuantía.

Para el efecto, se traen a colación algunos de los casos estudiados por la Jurisdicción Civil, donde los topes superiores se han establecido como consecuencia al resarcimiento de daño moral padecido por la familia ante el fallecimiento de una persona, de la siguiente manera:

1	Septiembre 7 de 2001: CSJ <u>condenó al pago de quince millones de pesos (\$15.000.000) por perjuicios morales.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
2	Junio 30 de 2005: <u>Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de \$20'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
3	Enero 20 de 2009: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$40'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia.</u> Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
4	Noviembre 17 de 2011: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de <u>\$53'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil.</u> Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
5	Agosto 8 de 2013: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$55.000.000</u> a una hija por la muerte de su padre. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.
6	30 de septiembre de 2016: <u>Corte Suprema de Justicia reconoce indemnización por perjuicio moral para cónyuge, hijos y madre por valor de \$60.000.000</u> en caso de Responsabilidad Médica Extracontractual (SC13925-2016)
7	Agosto 24 de 2017: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000).</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC13925-2016, radicación 2005-00174-01.

Sobre la denominada como “1.4.”

ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante, por carecer de fundamento legal y jurídico, pues como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso, no fue mi representada quien prestó los servicios de salud, pues como su denominación de “EPS” lo indica, es una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD y dentro de sus funciones no está la de prestación de servicios de salud. Por tanto, no hay responsabilidad por el hecho u obra de EPS SANITAS S.A.S. dado que no hubo daño antijurídico que le sea imputable culpa.

Por su parte, en el caso analizado no se estructuran los elementos que conducen a que se declare la existencia de responsabilidad civil, como se explicará a continuación.

Elementos de la responsabilidad civil:

Son requisitos clásicos de la responsabilidad civil la existencia de: i) un hecho que sea contrario a derecho, ii) un daño, iii) una relación de causalidad entre el hecho y el daño, y, iv) un factor de imputación, de manera que, para que proceda la declaración pretendida por los demandantes y su consecuente indemnización de perjuicios deberán probarse cada uno de estos presupuestos.

Recuérdese entonces que el hecho contrario a derecho es la conducta antijurídica del sujeto a quien se le imputa la responsabilidad, la cual puede ser positiva (acción) o negativa (omisión), siendo en todo caso, vulneradora de deberes jurídicos; por su parte, el daño es la lesión, menoscabo, detrimento, deterioro, pérdida o alteración de una situación favorable que sufre una persona y que resulta resarcible en la medida en que sea cierto, directo e injusto, éste a su vez puede ser patrimonial o extrapatrimonial; la relación de causalidad implica que el daño sea jurídicamente la consecuencia necesaria y directa de la conducta del demandado; y, finalmente, el factor de imputación puede ser subjetivo u objetivo, el primero cuando es necesario evaluar los parámetros ideales de comportamiento (culpa o dolo), y, el segundo en aquéllos casos donde no es indispensable realizarle un reproche a la conducta del sujeto.

Ahora bien, como ya se dijo, la responsabilidad civil concede a quien padece un perjuicio el derecho a exigir que quien lo ocasionó proceda a su resarcimiento, sin embargo, la obligación que surge para quien produce el daño, puede ser de naturaleza contractual o extracontractual, así las cosas, *“estamos en presencia de la responsabilidad contractual, cuando la obligación de indemnizar surge como consecuencia del incumplimiento de un contrato, es decir, existiendo un vínculo contractual preexistente al hecho que es imputable al deudor. En cambio, cuando no existe tal vínculo, sino que la obligación de indemnizar la impone la ley, como consecuencia de un hecho ilícito, imputable a un sujeto, estamos en presencia de la responsabilidad extracontractual o delictual”*⁵.

En el presente caso, haremos énfasis en la Responsabilidad Civil Extracontractual, la cual tampoco tendría aplicación en el presente caso para mi representada, atendiendo a que no se le puede imputar a mi representada la responsabilidad de un tercero, teniendo en cuenta que el obrar, los servicios y tratamientos llevados a cabo en el caso que nos ocupa, radican en cabeza de las Instituciones Prestadoras de Salud (instituciones con personería jurídica que responden por sus propios actos) y no de EPS SANITAS S.A.S.

La eventual responsabilidad directa recaería en este caso sobre la IPS, no obstante, se demostrará a lo largo de este escrito que éstos obraron conforme a los preceptos normativos y la Lex Artis.

En conclusión, se tiene que, en este caso, no existió el daño ilícito o antijurídico que la apoderada de la parte demandante pretende se declare, pues evidentemente nunca existió un tratamiento médico “negligente, inoportuno, equivoco ni deficiente” por parte de mi representada, ni de la IPS demandada.

Así mismo, mi representada no puede ser solidariamente responsable por condena alguna, y en todo caso, de existir esta, debe el despacho atender a lo dispuesto por nuestro Código Civil en los términos del artículo 2344 del Código Civil, al tenor literal del cual se tiene que:

⁵ Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos Mercantiles. Tomo I. Ed. Dike. 2007. Pág 375.

“ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. SI DE UN DELITO O CULPA HA SIDO COMETIDO POR DOS O MÁS PERSONAS, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso”

Como se observa su señoría, es requisito sine qua non, el que se haya cometido un delito o se haya incurrido en culpa, y además, que esta haya sido cometida por dos (2) o más personas, lo que de plano debe tener en cuenta el despacho al momento de proferir fallo alguno, pues debe tenerse presente que mi representada no presta el servicio médico directamente, lo autoriza, pues la prestación del mismo la tiene asignada la IPS que atendió a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, de manera que el análisis que se debe realizar respecto de EPS SANITAS S.A.S. es el que haya cometido culpa en la autorización del servicio médico, no en la prestación efectiva del mismo.

Sobre la denominada como “1.5.”

Me **OPONGO** a la pretensión, por cuanto no se reúne ninguno de los presupuestos establecidos en los artículos 365 y siguientes del Código General del Proceso para imponer condena en costas a EPS Sanitas S.A.S. – en Intervención. De igual forma, tampoco se reúnen los requisitos estipulados en el Acuerdo No. PSAA16-10554 emitido por el Consejo Superior de la Judicatura para tal efecto.

De manera adicional, debe resaltarse que mi representada ha obrado de buena fe en las actuaciones que ha desplegado, particularmente, en relación con las obligaciones objeto de este proceso judicial.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE CADA UNO DE LOS HECHOS:

Me pronunciaré de manera expresa respecto de cada uno de los hechos descritos por el apoderado de la parte demandante, en la misma forma en que fueron señalados por aquel en el escrito de la demanda.

El pronunciamiento sobre cada uno de los hechos y las conclusiones realizadas se desprenden de la historia clínica aportada con el escrito de demanda, así como de la verificación interna realizada por parte de EPS SANITAS S.A.S. a través de sus médicos auditores.

En consideración a que el extremo demandante relata los hechos en diversos apartes de la demanda de una manera confusa, haré referencia a los que considero podrían denominarse como hechos según la subdivisión realizada por el apoderado de la parte demandante:

1. FRENTE A LOS DENOMINADOS “HECHOS”

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “2.1”: ES CIERTO. La señora SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ (Q.E.P.D.) se encontraba afiliada a EPS Sanitas S.A.S. desde el 01/01/2018 hasta el 13/03/2022.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “2.1”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, de los soportes documentales y registros de historia clínica allegados al presente proceso respecto de la atención brindada a la señora SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ (Q.E.P.D.) bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas, no es posible validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “2.2”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 09/03/22 a las 15:19 la profesional Dianne Corpus Pérez, especialista en ginecología y obstetricia realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción - Hospitalización

ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON DXS DESCRITOS, CON EVOLUCION FAVORABLE DE SU POSTQUIRURGICO , PENDIENTE VALORACION POR NEUROLOGIA , PACIENTE COMENTADA CON DR ROBINSON FERNANDEZ , QUIEN CONSIDERA CIERRE DE INTERCONSULTA, SEGUIMIENTO POR LA CONSULTA EXTERNA CON RESULTADO DE PATOLOGIA.

Evolución realizada por: DIANNE CORPUS PEREZ-Fecha: 09/03/22 15:19:59

DIANNE CORPUS PEREZ
Reg. CC: 40990960 52
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON GINECOLOGIA ONCOLOGICA (DR ROBINSON FERNANDEZ) QUIEN CONSIDERA PACIENTE CON ALTA MEDICA POR SU ESPECIALIDAD, CON EGRESO CON ANALGESICO, RETIRO DE PUNTOS A LOS DIEZ DIAS DEL POSTQUIRURGICO Y CITA POR CONSULTA EXTERNA CON REPORTE DE PATOLOGIA.

Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 09/03/22 19:58:13

LIANA MONTENEGRO PEREZ
Reg. 1083029473
MEDICINA GENERAL

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “2.3.”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso se identifica que el 09/03/2022 a las 20:00 la profesional en Medicina General Liana Montenegro Pérez realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	96	FECHA 09/03/2022 20:00:48	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO				
SE COMENTA ORDENES DE EGRESO DE ESPECIALIDADES TRANTES A FAMILIARES, QUIENES NO SE ENCUENTRAN DE ACUERDO, MANIFIESTAN DESEO DE VALORACION INTRAHOSPITALARIA POR SERVICIO DE NEUROLOGIA, CON INDICACION POR MEDICINA INTERNA DE MANEJO AMBULATORIO. PENDIENTE DEFINICION DE EGRESO.				
Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 09/03/22 20:00:53				

LIANA MONTENEGRO PEREZ
Reg. 1083029473
MEDICINA GENERAL

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.4”: ES CIERTO, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 10/03/2022 a las 11:17 el profesional en Medicina General Freddy Jesús Mier Ferrigno realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

PACIENTE VALORADA POR MEDICO INTERNISTA Y AUDITORA DE EPS SANITAS QUIENES ANTE EPISODIOS DE DESORIENTACION, INCOHERENCIA Y AMNESIA CONSIDERAN REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO PARA DESCARTAR LESIONES ISQUEMICAS.

Evolución realizada por: FREDDY JESUS MIER FERRIGNO-Fecha: 10/03/22 11:17:50

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	Realizado
1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO	Realizado

REALIZADO EN CEDIUL
FECHA Y HORA DE APLICACION:11/03/2022 19:29:28 REALIZADO POR: YUNIS VIZCAINO VIZCAINO

FREDDY JESUS MIER FERRIGNO
Reg. 1083036775
MEDICINA GENERAL

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.5”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 10/03/2022 a las 17:25 la profesional en Medicina General Roxana Núñez Ortiz realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	112	FECHA	10/03/2022 17:25:27	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
Nota Medica					
Paciente quien acusa dolor a nivel de region pelvica					
al examen fisico en aceptables condiciones generales, ligero dolor abdominal en hipogastrio, herida quirurgica sin secrecion ni sangrado, no signos de irritacion peritoneal. Se reajusta manejo medico.					
Evolución realizada por: ROXANA NÚÑEZ ORTIZ-Fecha: 10/03/22 17:25:31					
FORMULA MÉDICA					
Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	
3,00	1,00 AMPOLLAS	ACETAMINOFEN 10 MG/ML SOL. INY FRASCO X 100 ML.	INTRAVENOSO	8 Horas	

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.6”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el **10/03/2022** a las 18:42 la profesional en Enfermería Cindy Paola Atencio Bello realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	113	FECHA	10/03/2022 18:42:48	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
NOTAS ENFERMERIA					
14:00 se adminitra tratamiento ordenado betatistina 8 mg vo					
15:00 paciente elimina espontaneo					
16:00 paciente manifiesta dolor abdominal se informa a medico en turno quien valora y ordena 1 gramo de acetaminofen se cumple orden medica					
17:00 recibe dieta ordenada tolera					
18:00 se adminitra tratamiento ordenado enoxoparina 40 mg s/c					
19:00 queda en su unidada femenina mayor de edad despierta alerta desorientada traquila afebril con palides facial buen patron respiratorio cuello movil torax simétrico vena peroferica canalizada en dorso de la mano izquierdo con linea de extension + tapon heparenizado para tratamiento abdomen depresible al tacto de apariencia normal, eliminando espontaneo miembros inferiores simétricos moviles en compañía de familiar					
Nota realizada por: CINDY PAOLA ATENCIO BELLO Fecha: 10/03/22 18:42:50					

CINDY PAOLA ATENCIO BELLO
Reg.
ENFERMERIA

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.7”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el **12/03/2022** a las 00:46 la profesional en Medicina General Evelyn Goenaga Palencia realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

** NOTA MEDICA ADICIONAL**
ACUDO A LLAMADO PACIENTE REFIERE DOLOR INTENSO EN HIPOGASTRIO QUE NO HA MEJORADO CON ANALGESIA INATAURADA, SE VALORA Y SE ENCUENTRA CON PALIDEZ, SUDORACION REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO Y REGION PELVICA, VALORO Y ENCUENTRO ABDOMEN GLOBOSO BLANDO DEPREISBLE DOLOR A LA PALPACION DIFUSA SIN DATOS DE IRRITACION REFIERE CANALIZA FLATOS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES POR LO QUE SE COLOCA ANALGESIA Y SE MODIFICA ESQUEMA PARA PROXIMA DOSIS
PLAN
DIPIRONA 2 GR IBV AHORA
DEJAR HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS
Evolución realizada por: EVELYN GOENAGA PALENCIA-Fecha: 12/03/22 00:46:24

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.8”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el **12/03/2022** a las 06:36 la profesional en Enfermería Silvana De La Hoz De La Asunción realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	133	FECHA	12/03/2022 06:36:00	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
NOTAS ENFERMERIA					
00:30 ACUDO AL LLAMAMDO DEL FAMILIAR PACIENTE SE OBSERVA PALIDA Y SUDOROSA, REFIERE MUCHO DOLOR, SE INFORMA AL MEDICO EN TURNO, SE TOMAN SIGNOS VITALES, ES VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIEN ORDENA DIPIRONA 2GR IV EL CUAL ES ADMINISTRADO.					
2:00 SE OBSERVA DORMIDA.					
4:00 SE OBSERVA DORMIDA.					
5:00 ARREGLO DE LA UNIDAD.					
5:30 CONTROL DE SIGNOS VITALES Y ANOTADOS.					
6:00 RECIBE TTO OMEPRAZOL 40MG IV DILUIDA EN 10CC DE SSN 0.9% + ACETAMINOFEN 1 GR VO + BETAHISTINA 8MG VO.					
7:00 QUEDA EN LA UNIDAD, HABITACION 476, PACIENTE MAYOR DE EDAD DE SEXO FEMENINO, CONSIENTE ALERTA, PALIDEZ FACIAL, TOLERANDO OXIGENO AL AMBIENTE, CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO, MIEMBROS SUPERIORES PRESENTES, MANILLA DE IDENTIFICACION COLOCADA Y VERIFICADA, CANALIZADA EN BRAZO IZQUIERDO CON SELLO DE HEPARINA PARA SU TTO MEDICO, ABDOMEN BLANDO, HERIDA QX EN REGION SUPRAPUBICA, ELIMINANDO ESPONTANEO, MIEMBROS INFERIORES PRESENTE, EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR, BARANDAS ELEVADAS PARA EVITAR RIESGO DE CAIDA.					
Nota realizada por: SILVANA DE LA HOZ DE LA ASUNCION Fecha: 12/03/22 06:36:01					

SILVANA DE LA HOZ DE LA ASUNCION
Reg.
ENFERMERIA

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.9”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 12/03/2022 a las 17:02 el profesional en Medicina General David Jose Casarosa Rojas realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción - Hospitalización.

FOLIO	135	FECHA	12/03/2022 09:17:02	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
MEDICINA GENERAL					
PACIENTE CON DX CONOCIDOS A QUIEN ENCUENTRO HOY EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TOLERA DIETA Y O2 AMBIENTE, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, REFIERE DOLOR ABDOMINAL EN FLANCOS, AL EF ES GLOBOSO POR PANICULO ADIPOSO ABUNDANTE, HIPERTIMPANICO, CON PERISTALSIS DISMINUIDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, REFIERE DIFICULTAD PARA REALIZAR DEPOSICIONES POR LO QUE SE ORDENA REALIZAR RX DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE AHORA PARA REVALORAR CONDUCTAS POR ESA PARTE. POR OTRO LADO LA PTE CON PERSISTENCIA DE AMNESIA RETROGRADA, DICE QUE ESTAMOS EN EL AÑO 2001. NO RECUERDA DATOS BASICOS COMO NOMBRE DE PRESIDENTE Y NI CALENDARIO. MEMORIA ANTEROGRADA CONSERVADA APARENTEMENTE. ESTA PENDIENTE CONCEPTO POR NEUROLOGIA. ADEMAS SE RECIBE INFORME DE RNM DE CEREBRO LA CUAL COMO DATO A DESTACAR REPORTE UN ARACNOIDOCELE POR LO QUE COMENTO CASO CON NEUROLOGA VIA TELEFONICA QUIEN REFERIR NO ES NECESARIO CONCEPTO POR NEUROCOX EN ESTOS MOMENTOS DE MANER INTRAHOSPITALARIA. FAMILIAR Y PTE REFIERENE ENTENDER Y ACEPTAR					
PLAN					
SS RX ABDOMEN SIMPLE DE PIE AHORA					
PENDIENTE VAL NEUROLOGIA					
Evolución realizada por: DAVID JOSE CASAROSA ROJAS-Fecha: 12/03/22 09:17:07					
ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
Cantidad	Descripción				Realizado
1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE				Realizado
P					
FECHA Y HORA DE APLICACION:12/03/2022 10:00:29 REALIZADO POR: DARWIN RAUL RANGEL VILLANUEVA					

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.10”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. Frente al presente hecho se encuentran imprecisiones respecto de lo manifestado por parte del abogado de la parte demandante y del registro de historia clínica, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica:

- El 12/03/2022 a las 23:39 la profesional en Enfermería Heilyn Irina Herrera Moreno realizó el siguiente registro clínico parcialmente acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción - Hospitalización

FOLIO	144	FECHA	12/03/2022 23:39:36	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
NOTAS ENFERMERIA					
19:00 RECIBO PACIENTE FEMENINA CONSCIENTE TRANQUILA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR AFEBRIL, MUCOSA NASAL Y ORAL SEMIHUMEDAS, CON OXIGENO AMBIENTE , CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO , MIEMBROS SUPERIORES PRESENTES CON MANILLA DE IDENTIFICACION, CON VIA PERIFERICA EN MSI CON LINEA DE EXTENSION DE ANESTESIA MAS TAPON VENOSO PARA TTO, ABDOMEN DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION,ELIMINANDO ESPONTANEO, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES					
20:00 CONTRL DE SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN					
RECIEB BISACODILO 5MG VIA ORAL					
21:00 SE OBSERVA TRANQUILA EN LA UNIDAD					
22:00 RECIBE QUETIAPINA 50MG VIA ORAL					
RECIBE OLANZAPINA 5MG VIA ORAL					
RECIBE BETAHISTINA (VERUM) TABLETA 8 MG VIA ORAL					
RECIBE ACETAMINOFEN 1 AMPOLLA IV no se da a aplicado en el sistema por que no aparece despachado					
23:00 SE OBSERVA DESPIERTA					
00:00 RECIBE HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMPOLLA DILUIDA EN 100CC DE SSN IV					
Nota realizada por: HEILYN IRINA HERRERA MORENO Fecha: 12/03/22 00:00:00					

- El 13/03/2022 a las 22:02 la profesional en Medicina General LIANA MONTENEGRO PEREZ realizo el siguiente registro clínico parcialmente acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

SEDE DE ATENCIÓN:	01	PRINCIPAL (UNICA)	Edad : 61 AÑOS	
FOLIO	156	FECHA	13/03/2022 22:02:06	TIPO DE ATENCIÓN
HOSPITALIZACION				
EVOLUCIÓN MÉDICO				
NOTA MEDICA				
ACUDO A LLAMADO				
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON ESTANCIA EN SALA GENERAL BAJO DIAGNOSTICOS YA CONOCIDOS, ACUDO A LLAMADO PACIENTE REFIERE CLINICA DE AUSENCIA DE DOPOSICIONES DESDE HACE 4 DIAS, ENCUENTRO A PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, ABDOMEN GLOBOSO POR ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, LIGERAMENTE DISTENDIDO, PERISTALSIS AUDIBLE, BLANDO, DEPRESIBLE, LIGERAMENTE DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NI DEFENSA MUSCULAR, FLATOS POSITIVOS, TACTO REACTAL ESFINTER NORMOTONICO, NO LESIONES EXTERNAS, AMPOLLA RECTAL CON MATERIA FECAL, SE AJUSTA MANEJO MEDICO, SE EXPLICA A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.				
PLAN				
BISACODILO 10 MG VO DIA				
LACTULOSA 1 SOBRE VIA ORAL CADA 8 HORAS				
ENEMA RECTAL AHORA				
SS/PARACLINICOS CONTROL AHORA.				
Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 13/03/22 22:02:09				

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.11”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. Se reiteran los argumentos esbozados frente al hecho anterior, dado que versa sobre el mismo asunto.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.12”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica el siguiente reporte de creatinina acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

1	CREATININA EN SUERO URINA U OTROS	Realizado
AHORA		
Creatinina en Suero	2.24 mg/dL	0.7 - 1.3
FECHA Y HORA DE APLICACION: 13/03/2022 23:58:15 REALIZADO POR: NURYS RONCALLO GUTIERREZ		

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.13”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 14/03/2022 a las 00:00 la profesional en Medicina General Liana Montenegro Pérez realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

EVOLUCIÓN MÉDICO	
NOTA MEDICINA GENERAL EN CONJUNTO MEDICINA INTERNA	
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON ESTANCIA EN SALA GENERAL BAJO DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, ACUDO NUEVAMENTE A LLAMADO DE ENFERMERIA, FAMILIAR Y PACIENTE QUIEN REFIERE SENSACION DE AHOGO Y AGITACION, ENCUENTRO PACIENTE INTRANQUILA, CRIDIOFAORETICA, TAQUICARDICA, MUCOSA ORAL SECA, CON CIFRAS DE OXIMETRIA DE PULSO FUERA DE METAS (90% O2 AMBIENTE), POR LO QUE SE INSTAURA CANULA NASAL A 3 LITROS MINUTO CON AUMENTO A 5 LITROS MINUTO Y MEJORIA DE CIFRAS, FC 116 LPM, ORDENO BOLO DE SOLUCION SALINA 500 CC. SE REvisa HEMOGRAMA CONTROL DE HOY CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA GRADO I SEGUN OMS SIN CRITERIO TRANSFUSIONAL, RESTO DE LINEAS CELULARES NORMALES, FUNCION RENAL EN AUMENTO POSIBLEMENTE SECUNDARIA A DESHIDRATACION?, IONOGRAMA SIN ALTERACIONES, SE COMENTA CASO CON INTERNISTA EN TURNO (DR MONSALVE) SE EVIDENCIA EN GASES ARTERIALES ALCALOSIS RESPIRATORIA, SE AUMENTA A APOORTE DE OXIGENO CON VENTURI AL 50% A 10LTS/MINUTO, SE ORDENA MANEJO CON CRISTALOIDES Y ALPRAZOLAM DOSIS UNICA.	
PLAN	
HARTMAN 70 CC/H	
ALPRAZOLAM 0.5 MG VO AHORA	
SS/PARACLINICOS CONTROL EN 6 HORAS **NUEVA MUESTRA**	
RESTO IGUAL	
Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 14/03/22 00:00:12	

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.14”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los

registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica el siguiente reporte de creatinina acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho.

PROCEDIMIENTO NO APLICADO . POR: ADRIANA PAOLA GOMEZ HERNANDEZ	
1	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS
A LAS 6 HORAS	
Creatinina en Suero	3.15 mg/dL 0.7 - 1.3
FECHA Y HORA DE APLICACION: 14/03/2022 08:38:05 REALIZADO POR: NURYS RONCALLO GUTIERREZ	

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.15”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica:

- El 14/03/2022 a las 01:51 la profesional en Enfermería Patricia Paola Orozco Salas realizó el siguiente registro clínico parcialmente acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

23:00 acudo al llamado, paciente manifiesta " se esta ahogando", se observa sudorosa , se toma signos vitales y arroja
 T/A:130/80
 SAT:88% A 85%
 FC:113
 RESPI: 25
 - se realiza gases arteriales por jefe en turno
 - se instala soporte de oxigeno canula nasal a 3litros por minutos, paciente no tolera, se toma saturacion y arroja:87%
 -se instala tubo conector para oxigeno
 - por orden medica se aumenta litro a 5litros por minutos
 - por orden medica se instala solucion salina-500cc a bolo
 00:00 acudo al llamado, paciente manifiesta "ahogo", se informa a medico en turno quien da ordenes a seguir , se observa paciente ansiosa
 - se administra alprazolam 0,5mg vo
 - se canaliza en miembro superior izquierdo cateter#20 con linea de extension de anestesia
 - por orden medica se instala LEV :solucion hartman-1000cc a 70cc/H por bomba de infusion , se instala equipo LC-PRIMARIO
 - se administra hioscina compuesta 1ampolla iv diluida en 100cc de ssn lento
 00:30 por orden medica se retira canula nasal y se instala mascara por venturi al 50%-10litros por minutos
 01:30 acudo al llamado, paciente manifiesta "que se esta ahogando", se observa ansiosa , se toma signos vitales y arroja
 T/A:120/80
 SAT:97%
 FC:110
 RESPI: 23 , se informa a medico en turno quien da ordenes a seguir
 02:20 es valorada por medicina interna dr, OSCAR quien da ordenes a seguir
 - se realiza toma de muestra de sangre por laboratorio clinico
 03:00 se realiza:RX DE TORAX PORTATIL
Nota realizada por: PATRICIA PAOLA OROZCO SALAS Fecha: 14/03/22 01:53:45

- El 14/03/2022 a las 03:34 la profesional en Medicina General Liana Montenegro Pérez realizó el siguiente registro clínico parcialmente acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	166	FECHA	14/03/2022 03:34:45	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
NOTA EN CONJUNTA MEDICINA INTERNA (DR MONSALVO)					
<p>SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA EN SU POSTOPERATORIO MEDIATO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL + SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL QUIEN DURANTE INTRAOPERATORIO CON BRADICARDIA EXTREMA CON PROGRESION A ACTIVIDAD ELECTRIC SIN PULSO, BAJO CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y ESTADO POST REANIMACION CARDIOPULMONAR, CON ADECUADA EVOLUCION DURANTE ESTANCIA EN UCI CON TRASLADO A SALA GENERAL, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA QUIEN ANTE HALLAZGOS TOMOGRAFICOS DENTRO DE NORMALIDAD Y ECO TT CON FEVI 63%, CON ORDENES DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO PARA VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA PARA DEFINICION DE CONDUCTAS ACTIVAS. ACUDO A LLAMADO, PACIENTE QUIEN SE TORNA CON EPISODIO DE AGITACION PESE A MANEJO FARMACOLOGICO Y MAL PATRON RESPIRATORIO REQUIRIENDO EN UN PRIMER MOMENTO MANEJO CON CANULA N. HASTA AVANZAR A VENTURI AL 50%, GASES ARTERIALES CON HIPOCAPNIA E HIPOXEMIA, CIFRAS DE OXIMETRIA DE PULSO OSCILANTES ENTRE 88-96 PESE A OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO, SE EVIDENCIA FRECUENCIA CARDIACA EN OSCILANTES EN BRADICARDIA (FC 36 LPM) Y TAQUICARDIA (140 LPM), PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, MAL PATRON RESPIRATORIO, MUCOSA ORAL SECA PESE A MANEJO CON CRISTALOIDES, GASES ARTERIALES DOCUMENTANDO TRASTORNO DE LA OXIGENACION, CIFRAS TENSIONALES CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION, RUIDOS CARDIACOS QUE SE TORNAN ARRITMICOS Y TAQUICARDICOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDOS EN BASES PULMONARES, SE ORDENAN PARACLINICOS CON FUNCION RENAL ALTERADA CON TENDENCIA AL AUMENTO, IONOGRAMA SIN ALTERACIONES, HEMOGRAMA CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA GRADO I SEGUN OMS SIN REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL, TROP NEGATIVO, DIMERO D ELEVADO QUE ASOCIADO A EPISODIOS DE TAQUICARDIA SINUSAL DOCUMENTADA EN ELECTROCARDIOGRAMA + DIFICULTAD RESPIRATORIA + HIPOXEMIA QUE PODRIA ESTAR EN RELACION A EVENTO DE EMBOLISMO PULMONAR, POR LO QUE SE DECIDE TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MONITORIZACION HEMODINAMICA CONTINUA. SE INFORMA A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.]</p>					
<p>TA 90/90 MMHG FC 132 LPM FR 30 RPM SATO2 95% VENTURI 50% Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 14/03/22 03:34:49</p>					
<p>LIANA MONTENEGRO PEREZ Reg. 1083029473 MEDICINA GENERAL</p>					

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.16”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 14/03/2022 a las 05:21 El profesional en Medicina Interna Enoc Nicolás Cano Paternina realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	169	FECHA	14/03/2022 05:21:02	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
-----INGRESO A UCI-----					
<p>PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCEDENTE DE SALA GENERAL DONDE SE ENCONTRABA DESDE HACE 5 DIAS EN SU POPO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL Y ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS Y QUE DURANTE PROCEDIMIENTO PRESENTA BRADICARDIA EXTREMA QUE EVOLUCIONA A ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO SE ASEGURADO VIA AEREA Y SE INICIO MASAJE CARDIACO ATROPINA 1 MG EN DOS OCACIONES Y ADRENALINA 1MG EN DOS OCACIONES SE REPORTA PARADA DE +/- 2 MIN, LOGRANDO RITMO SINUSAL Y SE TRASLADA A LA UNIDAD BAJO VENTILACION MECANICA, PROGRESA EN ACEPTABLES CONDICIONES SIENDO EXTUBADA Y CON ESTUDIOS DE EXTENSION NORMALES DADOS POR ECOCARDIOGRAMA Y TAC DE CRANEO SIMPLE NORMAL ASI COMO EKG SIN CAMBIOS POR LO QUE ES TRASLADADA A SALA GENERAL DONDE INGRESA DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA SIN DEFICITO MOTOR O SENSITIVO APARENTE Y EVOLUCION FAVORABLE, SOLICITAN RMN CEREBRAL Y VALORACION POR NEUROLOGIA, SIN EMBARGO PACIENTE DESDE HACE 2 DIAS SE ENCUENTRA CON DATOS DE DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO MAS EVIDENTE EN HIPOGASTRIO ASI COMO DISTENSION CON AUSENCIA DE DEPOCIONES DE 4 DIAS POR LO QUE REALIZAN SERIE DE ABDOMEN AGUDO Y SUMINISTRAN MEDICACION CON BISACODILO LACTULAX Y ENEMA, SIN MEJORIA DE SU CUADRO, DESDE EL DIA DE HOY PACIENTE CON AUMENTO DE LA DISTENSION ASOCIADO A DISNEA QUE PROGRESA HASTA EL REPOSO PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA Y APARENTE SOMNOLENCIA POR LO QUE DECIDEN TRASLADAR A LA UNIDAD, INGRESA PACIENTE A LAS 05:02 HRS EN MUUY MALAS CONDICIONES GENERALES CON PALIDES MUCOCUTANEA GENERALIZADA CIANOSIS GENERALIZADA Y AUSENCIA DE PULSO POR LO QUE INMEDIATAMENTE SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR SE DECIDE ASEGURAR VIA AEREA CON TUBO 7,5 Y E CONTINUA CON ADRENALINA MAS MASAJES CARDIACOS, ANTE LA POCA CLARIDAD DE SU EVOLUCION Y CAUSA DE SU CONDICION ACTUAL SE LE SUMINISTRA UNA AMPOLLA DE SULFATO DE MAGNESIO Y UNA AMPOLLA DE GLUCONATO DE CALCIO, SE CONTINUAN CON MANIOBRAS POR APROXIMADAMENTE 13 MINUTOS, ENCONTRANDO PULSO FILIFORME ARRITMICO CON TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFICO DE FIBRILACION AURICULAR, SE LE INDICA INICIAR INFUSION CON NORADRENALINA A DOSIS TITULABLE, SE TOMAN GASES ARTERIALES CONTROL ENCONTRANDO PH DE 6.9 CON HCO3 11 Y LACTATO DE 11,3 POR LO QUE SE LE INDICA PASAR 20 AMP DE BICARBONATO DE SODIO Y 2000 CC DE CRISTALOIDES, SE INDICAN ESTUDIOS DE EXTENSION Y SE SOLICITA INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL Y GINECOLOGIA URGENTE, CONSIDERANDO PACIENTE EN MUUY MALAS CONDICIONES CLINICAS CON ALTO RIESGO DE MORTALIDAD A CORTO PLAZO SE COMENTA CON FAMILIAR SOBRE SU ESTADO ACTUAL Y EL ALTO RIESGO DE NUEVA APRADA CARDIACA</p>					

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.17”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 14/03/2022 a las 05:21 El profesional en Medicina Interna Enoc Nicolás Cano Paternina realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

IMPRESION DIAGNOSTICA:

- . SEPSIS DE FOCO A DETERMINAR
- . CHOQUE SEPTICO DE FOCO A ESTUDIO SOSPECHA DE FOCO INTRABDOMINIAL
- . OBSTRUCCION INTESTINAL
- . ACIDOSIS METABOLICA SEVERA MAS HIPERLACTATEMIA
- . ESTADO POST RCP DE 13 MINUTOS (14 MARZO 22)
- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN VENTILACION MECANICA INVASIVA
- . INJURIA RENAL AGUDA AKIN TIPO III
- . URGENCIA DIALITICA ??
- . ESTADO POST RCCP DE 2 MIN EL 5 DE MARZO
- . SINDROME CORONARIO AGUDO A DESCARTAR
- . POP 5 MARZO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA CON ATIPIAS + HIPERPLASIA DE CELULAS EN CLAVO CON METAPLASIA ESCAMOSA FOCAL.
- . DIABETES MELLITUS POR ANTECEDENTES

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.18”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas, además allí se evidencia un comentario del apoderado que no tiene nada que ver con los sucesos indicados.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO “2.19”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, por lo que nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas. No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso se identifica:

- El 14/03/2022 a las 08:06 la profesional en Ginecología y Obstetricia Petra Barrios Parody realizó el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	177	FECHA 14/03/2022 08:06:04	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN MÉDICO				
SE ACUDE A LLAMADO DE UCI ENCONTRÁNDOSE PACIENTE DE 61 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS				
SEPSIS DE FOCO A DETERMINAR				
.CHOQUE SEPTICO DE FOCO A AESTUDIO SOSPECHA DE FOCO INTRABDOMINIAL				
.OBSTRUCCION INTESTINAL				
.ACIDOSIS METABOLICA SEVERA MAS HIPERLACTATEMIA				
.ESTADO POST RCP DE 13 MINUTOS (14 MARZO 22)				
.INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN VENTILACION MECANICA INVASIVA				
.INJURIA RENAL AGUDA AKIN TIPO III				
.URGENCIA DIALITICA ??				
.ESTADO POST RCP DE 2 MIN EL 5 DE MARZO				
.SINDROME CORONARIO AGUDO A DESCARTAR				
.POP 5 MARZO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA CON ATIPIAS + HIPERPLASIA DE CELULAS EN CLAVO CON METAPLASIA ESCAMOSA FOCAL				
.DIABETES MELLITUS POR ANTECEDENTES				
QUIEN PRESENTO PARO CARDIORESPIRATORIO HOY A LAS 5:00 AM EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES CON MAL PRONOSTICO PARA LA VIDAD Y DE DESENLACE A MUERTE A CORTO PLAZO DADAS LAS COOMORBILIDADES				
EN QUIEN CONSIDERO DEBE SER LLEVADA A EXPLORACION POR PARTE DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA (ESPECIALIDAD TRATANTE) CON PARTICIPACION DE CIRUGIA GENERAL				
DADO QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INICIAL FUE REALIZADO POR PARTE DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA SE INDICA LA VALORACION POR DICHA SUBESPECIALIDAD Y QUEDAMOS ATENTOS A LA CONDUCTA A SEGUIR				
Evolución realizada por: PETRA BARRIOS PARODY-Fecha: 14/03/22 08:06:08				
<hr/> PETRA BARRIOS PARODY Reg. 602 C.C.: 560839 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				

2. FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO “LOS HECHOS EXPUESTOS DEMUESTRAN”

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.1.”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud, de los soportes documentales y registros de historia clínica allegados al presente proceso respecto de la atención brindada a la señora SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ (Q.E.P.D.) bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas, no es posible validar la veracidad de las afirmaciones radicadas en el presente hecho, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.2.”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA. El presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. No obstante, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que el 05/03/2022 fueron realizados los procedimientos quirúrgicos Histerectomía + Salpingooforectomía bilateral, así mismo se identifica que durante el periodo intraoperatorio (en salas de cirugía) la paciente presentó un paro cardiorrespiratorio que fue intervenido oportuna y exitosamente por especialista en anestesiología, mediante la ejecución del protocolo de reanimación cardiocerebropulmonar⁶ según guías internacionales.

El 05/03/2022 a las 17:35 el profesional en Medicina Interna Enoc Nicolás Cano Paternina realizó el siguiente registro clínico que obra como prueba en el proceso, acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	8	FECHA 05/03/2022 17:35:26	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN MÉDICO				
INGRESO A UCI				
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD PROCEDENTE DE CIRUGIA EN SU POP INMEDIATO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL				
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS , G1P0C1, QUE CURSA CON CUADRO DE SANGRADO TRANSVAGINAL DE LARGA DATA. LEGRADO BIOPSIA DEL JUNIO 28/2021 -REPORTA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA CON ATIPIAS * HIPERPLASIA DE CELULAS EN CLAVO CON METAPLASIA ESCAMOSA FOCAL. POR LO QUE SE PROGRAMA HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL LA CUAL SE REALIZA EL DIA				
HOY SEGUN INFORME DE ANESTESIOLOGA PACIENTE AL FINAL DE HISTERECTOMIA PRESENTO BRADICARDIA EXTREMA QUE EVOLUCIONO A ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO SE ASEGURO VIA AEREA Y SE INICIO MASAJE CARDIACO ATROPINA 1 MG EN DOS OCACIONES Y ADRENALINA 1MG EN DOS OCACIONES SE REPORTA PARADA DE +/- 5 MIN, SE LOGRA RITMO SINUSAL Y SE TRANSLADA A ESTA UNIDAD PARA MANEJO VIGILANCI Y MONITORIZACION				

El paro cardiorrespiratorio (PCR) es un incidente que, en potencia, puede presentar todo paciente quirúrgico, su aparición se relaciona directa o indirectamente con la anestesia, con las características de la intervención quirúrgica y con el estado preoperatorio del paciente; para el caso de la señora SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ (Q.E.P.D.), se resalta la disponibilidad inmediata del anestesiólogo ante la ocurrencia del evento crítico.

⁶ https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlights_2020ECCGuidelines_Spanish.pdf

No obstante, se resalta que, en este caso, no se encuentran incluidos dentro de los anexos de la demanda los soportes del proceso de anestesia, por lo cual no es posible validar si la afirmación radicada en el presente hecho como “**Evento Adverso**”, es cierta o no. En tal sentido, nos atenemos a que lo que haya registrado en la historia clínica de manera precisa.

Marco Técnico⁷: Paro Cardíaco Intraoperatorio o Perioperatorio

La mortalidad relacionada a la anestesia ha disminuido en las últimas décadas en respuesta a múltiples factores como la introducción de nuevos agentes anestésicos, avances en técnicas anestésicas y de monitorización, optimización de las condiciones del paciente previo a la cirugía y la implementación de estándares de calidad en los servicios de salud. La ocurrencia de un PCR se define según la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y parámetros hemodinámicos, en el periodo que inicia con la administración de premedicación e inducción anestésica, hasta el alta de la unidad de recuperación.

Como factores de riesgo se mencionan:

- *Edad: el paro perioperatorio es más frecuente en la población pediátrica, especialmente recién nacidos y lactantes menores.*
- *Estado funcional: constituye un factor de riesgo, los pacientes ASA III o mayor tienen más riesgo de presentar un paro perioperatorio.*
- *No existe claro aumento de la mortalidad asociada a cirugía de emergencia, comparada con cirugía electiva*

Las causas del paro cardiorrespiratorio se agrupan en 4 grupos:

- *El **primero**, secundario a complicaciones preoperatorias (65%), el estado físico del paciente puede ser determinante para la aparición de PCR intraoperatorio.*
- *El **segundo** relacionado con eventos propios del procedimiento quirúrgico (24%) como la presencia de sangrado intraoperatorio excesivo da cuenta del 70% de las muertes atribuidas al procedimiento quirúrgico-*
- *El **tercero** relacionado con eventos patológicos intraoperatorios (9%) la gran mayoría de las causas correspondientes a eventos patológicos intraoperatorios corresponden a eventos isquémicos miocárdicos, embolia pulmonar y arritmias severas, la hipovolemia aguda preoperatoria, shock hemorrágico preoperatorio, seguido por hemorragia masiva intraoperatoria*
- *El **cuarto** atribuible al manejo anestésico (2%), al manejo de la vía aérea o ventilación:*
 - o *Un evento hipóxico es considerada totalmente prevenible*
 - o *La sobredosis de anestésicos, absoluta o relativa, constituye una de las primeras causas de deterioro hemodinámico post inducción que se informa con frecuencia como primera causa de PCR en los quirófanos.*
 - o *La hipotensión post inducción (21,7%), asistolia y muerte se han informado después de la inducción de la anestesia con Propofol y Fentanyl, posiblemente por la acción sinérgica de ambos medicamentos para causar hipotensión y bradicardia comparado con otros anestésicos. El Tiopental produce depresión de la función miocárdica con disminución del volumen de eyección y aumento de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo y de la presión pulmonar, así como descenso de la presión arterial.*

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.3”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA. El presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. No obstante, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que:

- En el periodo posoperatorio inmediato la paciente se encontraba bajo el efecto de los medicamentos sedantes para permitir el acople a la ventilación mecánica invasiva, de tal forma no era posible evaluar el estado neurológico.
- El 06/03/2022 se solicitó la realización de una tomografía de cráneo simple para evaluar la presencia de secuelas neurológicas relacionadas con el paro cardiorrespiratorio intraquirúrgicos. En el informe tomográfico del mismo día, se reportó “(...) **Conclusión: hallazgos compatibles con cambios involutivos encefálicos incipientes (...)**”

⁷ <https://revistachilenadeanestesia.cl/paro-cardiorrespiratorio-perioperatorio/>

- El 06/03/2022 se determinó la suspensión de los sedantes (Fentanyl) con el propósito de avanzar en el proceso de desconexión de la ventilación mecánica invasiva (weaning ventilatorio).
- El 09/03/2022 desde la especialidad de Medicina Interna y ginecología, se determina egreso y se solicita interconsulta por Neurología clínica con el propósito de evaluar las alteraciones en el estado de conciencia, descritas como “desorientación” y “agitación”, pero los familiares rechazan el egreso hasta la materialización de la valoración por Neurología.

FOLIO	96	FECHA 09/03/2022 20:00:48	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN MÉDICO SE COMENTA ORDENES DE EGRESO DE ESPECIALIDADES TRANTES A FAMILIARES, QUIENES NO SE ENCUENTRAN DE ACUERDO, MANIFIESTAN DESEO DE VALORACION INTRAHOSPITALARIA POR SERVICIO DE NEUROLOGIA, CON INDICACION POR MEDICINA INTERNA DE MANEJO AMBULATORIO. PENDIENTE DEFINICION DE EGRESO. Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 09/03/22 20:00:53				
LIANA MONTENEGRO PEREZ Reg. 1083029473 MEDICINA GENERAL				

- El 10/03/2022 se realiza valoración por Medicina Interna en la cual se solicita la realización de resonancia cerebral en virtud de la alteración cognitiva presentada por la paciente y descrita como “**desorientación, incoherencia y amnesia**”, así mismo se reitera la solicitud de valoración por la especialidad de Neurología Clínica.
- El 07/03/2022 se formulan medicamentos antipsicóticos (**Haloperidol⁸** y **Quetiapina⁹**) para control de la agitación psicomotora presentada tras la extubación, pero no se realiza un proceso diagnóstico para aclarar la etiología. Ante la persistencia de las manifestaciones comportamentales el 09/03/2022 se adiciona **Olanzapina¹⁰** y el 14/03/2022 **Alprazolam¹¹** al esquema terapéutico.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.4”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. No obstante, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que:

La paciente manifestó dolor abdominal el 10/03/2022 es decir en el 5° día posoperatorio, en esta oportunidad no se identificaron hallazgos patológicos en el examen físico, tal como se evidencia en la siguiente imagen

* Haloperidol: neuroléptico de gran potencia, antagonista de los receptores dopaminérgicos cerebrales. Indicaciones terapéuticas: delirios y alucinaciones en esquizofrenia aguda y crónica, paranoia, confusión aguda, alcoholismo, delirio hipocondríaco, trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, límite. En el tratamiento de la agitación psicomotriz en manía, demencia, retraso mental, alcoholismo. Trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva, paranoide, histriónica y otras personalidades. agitación, agresividad y conductas de evitación en pacientes geriátricos. trastornos de la conducta y del carácter en niños. movimientos coreicos. hipo persistente. tics, tartamudeo.

En anestesiología: premedicación y mezclas anestésicas, como antiemético en: náuseas y vómitos de diversa etiología. Haloperidol es el medicamento de elección cuando los medicamentos clásicos para el tratamiento de las náuseas y los vómitos no son suficientemente efectivos.

9 Quetiapina Antipsicótico atípico que interacciona con un amplio rango de receptores neurotransmisores. Presenta afinidad por serotonina cerebral (5-HT₂) y receptores D₁ /D₂ de dopamina, así como también por los receptores alfa 1 adrenérgicos e histaminérgicos, alfa 2 adrenérgicos y 5HT_{1A} de la serotonina. Indicado en el tratamiento de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar, los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar y la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con Quetiapina

10 Olanzapina: Antipsicótico, antimaniaco y estabilizador del ánimo. Presenta afinidad por receptores de serotonina, dopamina, muscarínicos colinérgicos, alfa-1-adrenérgicos e histamina. La Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia, es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento, en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave, en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con Olanzapina durante el episodio maníaco.

11 Alprazolam: se indica para tratar los trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico (ataques repentinos e inesperados de miedo extremo y preocupación por estos ataques), pertenece a una clase de medicamentos llamados benzodiacepinas. Su acción consiste en reducir la excitación anormal en el cerebro.

FOLIO	112	FECHA 10/03/2022 17:25:27	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN	
EVOLUCIÓN MÉDICO					
Nota Médica					
Paciente quien acusa dolor a nivel de región pélvica al examen físico en aceptables condiciones generales, ligero dolor abdominal en hipogastrio , herida quirúrgica sin secreción ni sangrado, no signos de irritación peritoneal. Se reajusta manejo médico.					
Evolución realizada por: ROXANA NUÑEZ ORTIZ-Fecha: 10/03/22 17:25:31					
FORMULA MÉDICA					
Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1,00 AMPOLLAS	ACETAMINOFEN 10 MG/ML SOL. INY FRASCO X 100 ML.	INTRAVENOSO	8 Horas	NUEVO

En virtud del dolor, sin signos de **irritación peritoneal**¹², ni signos de **respuesta inflamatoria sistémica**¹³, desde medicina general se dio la indicación de administrar **Acetaminofén**¹⁴, resaltando que por la composición del medicamento, solamente tiene efectos analgésicos, mas no antiinflamatorios.

El 12/03/2022 se documenta en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, nuevamente la presencia de dolor abdominal, asociado con distensión abdominal y ausencia de deposiciones en los últimos 4 días, pero **clínicamente sin signos de irritación peritoneal, ni signos de respuesta inflamatoria sistémica**, por lo cual se solicita la realización de radiografía abdominal y administración de medicamentos como Bisacodilo (incrementa la motilidad intestinal y alivia el estreñimiento) y Lactulax (aumento en el peristaltismo colónica y reblandecimiento de las heces), este esquema terapéutico corresponde según las guías de práctica clínica, al manejo para una de las **Complicaciones digestivas** más frecuentes evidenciadas tras la cirugía ginecológica (histerectomía abdominal), llamada **Íleo**.

La evolución clínica de la paciente fue compatible con el desarrollo de un íleo, esta condición implica disminución o ausencia de la función propulsiva intestinal debido a parálisis u obstrucción mecánica, el intestino se distiende y el contenido queda secuestrado, los síntomas son: dolor abdominal, sensación de plenitud, distensión abdominal, vómitos y náuseas, ausencia de peristaltismo (no hay ruido intestinal). Habitualmente, el cuadro clínico puede asociarse con una obstrucción parcial o completa (íleo mecánico). El tratamiento indicado en esta condición es descompresión del estómago e intestino (sonda nasogástrica), realización de radiografía de abdomen para evaluar la obstrucción y estimulación del peristaltismo con medicamentos (laxantes o enemas). Si las medidas conservadoras y la aspiración gastrointestinal no mejoran el cuadro en 48 horas será conveniente realizar nueva cirugía para buscar y solucionar la causa del íleo.

De esta manera, es posible concluir que el manejo brindado al dolor abdominal en el posoperatorio fue pertinente y acorde con la evolución clínica de la paciente.

Pero la evolución clínica del 12/03/2022 fue bizarra ya que el dolor abdominal incrementó en intensidad pese al manejo analgésico y se irradió a las demás zonas del abdomen, por lo cual se optimizó el tratamiento analgésico con Dipirona + Hioscina.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.5”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA. El presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. No obstante, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que el 09/03/2022 a las 20:00 horas, la profesional en medicina general Liana Montenegro Pérez registró en la historia clínica que la indicación del egreso definido por los profesionales tratantes (Ginecología y

12 Irritación peritoneal: Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico. La inflamación del peritoneo visceral se produce por patología propia del tramo del intestino afectado, y la inflamación del peritoneo parietal se produce por contacto con una víscera inflamada o por encontrarse bañado por sustancias irritantes como el líquido intestinal o la bilis procedentes de una perforación de víscera hueca. Ver abdomen agudo, defensa abdominal, peritonitis.

13 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS): Respuesta inflamatoria que trae por consecuencia una liberación descontrolada de mediadores, que pueden causar daño histico, insuficiencia múltiple de órganos (IMO) y que se acompaña de gran mortalidad (30 %). A diferencia del síndrome séptico, puede ser causada por una infección u otro tipo de lesión (quemaduras, traumas, pancreatitis, shock). Puede ser identificado por la presencia de al menos 2 de las siguientes manifestaciones: Temperatura corporal mayor que 38 °C o menor que 36 °C. - Frecuencia cardíaca mayor que 90/min. - Frecuencia respiratoria mayor que 20/min o PaCO2 mayor que 32 mmHg. - Cuenta global de leucocitos mayor que 12,0 x103/L o menor que 4,0 x103/L o la presencia de más 0,10 neutrófilos inmaduros. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000400007

14 El Acetaminofén o Paracetamol, es un analgésico y antipirético, que inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico aliviando el dolor somático de baja y moderada intensidad. Actúa sobre el centro termorregulador del hipotálamo para disminuir la fiebre. A diferencia de los salicilatos, como el ácido acetilsalicílico, carece de actividad antiinflamatoria útil. Sus efectos antipiréticos y analgésicos se inician en 30 min, son máximos en 1 a 3 h y persisten por 3 a 4 h. En dosis terapéuticas, se absorbe rápida y completamente desde cualquier punto del aparato digestivo.

Ginecología Oncológica), fue rechazado por los familiares de la paciente, argumentado por la solicitud de una valoración intrahospitalaria por la especialidad de Neurología Clínica, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

FOLIO	96	FECHA	09/03/2022 20:00:48	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
SE COMENTA ORDENES DE EGRESO DE ESPECIALIDADES TRANTES A FAMILIARES, QUIENES NO SE ENCUENTRAN DE ACUERDO, MANIFIESTAN DESEO DE VALORACION INTRAHOSPITALARIA POR SERVICIO DE NEUROLOGIA, CON INDICACION POR MEDICINA INTERNA DE MANEJO AMBULATORIO. PENDIENTE DEFINICION DE EGRESO.					
Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ.Fecha: 09/03/22 20:00:53					
LIANA MONTENEGRO PEREZ Reg. 1083029473 MEDICINA GENERAL					

Así mismo se identifica que a la paciente le fueron indicadas la realización de neuroimágenes para evaluación del sistema nervioso central:

- **Tomografía computada de cerebro sin contraste en la cual se reportan hallazgo acorde con la edad**

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	
Cantidad	Descripción
1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE DE CEREBRO SIN CONTRASTE	
TÉCNICA:	
Se efectuó tomografía computada multislice de cerebro sin contraste endovenoso, mediante una adquisición volumétrica en el plano axial y posteriores reconstrucciones multiplanares y tridimensionales.	
INFORME:	
Línea media conservada. No se observan colecciones hemáticas intra ni extraaxiales. El sistema ventricular, las cisternas encefálicas y espacios subaracnoideos corticales son ligeramente amplios de aspecto involutivo. No se evidencian alteraciones anatómicas en la fosa posterior. Con ventana ósea no se identifica lesión ósea traumática sobre la calota craneana.	
CONCLUSIÓN:	
-HALLAZGOS COMPATIBLES CON CAMBIOS INVOLUTIVOS ENCEFALICOS INCIPIENTES	
LEIDO POR MEDICO RADIOLOGO DR DOUGLAS GARCIA	
FECHA Y HORA DE APLICACION:06/03/2022 15:55:43 REALIZADO POR: DARWIN RAUL RANGEL VILLANUEVA	

- **Resonancia de cerebro**

EVOLUCIÓN MÉDICO
REPORTE RESONANCIA DE CEREBRO
HALLAZGOS :
PARÉNQUIMA CEREBRAL: homogéneo, buena relación sustancia blanca gris. No hay lesiones hemorrágicas, isquémicas y ocupantes de espacios.
SURCOS Y CISURAS: de amplitud y distribución adecuada.
SISTEMA VENTRICULAR SUPRA e INFRATENTORIAL: de calibre normal sin lesiones intraventriculares patológicas.
CISTERNA DE LA BASE: Libres no evidencia hemorragias o lesiones ocupantes.
NÚCLEOS DE LA BASE: Morfología normal.
REGIÓN SELLAR: Aplanamiento de la glándula hipofisaria protruyendo sistema supraselar hacia la silla turca.tallo hipofisario y quiasma óptica.
FOSA POSTERIOR: cerebelo, hemisferio cerebeloso, vermis cerebral. Tallo cerebral son de características normales.
ANGULO PONTOCEREBELOSO: sin evidencia de lesiones quísticas o sólidas.
ESPACIO EXTRA AXIAL: libre sin colecciones o masas.
TABLA OSEA: de grosor y señal conservada.
ESTRUCTURAS VASCULARES: sin alteraciones evidentes.
ORBITAS sin alteraciones evidentes . Engrosamiento de mucosa maxilar bilateral, resto de cavidades sin alteraciones.
Desviación septal, espolón óseo hacia la izquierda
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:
1. Aracnoidocèle selar.
2. Cambios inflamatorios maxilares.
3. Desviación septal hacia la izquierda.
4. Parénquima cerebral sin alteraciones
Evolución realizada por: DAVID JOSE CASAROSA ROJAS.Fecha: 12/03/22 07:09:07

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.6”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Sin embargo, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.4.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.7”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Sin embargo, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.4.

Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, es importante aclarar que los signos de respuesta inflamatoria sistémica precedieron a los hallazgos abdominales, de tal forma la descompensación hemodinámica dada por dificultad respiratoria con hipoxemia, arritmia cardíaca, hipotensión y deshidratación, determinaron los criterios para diagnosticar “sepsis de foco a determinar” y la hipótesis de “choque séptico de foco a estudio sospecha de foco intraabdominal”, surge en el antecedente reciente de cirugía abdominal, en virtud se solicitó la interconsulta médica especializada por cirugía general para definir la pertinencia de la conducta quirúrgica.

El concepto de cirugía general fue paciente en posoperatorio de histerectomía abdominal, en quien se recomienda descartar patología abdominal mediante la realización de laparotomía exploratoria (ver imagen)

FOLIO	184	FECHA	14/03/2022 10:33:55	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL					
PCTE QUE SOLICITAN INTERCONSULTA					
PCTE EN MAL ESTADO GENERAL POP DE HISTECRECOMIA TARDIA DE 12 DIAS QUE REFIERE FAMILAIR QUE HACE 12 DIAS NO ELIMINA FLATOS Y DEPOSICIONES					
PCTE ES TRASLDA A UCI POR PARADA CARDIACA					
PCTE EN MLA ESTADO GENERAL GENERLA CON TUBU ORTRAQUEAL CON OXIGENCAICON BAJA CON PIEL MARMOREA ABDOMEN GLOBOS TIMNICO					
PERITALSIS AUSENTE					
POR LO QUE SE CONSIDERA DESCARTAR PATOLOGA INTRABDMNAL Y SLICTAN REVSON PARA DESCARTAR PLAN					
LAPAOROTMIA EXPLORATRIA					
SE EXPLCIA A FAMILAIRES MAL ESTADO DEL PCTE DOND ESE EXPLICA CUADRO CLINCO Y COMPLICACIONES PRONSOTICO RESERVADO					
TRALADAR A QX					
Evolución realizada por: ARTURO HAZBUN ARCILA-Fecha: 14/03/22 10:34:00					
ARTURO HAZBUN ARCILA					
Reg. 0816-96					
CIRUGIA GENERAL					

La conducta quirúrgica fue definida el 14/03/2022 a las 10:33 horas y el paso a salas de cirugía fue realizado el mismo día a las 10:45 según notas de enfermería, es decir con adecuada oportunidad.

NOTAS ENFERMERIA
10:45 INGRESA PACIENTE FEMENINA MAYOR DE EDAD AL QUIROFANO 3 EN Cama PROCEDENTE DE UCI ADULTO ,EN MAL ESTADO GENERAL EN COMPAÑIA DE AUXILIAR, Y ANESTESIOLOGA CON TOT ASISTIDO POR AMBUN A O2 PORTATAIL ,CATETER SUBCLAVIO DERECHO INSTALADO LEV SHARTMANN 1000 CC ,INFUSION DE NORA 6 MG EN 100 CC SSN CONTROLADO POR BOMBA DE INFUSION ,2DA INFUSION DE VASOPRESINA EN 100 CC SSN CONTROLADO POR BOMBA INFUSION 3ERA INFUSION DE FENTANILO CONTROLADO POR BOMBA INFUSION ,ARTERIA RADIAL IZQ A SOLCUION HEPARENIZADA ,ADOMEN GLOBOSO ,HERIDA EN REGION PELVICA EN PROCESO DE CICATRIZACION ,SONDA VESICAL A DRENAJE CISTOFLO ORINA CLARA , MIEMBROS INFERIORES, EDEMA Y SIANOSIS DISTAL ,PARA PROCEDIMIENTO DE LAPARATOMIA DR ARRU HAZBUN

En virtud de la evidencia presentada en la historia clínica, es posible concluir que las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal y como se encuentran redactadas, distan de la realidad.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.8”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Sin embargo, se indica que el presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.3., así como se identifica que:

- La sedación quirúrgica fue realizada con los medicamentos: Fentanyl + Propofol + Midazolam.
- La sedación durante la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo fue realizada con Fentanyl.
- La paciente recibió sedación durante la cirugía y en el periodo posoperatorio inmediato que se extendió hasta el primer día de la estancia en Unidad de Cuidado Intensivo.
- El 07/03/2022 fueron suspendidos los medicamentos Fentanyl + Midazolam.

FOLIO		47	FECHA	07/03/2022 00:17:25	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN	
FORMULA MÉDICA							
Cantidad	Dosis	Descripción		Vía	Frecuencia	Acción	
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG 40MG		INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR	
1,00	1,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG 1 MG		INTRAVENOSO	Ahora	SUSPENDIDO	
1,00	1,00 AMPOLLAS	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG 40 MG		SUBCUTANEO	24 Horas	CONTINUAR	
8,00	8,00 BOLSA	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA 100 CC 100 MG		INTRAVENOSO	Inf. Continu	SUSPENDIDO	
2,00	2,00 BOLSA	SOLUCION HARTMAN-RINGER LACTATO BOLSA 10 00 CC 1000 MCG		INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR	
4,00	4,00 AMPOLLAS	FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.05 MG		INTRAVENOSO	Inf. Continu	SUSPENDIDO	
10,00	10,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5MG		INTRAVENOSO	Inf. Continu	SUSPENDIDO	

- Tras el despertar de la sedo analgesia la paciente presento alteraciones comportamentales diagnosticadas como agitación psicomotora y desorientación, las cuales fueron tratadas con medicamentos como **Haloperidol**, **Quetiapina** y **Olanzapina**, pero estos medicamentos no tienen acción farmacológica sobre el nivel de conciencia

En virtud de la evidencia presentada en la historia clínica, es posible concluir que las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal y como se encuentran redactadas, distan de la realidad.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.9”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Sin embargo, se indica que el presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.4., así como se identifica que, ante la evolución clínica de la paciente y los síntomas compatibles con el desarrollo de un íleo posoperatorio, se indicó la realización de una radiografía de abdomen.

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción
1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE
P	
FECHA Y HORA DE APLICACION:12/03/2022 10:00:29 REALIZADO POR: DARWIN RAUL RANGEL VILLANUEVA	

En virtud de la pertinencia medica ante la indicación de la realización de una radiografía simple de abdomen por la sospecha de una obstrucción intestinal, es necesario aclarar que esta constituye una prueba radiológica de fácil acceso, económica, sencilla y poco radiante, que requiere conocimientos sistemáticos básicos de lectura radiográfica para el diagnóstico del íleo mecánico. La literatura médica avala la indicación frente a la sospecha de obstrucción intestinal, tal como se dio en el caso de la señora SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ.

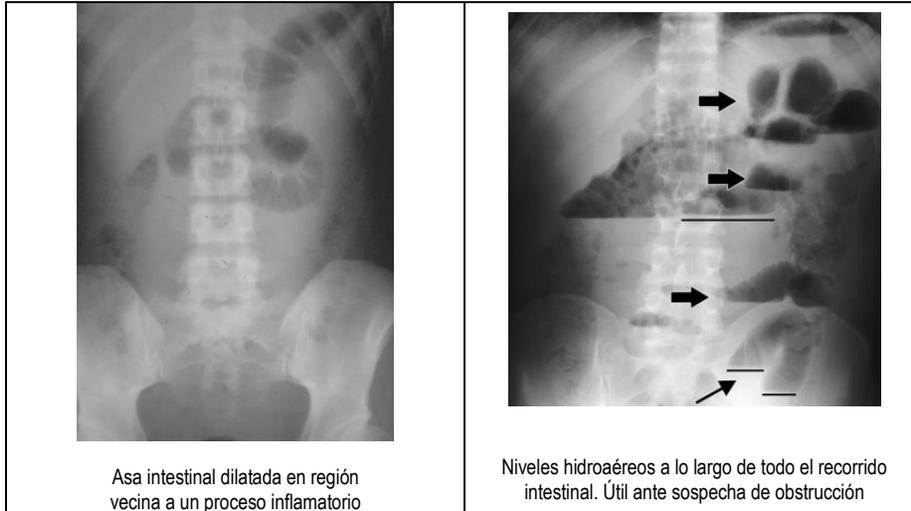
En una radiografía simple de abdomen se evalúan los siguientes hallazgos en relación con las alteraciones del patrón aéreo:

- El aire intraluminal proviene de la deglución, es normal su presencia en el estómago y en el colon.
- El aire extraluminal siempre es patológico, se presenta en los casos de perforación de víscera hueca y en estados quirúrgicos.
- Presencia de gas en localizaciones anómalas como retroperitoneal o dentro de los órganos abdominales.

La semiología radiológica de la obstrucción intestinales

- **Íleo mecánico:** es una obstrucción intestinal, caracterizada por un obstáculo físico que impide el avance del contenido intestinal, los principales hallazgos son: asas intestinales distendidas proximales al sitio de la obstrucción y disminución de gas distal a la obstrucción, también presencia de niveles hidroaéreos en las asas distendidas.

- **Íleo paralítico:** es la detección del tránsito intestinal por un problema funcional (alteración de la actividad motora), es decir un proceso obstructivo intestinal caracterizado por la ausencia de obstrucción mecánica. Radiológicamente se caracteriza por la retención de gran cantidad de gas y líquido, con asas dilatadas tanto en el intestino delgado como en grueso. La distensión intestinal es más uniforme, a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, con presencia de gas distal y niveles hidroaéreos generalizados.



FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.10”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Sin embargo, se indica que el presente hecho es impreciso, por cuanto no se establecen con claridad las condiciones de tiempo, modo y lugar, a las que pretende hacer referencia. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que:

- El deterioro clínico medido por resultado de exámenes de laboratorio clínico se documentó por primera vez el 13/03/2022 a las 23:58 con la documentación de la elevación de la creatinina (Nivel de creatinina previo 0.72 – 08/03/2022).

1	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS
AHORA	
Creatinina en Suero	2.24 mg/dL 0.7 - 1.3
FECHA Y HORA DE APLICACION:	13/03/2022 23:58:15 REALIZADO POR: NURY S RONCALLO GUTIERREZ

- En virtud de las afirmaciones radicadas en el presente hecho, es necesario aclarar que el deterioro clínico de la paciente se presentó en la noche del 13/03/2022, tal como quedó documentado en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, tanto de enfermería como de medicina.

23:00 acudo al llamado, paciente manifiesta "se esta ahogando", se observa sudorosa , se toma signos vitales y arroja
 T/A:130/80
 SAT:88% A 85%
 FC:113
 RESPI: 25
 - se realiza gases arteriales por jefe en turno
 - se instala soporte de oxigeno canula nasal a 3litros por minutos,paciente no tolera, se toma saturacion y arroja:87%
 -se instala tubo conector para oxigeno
 -por orden medica se aumenta litro a 5litros por minutos
 - por orden medica se instala solucion salina-500cc a bolo
 00:00 acudo al llamado, paciente manifiesta "ahogo", se informa a medico en turno quien da ordenes a seguir , se observa paciente ansiosa
 - se administra alprazolam 0,5mg vo
 - se canaliza en miembro superior izquierdo cateter#20 con linea de extension de anestesia
 - por orden medica se instala LEV :solucion hartman-1000cc a 70cc/H por bomba de infusion , se instala equipo LC-PRIMARIO
 - se administra hioscina compuesta 1ampolla iv diluida en 100cc de ssn lento
 00:30 por orden medica se retira canula nasal y se instala mascara por venturi al 50%-10litros por minutos
 01:30 acudo al llamado, paciente manifiesta "que se esta ahogando", se observa ansiosa , se toma signos vitales y arroja
 T/A:120/80
 SAT:97%
 FC:110
 RESPI: 23 , se informa a medico en turno quien da ordenes a seguir
 02:20 es valorada por medicina interna dr.OSCAR quien da ordenes a seguir
 - se realiza toma de muestra de sangre por laboratorio clinico
 03:00 se realiza:RX DE TORAX PORTATIL
Nota realizada por: PATRICIA PAOLA OROZCO SALAS Fecha: 14/03/22 01:53:45

Nota de Medicina

EVOLUCIÓN MÉDICO**NOTA MEDICINA GENERAL EN CONJUNTO MEDICINA INTERNA**

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON ESTANCIA EN SALA GENERAL BAJO DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, ACUDO NUEVAMENTE A LLAMADO DE ENFERMERIA, FAMILIAR Y PACIENTE QUIEN REFIERE **SENSACION DE AHOGO Y AGITACION**, ENCUENTRO PACIENTE INTRANQUILA, **CRIODIAFORETICA, TAQUICARDICA**, MUCOSA ORAL SECA, CON CIFRAS DE OXIEMTRIA DE PULSO FUERA DE METAS (90% O2 AMBIENTE), POR LO QUE SE INSTAURA CANULA NASAL A 3 LITROS MINUTO CON AUMENTO A 5 LITROS MINUTO Y MEJORIA DE CIFRAS, FC 116 LPM, ORDENO BOLO DE SOLUCION SALINA 500 CC. SE REVISIA HEMOGRAMA CONTROL DE HOY CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA GRADO I SEGUN OMS SIN CRITERIO TRANSFUSIONAL, RESTO DE LINEAS CELULARES NORMALES, FUNCION RENAL EN AUMENTO POSIBLEMENTE SECUNDARIA A DESHIDRATAION?, IONOGRAMA SIN ALTERACIONES, SE COMENTA CASO CON INTERNISTA EN TURNO (DR MONSALVE) SE EVIDENCIA EN GASES ARTERIALES ALCALOSIS RESPIRATORIA, SE AUMENTA A APORTE DE OXIGENO CON VENTURI AL 50% A 10LTS/MINUTO, SE ORDENA MANEJO CON CRISTALOIDES Y ALPRAZOLAM DOSIS UNICA.

PLAN

HARTMAN 70 CCI/H

ALPRAZOLAM 0.5 MG VO AHORA

SS/PARACLINICOS CONTROL EN 6 HORAS **NUEVA MUESTRA**

RESTO IGUAL.

Evolución realizada por: LIANA MONTENEGRO PEREZ-Fecha: 14/03/22 00:00:12

- En virtud del deterioro clínico identificado oportunamente, fueron adoptadas las siguientes intervenciones diagnósticas y terapéuticas:
 - o Terapia de reanimación hídrica parenteral (administración de líquidos endovenosos para corregir el desequilibrio hídrico manifestado clínicamente como deshidratación, el cual afecta directamente los niveles de creatinina sérica)
 - o Oxigenoterapia por sistema de alto flujo para garantizar saturaciones arteriales de oxígeno superiores al 90%
 - o Exámenes de laboratorio clínico de control en los cuales se identificó:
 - Incremento en creatinina de 0.72 (08/03/2022 - 03:16) a 2.24 (13/03/2022 - 23:58) y 3.15 (14/03/2022 - 08:38)
 - Disminución en hemoglobina de 11 (13/03/2022 - 23:52) a 9.5 (14/03/2022 - 08:30)
 - Medición de dímero D con reporte elevado 3448 (14/03/2022 03:24)
- En la nota médica registrada el 14/03/2022 a las 03:34 horas se documenta el deterioro clínico de la paciente, dado por signos de insuficiencia ventilatoria, arritmias cardiacas (taquicardia, bradicardia), deshidratación refractaria a la reanimación hídrica e hipotensión, este deterioro clínico en el marco de los informes de laboratorio clínico permitió plantear la impresión diagnóstica de Tromboembolismo pulmonar y optimizar el proceso de atención con el traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.
- El traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo se hizo efectivo el mismo 14/03/2022,
 - o A las 05:21 fue registrada la nota médica de ingreso a la unidad por especialista en medicina interna, quien realizó la impresión diagnóstica de sepsis de foco a determinar, choque séptico de foco en estudio con sospecha de foco intraabdominal, en virtud del antecedente quirúrgico de Anexo histerectomía solicitó valoración médica por Ginecología y ante la sospecha del proceso infeccioso intraabdominal solicitó la interconsulta médica especializada por Cirugía General para determinar la pertinencia del manejo quirúrgico.
 - o A las 05:15 y 05:20 horas fue registrada la nota de enfermería correspondiente al ingreso a la unidad.
- El 14/03/2022 a las 08:06 y 08:41 se registran las notas médicas correspondientes a la interconsulta por ginecología donde se define manejo quirúrgico, y a las 10:33 la nota médica de cirugía general en la cual se avala la indicación de revisión quirúrgica de cavidad abdominal.
- El 14/03/2022 a las 10:00 se registra en el informe quirúrgico el inicio del acto quirúrgico.
- A partir de las intervenciones asistenciales presentadas previamente, se puede establecer que no hay evidencia de inoportunidad durante la atención intrahospitalaria de la paciente, tal como se afirma en el presente hecho.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.11”: NO ES UN HECHO, es una apreciación subjetiva de la parte actora sin sustento técnico científico y/o en la historia clínica aportada como prueba en el presente proceso. En tal sentido, nos atenemos a lo que en la historia clínica se haya registrado de manera precisa.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.12”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. No obstante, se tiene que, dentro de las complicaciones de la histerectomía se encuentra ampliamente documentada la lesión del tracto genitourinario, específicamente del uréter. *“Se estima que ocurren lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en una tasa de 1 a 2% en todas las cirugías ginecológicas mayores y se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía”.*

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.13”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, en atención al deterioro clínico presentado por la paciente en la noche del 13/03/2022, fueron definidas las siguientes intervenciones asistenciales:

- Traslado a Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, donde se realizó la impresión diagnóstica de sepsis de foco a determinar, choque séptico de foco en estudio con sospecha de foco intraabdominal.
- En virtud del antecedente quirúrgico de Anexo histerectomía (05/03/2022) solicito valoración médica por Ginecología e interconsulta médica especializada por Cirugía General para determinar la pertinencia del manejo quirúrgico. A las 08:41 se registra la nota médica correspondiente a la interconsulta por ginecología donde se define manejo quirúrgico, y a las 10:33 la nota médica de cirugía general en la cual se avala la indicación de revisión quirúrgica de cavidad abdominal. Tal como se evidencia en las siguientes imágenes:

Ginecología

FOLIO	179	FECHA	14/03/2022 08:41:24	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
CORRECCION FOLIO 177					
SE ACUDE A LLAMADO DE UCI ENCONTRANDOSE PACIENTE DE 61 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS					
SEPSIS DE FOCO A DETERMINAR					
. CHOQUE SEPTICO DE FOCO A AESTUDIO SOSPECHA DE FOCO INNTRABDOMINIAL					
. OBSTRUCCION INTESTINAL					
. ACIDOSIS METABOLICA SEVERA MAS HIPERLACTATEMIA					
. ESTADO POST RCP DE 13 MINUTOS (14 MARZO 22)					
. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN VENTILACION MECANICA INVASIVA					
. INJURIA RENAL AGUDA AKIN TIPO III					
. URGENCIA DIALITICA ??					
. ESTADO POST RCCP DE 2 MIN EL 5 DE MARZO					
. SINDROME CORONARIO AGUDO A DESCARTAR					
. POP 5 MARZO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA CON ATIPIAS + HIPERPLASIA DE CELULAS EN CLAVO CON METAPLASIA ESCAMOSA FOCAL.					
. DIABETES MELLITUS POR ANTECEDENTES					
QUIEN PRESENTO PARO CARDIORESPIRATORIO HOY A LAS 5:00 AM					
TA 96/57 MMHG, FC 96 LAT/MIN EN VENTILACION MECANICA, STO 87%					
PIEL CON PALIDEZ GENERALIZADA Y EQUIMOSIS DISTAL					
ABDOMEN DISTENDIDO CON AUSENCIA DE PERISTALSIS SE PALAP INDURADO EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO					
NO PERDIDAS VAGINALES					
LA ENCUENTRO EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, ANURICA, CON DOBLE VASOPRESORES, HIPOTENSA, ANURICA, CON MAL PRONOSTICO PARA LA VIDA Y DE DESENLACE A MUERTE A CORTO PLAZO DADAS LAS COOMORBILIDADES					
EN QUIEN CONSIDERO DEBE SER LLEVADA A EXPLORACION POR PARTE DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA (ESPECIALIDAD TRATANTE)					
CONPARTICIPACION DE CIRUGIA GENERAL					
DADO QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INICIAL FUE REALIZADO POR PARTE DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA SE INDICA LA VALORACION POR DICHA SUBESPECIALIDAD Y QUEDAMOS ATENTOS A LA CONDUCTA A SEGUIR					
Evolución realizada por: PETRA BARRIOS PARODY -Fecha: 14/03/22 08:41:29					
<hr/> PETRA BARRIOS PARODY Reg. 602 C.C.: 560839 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA					

Cirugía General

FOLIO	184	FECHA	14/03/2022 10:33:55	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN MÉDICO					
INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL					
PCTE QUE SOLICITAN INTENRCOSSULTA					
PCTE EN MAL ESTADO GENERALA POP DE HISTECRECOTMIA TARDIA DE 12 DIAS QUE REFIERE FAMILAIR QUE HACE 12 DIAS NO ELIMINA FLATOS Y DEPOSICIONES					
PCTE ES TRASLDAÁ A UCI POR PARADA CARDIACA					
PCTE EN MLA ESTADO GENERAL GENERLA CON TUBU ORTRAQUEAL CON OXIGENCAICON BAJA CON PIEL MARMOREA ABDOMEN GLOBOS TIMNICO					
PERITALSIS AUSENTE					
POR LO QUE SE CONSIDERA DESCARTAR PATOLOGA INTRABDMNAL Y SLICTAN REVSON PARA DESCARTAR PLAN					
LAPAOAOTMIA EXPLORATRIA					
SE EXPLCIA A FAMILAIRES MAL ESTADO DEL PCTE DOND ESE EXPLICA CUADRO CLINCO Y COMPLICICONE S					
PRONSOTICO RESERVADO					
TRALADAR A QX					
Evolución realizada por: ARTURO HAZBUN ARCILA-Fecha: 14/03/22 10:34:00					
ARTURO HAZBUN ARCILA					
Reg. 0816-96					
CIRUGIA GENERAL					

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.14”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, la paciente ingresó a salas de cirugía el 14/03/2022, con inicio del acto quirúrgico a las 10:00.

Inicialmente se registró el informe quirúrgico por Cirugía General en el cual se reportó:

- **Descripción quirúrgica:** se retiran puntos de piel encontrando material purulento abúndate y fétido, se toma muestra y se ordena realizar creatinina de líquido, con reporte positivo, se realiza llamado intraoperatorio a urología, se realiza procediendo drenaje de peritonitis generalizada con liberación de adherencias y bridas múltiples, además lavado de cavidad con abundante solución salina y se coloca bolsa de Bogotá, se operará en 48 horas dependiendo evolución clínica de la paciente.
- **Hallazgos:** Peritonitis generalizada urinaria, adherencias inter-asas lesión ureteral izquierda.
- **Procedimientos:** laparotomía exploratoria + liberación de adherencias o bridas en intestino + drenaje peritonitis generalizada + lavado peritoneal terapéutico

CIRUGÍAS		DESCRIPCIÓN		Grupo Quirúrgico
CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Especialidad:	
1	M07142	DRENAJE PERITONITIS GENERALIZADA	CIRUGIA GENERAL	100
		Médico: ARTURO HAZBUN ARCILA	Vía: SIN VIA	
1	468601	LIBERACION DE ADHERENCIAS O BRIDAS EN INTESTINO POR LAPAROTOMIA	CIRUGIA GENERAL	100
		Médico: ARTURO HAZBUN ARCILA	Vía: SIN VIA	
1	541102	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	CIRUGIA GENERAL	100
		Médico: ARTURO HAZBUN ARCILA	Vía: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL	
1	541400	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD	CIRUGIA GENERAL	100
		Médico: ARTURO HAZBUN ARCILA	Vía: SIN VIA	
DESCRIPCIÓN CIRUGÍA				
Medico	CIR31	ARTURO HAZBUN ARCILA	Especialidad:	CIRUGIA GENERAL
Diagnostico Preoperatorio:	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE		
Diagnostico Postoperatorio:	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE		
Tipo de Herida:	SUCIA	Tipo de Anestesia:	GENERAL	Tipo de Cirugia: URGENCIAS
Cantidad de Sangrado:	0 mL	Vía:	UNICA VIA	
Realizacion Acto Quirurgico:	14/03/2022	Hora Inicio	10:00:00	Hora Final 12:45:00
Tiempo de Perfusión:	0 Minuto	Tiempo de Clamp:	0 Minuto	
Descripcion Quirurgica:				
SE RETIRAN PUNTOS DE PIEL MATERIAL PURLN TO ABUDNATE Y FETIDO SE TOMA MUESTRA SE ORDENA REALZAIR CREATININA DE LIQ POSITIVO SE LLAMA A UROLOGIA QUIEN RELZIOA PAROCEDIEMNTO DRENAJE DE PERITONITS GENERALZIAD A LIBERACION DE ADHERECIAS Y BRIDAS MULTUIPKES LAVADO DE CAVIDAD CON ABSDUANTE SOLCIUION SALINA SE COCLA BOLSA DE BOGOTA SE OEPRARA WEN 48 HORAS DENPENDIENDO EVOLUCION SE EXPLCIA FAMILAIRES PRONSOTICO RESERVADO				
Complicaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Hallazgos:				
PERITONITIS GENERALZIADA URINARIA ADHEREECIAS INTERASAS LESION URETERLA IZQUIEREDA				
Tejidos enviados a patologia : SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				

ARTURO HAZBUN ARCILA
Reg. 0816-96
CIRUGIA GENERAL

La intervención quirúrgica fue realizada en conjunto con la especialidad de Urología, desde donde se intervino de la siguiente forma:

- **Descripción quirúrgica:** llamado intraoperatorio por hallazgo quirúrgico de orina en cavidad abdominal, se revisa uréter izquierdo el cual se encuentra necrosado y ligado, se realiza ureteroscopia, se pasa guía

de teflón, se realiza resección de uréter distal y realiza reimplante ureteral en fondo vesical, se deja catéter doble J N° 6FR por 24 cm

- **Hallazgos:** uréter izquierdo con necrosis con ligadura quirúrgica
- **Procedimientos:** resección de ureterocele y reimplante de uréter ipsilateral + cateterismo ureteral de auto retención vía endoscópica

CIRUGÍAS		DESCRIPCIÓN		Grupo Quirúrgico
CANT	CÓDIGO			
1	568941	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA		100
Médico: MIGUEL ANGEL VELEZ BOL		Especialidad: UROLOGIA	Vía: URETRAL	
1	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VIA ENDOSCÓPICA		100
Médico: MIGUEL ANGEL VELEZ BOL		Especialidad: UROLOGIA	Vía: ENDOSCÓPICA	

DESCRIPCIÓN CIRUGÍA					
Medico	URO0	MIGUEL ANGEL VELEZ BOLAÑOS	Especialidad: UROLOGIA		
Diagnostico Preoperatorio:	S371	TRAUMATISMO DEL URETER			
Diagnostico Postoperatorio:	S371	TRAUMATISMO DEL URETER			
Tipo de Herida:	LIMPIA	Tipo de Anestesia:	GENERAL	Tipo de Cirugia:	URGENCIAS
Cantidad de Sangrado:	0 ml.	Vía:	UNICA VÍA		
Realización Acto Quirúrgico:	14/03/2022	Hora Inicio:	10:30:00	Hora Final:	12:15:00
Tiempo de Perfusión:	0 Minuto	Tiempo de Clamp:	0 Minuto		
Descripción Quirúrgica:					
PACINETE EN DDH FUJ LLLAMADO POR HALLASGO QUIRURJICO DE ORINA EN CAVIDAD ABDOMINAL SE REvisa URETER IZQUIERDO EL CUAL SE ENCUENTRA NECROSADO Y LIGADO SE REALIZA URETROSCOPIA SE PASA GUIA DE TEFLON SE RESLIZA RESECCION DE URETER DISTAL Y SE REALIZA REIMPLANTE URETERAL ENFONDO VESICAL SE DEJA CATETER DOBLE JJ NO 6FR POR 24 CM					
Complicaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Hallazgos:					
URETER IZQUIERDO CON NECROSIS CON LIGADURA QUIRURJICA					
Tejidos enviados a patología : SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					

MIGUEL ANGEL VELEZ BOLAÑOS
Reg. 85452106
UROLOGIA

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.15”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.14.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.16”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, en el presente hecho, se hacen **múltiples referencias no textuales de la historia clínica**, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas.

No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo después de la intervención quirúrgica fue documentado en la nota médica del 14/03/2022 a las 14:21 por el profesional en Cuidado Critico Yojairo García Viñas, quien registró los siguientes diagnósticos.

FOLIO	192	FECHA	14/03/2022 14:21:54	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
NOTA UCI					
PACIENTE FEMENINO DE 61 AÑOS DE EDAD EN MANEJO EN UCI CON DIAGNOSTICOS:					
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO I EN VMI					
- POP INMEDIATO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + DRENAJE DE PERITONITIS PURULENTO GENERALIZADA + LAVADO PERITONEAL + LISIS DE AHDRENCIAS PERITONEALES + REIMPLANTE DE URETER IZQUIERDO + COLOCACION DE CATETER DOBLE J + COLOCACION DE BOLSA DE BOGOTA (14/03/2022)					
- ESTADO POSTRCP #2 OCASIONAES: (RITMO AESP 14/03/2022 13 MINUTOS / RITMO AESP 05/03/2022 3 MINUTOS)					
- DISFUNCION MULTIORGANICA (CEREBRO, PULMON, RIÑON, ENDOTELIO) CON CHOQUE SEPTICO DE FOCO ABDOMINAL SOFA SCORE 15 PUNTOS (MORTALIDAD MAYOR DEL 95%):					
- INFECCION INTRABDOMINAL COMPLICADA: PERITONITIS PURULENTO GENERALIZADA SEGUNDARIO A PERFORACION DE URETER SIN RESOLUCION QUIRURGICA					
- PERFORACION DE URETER IZQUIERDO					
- POP TARDIO DE HISTERECTOMIA + SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL					

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.17”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, en el presente hecho, se hacen **múltiples referencias no textuales de la historia clínica**, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas.

No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 14/03/2022 a las 14:21 el profesional en Cuidado Critico Yojairo García Viñas realizo el siguiente registro clínico acorde con

las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

ANALISIS
 PACIENTE FEMENINO DE 61 AÑOS DE EDAD QUIEN REINGRESA PROVENIENTE DE QUIRIFANO CON HALLAZGOS DURANTE LAPARTOMIA DE PERITONITIS PURULENTA GENERALIZADA MAS PRESENCIA ABUNDANTE DE LIQUIDO URINARIO PROVENIENTE DE PEFORACION DE URETER IZQUIERDO Y SINDROME ADRENAL SEVERO REALIZAN DRENAJE DE PERITONITIS PURULENTA GENERALIZADA + LAVADO PERITONEAL + LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES + REIMPLANTE DE URETER IZQUIERDO + COLOCACION DE CATETER DOBLE J + COLOCACION DE BOLSA DE BOGOTA PARA UNO NUEVO LAVADO PERITONEAL, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA PACIENTE EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES VASOPLEJICA CON DOBLE SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA Y VASOPRESINA A DOSIS POR ENCIMA DEL RANGO TERAPEUTICO SEGURO SIN LOGRAR ALCANZAR TAM EN RAGO DE PERFUSION, BAJO VENTILACION MECANICA INVAISVA A TRAVES TOT MALOS INDICES DE OXIGENACION, POBRE RESPUESTA NEUROLOGICA SIN SEDOANLAGEA DILATACION MARCADA DE PUPILAS RESPUESTA A LA LUZ NULA, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA CON LESIONES MORMOREAS LOCALIZADAS EN TODAS LAS EXTREMIDADES TORAX Y ABDOMEN, OLOGOANURICA; SE INDICA INICIO DE TERCER SOPORTE VASOPRESOR CON ADRENALINA A RAZON DE 0.1 MCG/KG/MIN PARA LOGRAR DISMINUIR DOSIS DE NOREPINEFRINA Y VASOPRESINA POR ALTO RIESGO DE NECROSIS TISULAR, BOLO DE HCO3 PARA FAVORECER ACCIONAR DE VASOPRESORES, REANIMACION HIDRICA INTENSIVA Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS PARA MEJORAR PERFUSION TISULAR. PACIENTE CURSANDO CON DISFUNCION MULTIORGANICA INDUCIDA POR SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SIN CONTROL DE FUENTE AJUN EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES SOFA SCORE CALCULADO SEGUN VARIABLES ACTUALES DE 15 PUNTOS PARA UNA MORTALIDAD ESTIMADA MAYOR DEL 95% SE INFORMA A FAMILIARES.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.18”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, en el presente hecho, se hacen **múltiples referencias no textuales de la historia clínica**, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas.

No obstante, en los registros clínicos que obran como prueba en el proceso, se identifica que el 14/03/2022 a las 16:26 el profesional en Anestesiología, Lucynar Lasprilla Barreto realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

FOLIO	197	FECHA	14/03/2022 16:26:43	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
EVOLUCIÓN MÉDICO					
ENTREGO PACIENTE EN UCI EN PESIMAS CONDICIONES GENERALES. POST QUIRURGICA DE LAPAROTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS, LAVADO PERITONEAL (LIQUIDO EN CAVIDAD: ORINA POR PRUEBA DE CREATININA POSITIVA), LIBERACION DE ADHERENCIAS, REIMPLANTE URETERAL Y COLOCACION DE CATETER DOBLE JOTA. EN EL TRANSOPERATORIO PRESENTO VARIOS EPISODIOS DE HIPOTENSION A PESAR DE LA INFUSION DE VASOPRESORES, MOSTRANDO VASOPLEJIA POR NO REACCION A ELEVACION DE LAS DOSIS DE ESTOS, CON GASES ARTERIALES AL INICIAR LA CIRUGIA CON LACTATO DE 9,4 Y BE -14 LO QUE EVIDENCIABA UNA GRAVE ACIDOSIS METABOLICA DEBIDO AL SHOCK SEPTICO DE FOCO ABDOMINAL. SE COLOCA BICARBONATO Y SE ADECUAN PARAMETROS VENTILATORIOS PARA UNA MEJOR OXIGENACION PERO LA SAT O2 CONTINUA CON MALAS CIFRAS, EN UN RANGO ENTRE 65 Y 78%.					
PACIENTE CON MUY MAL PRONOSTICO. SE HABLA CON LOS FAMILIARES INFORMANDO LA SITUACION.					
Evolución realizada por: LUCYNAR LASPRILLA BARRETO -Fecha: 14/03/22 09:32:50					

LUCYNAR LASPRILLA BARRETO
 Reg. 3141/01
 ANESTESIOLOGIA

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.19”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se reitera el pronunciamiento emitido frente al hecho No. 3.14.

FRENTE AL HECHO DENOMINADO COMO “3.20”: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA dado que ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud. Ahora bien, del análisis realizado por parte del área de auditoría de EPS Sanitas y de las verificaciones que desde dicho rol se pudieron realizar, se identifica que, en el presente hecho, se hacen **múltiples referencias no textuales de la historia clínica**, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa, toda vez que las citas no son textuales ni completas.

No obstante, en los registros clínicos se identifica que el 14/03/2022 a las 18:21 la profesional en Enfermería, Diana Hidalgo Retamozo realizo el siguiente registro clínico acorde con las afirmaciones radicadas en el presente hecho, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del documento adjunto denominado 220305 SONIA JUDITH FONTALVO GOMEZ - Clínica Asunción – Hospitalización.

18:20 PACIENTE QUE CONTINUA EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES CON TRIPLE SOPORTE VASOPRESOR QUIEN A PESAR DE ESO PRESENTA HIPOTENSION ACOMPAÑADA DE BRADICARDA EXTREMA, SE ACTIVA CODIGO AZUL CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO, SE INICIAN MANIOBRAS DE RCP AVANZADO CON 1 AMPOLLA DE ADRENALINA IV CADA 3 MINUTOS POR TREINTA MINUTOS CON UNA TOTALIDAD DE 15 AMPOLAS IV, PACIENTE QUIEN NO MEJORA TRAS RCP AVANZADO PROGRESASDO A ASISTOLIA Y SE DECLARA FALLECIDA A LAS 18:50 CON # DE ACTA DE DEFUNCIÓN 731015950, SE INFORMA A FAMILIARES, SE RETIRAN DISPOSITIVOS INVASIVOS, SE EMBUELVE CADAVER Y SE BAJA A CAPILLA.

Nota realizada por: **DIANA HIDALGO RETAMOZO** Fecha: 14/03/22 18:21:18

DIANA HIDALGO RETAMOZO
Reg.
ENFERMERIA

PRONUNCIAMIENTO FINAL FRENTE A LOS HECHOS

Como conclusión a los hechos descritos por parte del extremo demandante, se tiene que desde el punto de vista de EPS Sanitas no se menciona siquiera algún reproche en relación con la gestión de autorizaciones en el marco del aseguramiento que se encuentra en cabeza de mi representada, demostrando dicha situación la inexistencia de un nexo causal entre el daño alegado y EPS Sanitas. En tal sentido, se solicita al Despacho se tenga en cuenta esta situación en la valoración de la responsabilidad y del daño presuntamente causado.

IV. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA – EXCEPCIONES DE MÉRITO

En oposición a las pretensiones formuladas por el apoderado de la parte actora, respetuosamente me permito interponer las siguientes excepciones de fondo, sin perjuicio de aquellas que el juez encuentre probadas dentro del proceso, así:

4.1 INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CULPA PRESUNTA – RÉGIMEN DE CULPA PROBADA

La hago consistir, en el hecho según el cual, el presente asunto deberá debatirse bajo la óptica de una responsabilidad por falla probada, más no por una falla presunta del servicio médico como lo pretende hacer valer el apoderado de la parte actora, quien evidentemente yerra en pretender que la parte demandada debe demostrar que se obró correctamente.

Para lo anterior, debe hacerse claridad que la parte actora deberá establecer y probar el daño sufrido y que tal daño fue ocasionado única y exclusivamente por causa de cada uno de los demandados, es decir que exista un nexo causal entre el daño que se configuró (si efectivamente se materializó) y la conducta cometida por cada uno de los demandados. **No basta con que en la demanda se hagan afirmaciones, el demandante deberá probar lo que se encuentra afirmando.** Este RÉGIMEN DE FALLA PROBADA es la posición que asume la Sección Tercera del Consejo de Estado en la recientísima jurisprudencia del 20 de octubre de 2014¹⁵.

*“Según la posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda. Una vez acreditado el daño antijurídico, es necesario verificar que el mismo es imputable a la entidad demandada, **ya que no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia e imputabilidad del mismo, toda vez que se hace necesario que ello se encuentre soportado en el expediente**”*(Subrayado y negrita texto afuera).

La responsabilidad debe probarse, de manera que se trata de una **culpa probada**, pues *“presumir la culpa del médico, sin saber cuál fue la causa del daño, conduce, nada más ni nada menos, a una presunción de causalidad que no es más que una responsabilidad objetiva”*¹⁶.

Debe señalarse que en el régimen tradicional de la culpa probada o responsabilidad subjetiva, se indica que *“corresponde al paciente demostrar la culpa del profesional de la salud o de la institución que le prestó un servicio para que surja la responsabilidad”*.¹⁷

¹⁵ Consejo de Estado. Sección Tercero. Exp.:30166// 25000-23-26-000-2001-01792-01. Consejera Ponente: Olga Mellida Valle De la Hoz.

¹⁶ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 57.

En este orden de ideas, vale la pena traer a colación la jurisprudencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil del 30 de Agosto de 2013, en la cual indica: *“cuando se presentan acontecimientos en los que a pesar de una actuación diligente, del uso oportuno y adecuado de los recursos técnicos, profesionales y administrativos con los que contaba el profesional de la salud se produce el daño, éste no será materia de resarcimiento, por haber desbordado las posibilidades o intervención al alcance del galeno.”*

Al respecto ha dicho la Corte que *“(…) no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico (…) pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, verbi gratia, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras, las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.”*

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

(…) “Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasione un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere concurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada ‘iatrogenia inculpable’, noción que también involucra los métodos terapéuticos y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad” (sentencia de 1° de diciembre de 2011, exp. 1999-00797-01).

Por ello es por lo que como se planteó en el mismo pronunciamiento, *“para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los ‘deberes médicos’ (…). Son partes de un sistema de responsabilidad civil asentado sobre la culpa (…). Y como doctrina reiterada (…) que ‘para que pueda surgir responsabilidad del personal sanitario o del centro de que aquél depende, como consecuencia del tratamiento aplicable a un enfermo se requiere ineludiblemente que haya intervenido culpa o negligencia (…) ya que en la valoración de la conducta profesional de médicos y sanitarios en general queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva (…).”*¹⁸

Finalmente y como lo acredita responsabilidad médica, en donde se explica ampliamente que nos encontramos frente al campo de la culpa probada, y no, como lo pretende la parte actora, en el de la falla presunta, de suerte tal, que es a aquella a quien le corresponde probar todos y cada uno de los elementos integrantes de la responsabilidad civil, con la finalidad de que pueda lograr una sentencia de mérito condenatoria a su favor, pues de lo contrario se deberá absolver a las demandadas ante la duda o imposibilidad de establecimiento de demostración de uno de los elementos de responsabilidad.

No obstante lo anterior, se demuestra en el presente caso que a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, se le brindó una atención oportuna y adecuada, de acuerdo con cada uno de los cuadros

¹⁸ YEPES RESTREPO, Sergio. *La Responsabilidad Civil Médica*. Biblioteca Jurídica DIKE, 6ª Edición, 2004, pág 79.

clínicos presentados, los cuales no tienen relación con su último cuadro fatídico, como se argumentó en la contestación de los hechos.

Ahora bien, para el caso específico de EPS Sanitas, desde el aseguramiento (procesos de referencia y autorizaciones) se evidencia cumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la relación con la afiliada, garantizando el efectivo acceso a una red de prestadores de servicios de salud habilitada, suficiente, idónea y cumplidora de los requisitos legales para su funcionamiento. Así como la generación de las autorizaciones de los servicios de salud requeridos durante el proceso de atención, en la red de instituciones adscrita a la EPS. Dichos servicios fueron autorizados en los momentos en que fueron ordenados por los profesionales tratantes, de manera oportuna y conforme el nivel de atención requerido por la afiliada en cada una de las etapas del proceso de atención.

4.2 INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA CONFIGURACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD.

✓ INEXISTENCIA DE UNA ACTUACIÓN CULPOSA Y/O NEGLIGENTE - MODALIDADES DE CULPA.

Frente al particular, debe tener en cuenta el despacho que en tanto que la demanda se enfoca a buscar la reparación del daño por la supuesta acción y omisión en la atención médica brindada a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, es en ese entendido en que se enfocará la defensa, y en todo caso, indicándole a su señoría que no se incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 que me permito transcribir a continuación:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.

En este orden de ideas, es necesario tener en cuenta que EPS Sanitas, no **intervino en la prestación directa del servicio**, esto es, el mismo fue prestado a través de la **CLÍNICA LA ASUNCIÓN**, debiendo tener en cuenta el despacho las siguientes consideraciones: i) que el prestador tenía contrato suscrito con EPS SANITAS, pero que muy a pesar de ello ii) la misma es una persona jurídica diferente a mi representada y su actuar está ceñido por los protocolos de atención y por su autonomía médico científica (Ley 1438 de 2011 artículo 105) en la prestación del servicio. De manera que EPS SANITAS no estará llamada a responder por la actuación autónoma que emitió tal entidad.

Sin perjuicio de lo anterior, esta defensa advierte tajantemente que si se analizara la conducta de la **CLÍNICA LA ASUNCIÓN**, no se configuraría ninguno de los elementos para pretender la responsabilidad perseguida, máxime cuando hablamos de la actividad médica la cual ha sido calificada por las altas Cortes Colombianas (Consejo de Estado, Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia) como responsabilidad subjetiva.

En lo que hace a la culpa, como elemento subjetivo de la responsabilidad, habrá de entenderse por ella en materia de responsabilidad médica, la imprudencia, impericia, negligencia o descuido, en general la descalificación o juicio de desvalor, que pueda efectuarse en relación con la conducta observada por el médico tratante e I.P.S. en el caso concreto, sin que sean admisibles en orden a su configuración valoraciones en abstracto o generalizantes que de ninguna manera pueden servir para tener por establecida la existencia de este requisito fundamental de la responsabilidad.

Para tal efecto, en este caso en concreto, resulta pertinente indicar que no existió una culpa ni un vínculo de causa efecto entre la culpa y el perjuicio, tal como se indicó en el fundamento de derecho anterior.

De cara a EPS SANITAS, debe señalarse que no existió entonces ni dolo ni culpa su señoría, pues la labor de mi representada obedeció precisamente a establecer la atención garantista de la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, a través del acceso a los servicios de salud y con la autorización para brindar el tratamiento médico adecuado en las IPS que cumplen con todos los criterios de habilitación señalados por la ley para tal efecto, lo que de entrada desvirtúa el hecho que el apoderado pretende hacer valer como cierto al indicar que hubo atención médica y administrativa negligente, inoportuna, equivocada y deficiente.

✓ **INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO IMPUTABLE A EPS SANITAS**

El daño se debe entender como aquel que “*la víctima no está en obligación legal de soportar*”, y en el presente caso, como quiera que no se acredita ningún diagnóstico inoportuno o equivocado, así como tampoco se evidencia un tratamiento inadecuado, no puede predicarse que existió el mismo y mucho menos, se puede pretender derivar responsabilidad al respecto en cabeza de mi representada y las otras demandadas.

Frente al daño, la doctrina ha señalado:

“El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería, sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. Estudiarlo en primer término es dar prevalencia a lo esencial en la figura de la responsabilidad” (Negritas propias)

Adicionalmente, el Consejo de Estado asertivamente ha sostenido que “*...en estas condiciones, no habiéndose acreditado dicho presupuesto ontológico [el daño] de la responsabilidad deprecada, inútil resulta entrar en el análisis de los demás elementos de ésta*”.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de las demandantes, o que no se encontraban obligados a soportar, pues si de frente, no existió conducta culposa de parte de EPS SANITAS no puede existir daño imputable a este.

Así las cosas, se tiene que en el presente asunto no puede endilgársele responsabilidad de ninguna clase a EPS SANITAS, pues NO ES CIERTO QUE SE HAYA PRODUCIDO UN DAÑO por su actuar, por el contrario, se le prestó toda la atención médica requerida a la paciente, sin negativa alguna.

Es por lo anterior Señor Juez, que en ningún momento se ha producido un daño antijurídico imputable a EPS SANITAS, por lo que corolario es que no pueda haber condena alguna en contra de mi representada, tal y como se demostrará a lo largo de todo el proceso.

Se concluye entonces que es un daño que no tiene la virtualidad de ser antijurídico y la parte demandante debe por tanto asumirlo, como quiera que mi representada no produjo en éste ningún daño que le pueda ser imputado, y en todo caso, EPS SANITAS garantizó el acceso a las prestaciones médico asistenciales que le fueron brindadas a la paciente en todo momento de manera completa, oportuna, segura y adecuada. No tiene por tanto EPS SANITAS, responsabilidad alguna en este asunto.

✓ **INEXISTENCIA DE RELACIÓN CAUSA EFECTO ENTRE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LA IPS Y EL FATIDICO SUCESO PRESENTADO**

Como se había indicado previamente, E.P.S. SANITAS en atención a la afiliación al Plan de Beneficios en Salud, garantizó de manera oportuna y efectiva a través de las diferentes IPS, las atenciones médicas que requirió la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**.

Pese a que usted Señor Juez, deberá analizar de manera individual la presunta responsabilidad de cada una de las demandadas, esta defensa es contundente en advertir que NI EPS SANITAS S.A.S. NI LA IPS incurrieron en responsabilidad alguna, pues no se puede establecer el nexo causal entre las actuaciones médicas y el fatídico fallecimiento de la paciente **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**.

Conforme al análisis de la historia clínica integral del paciente, la literatura científica, guías y protocolos médicos por parte del área de auditoría médica de EPS Sanitas, se obtiene el siguiente informe:

“Se trata de una paciente de 60 años con diagnóstico de hiperplasia endometrial postmenopáusica con factores de riesgo para el desarrollo de malignidad como obesidad (IMC 38.45) y menopausia precoz (38 años), remitida inicialmente con ginecología por hemorragias uterinas anormales, sin datos de amenización, ni requerimiento transfusional. La paciente recibió manejo médico (Acetato de Medroxiprogesterona) por Ginecología en las unidades de atención primaria entre el año 2018 (afiliación a la EPS) y el año 2021, cuando se determinó manejo quirúrgico. El seguimiento en el ámbito ambulatorio fue clínico y paraclínico con ecografías transvaginales + Doppler para evaluación de flujo y legrados ginecológicos con biopsia, los informes de patología iniciales no fueron concluyentes para malignidad, pero en en la última histeroscopia (28/06/2021) se tomó muestra que reporto Hiperplasia endometrial compleja con atipias e hiperplasia de células en clavo con metaplasia escamosa focal, por lo cual se generó remisión con Ginecología oncológica para concepto sobre el tratamiento.

*El 05/03/2021 se programa en la IPS Clínica la Asunción para la realización de cirugía electiva ginecológica: HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL + SALPINGECTOMIA BILATERAL + OOFORRECTOMIA BILATERAL, pero durante el procedimiento se documenta un hallazgo en el uréter izquierdo, además en el intraoperatorio la paciente presenta paro cardiorrespiratorio que fue intervenido oportuna y exitosamente por especialista en anestesiología, mediante la ejecución del protocolo de **reanimación cardiocerebropulmonar**¹⁹ según guías internacionales.*

El 10/03/2022 en la historia clínica se relaciona la primera queja de dolor abdominal, pero sin signos de irritación peritoneal.

En virtud del deterioro clínico identificado oportunamente, fueron adoptadas las siguientes intervenciones diagnósticas y terapéuticas:

- *Terapia de reanimación hídrica parenteral (administración de líquidos endovenosos para corregir el desequilibrio hídrico manifestado clínicamente como deshidratación, el cual afecta directamente los niveles de creatinina sérica)*
- *Oxigenoterapia por sistema de alto flujo para garantizar saturaciones arteriales de oxígeno superiores al 90%*
- *Exámenes de laboratorio clínico de control en los cuales se identificó:*
 - *Incremento en creatinina de 0.72 (08/03/2022 - 03:16) a 2.24 (13/03/2022 - 23:58) y 3.15 (14/03/2022 - 08:38)*
 - *Disminución en hemoglobina de 11 (13/03/2022 - 23:52) a 9.5 (14/03/2022 - 08:30)*
 - *Medición de dímero D con reporte elevado 3448 (14/03/2022 03:24)*

- En la nota médica registrada el 14/03/2022 a las 03:34 horas se documenta el deterioro clínico de la paciente, dado por signos de insuficiencia ventilatoria, arritmias cardíacas (taquicardia, bradicardia), deshidratación refractaria a la reanimación hídrica e hipotensión, este deterioro clínico en el marco de los informes de laboratorio clínico permitió plantear la impresión diagnóstica de Tromboembolismo pulmonar y optimizar el proceso de atención con el traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.

- El traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo se hizo efectivo el mismo 14/03/2022.

○ *A las 05:21 fue registrada la nota médica de ingreso a la unidad por especialista en medicina interna, quien realizo la impresión diagnóstica de sepsis de foco a determinar, choque séptico de foco en estudio con sospecha de foco intraabdominal, en virtud del antecedente quirúrgico de Anexo histerectomía solicito valoración medica por Ginecología y ante la sospecha del proceso infeccioso intraabdominal solicito la interconsulta médica especializada por Cirugía General para determinar la pertinencia del manejo quirúrgico*

○ *A las 05:15 y 05:20 horas fue registrada la nota de enfermería correspondiente al ingreso a la unidad*

¹⁹ https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Spanish.pdf

- El 14/03/2022 a las 08:06 y 08:41 se registran las notas medicas correspondientes a la interconsulta por ginecología donde se define manejo quirúrgico, y a las 10:33 la nota medica de cirugía general en la cual se avala la indicación de revisión quirúrgica de cavidad abdominal.
- El 14/03/2022 a las 10:00 se registra en el informe quirúrgico el inicio del acto quirúrgico.

A partir de las intervenciones asistenciales presentadas previamente, se puede establecer que no hay evidencia de inoportunidad durante la atención intrahospitalaria de la paciente.

Por su parte, frente al presente caso, es importante precisar que, la indicación del manejo quirúrgico (HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL + SALPINGECTOMIA BILATERAL + OOFORECTOMIA BILATERAL) fue pertinente para el diagnóstico y la evolución clínica de la paciente, no existían otras opciones terapéuticas por agotar antes de la decisión quirúrgica. Ahora bien, se tiene que, dentro de las complicaciones de la histerectomía se encuentra ampliamente documentada la lesión del tracto genitourinario, específicamente del uréter. “Se estima que ocurren lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en una tasa de 1 a 2% en todas las cirugías ginecológicas mayores y se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía”.

Así las cosas, desde la prestación de los servicios de salud, no se identifican falencias en el proceso de atención de la paciente, ni indicios de atención insegura, así como tampoco de mala praxis o fallas en la práctica médica.

Con base en los atributos de la calidad, se considera que a la afiliada se le brindaron a través de las diferentes especialidades médicas, acordes con cada una de las etapas de la evolución clínica, las atenciones respectivas, teniendo en cuenta el tratamiento médico indicado (pertinencia), de acuerdo con el nivel de complejidad requerido (accesibilidad), sin interrupciones (continuidad), sin generar barreras administrativas (oportunidad) y por personal debidamente certificado y cualificado (seguridad).

En la jurisprudencia del H. Consejo de Estado²⁰ se exoneró de responsabilidad por falla en el servicio médico al servicio médico, al no encontrarse probado el nexo causal entre la conducta de la demandada y el daño sufrido, pues por demás ese nexo no se puede presumir, se debe probar la existencia real del mismo:

“La Sala echa de menos la relación de causalidad entre este daño, sufrido por los demandantes a raíz del estado de salud del joven CARRASCAL LIZCANO y la actividad de la entidad demandada, puesto que no se acreditó en parte alguna que el estado de incapacidad actual del paciente así como las secuelas que sufre en su salud, hayan sido ocasionados por alguna acción u omisión de las autoridades médicas y sanitarias que lo atendieron, puesto que no basta con acreditar que hubo un contacto físico, entre el servicio médico y el paciente, para poder deducir la existencia de ese nexo causal necesario para poderle imputar responsabilidad a la entidad demandada, como tampoco resulta suficiente la afirmación de que la remisión del paciente al Hospital Militar Central fue tardía e inoportuna, convirtiéndose en la causa del daño. Si bien en materia de responsabilidad médica de las entidades estatales la jurisprudencia de la Sala ha llegado a admitir la posibilidad de presumir la falla del servicio, en vista de la dificultad probatoria que en algunos eventos puede surgir para la parte actora respecto de circunstancias que escapan a su control en los tratamientos médicos, quirúrgicos y asistenciales, lo que sí no se ha admitido en ningún momento, es la presunción de este otro elemento, consistente en la acreditación de la relación causal entre el servicio y el daño sufrido..” (Subrayado por fuera de texto).

De esta manera, se advierte claramente que, conforme a la posición del máximo tribunal de la justicia administrativa, deberá probarse por parte del extremo activo procesal que la conducta de las demandadas, principalmente de mi representada ocasionó, los presuntos daños que reclama el extremo demandante.

Ahora bien, se tiene que **desde el aseguramiento** (procesos de referencia y autorizaciones) se evidencia cumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la relación con la afiliada, garantizando el efectivo acceso a una red de prestadores de servicios de salud habilitada, suficiente, idónea y cumplidora de los requisitos legales para su funcionamiento. Así como la generación de las autorizaciones de los servicios de salud requeridos durante el proceso de atención, en la red de instituciones adscrita a la EPS. Dichos servicios fueron autorizados en los momentos en que fueron ordenados por los profesionales tratantes, de manera

²⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. M.P.: Hernán Andrade Rincón. Rad.: 2001-592. Fecha: 16/07/2015.

oportuna y conforme el nivel de atención requerido por la afiliada en cada una de las etapas del proceso de atención.

Las anteriores consideraciones, llevan a concluir a esta defensa sin lugar a dudas, que en el caso sub examine no existió responsabilidad alguna y por ende, deberá declararse probada la presente excepción tanto respecto de EPS SANITAS S.A.S como de los demás sujetos que hacen parte del extremo pasivo.

✓ **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE EPS SANITAS**

Sea lo primero indicar, que la gestión de las EPS se encuentra regulada a través de lo enmarcado en la Ley 100 de 1993, la cual, a través de su artículo 177, define lo que podemos entender por Entidad Promotora de Salud, veamos:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.”²¹ (Negrillas y subrayas propias).

Por su parte, el artículo 178 de la norma anteriormente referenciada, hace una clasificación específica acerca de las funciones que le fueron delegadas a las EPS, las cuales se enuncian a continuación:

“ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

- 1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
- 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
- 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
- 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
- 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- 7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.*

De lo expuesto anteriormente, y conforme a las pruebas documentales arrimadas al plenario, se observa que EPS SANITAS S.A.S. no ha incumplido ninguna de sus obligaciones legales, y, por ende, no puede proferirse sentencia condenatoria en su contra.

Pero para no pasar por desapercibidas las precitadas funciones, y no hacer más que una simple excepción, se considera necesario hacer un estudio concienzudo de las mismas, para efectos de establecer cuál fue el supuesto incumplimiento de obligaciones que tuvo la EPS. Veamos:

- ✓ El numeral 1º precitado establece: *“1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud”*: Consideramos que el juicio de reproche que hacen los demandantes no se centra en esta obligación. En el presente escrito, se deduce que EPS SANITAS S.A.S recaudó los aportes de la cotizante y fue

²¹ Ley 100 de 1993. Art. 177.

precisamente por esa misma razón que se le brindaron y autorizaron oportunamente los servicios de salud ordenados por los médicos tratantes.

- ✓ El numeral 2º precitado establece: “2. *Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social*”: Tal y como se dijo en el punto anterior, consideramos que este no es el quid del asunto, pues la promoción de la afiliación en los grupos no cubiertos actualmente por la Seguridad Social es un tópico que no tiene nada que ver con la atención brindada a la paciente y no tiene relación o nexo de causalidad de ninguna índole. Por lo que no vale la pena si quiera entrar a estudiarlo.
- ✓ El numeral 3º precitado establece: “3. *Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley*”: Para el caso que nos ocupa, se tiene que EPS SANITAS S.A.S. cumple con todos los requisitos establecidos por la ley a efectos de garantizar la afiliación de los colombianos y demás personas que cumplan con los requisitos de ley. Con todo, a la paciente se le garantizaron TODOS los servicios de salud que requirió con ocasión de sus diagnósticos.
- ✓ El numeral 4º precitado establece: “4. *Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia*”: Tal y como se probará a lo largo del plenario, se tiene que EPS SANITAS garantizó a través de sus IPS contratadas y debidamente habilitadas por la Secretaría de Salud, la atención en salud de la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, la paciente recibió atención médica completa de acuerdo con sus cuadro clínico, así como se le suministró el tratamiento clínico debido. Se autorizó y garantizó el acceso real a los servicios que requirió.
- ✓ El numeral 5º precitado establece: “5. *Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios*”: Al respecto de esta obligación, se tiene que esta EPS cumplió cabalmente con la misma, toda vez que si ello no hubiese sido así, a la paciente, no se le hubiesen prestado los servicios de salud de rigor, pues hubiese aparecido como suspendida o desafiada de esta EPS, pero no, todo lo contrario, se le brindaron y garantizaron todos y cada uno de los servicios médicos que requirió.
- ✓ El numeral 6º precitado establece: “6. *Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*”: Acorde a los documentos que se allegan al presente escrito, se observa que esta EPS efectuó todos los procedimientos para la atención.

Con todo, debe decirse que a la paciente se le atendió de forma integral y eficiente y de manera oportuna. Sobre los estándares de calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social.

- ✓ El numeral 7º precitado establece: “7. *Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*”. Tampoco se observa juicio de reproche alguno a cualquier otra función asignada a esta EPS por parte del apoderado de la parte activa, por lo que no merece mayor pronunciamiento a los ya efectuados.

De lo anterior se corrobora una vez más que no le corresponde a mi representada prestar directamente los servicios de salud que se le brindan a los afiliados.

Como se observa su señoría, mi representada cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales, corolario, no puede pretenderse que se profiera condena alguna contra mi representada, ni mucho menos derivar responsabilidad de ninguna naturaleza por parte de EPS SANITAS S.A.S. respecto de la atención médica prestada a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, como quiera que nunca se han dejado de cumplir con las obligaciones que le asisten a la EPS en calidad de aseguradora.

Como soporte de lo anterior, se aporta con el presente escrito una relación de utilizaciones de los servicios autorizados por parte de nuestra EPS.

✓ **IMPROCEDENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE EPS SANITAS, POR CUANTO SUS OBLIGACIONES SON DE ASEGURADOR, DISTINTA A LA RESPONSABILIDAD DE LA IPS, QUE ES DE PRESTADOR EFECTIVO DEL SERVICIO – INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD**

Mi representada no es responsable, de ninguna manera, por las atenciones en salud que le brindaron a la paciente en la **CLÍNICA LA ASUNCIÓN**, pues se tiene que con base en lo dispuesto en los artículos 177, 178 y 185 de la Ley 100 de 1993, las obligaciones y responsabilidades de cada entidad son totalmente distintas, y la solidaridad alegada por la parte actora, no deviene per sé, por el simple hecho de que la paciente haya estado afiliado a EPS SANITAS, sino que deviene del hecho culposo o doloso en que mi representada pudo haber incurrido en comunidad con la IPS, para la producción del supuesto daño.

Dicho lo anterior, se hace entonces necesario revisar nuevamente las normativas antes mencionadas, veamos:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. *Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.*

“ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. *Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:*

- 1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
- 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
- 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
- 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
- 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- 7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social<4>.*

(...)

“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. *Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.*

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre competencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud<1>.

PARÁGRAFO. *Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema”.*

Como se observa su señoría, las responsabilidades de la EPS, son las de asegurar que el paciente pueda acceder a los servicios de salud, cumpliendo los requisitos establecidos en el Decreto 1011 de 2006, es decir, garantizando la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y la continuidad de los servicios médicos, todo lo cual ocurrió, en todos los servicios demandados por el demandante y por cada uno de los cuadros clínicos consultados.

Ahora bien, respecto de la solidaridad alegada, debe señalarse que esta deviene única y exclusivamente de haber cometido actuación delictual o culposa por parte de mi representada, en el asunto que nos ocupa, por virtud de lo dispuesto en el artículo 2344 del Código Civil, al tenor del cual se lee:

*“ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. **Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas**, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.*

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso” (Negritas y subrayas propias).

Como se observa, se tiene que en el presente asunto, no sólo debe demostrarse que mi representada con su actuar, que no fue más que autorizar los servicios médicos (como se evidencia en el histórico de las atenciones suministradas a la paciente obrante como prueba que acompaña el presente documento), ocurrió en culpa o en dolo, situación que desde ya, se solicita sea rechazada de plano y por ende, declare probada el Despacho en la sentencia de mérito que resuelva el presente litigio.

Sin embargo, en el evento en que encuentre que se configuran los elementos de éstas, se absuelva a EPS SANITAS de las eventuales condenas que se lleguen a dar, en virtud que los contratos suscritos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tienen contemplada la siguiente regulación contractual:

3.- RESPONSABILIDADES

La I.P.S. prestará los servicios de salud a los afiliados con plena autonomía científica, técnica y administrativa suya y de sus profesionales y empleados. En consecuencia la I.P.S. asume de manera total y exclusiva la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios que ella preste a los afiliados, así como la responsabilidad que pueda derivarse de los actos u omisiones tanto de los profesionales a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud como de su personal administrativo. La responsabilidad de la I.P.S. inicia a partir del momento en que el afiliado de E.P.S. SANITAS reciba de la I.P.S. cualquiera de los servicios contemplados en el presente documento. La I.P.S. y E.P.S. SANITAS no se harán responsables de los resultados por los tratamientos realizados a un afiliado o usuario cuando éste o sus familiares por su propia iniciativa o legalmente autorizados, decidan retirarlo de la I.P.S. por no considerar justificada la hospitalización o por cualquier otra causa. La I.P.S. tramitará dicha solicitud, siempre y cuando uno de los familiares, autorizado para ello, firme la constancia al respecto y que se certifiquen los servicios recibidos hasta el momento de la salida del afiliado. En su defecto tal certificación deberá notificarse a la oficina de Servicios Médicos de E.P.S. SANITAS.

Es en virtud de lo anterior su señoría que en últimas quien debe responder ante una eventual condena y en virtud al contrato suscrito entre las partes, el cual debe ser respetado al momento de proferir una sentencia es la **Clínica La Asunción**.

✓ LA CARGA PROBATORIA RECAE EN LA PARTE ACTORA

La parte demandante refiere una serie de hechos relacionados con la atención prestada en la **Clínica La Asunción**, sin embargo, no se aportan las pruebas que demuestren el nexo causal entre el daño y el actuar de EPS Sanitas como elementos constitutivos de responsabilidad, tanto así, que en el acápite de hechos no se menciona la actuación de mi representada, únicamente es mencionada en las pretensiones buscando se responda de manera solidaria en caso de que se demuestre la presunta responsabilidad que se encontraría en cabeza de la **Clínica La Asunción**, no existiendo en tal sentido reproche alguno respecto de las garantías brindadas por parte de EPS Sanitas.

Bajo tal escenario, pretende la parte actora eximirse de la carga probatoria que la asiste, contrariando lo normado en el artículo 167 del Código General del Proceso el cual sobre Carga de la Prueba expresa lo siguiente:

“Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. (...)”

Con relación a la CARGA DE LA PRUEBA, la corte Suprema de Justicia en su sentencia de 18 de diciembre de 2008, exp: 88001-3103-002-2005-00031-01, considera al daño como un elemento estructural de la responsabilidad civil, dicho aparte jurisprudencial dice lo siguiente:

«De suyo, que si el daño es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, tanto contractual como extracontractual, su plena demostración recae en quien demanda, salvo las excepciones legal o convencionalmente establecidas, lo que traduce que, por regla general, el actor en asuntos de tal linaje, está obligado a acreditarlo, cualquiera sea su modalidad, de donde, en el supuesto señalado, era -y es- imperioso probar que el establecimiento producía utilidades, o estaba diseñado para producirlas en un determinado lapso de tiempo, sin que este último caso, pueda confundirse con el daño meramente eventual o hipotético, que desde ningún punto de vista es admisible.»

“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, **deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del demandado y el daño padecido por el demandante.** Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión.

*“En efecto, **la parte demandante no asume su carga probatoria para fundar las acusaciones del supuesto daño, sino que se dedica a imputar situaciones por la vía de la responsabilidad por falla probada, asumiendo que con la sola afirmación del supuesto daño, es suficiente para encausar una supuesta responsabilidad, cuestión ésta que incluso la misma Corte Suprema de Justicia ha desechado, y en donde se ha enfatizado que la carga de demostrar la relación de causalidad existente entre el hecho o la omisión del demandado y el daño sufrido, está en cabeza de la parte actora**”.*

(Resaltado y negrilla ajeno al texto)

De tal forma que no basta afirmar en los hechos de la demanda la responsabilidad de EPS SANITAS partiendo solamente de un resultado que se califica como dañoso, sino que la parte demandante debe acreditar los tres (3) elementos que estructuran la trílogía de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexo de causalidad y, 3. Daño.

- ✓ **ESTIMACIONES DESMESURADAS E INJUSTIFICADAS DE LAS PRETENSIONES-ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA.**

Enseña la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia 086 de 2008 que “*la acción de enriquecimiento sin justa causa constituye un remedio extraordinario y excepcional que, inspirado en el principio de equidad, apunta a evitar que pueda **consolidarse un desplazamiento o desequilibrio patrimonial que carece de toda justificación o fundamento legal**, y que la naturaleza esencialmente subsidiaria significa que solamente puede ser empleada por quien no tiene a su disposición ninguna otra acción o medio que le permita remediar o subsanar una determinada situación patrimonial injusta.*”²²

Hago consistir la presente excepción en la incalculable e inmensurable estimación de perjuicios que hace la parte demandante de los supuestos daños causados con ocasión de una supuesta atención y tratamiento negligente, inseguro, puesto que, en el evento en que el señor juez, aceptare la relación de causa a efecto entre los hechos atribuidos a las demandadas como conducta culposa, y los montos solicitados por la parte demandante por concepto de supuestos perjuicios inmateriales contemplados en daño moral, **causaría un detrimento en el patrimonio de mi representada y un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la demandante.**

Es importante tener en cuenta, que en el plenario no existe siquiera prueba sumaria que permita establecer o identificar los supuestos perjuicios inmateriales reclamados dentro de las pretensiones, con ocasión de una supuesta atención dañosa. Así las cosas, se tiene que dichas cuantías resultan desmesuradas, excesivas e injustificadas, como ya se indicó en la contestación de las pretensiones y en la objeción razonada de la cuantía.

FRENTE a los PERJUICIOS MORALES, se observa que el demandante no establece ni siquiera de forma somera en qué consisten tales perjuicios, se limita el apoderado de la parte demandante a indicar que existió un perjuicio, sin relacionarlos en forma puntual con las posibles afecciones que dice tener la demandante, no se aporta prueba que los acredite, ni se evidencian en los hechos o en la historia clínica, siquiera indicios de la existencia de estos perjuicios en el caso puntual, debiéndose advertir que tales padecimientos no pueden presumirse.

Lo anterior, sin perjuicio de considerar que para que nazca la obligación de indemnizar, debe primero haberse acreditado la responsabilidad del sujeto al que se le imputa el daño, esto haber establecido la trilogía de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexo causal o relación de causalidad, y 3. El daño causado (actuar negligente, imperito, imprudente, violatorio de reglamentos etc); Además que el sujeto que reclama la indemnización sea el titular del derecho, y por último probar que su beneficio moral o económico se vio disminuido o desapareció como consecuencia del daño.

✓ **INADECUADO JURAMENTO ESTIMATORIO**

Se tiene frente al presente punto que el apoderado de la parte demandante está formulando un juramento estimatorio sobre pretensiones de tipo inmaterial, siendo que por disposición del artículo 206 del Código General del Proceso, el juramento estimatorio solo se predica de pretensiones de tipo patrimonial.

“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO.

(...)

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.

(...)”

✓ **EXCEPCIÓN GENÉRICA.**

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P. Dr. Cesar Julio Valencia Copete.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual, deberán declararse probadas las excepciones que, no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

1. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Me ratifico en el llamamiento en garantía realizado el día 02 de diciembre de 2024 con observancia de los preceptos del Código General del Proceso, en relación con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales de la cual es tomadora y asegurada EPS SANITAS S.A.S.

2. PETICIONES INDIVIDUALIZADAS DE LOS MEDIOS DE PRUEBA:

Solicito a su señoría se practiquen y se tengan como pruebas las siguientes:

6.1. Documentales:

- 6.1.2. Copia simple del histórico de utilidades, autorizaciones y periodos de afiliación correspondientes a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, en donde constan las autorizaciones de servicios requeridas y expedidas por EPS SANITAS. Con esta prueba se pretende demostrar que mi representada garantizó el acceso a todos los servicios médicos requeridos por la paciente desde la fecha de los hechos.
- 6.1.3. Pantallazo ADRES de afiliación correspondiente a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**.
- 6.1.2. Certificado Adres de aportes compensados.
- 6.1.3. Artículo denominado "*Complicaciones de la histerectomía*"
- 6.1.4. Artículo denominado "*Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna*"

6.2. Interrogatorio de parte:

Solicito al Despacho se sirva hacer comparecer a los demandantes Víctor Hugo Herrera Suarez, Sonia Amparo Herrera Fontalvo, Rafael Jesús Hurtado Junco, Marina Concepción Fontalvo Gómez, Yaneth Cecilia Fontalvo Gómez, Rosa María Fontalvo Gómez, Gloria Isabel Fontalvo Gómez y Félix Fontalvo Gómez, para que absuelva el interrogatorio de parte que le formularé frente a los hechos que se narran en la demanda y en la presente contestación. Los convocados podrán citarse en la dirección electrónica referida en la demanda:

- VICTOR HUGO HERRERA SUAREZ, vhhsuarez@hotmail.com;
- SONIA AMPARO HERRERA FONTALVO, soniaherrerafontalvo@gmail.com;
- RAFAEL JESÚS HURTADO JUNCO, rafaelhurtadoj@gmail.com;
- MARINA CONCEPCIÓN FONTALVO GÓMEZ, mfontalvo@misena.edu.co;
- YANETH CECILIA FONTALVO GÓMEZ, yanethcecilia@hotmail.com;
- ROSA MARÍA FONTALVO GÓMEZ, rosafongomez0923@hotmail.com;
- GLORIA ISABEL FONTALVO GÓMEZ, gloriafontalvo@misena.edu.co;
- FÉLIX FONTALVO GÓMEZ, felix0116@hotmail.es.

El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y de manera previa a la fecha fijada para su realización, reservándome, en todo caso, el derecho a formularlo de manera oral el día estipulado para la audiencia de rigor o a retirarlo.

6.3 Testimonios:

Testimonio Técnico:

6.3.2. **Cindy Lorena Lozano Londoño** o quien haga sus veces, Médica Auditora de EPS Sanitas, para que declare en consideración a su experiencia desde el punto de vista técnico, acerca de los hechos que rodearon el proceso de atención correspondiente a la señora **SONIA JUDITH FONTALVO GÓMEZ (Q.E.P.D.)**, tenidos en consideración desde la óptica administrativa y clínica si a ello hubiere lugar. El testigo podrá ser citado en la siguiente dirección: Autopista Norte No. 109 - 20, de la ciudad de Bogotá, o a través de la suscrita, cuyos datos y direcciones se encuentran plenamente identificados, incluyendo el correo electrónico: paucaalderon@keralty.com. Dentro de dicha declaración también se realizarán preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración.

EN CUANTO A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y SOLICITADAS EN LA DEMANDA:

Frente a las pruebas me permito manifestar en su orden de descripción que:

DOCUMENTALES: En cuanto a todas las pruebas documentales, solicito señor Juez darles el valor probatorio que corresponda conforme a la Ley. Igualmente me permito manifestar que no serán reconocidas las pruebas documentales que no provengan de mi representada o del prestador que las generó de manera directa, así mismo que no sean auténticas o debidamente reconocidas por la entidad competente o por mi representada, lo anterior teniendo en cuenta que estas provienen de terceros.

3. ANEXOS:

Me permito anexar a la presente contestación de demanda, los siguientes documentos:

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de Compañía de Entidad Promotora de Salud SANITAS S.A.S. en Intervención.
2. Poder debidamente conferido.
3. Constancia de correo electrónico con designación de poder, remitido desde la cuenta de notificajudiciales@keralty.com.
4. Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

4. NOTIFICACIONES

Mi mandante, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S en la Autopista Norte No. 109-20 de la ciudad de Bogotá.

La suscrita apoderada, recibirá notificaciones en la Autopista Norte No. 109-20 de la ciudad de Bogotá D.C., celular 314 8228299 y/o en el correo electrónico: paucaalderon@keralty.com y/o notificajudiciales@keralty.com.

Del señor Juez, respetuosamente,



PAULA JULIET CALDERÓN GÓMEZ

C. C. 1.128.266.621 de Medellín

T.P. No. 229.916 del C. S. de la Judicatura

Bogotá, D.C., mayo de 2024.

Doctora

CANDELARIA OBYRNE GUERRERO

JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA

ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF.: VERBAL ORDINARIO DE MAYOR CUANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

RAD: 08001315300520230029600

DEMANDANTE: VICTOR HUGO HERRERA SUAREZ Y OTROS

DEMANDADA: SANITAS EPS Y OTROS

ASUNTO: PODER ESPECIAL

JEFFERSON ALONSO CASTRO ROMERO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.018.412.703 de Bogotá D.C., obrando en calidad de Representante Legal para Asuntos Judiciales de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S – EN INTERVENCIÓN**, debidamente inscrito en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, el cual adjunto; atentamente manifiesto a usted que confiero PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE a la abogada **PAULA JULIET CALDERÓN GÓMEZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.128.266.621 de Medellín, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 229.916 del C. S. de la J., como apoderada, para que en nombre de la sociedad que represento, conteste la demanda y lleve hasta su culminación el proceso judicial indicado en la referencia.

Mi apoderada cuenta con las más amplias facultades para el ejercicio del presente poder en especial para notificarse, conciliar, transigir, desistir, recurrir, sustituir, reasumir y en general disponer del derecho en litigio y las demás propias del mandato conferido de conformidad con los artículos 74 y siguientes del CGP. A su vez se precisa que el correo de mi apoderada judicial es paucalderon@keralty.com - notificajudiciales@keralty.com

Atentamente,



JEFFERSON ALONSO CASTRO ROMERO

Representante Legal para Asuntos Judiciales

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S - En Intervención

Acepto,



PAULA JULIET CALDERÓN GÓMEZ

C. C. 1.128.266.621 de Medellín

T.P. No. 229.916 del C. S. de la Judicatura

Apoderada Especial EPS Sanitas S.A.S. en Intervención



RADICADO	08001-31-53-005-2023-00296-00
CLASE DE PROCESO	VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL
PARTE DEMANDANTE	VÍCTOR HUGO HERRERA SUAREZ Y OTROS
PARTE DEMANDADA	CLÍNICA LA ASUNCIÓN S.A ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
ASUNTO	REFORMA DE DEMANDA

INFORME SECRETARIAL. Señora Juez, a su despacho el proceso de la referencia informándole que el apoderado judicial de la parte demandante presentó reforma a la demanda, sírvase proveer.

Barranquilla, 7 de febrero de 2025.

ALFREDO PEÑA NARVAEZ
SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BARRANQUILLA.
SIETE (7) DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTICINCO (2025)**

Visto el informe secretarial que antecede, procede esta agencia judicial a estudiar la viabilidad de la admisión de la reforma a la demanda presentada por el apoderado judicial de la parte demandante, consistente en la modificación de algunos hechos y pretensiones.

Puntualmente, la razón de ser de la reforma es que se excluye al señor Robinson Segundo Fernández Mercado, quien integraba la parte demandada.

Con relación a la reforma a la demanda, dispone el artículo 93 del Código General del Proceso:

1

“ARTÍCULO 93. CORRECCIÓN, ACLARACIÓN Y REFORMA DE LA DEMANDA. *El demandante podrá corregir, aclarar o reformar la demanda en cualquier momento, desde su presentación y hasta antes del señalamiento de la audiencia inicial.*

La reforma de la demanda procede por una sola vez, conforme a las siguientes reglas:

1. Solamente se considerará que existe reforma de la demanda cuando haya alteración de las partes en el proceso, o de las pretensiones o de los hechos en que ellas se fundamenten, o se pidan o alleguen nuevas pruebas.

2. No podrá sustituirse la totalidad de las personas demandantes o demandadas ni todas las pretensiones formuladas en la demanda, pero sí prescindir de algunas o incluir nuevas.

3. Para reformar la demanda es necesario presentarla debidamente integrada en un solo escrito.

4. En caso de reforma posterior a la notificación del demandado, el auto que la admita se notificará por estado y en él se ordenará correr traslado al demandado o su apoderado por la mitad del término inicial, que correrá pasados tres (3) días desde la notificación. Si se incluyen nuevos demandados, a estos se les notificará personalmente y se les correrá traslado en la forma y por el término señalados para la demanda inicial.

5. Dentro del nuevo traslado el demandado podrá ejercitar las mismas facultades que durante el inicial”.



Al tenor de lo consagrado en el texto transcrito con anterioridad, concluye este Juzgado la procedencia de la reforma de la demanda en cuestión, habida cuenta que se pretende la modificación de los hechos y de las pretensiones.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Oralidad de Barranquilla,

RESUELVE:

1. Admitir la reforma a la demanda presentada por el (la) apoderado (a) judicial de la parte demandante, la cual consiste en la modificación de los hechos y de las pretensiones.
2. De la anterior reforma, se corre traslado a la parte demandada por la mitad del término inicial, que correrá pasados tres (3) días de la notificación de la presente providencia por estados. (Numeral 4° del Artículo 93 del General del Proceso).

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


CANDELARIA OBYRNE GUERRERO.
JUEZ

MEMH

<p>JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA</p> <p>NOTIFICACION POR ESTADO NO. 21</p> <p>HOY 14 de febrero de 2025</p> <p>ALFREDO PEÑA NARVAEZ EL SECRETARIO</p>

2

Firmado Por:
Candelaria Del Carmen Obyrne Guerrero
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 005
Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **1d14d37183df6213aed62ab9a88a87ae59a32bae9806dc3e9035109a64f17331**

Documento generado en 13/02/2025 01:53:20 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



Consejo Superior de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
PAULA JULIET

APELLIDOS:
CALDERON GOMEZ

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO

UNIVERSIDAD
DE MEDELLIN

FECHA DE GRADO
04 abr 2013

CONSEJO SECCIONAL
ANTIOQUIA

CEDULA
1.128.266.621

FECHA DE EXPEDICION
28 may 2013

TARJETA N°
229916

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.128.266.621

APELLIDOS CALDERON GOMEZ

NOMBRES PAULA JULIET

FIRMA
Paula Calderón Gómez



FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1986
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

16-NOV-2004 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabéatriz Rengifo López
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO





Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	32646295	FONTALVO	GOMEZ	SONIA	JUDITH	2017-12	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	32646295	FONTALVO	GOMEZ	SONIA	JUDITH	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	32646295	FONTALVO	GOMEZ	SONIA	JUDITH	2022-03	E.P.S SANITAS	COTIZANTE
CC	32646295	FONTALVO	GOMEZ	SONIA	JUDITH	2015-11	SALUDCOOP E.P.S ENTIDAD EN LIQUIDACION	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
E.P.S SANITAS	03/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
E.P.S SANITAS	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	03/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	12/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	11/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	10/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	09/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	08/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	11/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	10/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	09/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	08/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	09/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	08/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	07/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	06/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	05/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	04/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	03/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	02/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	01/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	12/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
SALUDCOOP E.P.S	09/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	08/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	07/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	06/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	05/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	04/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	03/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	02/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	01/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	12/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo "Observación *" denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	32646295
NOMBRES	SONIA JUDITH
APELLIDOS	FONTALVO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2018	13/03/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/22/2022 09:42:56	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

 IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna

Juan Pablo Hollman-Montiel,* Gerardo Rodríguez Aguiñiga**

RESUMEN

Introducción: La histerectomía es el procedimiento ginecológico más común que se realiza. Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas, de las cuales la leiomiomatosis es la más frecuente. Como toda cirugía, la histerectomía total abdominal no está exenta de complicaciones, más si están presentes factores de riesgo como la obesidad, enfermedades crónico-degenerativas, cirugías previas, anemia y otros. Las complicaciones infecciosas y hemorrágicas son las más frecuentes en la mayoría de los estudios realizados. **Objetivo:** Conocer las complicaciones más frecuentes que se presentan en las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron todas las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2013, excluyendo a las pacientes en quienes el estudio histopatológico reportaba malignidad. **Resultados:** Se incluyeron 438 pacientes, de las cuales 66 -un 15.05%- presentaron complicaciones. La complicación más frecuente observada fue el choque hipovolémico, en un 9.1% del total de las pacientes, seguida de las infecciones postquirúrgicas, con un 3.7% de casos, y de la dehiscencia de herida quirúrgica, en un 3.2%. **Conclusión:** Las complicaciones hemorrágicas fueron las más frecuentes, seguidas de las infecciones postquirúrgicas; se encontró que los principales factores de riesgo asociados a estas complicaciones fueron la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, lo cual muestra la necesidad de controlar estas patologías de base previamente a la cirugía para así disminuir el riesgo de complicaciones.

Palabras clave: Histerectomía, leiomiomatosis, infección postquirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: Hysterectomy is the most common gynecological procedure performed. Almost 90% of all hysterectomies are performed for benign indications, of which the most frequent leiomyomatosis. Like any surgery, abdominal hysterectomy is not without complications, especially if risk factors such as obesity, chronic degenerative diseases, previous surgeries, anemia and others are present. Infectious and hemorrhagic complications are the most frequent in most studies. **Objective:** To identify the most frequent complications that occur in patients undergoing total abdominal hysterectomy for benign indications. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. We included all patients who underwent total abdominal hysterectomy for benign gynecological indication in the Hospital of Gynecology and Obstetrics, Maternal-Child Institute of the State of Mexico from July 1, 2011 to June 30, 2013; those patients in whom the histopathological study reported malignancy were excluded. **Results:** We included 438 patients, of whom 66 -15.05 %- had complications. The most frequent complication observed was hypovolemic shock, in 9.1 % of patients, followed by postsurgical infections, with 3.7% of cases, and wound dehiscence, in 3.2%. **Conclusion:** Bleeding complications were the most frequent, followed by postsurgical infections; we found that the main risk factors associated with these complications were obesity, diabetes mellitus and hypertension, which shows the need to control these underlying pathologies prior to surgery in order to reduce the risk of complications.

Key words: Hysterectomy, leiomyomatosis, postoperative infection.

* Ex residente de Ginecología y Obstetricia.

** Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico que se realiza con mayor frecuencia. En los Estados Unidos se efectúan más de 600,000 procedimientos al año.^{1,2} Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas; entre las más importantes encontramos leiomiomas, irregularidades del ciclo menstrual, hiperplasia endometrial, displasias cervicales, adenomiosis, patología anexial, pólipo endometrial, dismenorrea o dolor pélvico crónico, endometriosis y prolapsos uterino. La indicación más común es la leiomiomatosis uterina, con hasta un 62% de los casos.^{1,3-5}

Las complicaciones secundarias a histerectomía son variadas e incluyen las infecciones, complicaciones tromboembólicas venosas, cardíacas, digestivas, de lesión de vía urinaria o digestiva, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, etcétera.

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio es de 10.5%; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril.^{1,6,7}

La incidencia de la trombosis venosa profunda (TVP) entre las pacientes sometidas a cirugía ginecológica mayor oscila entre el 7 y el 47% en función de los factores de riesgo asociados. No se sabe cuál es la incidencia precisa de la enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar) después de la histerectomía; sin embargo, no se considera que la histerectomía sea un factor de riesgo independiente.^{1,8}

El infarto de miocardio perioperatorio afecta al 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardíaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo. El infarto de miocardio constituye un diagnóstico bastante difícil porque sólo el 14% de las pacientes con infarto refiere dolor torácico.⁸

El íleo se presenta como complicación hasta en el 2%. Las adherencias son la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). La incidencia alcanza 13.6 por 1,000 cirugías.^{1,8-10}

Las lesiones del tracto urinario (vejiga o uréter) ocurren en 1 a 2% de las cirugías ginecológicas mayores; se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía.^{1,10-12}

Las lesiones del tracto gastrointestinal varían de 0.1% a 1%, con estimaciones de 0.3% para histerectomía abdominal. La lesión intestinal puede ocurrir durante la liberación de bridas o la disección en el fondo de saco posterior.^{1,8}

Las complicaciones hemorrágicas se relacionan con diversas variables, entre ellas, el tipo de histerectomía realizada. Con base en los resultados de los estudios aleatorios que comparan dos o más rutas de

histerectomía, la media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660.5 mL; para la histerectomía laparoscópica, de 156-568 mL, y para la histerectomía vaginal, de 215-287 mL.¹

Existen muchas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, incluyendo obesidad, mala exposición visual (anatomía distorsionada atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), leiomiomas uterinos, habilidad del cirujano y su experiencia práctica, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiagregantes plaquetarios. Hay pocos datos que describen de forma prospectiva los sitios más comunes de sangrado intraoperatorio en el momento de la histerectomía.

La neuropatía después de histerectomía es un evento poco común pero significativo. Una revisión de la literatura revela una tasa de 0.2-2% después de cirugía pélvica mayor. Para histerectomía benigna, la tasa está probablemente más cerca del extremo inferior de este rango, ya que una mayor cantidad de lesiones nerviosas se asocian con la cirugía radical del cáncer pélvico.^{1,8}

La dehiscencia de la cúpula vaginal es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada de dehiscencia de la cúpula vaginal, basada en 10 años de datos acumulados, es de 0.24%, pero es ligeramente superior (0.39%) al evaluar los años más recientes. La histerectomía total laparoscópica tiene la mayor tasa de dehiscencia de la cúpula vaginal (1.35%). La sutura transvaginal de la cúpula parece reducir el riesgo de dehiscencia después de la histerectomía total laparoscópica. El cerrar el peritoneo –o no hacerlo– al final de la histerectomía total abdominal o vaginal no influye en el riesgo de presentar dehiscencia de la cúpula vaginal.^{1,13}

Las pacientes con obesidad presentan mayores complicaciones, como infección postoperatoria, lesión a órgano vecino y mayor sangrado transoperatorio, además de presentar otras comorbilidades, como hipertensión arterial y diabetes. También el tiempo quirúrgico es mayor, así como la rehospitalización, la reintervención quirúrgica y la estancia hospitalaria, aumentado el riesgo de infecciones nosocomiales.^{1,8}

El objetivo del estudio fue conocer las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron las pacientes a quienes se les realizó histerectomía total abdominal ginecológica (HTAG) por patología benigna en el periodo comprendido del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2013 en el

Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Previa autorización del protocolo de estudio por el Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, se procedió a solicitar al servicio de estadística del Hospital una relación de los números de expediente y nombres de todas las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el periodo referido. Posteriormente, se revisaron los expedientes, se registraron los datos y la información se procesó con el programa SPSS 15.0. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas media y desviación estándar y para las variables nominales se utilizaron frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de 438 pacientes sometidas a HTAG por patología benigna en el periodo comprendido del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2013 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. El rango de edad de las pacientes sometidas a HTA fue de 22 a 70 años, con media de 43.04 ± 6.28 años.

La HTAG por patología benigna fue indicada por leiomiomatosis en 411 (93.8%) pacientes, displasia cervical en 45 (10.3%), hiperplasia endometrial en 29 (6.6%), adenomiosis en 15 (3.4%), endometriosis en 11 (2.5%), enfermedad pélvica inflamatoria en 9 (2.1%) y patología anexial en 8 (1.8%) (*Cuadro I*).

Los factores de riesgo que presentaron las pacientes antes de la HTAG fueron cirugía previa en

281 (64.2%) casos, anemia en 261 (59.6%), hipertensión arterial en 58 (13.2%), insuficiencia venosa en 54 (12.3%), diabetes mellitus en 45 (10.3%), cardiopatía en 21 (4.8%), enfermedad tromboembólica previa en dos (0.5%) y enfermedad respiratoria en uno (0.2%).

El sangrado promedio durante la HTAG por patología benigna fue de 418.76 ± 290.98 mL, y el tiempo quirúrgico fue de 110.76 ± 33.96 minutos. El tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 4.32 ± 3.09 días.

De las 438 pacientes sometidas a HTAG, 66 (15.06%) presentaron una complicación o más. El rango de edad de las 66 pacientes que presentaron alguna complicación fue de 28 a 55 años, que se distribuyeron en tres grupos: de 26 a 35 años, 6 (9.09%) pacientes; de 36 a 45 años, 41 (62.12%) pacientes, siendo el grupo de edad donde se presentaron más casos; y de 46 a 55 años fueron 19 (28.79%) pacientes (*Cuadro II*).

La complicación más frecuente observada fue el choque hipovolémico, en 40 (9.1%), seguida de las infecciones postquirúrgicas en 16 (3.7%) pacientes, dehiscencia de herida en 14 (3.2%), lesión intestinal en cinco (1.1%), lesión ureteral en cinco (1.1%), lesión vesical en cuatro (0.9%), edema pulmonar en cuatro (0.9%), isquemia miocárdica en tres (0.7%), infarto miocárdico en uno (0.2%), íleo-metabólico en uno (0.2%) y tromboembolia pulmonar en uno (0.2%) (*Cuadro III*).

Del total de 438 pacientes sometidas a HTA, 42 (9.58%) presentaron complicaciones intraoperatorias, 15 (3.42%) complicaciones postquirúrgicas y nueve (2.05%) sufrieron tanto complicaciones intraoperatorias como postquirúrgicas. Sólo hubo una (0.22%) defunción, la cual ocurrió en el periodo postquirúrgico.

En el *cuadro IV* se muestra que la complicación intraoperatoria más frecuente fue el choque hipovolémico, con un 9.1% del total de las pacientes ($n = 438$), seguido de la lesión intestinal y ureteral, con un 1.1% cada una. Del total de pacientes con complicaciones intraoperatorias ($n = 51$), tres pacientes presentaron dos de estas complicaciones.

Cuadro I. Indicación de histerectomía abdominal por patología benigna.

Indicación de histerectomía	Pacientes	Porcentaje
Leiomiomatosis	411	93.8
Displasia cervical	45	10.3
Hiperplasia endometrial	29	6.6
Adenomiosis	15	3.4
Endometriosis	11	2.5
Enfermedad pélvica inflamatoria	9	2.1
Patología anexial	8	1.8

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro II. Pacientes con complicaciones por grupo de edad.

Grupo de edad	Pacientes	Porcentaje
26-35	6	9.09
36-45	41	62.12
46-55	19	28.79
Total	66	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro III. Complicaciones de la histerectomía total abdominal.

Complicaciones	Pacientes	Porcentaje
Choque hipovolémico	40	9.1
Infecciones postquirúrgicas	16	3.7
Dehiscencia de herida	14	3.2
Lesión intestinal	5	1.1
Lesión ureteral	5	1.1
Lesión vesical	4	0.9
Edema pulmonar	4	0.9
Isquemia miocárdica	3	0.7
Infarto miocárdico	1	0.2
Íleo-metabólico	1	0.2
Tromboembolia pulmonar	1	0.2

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro IV. Complicaciones intraoperatorias.

Complicación intraoperatoria	Pacientes	Porcentaje
Choque hipovolémico	40	9.1
Lesión intestinal	5	1.1
Lesión ureteral	5	1.1
Lesión vesical	4	0.9

Fuente: Expedientes clínicos.

En el *cuadro V* se muestra que la complicación postoperatoria más frecuente fue la infección postquirúrgica, con un 3.7% del total de las pacientes (n = 438), seguida de la dehiscencia de herida quirúrgica, con un 3.2%. Se presentan desglosadas las infecciones postquirúrgicas, mencionando que rebasan el total de 16 pacientes mostrado en el cuadro, ya que tres pacientes presentaron una combinación de estas infecciones. Del total de pacientes con complicaciones postoperatorias (n = 24), nueve de ellas presentaron dos complicaciones, dos pacientes tuvieron

Cuadro V. Complicaciones postoperatorias.

Complicación Postoperatoria	Pacientes	Porcentaje
1. Infecciones postquirúrgicas	16	3.7
• Infección de herida quirúrgica	10	2.3
• Infección de vías urinarias	8	1.8
• Absceso de cúpula vaginal	3	0.7
• Absceso pélvico	2	0.5
• Neumonía	1	0.2
• Sepsis	1	0.2
2. Dehiscencia de herida	14	3.2
3. Edema pulmonar	4	0.9
4. Isquemia miocárdica	3	0.7
5. Infarto miocárdico	1	0.2
6. Íleo-metabólico	1	0.2
7. Tromboembolia pulmonar	1	0.2

Fuente: Expedientes clínicos.

tres complicaciones a la vez, y otras dos pacientes, cinco y ocho complicaciones, respectivamente, en el periodo postquirúrgico.

Las pacientes que presentaban algún factor de riesgo desarrollaron alguna complicación en proporción variable, siendo las pacientes con diabetes mellitus las que más se complicaron, en un 24.44% (11 de 44 pacientes), y con hipertensión arterial, en el 22.41% (13 de 58), seguidas de la insuficiencia venosa, cirugía previa, anemia y cardiopatía (*Cuadro VI*).

Al valorar su estado nutricional con base en su índice de masa corporal, del total de pacientes sometidas a HTA, sólo fue normal en el 15.1% (66 pacientes); 199 (45.3%) tenían sobrepeso; 173, (39.49%) obesidad en diversos grados [129 (29.5%) obesidad grado I, 38 (8.7%) obesidad grado II y seis (1.4%) obesidad grado III]. De las pacientes que presentaron peso normal respecto al índice de masa corporal, el 9.09% presentó complicaciones; el 14,57% de las que tenían sobrepeso y el 37.02% de aquéllas con obesidad presentaron complicaciones.

DISCUSIÓN

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Dinamarca del año 2004 al 2008, se incluyeron

Cuadro VI. Frecuencia y porcentaje de pacientes que se complicaron según el factor de riesgo.

Factor de riesgo	Pacientes	Porcentaje
Cirugía previa	49	17.43
Anemia	45	17.24
Hipertensión arterial	13	22.41
Diabetes mellitus	11	24.44
Insuficiencia venosa	10	18.51
Cardiopatía	3	14.28

Fuente: Expedientes clínicos.

20,353 mujeres a las que se les practicó histerectomía con diferentes abordajes, de las cuales el 59.4% fueron vía abdominal, y de éstas, 2,735 presentaron complicaciones, lo cual corresponde a un 20.4%; En nuestro estudio, desarrollaron complicaciones el 15.05% de las pacientes a las que se les realizó HTAG por indicación benigna. En relación con el IMC al momento de la cirugía, en el estudio de Dinamarca presentaron complicaciones el 17.7% de las pacientes con IMC normal, 16% de las pacientes con sobrepeso y 19.4% de las que tenían obesidad;¹⁴ por su parte, en nuestro estudio presentaron complicaciones el 9.09% de las pacientes con IMC normal, 14.57% de las pacientes con sobrepeso y 37.02% de las que tenían obesidad, mostrando que la obesidad incrementa el riesgo de presentar complicaciones.

Asimismo, en el estudio realizado en Dinamarca encontraron que la complicación más frecuente de la histerectomía realizada por condición benigna fue el choque hipovolémico, con 6.8% de casos,¹⁴ similar a lo encontrado en nuestro estudio, también siendo la complicación más frecuente, presente en el 9.1% de las pacientes.

En relación con otras complicaciones, la dehiscencia de herida quirúrgica se presentó en un 3.2% de los casos, la infección de la herida quirúrgica en un 2.3% y la infección de vías urinarias en un 1.8%, lo cual es muy similar a lo reportado en la literatura, que menciona que la incidencia para presentar dehiscencia de herida posterior a cirugía ginecológica oscila entre 0 a 3%, para la infección de herida quirúrgica, de 3 a 8%, y para la infección de vías urinarias, de 0 a 13%.^{1,5,10}

Hur y colaboradores encontraron que la tasa de infección de la cúpula vaginal posterior a HTAG fue de 0.12%. En un análisis multinstitucional realizado en Italia entre 1994 y 2008, se incluyeron 12,398 pacientes sometidas a histerectomía; de éstas, 4291 fueron vía abdominal, y la tasa de infección de la cúpula va-

ginal fue del 0.21%, lo cual es muy similar a lo encontrado en nuestro estudio, con una tasa de 0.70% para esta complicación.^{8,13,15} Para el absceso pélvico, la tasa fue de 0.5%, que se encuentra en el rango reportado en la literatura, que va de 0 a 14.6%.^{1,5}

En un estudio de cohorte retrospectivo realizado en una clínica de Cleveland del año 2001 al 2009, se practicaron 3,226 histerectomías por patología benigna; 1,238 de estas pacientes fueron por vía abdominal; de ellas, tres presentaron neumonía en el período postoperatorio, lo cual corresponde al 0.24%.¹⁶ Ello está muy relacionado con nuestro estudio, donde se encontró una paciente con neumonía en el período postoperatorio del total de 438 pacientes, lo que corresponde a 0.2%.

Las tasas de lesión vesical posterior a histerectomía abdominal varían de 0.3 a 1.2%, para la lesión ureteral, de 0.05 a 0.5%, y para la lesión intestinal, de 0.1 a 1%.^{1,5} lo cual coincide con el estudio realizado por nosotros, el cual reporta una tasa de complicaciones del 0.9% para lesión vesical, del 1.1% para lesión ureteral y de 1.1% para lesión intestinal.

En este estudio, la tasa de íleo postoperatorio en las pacientes fue de 0.2%, en comparación con lo reportado en la literatura, que va del 2 al 3% posterior a la histerectomía total abdominal.^{8,10}

La cirugía predispone a la isquemia miocárdica. Los grandes desplazamientos de volumen, las pérdidas hemáticas, la aceleración de la frecuencia cardíaca y la hiperreactividad plaquetaria postoperatoria hacen que las pacientes se expongan a episodios cardíacos. El infarto de miocardio perioperatorio afecta al 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardíaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo.⁸ En nuestro Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, se presentó una tasa del 0.7% para isquemia miocárdica y del 0.2% para infarto de miocardio. Respecto a las complicaciones pulmonares, cuatro pacientes presentaron edema agudo de pulmón, que representa el 0.9%, y una paciente, tromboembolia pulmonar, que corresponde al 0.2%, lo cual coincide con lo reportado en la literatura, que menciona una incidencia de 0.3% de tromboembolia pulmonar en pacientes sometidas a cirugía abdominal por patología benigna ginecológica.⁸ La paciente que presentó tromboembolia pulmonar falleció por esta causa, siendo la única muerte observada en este estudio y correspondiendo al 0.2% del total de las pacientes (n = 438).

De entre las pacientes que presentaron complicaciones, los factores de riesgo encontrados fueron sobrepeso y obesidad, cirugías previas, anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia venosa y cardiopatías, lo cual coincide con los factores de riesgo que se mencionan en la literatura para presentar una diversa gama de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas.^{1,3,8,10,14}

Respecto a la indicación de la cirugía por patología benigna, en el Instituto Materno Infantil del

Estado de México se encontró que la leiomiomatosis uterina fue la indicación más frecuente, con un 93.8%, seguida de la displasia cervical, con un 10.3%, y de la hiperplasia endometrial y adenomiosis, con un 6.6% y un 3.4%, respectivamente, sobrepasando el 100% debido a que algunas pacientes presentaban dos patologías benignas como indicación de la histerectomía. En un estudio descriptivo y retrospectivo realizado durante 2007 y 2008 en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se revisaron 442 expedientes de pacientes operadas de histerectomía, de las cuales 169 fueron vía abdominal; de éstas, 82.3% fueron por leiomiomatosis, 7.1% por displasia cervical, 5.9% por adenomiosis y 2.4% por hiperplasia endometrial,³ lo cual muestra que la indicación más frecuente para realizar la histerectomía abdominal por patología benigna es la leiomiomatosis, no sólo en estos dos estudios sino en la mayoría de la literatura encontrada.^{1,2,6,9}

CONCLUSIONES

El 15.05% de nuestras pacientes sometidas a HTAG por patología benigna presentaron complicaciones. Casi dos de cada tres tenían entre 36 y 45 años de edad. La complicación más frecuente fue el choque hipovolémico, seguida de infecciones postquirúrgicas y dehiscencia de herida quirúrgica. El riesgo de presentar complicaciones se incrementa con la presencia de sobrepeso y obesidad, cirugía previa y anemia.

Se recomienda identificar oportunamente a las pacientes con factores de riesgo e instalar manejo multidisciplinario para controlar la patología subyacente y disminuir el riesgo de que ocurra alguna complicación transquirúrgica o postquirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarke-Pearson DL, Geller EJ, Complications of hysterectomy, *Obstet Gynecol*, 2013; 121 (3): 654-673.
2. ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease, *Obstet Gynecol*, 2009; 114 (5): 1156-1158.
3. Zea VJC, Calderón DR, Reyes MEY, Complicaciones perioperatorias en histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal, *RevCOG*, 2010; 15 (2): 40-49.
4. Tabassum R, Hasnny SF, Sabbar S, Hasnain F, Hanif F, Hanif R, Morbidity and postoperative recovery of hys-

- terectomy cases, *J Surg Pakistan (Int)*, 2010; 15 (2): 73-77.
5. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R et al, Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease, *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; (3): CD003677.
6. Carpio L, Garnique MA, Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson, *Rev Per Ginecol Obstet*, 2009; 55: 266-272.
7. Aragón PFJ, Expósito EM, Fleitas PO, Morgado PA, Mirabal RC, Aragón PL, Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis, *Rev Cubana Cir*, 2011; 50 (1): 82-95.
8. Stany MP, Farley JH, Complications of gynecologic surgery, *Surg Clin North Am*, 2008; 88 (2): 343-359.
9. Shanthini NF, Poomalar GK, Jayasree M, Bupathy A, Evaluation of complications of abdominal and vaginal hysterectomy, *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 2012; 1 (1): 7-11.
10. Recari E, Oroz LC, Lara JA, Complicaciones de la cirugía ginecológica, *An Sist Snit Navar*, 2009; 32 (Supl. 1): 65-79.
11. Quesnel-García BC, Avilés-Cabrera RN, Accidentes e incidentes en cirugía ginecológica, *Ginecol Obstet Mex*, 2010; 78 (4): 238-244.
12. Lee Js, Choe JH, Lee HS, Seo JT, Urologic complications following obstetric and gynecologic surgery, *Korean J Urol*, 2012; 53 (11): 795-799.
13. Uccella S, Ceccaroni M, Cromi A, Malzoni M, Berretta R, De Iaco P et al, Vaginal cuff dehiscence in a series of 12,398 hysterectomies: effect of different types of colpotomy and vaginal closure, *Obstet Gynecol*, 2012; 120: 516-523.
14. Osler M, Daugbjerg S, Frederiksen BL, Ottesen B, Body mass and risk of complications after hysterectomy on benign indications, *Human Reprod*, 2011; 26 (6): 1512-1518.
15. Cronin B, Sung VW, Matteson KA, Vaginal cuff dehiscence: risk factors and management, *Am J Obstet Gynecol*, 2012; 206 (4): 284-288.
16. Solomon ER, Muffly TM, Barber MD, Common postoperative pulmonary complications after hysterectomy for benign indications, *Am J Obstet Gynecol*, 2013; 208 (1): 1-5.

Correspondencia:

Dr. Gerardo Rodríguez Aguiñiga
Hospital de Ginecología y Obstetricia
Paseo Tollocan s/n Esq. Puerto de Palos,
Col. Isidro Fabela, 50170,
Toluca, Estado de México.
E-mail: drgerardo54@hotmail.com

Series de Especialidad Clínica

Complicaciones de la histerectomía

Daniel L. Clarke-Pearson, MD, y Elizabeth J. Geller, MD

La histerectomía es el procedimiento ginecológico más común que se practica en los Estados Unidos, con más de 600,000 al año. Sus complicaciones varían de acuerdo a la ruta y técnica quirúrgica. El objetivo de este artículo es revisar los factores de riesgo asociados a tipos específicos de complicaciones, relacionadas con la histerectomía benigna, los métodos para prevenir y reconocer las complicaciones, y el manejo apropiado de las mismas. Las complicaciones más comunes de la histerectomía se pueden categorizar como infecciosas, tromboembólicas venosas, lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI), hemorragia, lesiones neurológicas, y dehiscencia del manguito vaginal. Las complicaciones infecciosas después de la histerectomía son las más comunes, con un rango de 10.5% en la histerectomía abdominal a 13.0% en la histerectomía vaginal, y 9.0% en la laparoscópica. Las tromboembolias venosas son menos comunes y van desde una tasa de diagnóstico clínico de 1% a eventos detectados por métodos de laboratorio más sensibles de hasta 12%. Se estima que las lesiones del tracto GU se producen en 1 a 2% de todas las cirugías ginecológicas mayores y que un 75% de estas lesiones se presentan durante la histerectomía. Las lesiones del tracto GI después de histerectomía son menos comunes, con un rango de 0.1-1%. Las complicaciones hemorrágicas después de histerectomía también son poco frecuentes, con un rango promedio estimado de pérdida de sangre de 238-660.5 ml en la histerectomía abdominal, 156-568 ml en la histerectomía por vía laparoscópica, y 215 a 287 ml en la histerectomía vaginal, siendo la transfusión de sangre sólo más probable después de la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía vaginal (probabilidad relativa 2.07, intervalo de confianza 1.12-3.81). La neuropatía después de la histerectomía es un evento poco frecuente, pero significativo, con una tasa de 0.2-2% después de una cirugía pélvica mayor. La dehiscencia del manguito vaginal se estima en una tasa de 0.39%, y es más común después de histerectomía laparoscópica total (1.35%) en comparación con histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (0.28%), histerectomía abdominal total (0.15%), e histerectomía vaginal total (0.08%). Mediante el énfasis en la técnica quirúrgica, el reconocimiento de las complicaciones de la cirugía y el manejo oportuno, nuestro objetivo es minimizar el riesgo de las mujeres que se someten a histerectomía.

(Obstet Gynecol 2013;121:654-73)

DOI: <http://10.1097/AOG.0b013e3182841594>

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, North Carolina.

Existe educación médica continua disponible relacionada con este artículo en <http://links.lww.com/AOG/A350>.

Autor a quien se puede remitir correspondencia: Daniel L. Clarke-Pearson, MD, CB #7570, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27514; e-mail: danielcp@med.unc.edu.

Declaración Financiera

Los autores no informaron de conflicto potencial de interés alguno.

© 2013 por The American College of Obstetricians and Gynecologists. Publicado por Lippincott Williams & Wilkins.
ISSN: 0029-7844/13

La histerectomía es el procedimiento ginecológico más común que se realiza en los Estados Unidos, con una cantidad superior a los 600,000 procedimientos al año.¹ Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas. En los últimos 20 años en los Estados Unidos se han producido cambios en los patrones de práctica relacionados con la ruta de esta cirugía. Desde que se introdujo la histerectomía laparoscópica en 1989, el uso de esta vía mínimamente invasiva ha aumentado de 0.3% a 14% de todas las histerectomías en 2005.² Este incremento se ha aunado a una disminución de las histerectomías tanto

abdominales como vaginales, que se informaron como 64% y 22%, respectivamente. La histerectomía abdominal sigue siendo la vía más común para este procedimiento, a pesar de una estancia hospitalaria más prolongada, más dolor postoperatorio, una mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales.³ La histerectomía vaginal continúa siendo el método menos invasivo, con una recuperación más rápida, menos episodios febriles, menores gastos, y está respaldada por el Dictamen de Comité No. 444 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos como la ruta de preferencia cuando es factible.^{3,4} A pesar de los beneficios de la histerectomía vaginal, de 1990 a 2005 se registró un descenso del 2% en el cantidad de histerectomías vaginales realizadas.⁵ La histerectomía laparoscópica, una técnica que se ha popularizado rápidamente, tiene ventajas similares a la histerectomía vaginal, pero tarda más en llevarse a cabo, su costo es mayor, y conlleva los riesgos asociados a las incisiones abdominales.³ La indicación más común para la histerectomía abdominal en 2005 fue el leiomioma uterino (62%); el prolapso constituyó el 62% de las indicaciones para histerectomía vaginal; y el sangrado anormal representó el 53% de las indicaciones para histerectomía laparoscópica.² No hubo diferencias en la ruta con base al entorno hospitalario. La duración de la estancia hospitalaria y los gastos generales variaron de acuerdo a la ruta de la histerectomía.² La histerectomía laparoscópica tuvo el periodo más corto de estancia, de 1.65 días, pero los costos totales más altos, de \$18,821. La histerectomía abdominal tuvo el mayor el tiempo de estancia, 3.07 días, y los cargos promedio fueron de \$17,839; mientras que la histerectomía vaginal tuvo una estancia promedio de 1.86 días, con los costos totales más bajos, \$14,121.

También se han observado diferencias geográficas y demográficas. En 2005, el Sur tenía la mayor tasa de histerectomía, con un 40% de todos los procedimientos realizados en los Estados Unidos, en comparación con el 24% en el Oeste medio, el 20% en el Oeste, y el 16% en el Noreste.² La ruta de la histerectomía no varió significativamente según la región geográfica. La edad se asoció significativamente con la ruta quirúrgica. La edad promedio de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica fue de 44.2 años, frente a 45.2 años para las abdominales y 49.3 años para la histerectomía vaginal. La raza de las pacientes también puede tener influencia en la ruta de la histerectomía. En las mujeres caucásicas, el leiomioma uterino fue la indicación quirúrgica más común (33%), seguida por trastornos menstruales (21%) y prolapso (16%).⁵ En las mujeres afro-americanas, la indicación más frecuente también fue leiomioma uterino (70%), seguido por trastornos menstruales (12%) y endometriosis (6%). En las mujeres hispanas, el leiomioma uterino fue de nuevo el más común (46%), seguido por prolapso (17%) y trastornos menstruales (14%). En los tres grupos, la histerectomía abdominal fue la ruta más común. En cuanto a la satisfacción de la paciente, una revisión Cochrane reciente no encontró diferencias al comparar la histerectomía abdominal, ya sea con la vaginal o la laparoscópica. Sin embargo, estos análisis se limitaron a un estudio aleatorio para cada una de las técnicas.³

En 2005, la ruta laparoscópica de la histerectomía se extendió cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprobó el Sistema Quirúrgico da Vinci para cirugía ginecológica robótica. Aunque la cirugía robótica es una extensión de la laparoscopia tradicional de "varilla recta", tiene varias características singulares.⁶ Las ventajas incluyen la visualización tridimensional a partir de dos cabezales de cámara y un mayor rango de movimiento con instrumentos laparoscópicos modificados. Las desventajas incluyen la falta de retroalimentación táctil y mayor costo. En el único estudio aleatorio publicado (búsqueda en PubMed con los términos "*hysterectomy*" y "*robotic*", limitado a estudios clínicos del 1 de enero de 2000 al 12 de diciembre de 2012), la histerectomía robótica mostró un tiempo operatorio más largo en comparación con la laparoscopia tradicional, pero calificaciones más altas en calidad de vida después de la operación, sin diferencia en complicaciones perioperatorias.⁷

Con estos antecedentes y el reconocimiento de las tendencias cambiantes en las técnicas quirúrgicas, las complicaciones de la cirugía también pueden variar de acuerdo con el método quirúrgico elegido. Este análisis revisa la literatura disponible que detalla la frecuencia de las complicaciones más comunes asociadas a histerectomía; examinamos los factores de riesgo relacionados con complicaciones específicas, métodos para prevenir y reconocer las complicaciones y manejo adecuado. Cuando encontramos datos comparativos disponibles, comparamos y contrastamos la incidencia de las complicaciones entre las tres técnicas más comunes de histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA HISTERECTOMÍA

El índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable. Las tasas informadas son de 10.5% para la histerectomía abdominal, 13.0% para la histerectomía vaginal y 9.0% para la histerectomía laparoscópica.⁸ Estas tasas se basan en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, status socioeconómico, índice de masa corporal, procedimientos concurrentes, experiencia del cirujano, y sitio de estudio.⁹ Las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, y morbilidad febril.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen estado inmune comprometido, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado.⁹ La distinción entre la infección postoperatoria y la enfermedad febril es un principio importante. La enfermedad febril en el período postoperatorio se define como temperatura de más de 38°C en dos ocasiones, con más de 6 horas de diferencia, más de 24 horas después de la cirugía. Sin embargo, la presencia de fiebre por sí misma no es un signo claro de infección porque también puede ser el resultado de etiología no infecciosa, incluyendo atelectasias, hipersensibilidad a antibióticos o a agentes anestésicos, reacción pirógena al trauma tisular, o formación de hematoma. No se puede utilizar el conteo elevado de glóbulos blancos como herramienta confirmatoria, aunque a menudo está presente en la fase de infección, porque éste puede atribuirse a etiologías no infecciosas tales como la temperatura corporal elevada. El plan de manejo y tratamiento debe basarse en la confirmación de un sitio de infección real, en lugar de signos indirectos tales como fiebre y conteo elevado glóbulos blancos. Un metaanálisis de Cochrane de 2009 encontró que la histerectomía abdominal subtotal tenía una tasa menor de enfermedad febril en comparación con la histerectomía abdominal total (probabilidad relativa [OR] 0.43, intervalo de confianza [CI] 0.25-0.75).¹⁰ Otro metaanálisis de Cochrane que evaluó la ruta de la histerectomía encontró que la histerectomía laparoscópica (incluyendo la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente) tenía una menor tasa de enfermedad febril en comparación con la histerectomía abdominal (OR 0.67, CI 0.51-0.88).³ La histerectomía vaginal también tuvo menos episodios febriles e infecciones no específicas comparada con la histerectomía abdominal (OR 0.42, CI 0.21-0.83). No hubo diferencias en las complicaciones infecciosas entre la histerectomía laparoscópica y la vaginal. Al comparar las subcategorías de histerectomía laparoscópica, hubo más episodios febriles en la histerectomía laparoscópica total que en la histerectomía vaginal asistida con laparoscopia (OR 3.77, CI 1.05-13.51).

La evaluación de cualquier paciente postoperatorio sospechosa de tener una infección debe comenzar con una cuidadosa historia clínica y examen físico. El examen físico puede incluir cualquiera de los siguientes elementos, en base a los antecedentes de la paciente: examen de la garganta y pecho en busca de una infección en las vías respiratorias superiores e inferiores, incluyendo faringitis, bronquitis y neumonía; examen del abdomen para detectar signos de peritonitis o infección en la incisión; examinación de las extremidades inferiores para detectar flebitis o trombosis; y posible examen genitourinario (GU) en búsqueda de signos de cistitis, pielonefritis, celulitis del manguito y hematoma pélvico.

Pruebas de Laboratorio

Las pruebas de laboratorio que pueden ayudar a orientar el diagnóstico incluyen hemograma completo con fórmula diferencial para buscar una desviación a la izquierda, y análisis de orina con cultivo si se encuentran leucocitos o nitritos. Deben realizarse cultivos de la zona quirúrgica con un bajo umbral de sospecha. Tomando en cuenta los hallazgos de la exploración física, los estudios de imagen pueden ser útiles en algunos casos, incluyendo radiografía de tórax, radiografía abdominal, ultrasonografía pélvica, o tomografía computarizada (TC). Esto último puede ser especialmente útil si se planea la aspiración y el drenaje de un hematoma o absceso. La identificación, evaluación y manejo específicos se abordarán por separado para cada categoría de infección.

Profilaxis Antimicrobiana

La profilaxis antimicrobiana perioperatoria está indicada para todo tipo de histerectomía.¹¹ Las cefalosporinas de primera generación son tan eficaces como los agentes de segunda o de tercera generación y no sólo son menos costosos sino que también es menos probable que induzcan una respuesta de β -lactamasas bacterianas. El ajuste de la dosis se debe basar en el peso, específicamente duplicando la dosis de 1 a 2 g a los 80 kg o más.¹¹ Si existe alergia a la penicilina las alternativas incluyen una combinación ya sea de clindamicina o metronidazol, más gentamicina o levofloxacina. Los antibióticos deben administrarse dentro del término de 1 hora previa a la incisión de la piel. Se recomienda repetir la administración en los procedimientos quirúrgicos que duran más de 3 horas o en aquellos con una pérdida estimada de sangre de más de 1,500 mL. El uso continuo de "antibióticos profilácticos" más allá de los administrados en la sala de operaciones no tiene un beneficio comprobado.

Celulitis del Manguito Vaginal

Una de las complicaciones infecciosas más comunes después de la histerectomía, que es específica para este procedimiento, es la celulitis del manguito vaginal. Esto suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La incidencia varía de 0% a 8.3% después de la histerectomía.³ Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción vaginal purulenta (que se debe distinguir de un flujo fisiológico), y dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. El examen físico puede revelar sensibilidad o induración del manguito vaginal y secreción purulenta.

La presencia de bacterias asociadas a una celulitis del manguito es polimicrobiana.^{9,11} Si hay algún tipo de secreción purulenta se deben realizar cultivos, pero el tratamiento debe iniciarse empíricamente. La terapia antimicrobiana puede hacerse tanto con un agente único, como con un multiagente, dependiendo tanto de la presentación clínica como de la preferencia del médico. Una presentación temprana (dentro del curso de unos cuantos días después de la cirugía) puede ser un signo de una infección aeróbica y se puede tratar con una penicilina de amplio espectro con inhibidor de β -lactamasa o una cefalosporina de última generación. Si no se observa mejoría clínica, se puede instituir un régimen multiagente, asumiendo presencia anaeróbica, con gentamicina y clindamicina. El metronidazol es una alternativa a la clindamicina, especialmente si hay preocupación por la resistencia anaerobia, pero puede requerir la adición de ampicilina para cobertura Gram-positiva. Para el tratamiento oral, un régimen de metronidazol y fluoroquinolona proporcionará una cobertura adecuada.

El tratamiento antibiótico debe continuarse durante 24-48 horas después de que la fiebre se haya resuelto. Aunque es común continuar con antibióticos orales después del alta, no se ha demostrado beneficio.¹² Al igual que con cualquier infección pélvica, si no ha habido una mejoría clínica después de varios días de terapia antimicrobiana apropiada, considere alternativas tales como un organismo resistente, otra fuente de infección como una herida abdominal, absceso pélvico, o, menos comúnmente, una tromboflebitis pélvica séptica.

La prevención incluye buenos métodos quirúrgicos, incluyendo técnica aséptica, manipulación adecuada de los tejidos, hemostasia, y readecuación de la dosis de antibióticos basándose en los parámetros mencionados. Otros principios generales para la prevención de infecciones postoperatorias en el sitio quirúrgico incluyen la limitación de espacio quirúrgico muerto, evitar suturas subcutáneas cuando no sean necesarias, mantener pedículos pequeños de tejido, y utilizar la irrigación apropiada. El tratamiento de una vaginosis bacteriana preoperatoria conocida o de tricomoniasis también puede reducir el riesgo de una infección del manguito.¹³ Los metaanálisis de Cochrane no han encontrado diferencia en la tasa de celulitis del manguito vaginal de acuerdo a la ruta o subtipo de histerectomía.^{3,10}

Hematoma Pélvico Infectado o Absceso

Un hematoma pélvico infectado o absceso suele presentarse después del alta hospitalaria, a menudo después de que se presenta celulitis del manguito. Las estimaciones de la incidencia de una acumulación de fluido después de la histerectomía van desde 19.4% hasta 90%, con estimados de incidencia de hematoma de 0% a 14.6%.³ Los síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, dolor pélvico, e incluso presión rectal. Los marcadores de laboratorio pueden revelar anemia. El examen físico puede encontrar sensibilidad en el abdomen bajo y la pelvis, una masa fluctuante, y posiblemente secreción purulenta o sanguinolenta en el

manguito vaginal. Abrir los puntos de sutura en el manguito puede ser tanto diagnóstico como terapéutico para un hematoma infectado o absceso.

Si la presencia de una masa no es evidente en el examen vaginal, la ultrasonografía o las imágenes por TC pueden diagnosticar y localizar la acumulación de líquido, así como descartar un absceso anexial. Los estudios de imagen también pueden determinar si la acumulación de líquido es accesible para drenaje. Basándose en el volumen de fluido acumulado, el drenaje puede estar indicado en el momento del diagnóstico. Los hematomas mayores de 5 cm se asocian más a menudo con fiebre y se ha encontrado que los resultados son mejores si se drenan de inmediato, en lugar de hacerlo más tarde.¹⁴ La tasa de éxito del drenaje percutáneo de un absceso pélvico, guiado por TC, se ha informado en 81%, con una tasa de complicaciones del 20%, que consisten principalmente en dolor en las nalgas, piernas, sensación de adormecimiento, o sangrado pélvico.¹⁵ Otras rutas de drenaje a considerar incluyen la vía transrectal, transvaginal, y transperineal guiadas por ultrasonido. La exploración quirúrgica puede ser necesaria si el absceso es de difícil acceso para drenaje o no responde a un manejo más conservador.

La terapia antimicrobiana concomitante se debe basar en la suposición de una infección polimicrobiana. La gentamicina y clindamicina se deben administrar por 24-48 horas después de que la paciente se encuentre afebril.

La prevención se basará en los mismos principios quirúrgicos ya mencionados. No se encontraron diferencias en la tasa de formación de hematoma o de abscesos en cuanto a la ruta o subtipo de histerectomía.^{3,10}

Infección de la Herida

La infección de la herida quirúrgica suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto GU (vagina). La histerectomía puede ser un procedimiento "contaminado" si está presente una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del tracto urinario o como una infección por vaginosis bacteriana.¹¹ Es poco común que se considere un procedimiento "sucio" o "infectado", con una perforación en el intestino y contaminación fecal o una infección bacteriana aguda con secreción purulenta (por ejemplo, enfermedad pélvica inflamatoria o endometritis). La incidencia de infección de la herida después de histerectomía oscila desde 0% hasta una incidencia tan alta como 22.6%.³ Ésta incidencia varía ampliamente en función del nivel de contaminación presente.

Los síntomas de infección de la herida pueden incluir fiebre, posiblemente con un pico diario, y un aumento del dolor en el sitio de la incisión. El examen puede revelar secreción purulenta de la incisión, eritema cutáneo, o induración, y posible dehiscencia fascial al revisar las capas más profundas.

La terapia incluye la apertura y el desbridamiento de la herida, seguida por cambios de apósito húmedo a seco. Una vez que la infección se resuelve y la herida está granulando, el cierre es a menudo por segunda intención. Después de que se ha eliminado la infección, el uso de aspiración de la herida puede ayudar a acelerar el proceso de curación.¹⁶

También es necesario aplicar terapia antimicrobiana. Las infecciones de aparición temprana son más comúnmente causadas por estreptococos β -hemolíticos del grupo A o posiblemente estreptococos β -hemolíticos del grupo B. Las infecciones de aparición tardía son a menudo atribuibles al *Staphylococcus aureus*. Los antibióticos a base de penicilina funcionan mejor para la terapia empírica. Es importante hacer un cultivo de la herida para descartar *Pseudomonas* o *S aureus* resistente a la meticilina; este último requiere vancomicina.

La prevención de infecciones en la herida incluye limitar la hospitalización preoperatoria y evitar corte de vello cuando sea posible.¹² Si es necesario retirar el vello en el sitio de la incisión, las máquinas de cortar son preferibles a las navajas de afeitar. Otras técnicas para reducir las infecciones en la herida son lavado preoperatorio del cuerpo con jabones antimicrobianos la noche anterior a la cirugía y controlar la glucosa en sangre después de la operación.¹² Si un procedimiento ha sido clasificado como sucio o infectado, a menudo es mejor dejar abierta la incisión, ya sea para cerrarla más tarde o para que cierre por segunda intención. En una revisión Cochrane se encontró una disminución de la tasa de infección en la herida o en la pared abdominal al comparar la histerectomía laparoscópica con la abdominal (OR 0.31, CI 0.12-0.77).³

Infecciones del Tracto Urinario

Las infecciones del tracto urinario se presentan por lo general en la etapa temprana del período postoperatorio. La incidencia de infección en el tracto urinario después de una histerectomía va desde 0% hasta 13.0%³, pero es responsable de hasta 40% de las infecciones nosocomiales.¹⁷ Los signos y síntomas incluyen febrícula, frecuencia urinaria, urgencia, y disuria. Algunas pacientes pueden ser asintomáticas. El examen puede revelar sensibilidad suprapúbica o sensibilidad a palpaciones de la pared vaginal anterior, pero eso también podría ser normal. El diagnóstico se respalda con un uroanálisis que revele nitritos y confirmación con urocultivo de una muestra de orina limpia tomada después de detener el flujo a medio orinar, que revele al menos 100,000 unidades formadoras de colonias de un solo organismo que no se considere flora epitelial, o por lo menos 100 unidades formadoras de colonias en la muestra del catéter.

La terapia se puede iniciar con síntomas y un análisis de orina sospechoso, pero se debe ordenar un cultivo de orina para confirmar la infección y determinar la sensibilidad a antimicrobianos. Los patógenos probables incluyen anaerobios facultativos procedentes de la flora intestinal. El patógeno más común es la *Escherichia coli*. Aunque es más común en las infecciones del tracto urinario adquiridas en la comunidad, *E. coli* sigue siendo la causa más común de infecciones del tracto urinario adquiridas en el medio hospitalario, alcanzando el 30% al 56% de todos los casos.^{18,19}

El trimetoprim-sulfametoxazol y la nitrofurantoína son opciones baratas y bien toleradas para una infección urinaria no complicada. La nitrofurantoína alcanza altas concentraciones en el tracto urinario mientras que las concentraciones séricas se mantienen bajas, por lo que produce pocos efectos secundarios sobre las floras intestinal y vaginal. No es eficaz contra *Pseudomonas* o *Proteus* sp. Las fluoroquinolonas ofrecen otra opción de tratamiento. Esta clase de medicamentos es más costosa, pero se puede considerar un tratamiento de primera línea si la resistencia a otros agentes es una preocupación.

La prevención de una infección postoperatoria del tracto urinario se basa en la eliminación temprana del catéter interno y una técnica aséptica para la cateterización intermitente limpia. No se ha demostrado diferencia en la tasa de bacteriuria con autocateterización intermitente en comparación con el uso de catéter suprapúbico.²¹ Los metaanálisis de Cochrane no han encontrado diferencia en la tasa de infección del tracto urinario respecto a la ruta o subtipo de la histerectomía.^{3,10}

No se recomiendan los análisis de detección rutinarios de orina ni los cultivos preoperatorios, o ambos. Un metaanálisis encontró que el análisis de orina reveló anomalías en el perioperatorio en 1-34.1% de los casos, pero sólo dio lugar a cambios en el manejo en 0.1-2.8% de los casos.²² Los lineamientos de la Asociación Americana del Corazón afirman que la evaluación preoperatoria puede estar indicada en procedimientos relacionados con el tracto urinario.²³

Infección Respiratoria

En el período postoperatorio temprano puede aparecer neumonía. En una paciente sin enfermedad pulmonar, la incidencia de neumonía después de la histerectomía es baja (0-2.16%).²⁴ El riesgo es significativamente mayor en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, escalofríos, dolor de pecho, tos y esputo purulento. Las pacientes también pueden encontrarse asintomáticas. El examen puede revelar disminución de los ruidos respiratorios, estertores, hipoxia, taquicardia y fiebre. Una radiografía de tórax puede confirmar y localizar la infección, mientras que los cultivos de esputo pueden proporcionar la identificación del organismo.

Los principales agentes causantes de neumonía nosocomial incluyen *Haemophilus influenzae*, y *Streptococcus* y *Staphylococcus* sp, así como *E. coli*, y *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, y *Serratia* sp. El tratamiento de estos patógenos incluye cefalosporina de segunda o tercera generación, penicilina en combinación con un inhibidor de β -lactamasa, o una fluoroquinolona. Alternativamente, las pacientes postoperatorias que después del alta se encuentran mínimamente sintomáticas, con un examen por lo demás normal, es probable que tengan neumonía adquirida en la comunidad. Aunque el *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno más común, deberá tenerse en cuenta una posible resistencia atribuible al uso reciente de antibióticos. Por tanto, el tratamiento debe consistir en una fluoroquinolona o penicilina en combinación con un inhibidor de β -lactamasa más un macrólido o doxiciclina.

Otro tipo de neumonía postoperatoria que debe considerarse es la neumonía por aspiración. Estos casos a menudo implican *Staphylococcus* sp, así como aerobios Gram-negativos. Como resultado, la penicilina no es tan eficaz. Se recomiendan agentes tales como piperacilina o ticarcilina, además de un inhibidor de la β -lactamasa. Las alternativas incluyen clindamicina más ya sea gentamicina o ciprofloxacina, o una cefalosporina de amplio espectro más metronidazol.

La prevención de la neumonía postoperatoria incluye la interrupción de la nicotina antes de la cirugía, el tratamiento de cualquier infección del tracto respiratorio superior, estimular a la paciente a que tosa y a que realice respiración profunda en el periodo postoperatorio, control adecuado del dolor para permitir la respiración profunda, y el tratamiento pulmonar con broncodilatadores según esté indicado. No se ha observado ninguna diferencia en la tasa de infecciones del tracto respiratorio superior en base a la ruta de la histerectomía.³

La radiografía preoperatoria de tórax no ha demostrado ser útil en la prevención de complicaciones infecciosas postoperatorias en cualquier grupo de edad.²⁵ En un metaanálisis de 46 estudios, la radiografía de tórax reveló anomalías en 2.5-37% de los casos, pero sólo dio lugar a cambios de manejo en 0-2.1% de los casos.²¹ Los lineamientos de la Asociación Americana del Corazón recomiendan la radiografía preoperatoria de tórax en base a la indicación clínica (asma, tabaquismo) y aún en pacientes añosas (mayores de 80 años), pero afirman que puede ser razonablemente útil realizar la detección en pacientes con más de 60 años que se someten a cirugías mayores, incluyendo histerectomía.²²

COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICO VENOSAS

Aunque las complicaciones tromboembólicas venosas después de la histerectomía son comunes y pueden ser potencialmente mortales, son eventos prevenibles. No se sabe cuál es la incidencia precisa de la enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda [TVP] o embolia pulmonar) después de la histerectomía. Esto se debe a la falta de estudios que se ocupen solamente de la histerectomía y el control de los factores de riesgo. Además, el diagnóstico de tromboembolia venosa ha variado entre estudios y ha ido del diagnóstico de un evento clínicamente reconocido (1%) hasta eventos detectados por métodos prospectivos sensibles tales como la prueba de captación de fibrinógeno I-125 (12%).²⁶ Debido a la falta de datos específicos sobre la incidencia de tromboembolia venosa después de la histerectomía, es razonable extrapolar esta incidencia a partir de los estudios de pacientes sometidas a cirugía ginecológica. Al compararla con otras cirugías ginecológicas mayores, un gran estudio prospectivo que evaluó los factores de riesgo de tromboembolia venosa postoperatoria no identificó a la histerectomía como un factor de riesgo independiente.²⁶ Las variables clínicas que se conoce que influyen en la incidencia de tromboembolia venosa incluyen la edad, los antecedentes de tromboembolia venosa, duración de la anestesia, presencia de edema o venas varicosas en las piernas, historia de terapia de radiación y pacientes no blancas. En otros estudios se han identificado como factores de riesgo la obesidad, el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas, el embarazo y las trombofilias.²⁷

La ruta de la histerectomía puede influir en la incidencia de tromboembolia venosa, aunque en el estudio citado no hubo diferencias entre la histerectomía vaginal y la abdominal cuando se consideraron otros factores de riesgo. Mientras que la cirugía laparoscópica es considerada por algunos autores dentro de un menor riesgo de tromboembolia venosa, los estudios retrospectivos que se centran específicamente en la histerectomía laparoscópica encontraron una incidencia de tromboembolia venosa clínicamente significativa en un rango entre 1% y 2.9%.²⁸ Se encontró un aumento del riesgo de tromboembolia venosa asociada a los siguientes factores: edad superior a 60 años, cáncer, o comorbilidades médicas.²⁹ En un metaanálisis de Cochrane, no se encontró diferencia en la incidencia de tromboembolia venosa entre la histerectomía abdominal, la vaginal y la laparoscópica.³

Evaluación Preoperatoria

La evaluación preoperatoria debe enfocarse en identificar factores que podrían poner a la paciente en mayor riesgo de tromboembolia venosa postoperatoria. Virchow describió por primera vez los factores generales asociados a tromboembolia que incluyen la tríada de estasis venosa, lesión endotelial venosa, y estados de

hipercoagulabilidad. El Cuadro 1 presenta una lista completa de los factores que aumentan el riesgo de tromboembolia venosa.

No se puede hacer a un lado la importancia de identificar los factores de riesgo antes de la operación, porque la selección de la tromboprofilaxis adecuada se basa en el nivel de riesgo de cada paciente en particular. Es decir, la elección de la tromboprofilaxis más eficaz varía de un paciente a otro.

Cuadro 1. Factores de riesgo de Tromboembolia Venosa

Edad avanzada*
Tromboembolia venosa previa*
Malignidad*
Cirugía*
Tratamiento contra el cáncer: quimioterapia o radiación*
Duración de la anestesia*
Raza no caucásica*
Insuficiencia venosa (edema de piernas, venas varicosas)*
Uso de hormonas: anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, moduladores selectivos de los receptores de estrógeno[†]
Trombofilia hereditaria o adquirida[†]
Traumatismo mayor de las extremidades inferiores[†]
Embarazo o período postparto[†]
Obesidad[†]
Tabaquismo[†]
Inmovilidad prolongada o paresia[†]
Enfermedad médica aguda[†]
Insuficiencia pulmonar o cardíaca[†]
Enfermedad inflamatoria intestinal[†]
Síndrome nefrótico[†]
Trastornos mieloproliferativos[†]
Hemoglobinuria paroxística nocturna[†]
Cateterización venosa central[†]

* Datos de Clarke-Pearson DL, DeLong ER, Synan IS, Coleman RE, Creasman WT. Variables associated with postoperative deep venous thrombosis: A prospective study of 411 gynecology patients and creation of a prognostic model. *Obstet Gynecol* 1987;69:146–50.

Prevención de Tromboembolia Venosa

A lo largo de las últimas cuatro décadas, numerosos estudios clínicos han investigado diferentes estrategias para reducir la tromboembolia venosa postoperatoria en una amplia variedad de poblaciones quirúrgicas. Existe un número limitado de estudios prospectivos en cirugía ginecológica y ninguno que sólo se enfoque específicamente en la histerectomía.

La tromboprofilaxis se puede dividir por lo general en métodos que reducen la hipercoagulabilidad (farmacológicos) y métodos que reducen la estasis (mecánicos). El primer estudio prospectivo, aleatorio, controlado, publicado en 1975, claramente demostró que la administración de “dosis bajas de heparina” reducía significativamente los émbolos pulmonares fatales en una población quirúrgica general y ginecológica.³⁰ Se administró una dosis de 5,000 unidades de heparina por vía subcutánea 2 horas previas a la operación, y después cada 8 horas a lo largo de la estancia hospitalaria. Los estudios subsecuentes han demostrado eficacia en evitar la trombosis venosa profunda en cirugía por condiciones ginecológicas benignas. En estos estudios, la heparina se administró cada 12 horas en el postoperatorio.^{31–33}

Sin embargo, en un estudio prospectivo que incluyó a pacientes con un riesgo más alto, con malignidad ginecológica, no se encontró que el régimen de 12 horas resultara beneficioso al compararlo con el grupo de control.³⁴ Un estudio aleatorio que se llevó a cabo posteriormente encontró que administrar la

heparina cada 8 horas en el postoperatorio era efectivo para evitar de manera significativa la tromboembolia venosa en población ginecooncológica.³⁵ Se ha informado de hallazgos similares en otras poblaciones quirúrgicas de alto riesgo, y los lineamientos de manejo subsecuentes aconsejan regímenes más "intensos" de heparina en dosis baja en pacientes de mayor riesgo.²⁷

Aunque la heparina en dosis bajas con poca frecuencia tiene un efecto mensurable sobre la coagulación (prolongación parcial del tiempo de tromboplastina), se informa de un aumento de las complicaciones hemorrágicas, especialmente hematomas en el sitio de la herida y de inyecciones. Sin embargo, en las pacientes que reciben heparina en dosis baja no aumentan las complicaciones hemorrágicas graves.

Una alternativa para la heparina en dosis baja no fraccionada es la heparina de bajo peso molecular. Cuando se comparan con la heparina no fraccionada, las heparinas de bajo peso molecular tienen más actividad antiXa y menos actividad antitrombina, dando lugar a un menor efecto sobre el tiempo parcial de tromboplastina. Un aumento de la vida media de 4 horas da como resultado mayor biodisponibilidad en comparación con la heparina no fraccionada y por lo tanto permite la conveniencia de dosificar una vez al día. Los estudios aleatorios controlados de cirugía ginecológica que comparan la heparina de bajo peso molecular con heparina no fraccionada no han mostrado diferencia en la incidencia de trombosis venosa profunda ni en la frecuencia de complicaciones hemorrágicas.³⁶

Se ha investigado la reducción de la estasis venosa durante y después de la cirugía ginecológica utilizando medias de compresión graduada o bien, dispositivos de compresión neumática intermitente. Si se colocan correctamente, las medias de compresión graduada proporcionan un beneficio modesto en la reducción de la incidencia de tromboembolia venosa.³⁷ Pero si la porción superior de la media se enrollara en la pierna, un efecto de torniquete podría de hecho aumentar la estasis y dar como resultado un incremento de la tromboembolia venosa.³⁸

Por otra parte, los dispositivos de compresión neumática intermitente han demostrado reducir la incidencia de tromboembolia venosa con poco o ningún riesgo. El uso de la compresión neumática intermitente en el periodo perioperatorio (intraoperatorio y en el primer día del postoperatorio) ha demostrado ser eficaz en pacientes con riesgo moderado. Sin embargo, en las pacientes con mayor riesgo (mujeres con cánceres ginecológicos), el uso perioperatorio resultó ser ineficaz.³⁹ En estas pacientes de cirugía ginecológica de más alto riesgo se ha visto que utilizar compresión neumática intermitente en la sala de operaciones y continuar su uso durante toda la estancia hospitalaria reduce la tromboembolia venosa en aproximadamente tres veces.⁴⁰

Dos estudios sobre cirugía ginecológica que comparan directamente la heparina en dosis baja no fraccionada o la heparina de bajo peso molecular con la compresión neumática intermitente, mostró una eficacia equivalente.^{41,42} El beneficio potencial de la combinación de la compresión neumática intermitente y un agente farmacológico se ha investigado en cirugía general y se ha encontrado beneficioso en pacientes de alto riesgo. Aunque no hay estudios sobre la "profilaxis combinada" en la cirugía ginecológica, es razonable combinar un agente farmacológico y la compresión neumática intermitente en pacientes con riesgo muy alto de complicaciones tromboembólicas venosas (edad mayor de 60 años, cáncer, enfermedad tromboembólica venosa previa, o una combinación de estos factores).

Diagnóstico y Manejo de la Tromboembolia Venosa

Los signos y síntomas clínicos de trombosis venosa profunda (dolor en las piernas, edema, eritema) a menudo son engañosos y pueden representar otras condiciones. Además, se estima que casi el 50% de las pacientes con TVP no tienen ningún síntoma en absoluto. Del mismo modo, un émbolo pulmonar puede estar clínicamente oculto y sólo ser sugerido por una disminución de la oximetría de pulso o taquicardia leve. En las pacientes con cualquier sospecha de TVP, la primera línea de evaluación es una ultrasonografía Doppler venosa dúplex. En pacientes sintomáticas, esta prueba no invasiva es precisa, especialmente cuando el trombo se encuentra en la vena femoral. El Doppler es menos preciso en la detección de trombos en la pantorrilla o en la pelvis. En este caso, los estudios alternativos para evaluar la TVP incluyen imágenes por resonancia magnética o una venografía de contraste. Las pacientes en las que se sospecha embolia pulmonar deben ser examinadas con tomografía computarizada del tórax o un *scan* de ventilación-perfusión pulmonar.

La arteriografía pulmonar es el "estándar de oro" de los métodos de diagnóstico para embolia pulmonar, pero rara vez es necesaria.

El manejo de una embolia pulmonar o de una trombosis venosa profunda se basa en la atención de apoyo (asistencia respiratoria, elevación de las piernas, control del dolor) y la anticoagulación inmediata. En situaciones agudas, la heparina intravenosa es la forma primaria de tratamiento inicial. El objetivo del tratamiento es conseguir un tiempo parcial de tromboplastina activado de dos a tres veces al valor de control. En situaciones menos agudas, la heparina subcutánea de bajo peso molecular ha demostrado ser igualmente eficaz. El uso de heparina de bajo peso molecular puede eliminar los costos de hospitalización y el monitoreo del tiempo parcial de tromboplastina activado.⁴³ En la mayoría de los casos, las pacientes pueden hacer rápidamente la transición a terapia oral con warfarina por 3-6 meses.

LESIONES DE LOS TRACTOS GENITOURINARIO Y GASTROINTESTINAL

Se estima que ocurren lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en una tasa de 1 a 2% en todas las cirugías ginecológicas mayores,⁴⁴ y se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía; lo que conduce a unas 5,000 lesiones al año en los Estados Unidos.⁴⁵ Un estudio aleatorio de más de 1,300 histerectomías basado en la ruta de la cirugía, informó una tasa de lesión de la vejiga del 1% para histerectomía abdominal, 2.1% para la laparoscópica, y 1.2% para la vaginal.⁴⁶ Otras estimaciones van desde 0.3% a 1.2% para la histerectomía abdominal, de 0.2% a 8.3% para la laparoscópica, y de 0.7% a 4% para la vaginal.³ Una revisión Cochrane de 2009 no encontró diferencias en la tasa de lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en base al subtipo de la histerectomía.³ Tampoco hubo diferencia entre la histerectomía abdominal y la vaginal. Se observó un aumento en el riesgo de lesión GU (vejiga y uréter combinados) durante la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía abdominal, con una OR de 2.41 (CI 1.24-4.82); y en comparación con la histerectomía vaginal, con una OR de 3.69 (CI 1.11-12.24).

La lesión ureteral se presenta con menos frecuencia que la vesical, pero también se encuentra enormemente subestimada.^{44,47} Los estudios han demostrado que, en promedio, dos tercios de las lesiones ureterales no se reconocen en el momento de la cirugía.⁴⁴ Con esto en mente, la incidencia de lesión ureteral se estima en 0.05-0.5% en la cirugía ginecológica, siendo la ruta laparoscópica la que tiene la tasa más alta, y la ruta vaginal la tasa más baja.^{47,48} La Revisión Cochrane de 2009 no encontró diferencias en la tasa de lesión ureteral en base a la ruta de la cirugía.³ Estas lesiones tienen más probabilidades de ocurrir durante la disección a lo largo de la pared pélvica lateral, especialmente en la disección a lo largo del ligamento infundíbulo-pélvico. Los sitios menos frecuentes de lesión incluyen el segmento inferior del útero durante la ligadura de los vasos uterinos, y la base de la vejiga durante la ligadura de los ligamentos cardinales y uterosacros. Los factores de riesgo que aumentan la tasa de lesión ureteral incluyen cirugía pélvica previa, hemorragia, endometriosis, cáncer, exposición comprometida atribuible a grandes masas pélvicas o leiomiomas, y obesidad.

La lesión de la vejiga ocurre con mayor frecuencia cuando la disección se realiza en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal o laparoscópica, o durante la colpotomía anterior en el momento de la histerectomía vaginal. Este tipo de lesiones suelen ser evidentes en el momento de la cirugía, aunque las lesiones de la capa serosa que no crean un defecto del espesor total en la pared de la vejiga pueden llevar a una cistotomía tardía y a la formación de fístula vesicovaginal en el período postoperatorio.⁴⁹ Un parto previo por cesárea, la endometriosis, la enfermedad pélvica adhesiva, y el cáncer aumentan el riesgo de cistotomía durante la histerectomía.

Prevención de Lesiones del Tracto Genitourinario

El pilar de la prevención de las lesiones del tracto GU es la correcta identificación de estas estructuras para evitarlas durante la disección. La colocación de un catéter de Foley al inicio del procedimiento, y la verificación del drenaje, disminuirá la tasa de lesión de la vejiga, sin importar la ruta de histerectomía que se utilice. Por otra parte, la identificación del globo de la sonda Foley o el llenando retrógrado de la vejiga también pueden ayudar a identificar sus límites durante la disección, ya sea a través de la visualización directa de la pelvis o desde la vía vaginal antes de la colpotomía anterior. Esta identificación también se puede

lograr mediante la colocación de una sonda roma de metal en la vejiga a través de la uretra para delinear sus límites.

Al entrar en la cavidad peritoneal, ya sea a través de una incisión abdominal o con un trocar laparoscópico, debe considerarse la ubicación de la vejiga, y colocar la entrada lo suficientemente cefálica. Esta colocación puede ser confirmada laparoscópicamente al aplicar presión en el sitio propuesto de ubicación de los trócares antes de hacer las incisiones o con el uso de una aguja al inyectar un agente anestésico local. Durante la histerectomía abdominal o laparoscópica, es importante movilizar el colgajo vesical antes de la ligadura de la arteria uterina y de la amputación cervical para evitar la incorporación inadvertida de cualquier tejido de la vejiga en estas incisiones. La disección mediante corte permitirá identificar con más cuidado los planos anatómicos, especialmente si se encuentran cicatrices de un parto previo por cesárea o de otra cirugía. Durante la histerectomía vaginal se recomienda la disección mediante corte en el momento del acceso peritoneal anterior para movilizar la base de la vejiga y reducir el riesgo de lesiones. Posteriormente se recomienda la colocación de un retractor en este plano vesicovaginal para elevar la vejiga y retirarla del área de disección.

Los mismos principios de identificación son válidos para la prevención de lesiones ureterales. Los uréteres pasan por encima de la bifurcación de los vasos ilíacos comunes antes de entrar por debajo de la arteria uterina y de su paso anterior y lateral al cérvix⁵⁰ (Fig. 1). La identificación del uréter en la hoja medial del ligamento ancho es crucial cuando se opera en la pelvis. Si no se observa directamente, se puede utilizar un abordaje retroperitoneal abriendo el espacio pararectal. El mantenimiento los principios quirúrgicos tales como evitar pedículos quirúrgicos agresivos y mantenerse medial a todos los pedículos quirúrgicos previos al realizar la histerectomía, también ayudará a prevenir una lesión ureteral. Además, si se encuentra hemorragia en la pelvis, la aplicación de presión es más prudente que la sujeción y ligadura cuando el campo quirúrgico está oscurecido. No se ha demostrado que la colocación de *stents* ureterales preoperatorios disminuya la tasa de lesión ureteral durante la histerectomía.⁵¹ Sin embargo, puede ser útil colocar *stents* intraoperatorios en los casos en que la identificación de los uréteres no sea posible de otra manera.

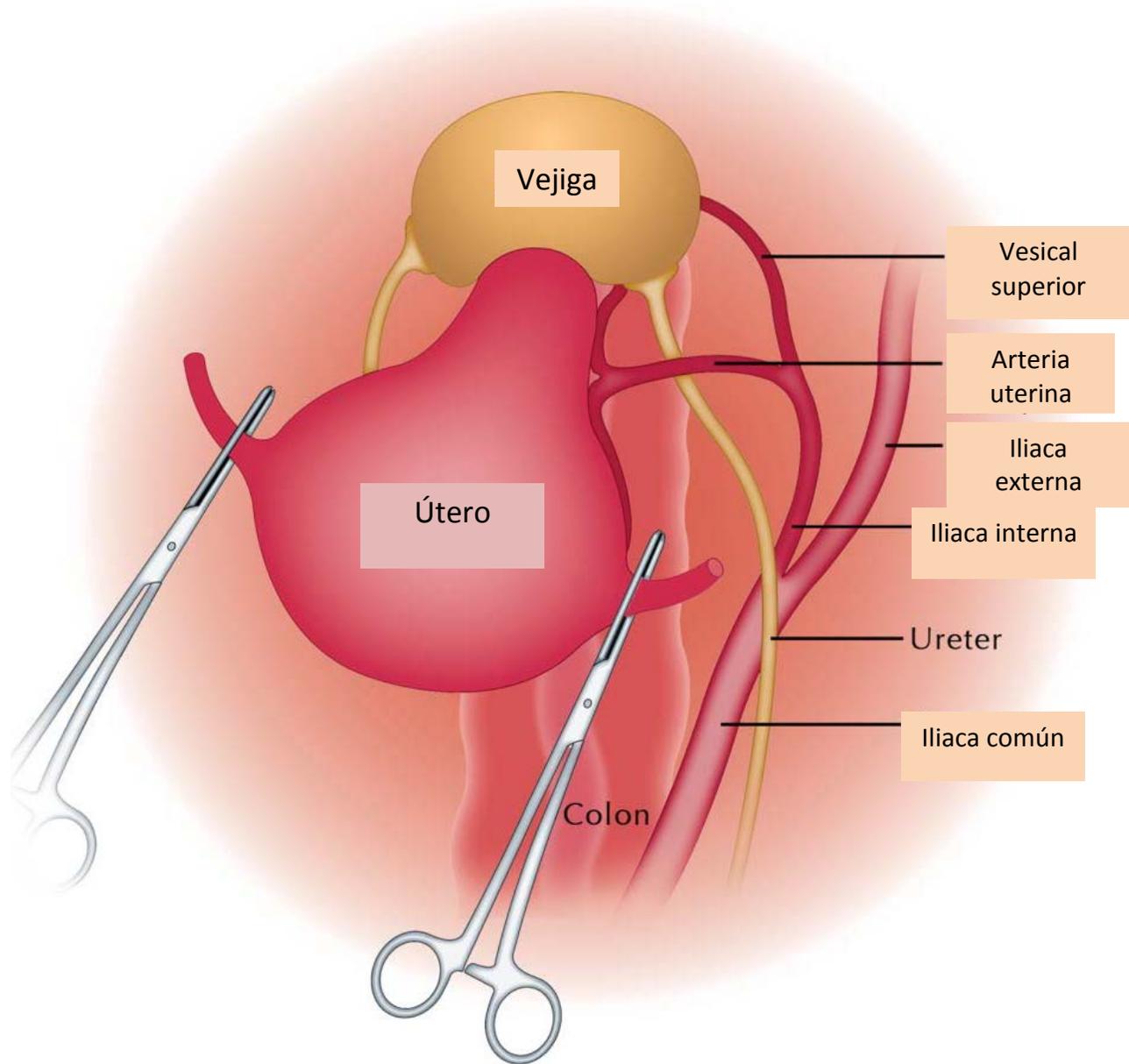


Figura 1. Anatomía vascular y ureteral encontrada durante una histerectomía. Ilustración de John Yanson. Clarke-Pearson. *Complications of Hysterectomy*. *Obstet Gynecol* 2013.

Tipo de lesión del tracto genitourinario

El daño a la vejiga se clasifica a menudo según su ubicación en referencia a la cúpula y al trigono, así como a la profundidad de la lesión, incluyendo si es de espesor total, o aislada de la capa serosa y muscular subyacentes. Las lesiones de la vejiga que se producen durante la histerectomía son generalmente intraperitoneales y usualmente se producen cerca de la cúpula de la vejiga. Las lesiones que están cerca del trigono pueden requerir una evaluación más amplia para evitar una lesión ureteral concomitante durante la reparación. Las lesiones de la capa serosa o de la muscular de la vejiga se pueden distinguir de las lesiones del

Clarke-Pearson y Geller *Complicaciones de la histerectomía*

© 2013 The American College of Obstetricians and Gynecologists

(*Obstet Gynecol* 2013;121:654-73)

www.greenjournal.org

espesor total de la mucosa de la vejiga porque no producen fugas de orina sino más bien un adelgazamiento de la pared vesical. Una lesión del espesor total generalmente revela fugas en el sitio de la lesión.

Las lesiones ureterales se pueden clasificar según el tipo de lesión -transección térmica, obstructiva o mecánica-, así como por su ubicación en relación con el borde de la pelvis. Estas clasificaciones ayudarán a determinar qué tipo de reparación asegurará una anastomosis libre de tensión.

Identificación de la Lesión

La identificación de una lesión de la vejiga puede ser obvia, con extravasación de orina en el momento de la cistotomía. Sin embargo, una pequeña lesión puede pasar desapercibida. La inyección retrógrada de 300 ml de carmín índigo, azul de metileno, o leche estéril en la vejiga a través de una sonda de Foley debe identificar la presencia de una lesión de la vejiga, la cantidad de sitios de lesión, y la presencia de cualquier daño en la capa serosa o muscular (que aparecería como un adelgazamiento de la pared de la vejiga sin una fuga verdadera). La cistoscopia con un cistoscopio de 30 ó 70 grados también es un complemento útil en el diagnóstico de una lesión de vejiga. Como se mencionó, deben usarse por lo menos 300 ml de solución salina con el fin de distender las paredes de la vejiga lo suficiente para descubrir defectos más pequeños. Este método es particularmente útil durante la cirugía vaginal cuando la inspección completa de la vejiga es difícil. El hallazgo de aire en la bolsa de recolección de Foley durante la cirugía laparoscópica es altamente sospechoso de una lesión de la vejiga e indica la necesidad de realizar una inspección cuidadosa como se se ha descrito.

Una lesión ureteral puede ser más sutil que una lesión vesical. A menos que la luz del uréter seccionado sea vista durante la disección, una lesión de espesor parcial o total puede pasar inadvertida. La inyección intravenosa de índigo carmín puede revelar tanto transección (con extravasación de colorante) como obstrucción (falta de flujo de medio de contraste hacia la vejiga cuando se visualiza mediante cistoscopia). Por lo general, 1 o 2 ampolletas (2.5 ml) por vía intravenosa de índigo carmín son suficientes para hacer un diagnóstico. Esta dosis se puede repetir si es necesario. Existe un pequeño riesgo de anafilaxis atribuible al índigo carmín, y por lo tanto el anestesiólogo debe estar al tanto de cualquier uso de este colorante. Si se sospecha una lesión basada en la falta de flujo, se puede colocar un *stent* ureteral durante la operación con ureterograma retrógrado bajo fluoroscopia para localizar la lesión. La colocación de un *stent* ureteral no sólo es útil para el diagnóstico, sino que también puede ayudar en la reparación del uréter.

Si un daño en el tracto GU no se diagnostica durante el período intraoperatorio, pero se sospecha en el postoperatorio, una cistografía o una TC abdominal o pélvica con contraste puede ayudar a identificar el sitio de la lesión.

Si después de la operación se sospecha de una lesión a la vejiga o al uréter, hay varios síntomas que deberían aumentar la sospecha. En el examen médico se pueden presentar fiebre postoperatoria, hematuria, dolor abdominal o en el flanco, íleo, signos de ascitis, abdomen agudo, o una combinación de éstos. Dependiendo de la magnitud del daño y del estado del otro riñón, un análisis bioquímico puede revelar un aumento de la creatinina, hiponatremia, y posiblemente hiperkalemia. Se puede evaluar la "ascitis" para determinar los niveles de creatinina en comparación con la creatinina sérica. Una fuga de orina hacia la cavidad peritoneal se traducirá en un nivel mucho más alto de creatinina en el líquido peritoneal en comparación con la creatinina sérica.

Tratamiento y Reparación de las Lesiones del Tracto Genitourinario

Un principio general en la reparación de una lesión vesical intraperitoneal es un cierre libre de tensión de dos capas con permeabilidad confirmada tras el cierre de la primera capa.⁵² Cualquier tejido dañado en el sitio de la lesión se debe retirar antes del cierre. Esto es especialmente importante en una lesión electroquirúrgica. Después de que se confirma la viabilidad de los bordes de la cistotomía, se puede utilizar una capa continua de sutura de absorción retardada 3-0 para cerrar el defecto y mantenerlo libre de tensión. En este punto deben instilarse 300 ml ya sea de leche estéril o de solución salina mezclada con índigo carmín o azul de metileno de forma retrógrada a través de la sonda Foley hacia la vejiga, pinzar la sonda, y examinar el sitio de cierre en búsqueda de áreas de fuga. Si no se observan, se drena la vejiga y se coloca una segunda capa de sutura imbricada de absorción retardada 2-0 en la misma orientación que la primera capa. Si se encuentra

una fuga, se pueden colocar suturas interrumpidas hasta lograr el cierre completo. Esto se debe realizar siempre antes de la colocación de la segunda capa de suturas.

Si el defecto de la vejiga consiste en un desgarro de la capa serosa o de la muscular (pero con la capa mucosa subyacente intacta), por lo general es suficiente el cierre de una sola capa con sutura de absorción retardada 2-0 interrumpida. Es preferible llenar la vejiga como se ha descrito, no sólo para confirmar que la lesión sea puramente serosa o muscular, sino también para verificar que no haya otros sitios de lesión a la vejiga. Los daños cerca del trigono pueden abarcar o comprometer potencialmente el orificio ureteral. La evaluación del trigono, ya sea con cistoscopia o cistotomía abierta debe llevarse a cabo antes y después de la reparación de la cistotomía. La colocación de *stents* ureterales puede ser necesaria para asegurar la permeabilidad del uréter. Para una lesión del trigono, usualmente insertamos un catéter suprapúbico para un drenaje a más largo plazo con el fin de evitar que el catéter permanezca sobre la reparación de la cistotomía.

Basándose en el tamaño de la lesión de la vejiga, puede ser necesario un drenaje prolongado mediante catéter después de la reparación. Una cistotomía sencilla en la cúpula, menor a 1 cm, se puede drenar por 3-5 días con un catéter transuretral de Foley. Una lesión más grande o una ubicada en el trigono requerirá de aproximadamente 2 semanas de drenaje, preferiblemente con un catéter suprapúbico para evitar cualquier traumatismo al sitio de la reparación. Se debe confirmar la competencia vesical con un cistograma antes de retirar el catéter.

La reparación de una lesión ureteral depende no sólo de la naturaleza de la lesión, sino también de su ubicación dentro de la pelvis. La obstrucción ureteral atribuible a retorcimiento por sutura a menudo se puede resolver mediante la eliminación del punto y la confirmación de flujo ureteral en la cistoscopia. Una lesión por aplastamiento menor con frecuencia puede ser manejada con la colocación de *stents*; mientras que una lesión por aplastamiento importante requerirá una resección de la parte lesionada del uréter con reanastomosis. Una laceración parcial del uréter se puede reparar con sutura absorbible después de la colocación de *stents*; una laceración completa requerirá reanastomosis con *stent*. El tipo de reparación no sólo dependerá de la ubicación de la laceración, sino también de la longitud del uréter comprometida en la lesión. Los puntos importantes que recordar a la hora de reparar el uréter incluyen la movilización cuidadosa para evitar la desvascularización ureteral. Al igual que en las lesiones de la vejiga, los bordes de la lesión ureteral deben ser viables. Cualquier tejido desvascularizado debe ser retirado. La colocación de *stents* es otro paso importante en la reparación para asegurar la permeabilidad durante la cicatrización. Un punto crítico es que la reparación sea libre de tensión; si este paso no se resuelve, es probable que la reparación fracase.

Para asegurar una reparación libre de tensión, la ubicación de la lesión dicta el tipo de anastomosis que se llevará a cabo. Las lesiones que se producen en los dos tercios proximales del uréter, usualmente se pueden reparar utilizando un reanastomosis término terminal con sutura absorbible 4-0. Esto se llama ureteroureterostomía. Si se ha retirado un segmento grande de uréter, puede ser necesario implantar el uréter dañado en el lumen del uréter contralateral. Esto se llama transureteroureterostomía. Si la lesión ureteral se produce en el tercio distal del uréter, como es más común durante procedimientos ginecológicos, el extremo proximal del uréter se puede introducir a través del espesor completo de la vejiga y fijarse a la superficie de la mucosa con una sutura absorbible 3-0. Esto se llama ureteroneocistostomía. Si hay alguna preocupación por la tensión en el sitio de la reparación, se puede orientar la vejiga en dirección cefálica y fijarla al músculo psoas mediante lo que se conoce como enganche al psoas.

Con cualquiera de estas reparaciones, se debe colocar un *stent* en el uréter y un drenaje de aspiración cerrada en el sitio de anastomosis. También se debe colocar un catéter en la vejiga para evitar la retención urinaria y el reflujo por presión intravesical. Estos drenajes se deben dejar colocados durante por lo menos 1 semana. Se debe realizar una TC con contraste no sólo para confirmar la permeabilidad de la reparación, sino también para buscar cualquier área de estenosis.

Tracto Gastrointestinal

Las lesiones del tracto GI después de histerectomía varían de 0.1% a 1%, con estimaciones de 0.3% para histerectomía abdominal y 0.2% para histerectomía laparoscópica.⁸ La incidencia de lesión intestinal con histerectomía vaginal va de 0.1% a 1.0%.^{3,10} De acuerdo con una revisión Cochrane de 2009, no se encontró diferencia en la tasa de lesión intestinal en base al subtipo o la ruta de la histerectomía.³

Prevención de Lesiones en el Tracto Gastrointestinal

La prevención de una lesión intestinal se puede lograr a través de la comprensión de los sitios potenciales de daño, así como una buena técnica quirúrgica, tal como el manejo cuidadoso de los tejidos, disección minuciosa a lo largo de los planos anatómicos, uso juicioso de la electrocirugía, y compresión del sangrado en lugar de sujeción con pinzas cuando el campo quirúrgico está oscurecido.

En el pasado se aconsejaba la preparación mecánica del intestino. Se creía que las ventajas incluían una exposición mejorada de la pelvis con un intestino descomprimido y una carga bacteriana muerta en caso de que se produjera lesión intestinal. Sin embargo, los estudios aleatorios no han mostrado beneficios clínicos de la preparación intestinal, ni siquiera cuando se prevé cirugía intestinal.^{53,54} La administración de antimicrobianos orales tampoco es necesaria antes de la histerectomía porque se administran antibióticos parenterales.

El uso de una sonda nasogástrica u orogástrica intraoperatoriamente también puede ayudar a descomprimir el estómago y, posiblemente, prevenir lesiones durante la colocación de los trocares laparoscópicos. Si se realiza la cirugía laparoscópica, se debe tener cuidado no sólo con la colocación de agujas de insuflación y trocares, sino también con la manipulación de los instrumentos laparoscópicos, especialmente instrumentos electroquirúrgicos. Estos instrumentos se deben inspeccionar para detectar cualquier signo de alteración en su aislamiento protector. Esto es cierto tanto para los procedimientos abdominales y vaginales, como para la cirugía laparoscópica. Si se esperan adherencias intraabdominales, una técnica alternativa de acceso es una incisión de 2-mm a 5-mm en el punto de Palmer, seguida de insuflación, colocación de trocar y cámara en este sitio, para inspeccionar la parte inferior del abdomen. También se puede considerar una técnica "abierta" de acceso. Sin embargo, no se ha demostrado que el acceso abierto para el puerto inicial reduzca la incidencia de lesiones GI; aunque sí reducirá la incidencia de lesión vascular.

Tipo de Lesiones del Tracto Gastrointestinal

Hay tres tipos principales de lesión intestinal que pueden ocurrir durante la histerectomía: lesión térmica, daño mecánico directo y daño indirecto a través de la interrupción del suministro vascular. El daño térmico puede ocurrir con todos los tipos de histerectomía, pero muy a menudo no es diagnosticado durante la cirugía laparoscópica. Esto es más común con conductancia de corriente de un instrumento monopolar al intestino durante la disección pélvica, especialmente en un área profunda de la pelvis, en el manguito, o en el fondo de saco, donde la visualización no es tan clara.

El daño mecánico directo al intestino puede ocurrir tanto con instrumentos cortantes como con instrumentos romos. Este tipo de lesión se presenta más comúnmente durante la adhesiolisis. Aunque es más probable que se reconozcan en el momento de la cirugía, algunos desgarros de la capa serosa pueden pasar inadvertidos. También pueden ocurrir daños mecánicos con la colocación de instrumentos laparoscópicos.

Las lesiones vasculares se pueden presentar con interrupción del suministro de sangre que corre a través del mesenterio hacia el intestino. Es muy poco común que dicha disección se indique en una histerectomía benigna, pero el riesgo de desvascularización siempre debe reconocerse.

Identificación de la Lesión

Las lesiones térmicas al intestino pueden pasar inadvertidas en el momento de la cirugía. Sin embargo, la inspección puede revelar manchas blanquecinas en la superficie serosa del intestino. Si una lesión térmica se deja sin reparar, a menudo tiene un curso prolongado. Los signos típicos de lesión intestinal, incluyendo fiebre, elevación del conteo de glóbulos blancos, náusea, vómito, distensión abdominal y abdomen agudo, por lo general no se desarrollan por varios días a semanas después de la cirugía.

La lesión mecánica directa al intestino se reconoce más a menudo en el momento de la intervención quirúrgica, ya sea como una erosión de la superficie serosa o como un defecto del espesor completo en la pared del intestino. Sin embargo, incluso con una cuidadosa inspección, los defectos más pequeños pueden pasar inadvertidos. Las áreas erosionadas pueden convertirse en perforaciones después de la operación. Los signos y síntomas clásicos de una perforación del intestino incluyen fiebre, elevación del conteo de glóbulos

blancos, náusea, vómito y abdomen agudo. El diagnóstico se puede confirmar mediante una TC abdominal y pélvica con contraste oral.

La lesión vascular del intestino por lo general tendrá un curso indoloro, siendo diagnosticada después en el postoperatorio. Los signos y síntomas clásicos de lesión intestinal a menudo serán visibles, aunque la respuesta puede estar mitigada.

Cuando se sospecha de una lesión en el recto-sigmoides, una "prueba de burbujas" puede ser muy ilustrativa. Se inserta un proctoscopio transanalmente, y se coloca solución salina en la pelvis para cubrir la zona en cuestión del colon. Se ocluye el colon proximalmente por compresión manual o mediante una pinza intestinal. Luego se insufla aire a través del proctoscopio en el recto-sigmoides. Si aparecen burbujas en la solución salina, existe un defecto en el colon que debe ser localizado y reparado.

Tratamiento y Reparación de las Lesiones del Tracto Gastrointestinal

El manejo de una lesión intestinal perioperatoria depende de la naturaleza y la gravedad del traumatismo. El reposo intestinal y los antibióticos son complementos útiles. Si se desarrollan signos y síntomas retardados de una lesión intestinal, se requiere exploración quirúrgica con resección de los segmentos dañados. Si se observa una lesión térmica significativa, es esencial su resección inmediata. Debido a que la lesión térmica con electrocirugía monopolar implica la conductancia de energía más allá del sitio de efecto, es necesaria una inspección cuidadosa del área de la lesión para asegurar que los márgenes sanos se reparen. Una lesión relacionada con electrocirugía bipolar no tendrá la misma dispersión térmica, pero se debe tener el cuidado de examinar el tejido escrupulosamente en busca de lesiones. Los sitios pequeños aislados de daño por electrocirugía se pueden manejar cerrando el defecto con una sutura absorbible 2-0 de manera transversal para evitar el estrechamiento de la luz. Las lesiones más grandes requerirán resección segmentaria y reanastomosis.

Las lesiones inmediatas o retardadas en el intestino que han producido trauma mecánico directo o limitación vascular con necrosis requerirán de escisión local con reanastomosis. Rara vez es necesaria una derivación con ileostomía o colostomía para hacer frente a una lesión colónica. Las indicaciones para una derivación con colostomía incluirían un traumatismo extenso que produjera compromiso del flujo sanguíneo, una infección extensa, o historia de radiación al área lesionada. Las áreas pequeñas de erosión de la capa serosa se pueden manejar sobreesuturando la serosa, de manera transversal, como se mencionó anteriormente, para evitar estrechamiento de la luz.

Los principios quirúrgicos, tales como la manipulación delicada del tejido con esponjas húmedas de laparotomía, el uso de instrumentos quirúrgicos apropiados, y garantizar el suministro adecuado de sangre, pueden ayudar a asegurar una reparación exitosa. Además, al igual que en la reparación de una lesión en el tracto GU, una reparación libre de tensión es crucial.

El valor de la succión nasogástrica ha sido objeto de debate y muchos cirujanos ya no la utilizan en el período postoperatorio. Es preferible el reposo intestinal postoperatorio hasta que los ruidos peristálticos hayan regresado. En ese punto, la dieta puede ser a base de líquidos; y administrar alimento regular una vez que se haya reiniciado la canalización de gases.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DE LA HISTERECTOMÍA

Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la histerectomía se relacionan con diversas variables, incluyendo el tipo de histerectomía realizada. Con base en los resultados de los estudios aleatorios que comparan dos o más rutas de histerectomía, la media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml; para la histerectomía laparoscópica, de 156-568 ml; y para la histerectomía vaginal, de 215-287 ml.³ Al comparar la pérdida de sangre estimada basada en la ruta de la histerectomía, una revisión Cochrane mostró que la histerectomía laparoscópica tuvo una pérdida sanguínea estimada significativamente más baja que la abdominal (OR -45.26, CI -72 a -17), y la histerectomía vaginal tuvo una pérdida estimada de sangre significativamente menor que la histerectomía laparoscópica (OR 9.72, CI -50 a -69).

En algunos casos también se correlacionan con la ruta de la cirugía otros parámetros de pérdida de sangre tales como transfusión, disminución de la hemoglobina, hematoma y lesión vascular. Por ejemplo, la

transfusión fue más probable después la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía vaginal (OR 2.07, CI 1.12-3.81), sin diferencias entre la histerectomía laparoscópica y la abdominal o entre la histerectomía vaginal y la abdominal. El cambio en la hemoglobina fue menor en la histerectomía laparoscópica que en la abdominal (OR -.55, CI -0.082 a -0.28). La incidencia de hematoma pélvico y lesiones vasculares no fue significativamente diferente entre las tres rutas de la histerectomía.

Prevención

Existen muchas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, incluyendo obesidad, mala exposición visual (atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), anatomía distorsionada, fibromas uterinos, habilidad del cirujano, su experiencia práctica, volumen de cirugías que practica el hospital, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiplaquetarios, y preparados que se venden sin receta (incluyendo, pero sin limitarse a, ajo, jengibre, ginkgo y hierba de San Juan).⁵⁵

Hay pocos datos que describan de forma prospectiva los sitios más comunes de sangrado intraoperatorio en el momento de la histerectomía. La pelvis tiene un rico suministro sanguíneo, derivado principalmente de las arterias ilíacas interna y externa. Otra parte del suministro arterial proviene de la arteria mesentérica inferior (que irriga el colon sigmoides) y de las arterias ováricas. El drenaje venoso de la pelvis es aún más complejo, con una red de venas colaterales que drenan a través de las venas iliaca externa, iliaca interna, mesentérica inferior y las venas ováricas. Es probable que la mayoría de las hemorragias intraoperatorias significativas provengan de lesiones a estas venas pélvicas.

Es fundamental comprender e identificar la anatomía vascular de la pelvis y su relación con otros órganos (uréter, vejiga, recto) para evitar complicaciones hemorrágicas. Esto es aún más importante cuando la anatomía y las referencias anatómicas de la zona están distorsionadas por otra patología (Fig. 1). Estar familiarizado con la anatomía retroperitoneal también ayuda a proteger estructuras y vasos vitales durante una disección difícil. Aprovechar los planos quirúrgicos que son avasculares es clave para evitar la lesión vascular y controlar el sangrado. Estos espacios incluyen el espacio pararectal, espacio paravesical, tabique o espacio rectovaginal, plano cérvicovesical, y espacio retropúbico (espacio de Retzius).

Identificación

Durante la realización de una histerectomía (por cualquier técnica o ruta) debe controlarse el suministro vascular primario del útero. Básicamente, se trata de controlar la irrigación sanguínea al ovario y al útero. La pérdida del control de estos pedículos vasculares a menudo da como resultado un sangrado evidente, que por lo general se puede manejar mediante la sujeción y ligado del pedículo. Al pinzar vasos sangrantes, especialmente los vasos ováricos y los uterinos, se debe tener cuidado de identificar el uréter, así como otros vasos en la pared pélvica lateral. Los medios razonables para obtener la hemostasia, una vez que se han identificado los vasos, son ligadura con sutura, pinzas hemostáticas y electrocirugía bipolar y monopolar, dependiendo de la situación y las habilidades del cirujano. Puede surgir un sangrado adicional cuando la vejiga se disecciona del cérvix y la parte superior de la vagina, o cuando se realiza una incisión en la vagina durante la colpotomía para extraer el útero (lo cual también ocurre al inicio de una histerectomía vaginal).

En una lesión al plexo de venas pélvicas, que no son fáciles de aislar o disecar, se puede producir una hemorragia más grave. La mejor manera de manejar la hemorragia de un plexo venoso es la presión directa con un paquete o esponja de laparotomía para controlar de inmediato el sitio de la hemorragia.

Manejo

El cirujano debe evaluar entonces la extensión de la lesión vascular y desarrollar un plan de manejo, que incluya lo siguiente: obtención de una mejor exposición mediante la extensión de la incisión, colocación de un retractor diferente y ajuste de la iluminación (incluida la posibilidad de usar una lámpara de cabeza), obtención de ayuda y succión adicionales; asegurarse de que la paciente se encuentre estable y de que el equipo de anestesia tenga productos hematológicos adecuados disponibles (pueden ser necesarias líneas intravenosas para infusión rápida de productos sanguíneos); y asegurar los suministros necesarios que se puedan utilizar para obtener la hemostasia (sutura, grapas, y agentes hemostáticos).

Una vez que se han tomado estas medidas, se expone poco a poco el área de sangrado para comprobar la localización y la extensión de la lesión vascular. En muchos casos, al aplicar presión directa sobre un punto pequeño de sangrado venoso, éste puede coagular solo. Si el lugar de la hemorragia se puede identificar y aislar, es posible pinzarlo y ligarlo con sutura o grapas. Para controlar el sangrado difuso de un plexo venoso, puede ser necesario utilizar agentes hemostáticos que contengan trombina o productos de coagulación en presentación sólida, líquida o en polvo, combinados con la aplicación de presión.

Durante una hemorragia significativa, se debe prestar atención al estado general de la paciente y el cirujano debe asegurar la reposición de los productos sanguíneos adecuados (incluyendo factores de coagulación). En la mayoría de los casos, la presión sobre el sitio de la hemorragia detendrá el sangrado y dará tiempo para reponer la sangre y los productos sanguíneos. Se ha caído muy a menudo en el error de no reconocer que los factores de coagulación de la paciente se agotan mientras se intenta conseguir la hemostasia, lo que da como resultado hemorragias difusas adicionales en otros sitios. Una regla general es reponer los factores de coagulación (plasma fresco congelado, crioprecipitado, plaquetas) por cada 4 unidades administradas de paquete globular,⁵⁶ aunque los datos más recientes sobre traumatismo recomiendan una proporción de 1:1 para pérdidas masivas de sangre.⁵⁷ En una hemorragia más difícil, la ligadura de la división anterior de las arterias ilíacas internas ha tenido éxito en la disminución de la presión arterial en la pelvis, dando como resultado un flujo sanguíneo reducido y una mejor oportunidad para identificar y controlar el sitio de sangrado.

En última instancia, si no se puede controlar la hemorragia, se debe colocar firmemente un paquete de presión pélvica y llevar a la paciente a la unidad de cuidados intensivos. Las metas inmediatas en una hemorragia avanzada son el máximo apoyo hemodinámico y la restitución de los productos sanguíneos, con la consideración de una evaluación radiológica intervencionista para embolización arterial. Una vez estable, después de 48 a 72 horas, la paciente debe volver a la sala de operaciones para extraer el paquete y hacer nuevos intentos quirúrgicos de hemostasia, y muchas veces hemos tenido la grata sorpresa de encontrar que el paquete ya la ha producido.

LESIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A HISTERECTOMÍA

La neuropatía después de histerectomía es un evento poco común, pero significativo. Una revisión de la literatura revela una tasa de 0.2-2% después de cirugía pélvica mayor.^{58,59} Para histerectomía benigna, la tasa está probablemente más cerca del extremo inferior de este rango, ya que una mayor cantidad de lesiones nerviosas se asocian a la cirugía radical del cáncer pélvico. El siguiente análisis aborda las principales neuropatías que pueden ocurrir durante la histerectomía. Se abarcan específicamente los principios de prevención, identificación y manejo para las neuropatías más comunes asociadas con la histerectomía. Las neuropatías menos comunes se mencionan en la Tabla 1.

Tabla 1. Daños Neurológicos Menos Comunes Asociados a Histerectomía

Nervio	Origen	Sitio de la Lesión	Deficiencia Observada
Genitofemoral	L1-L2	Compresión con retractor en la superficie anterior del músculo psoas	Pérdida de sensibilidad o parestesias en el monte de Venus, labios mayores y triángulo femoral.
Femoral lateral	L2-L3	Compresión con retractor en la superficie anterior del músculo ilíaco	Pérdida de sensación sobre el muslo anterolatetal
Obturador	L2-L4	Diseción de la pared pélvica lateral	Pérdida de aducción de la cadera; pérdida de sensibilidad sobre el muslo medial
Safeno	División posterior del nervio femoral una vez que pasa por debajo del ligamento inguinal	Compresión de la cara medial de la rodilla en posición de litotomía dorsal	Pérdida de sensibilidad sobre la parte baja de la pierna anteromedial y pie
Ciático	L4-S3	Estiramiento del foramen ciático por hiperflexión de la cadera en posición de litotomía dorsal	Dolor en el glúteo que irradia en dirección inferior del muslo posterior hacia la fosa poplíteica, pérdida de la función de los músculos isquiotibiales
Tibial	L4-S2, el nervio ciático se divide en las ramas peroneal y tibial	Compresión de la fosa poplíteica en posición de litotomía dorsal	Incapacidad de dorsiflexión del pie o de extensión de los dedos, pérdida de la sensibilidad en la superficie plantar del pie
Pudendo	S2-S4	Compresión de la espina isquiática con hemorragia	Pérdida de sensibilidad en la vulva y el perineo
Plexo braquial superior	C5-C7	Flexión lateral exagerada del cuello (ejemplo: bloques de hombros)	Parálisis de Erb, rotación medial y extensión del brazo
Plexo braquial inferior	C8-T1	Abducción exagerada del brazo (ejemplo: ángulo de más de 90° sobre tablero para brazos)	Parálisis de Klumpke, pérdida de los músculos intrínsecos de la mano ("mano de garra")
Cubital	C8-T1	Compresión del epicóndilo medial	Pérdida de sensibilidad en el cuarto y quinto dígitos

Femoral

La neuropatía más común asociada a la cirugía pélvica compromete al nervio femoral.^{58,60} Partiendo de las raíces nerviosas de L2 a L4, el nervio femoral se desplaza por debajo del músculo psoas, surgiendo en su borde lateral a través del músculo ilíaco, pasa a través del canal inguinal y continua hacia abajo por la parte anterior del muslo. El nervio femoral proporciona las funciones motora y sensorial de la pelvis y las extremidades inferiores. Inerva directamente varios músculos, como el psoas, el ilíaco, el pectíneo, el sartorio y el cuádriceps (vastus medialis, intermedius y lateralis, y rectus femoris). También proporciona sensibilidad a la parte anterior del muslo. Además, el nervio safeno es una rama del nervio femoral que se origina distal al ligamento inguinal que inerva la rótula anterior, el área anteromedial de la parte inferior de la pierna y la zona medial del pie. Los sitios más comunes de lesión del nervio femoral son la superficie anterior del músculo psoas y el canal inguinal. La lesión del nervio femoral a lo largo del músculo psoas generalmente es atribuible a la compresión directa del nervio por las paletas de un retractor de autoretenición (Fig. 2). Este riesgo se incrementa con una constitución física delgada, retractores de paletas largas, y tiempo quirúrgico prolongado.⁶¹ La compresión prolongada de los nervios por los retractores da como resultado una lesión isquémica, así como daño por "estiramiento". Sería extremadamente inusual que el nervio femoral se seccionara en el momento de la histerectomía. El otro tipo importante de lesión del nervio femoral es un daño por estiramiento indirecto cuando el nervio pasa a través del canal inguinal. Esto ocurre usualmente con hiperflexión, rotación externa, o hiperflexión y rotación externa de la cadera en la posición de litotomía dorsal (Fig. 3). Otros factores que aumentan el riesgo de lesión nerviosa incluyen diabetes Mellitus, gota, uremia, alcoholismo y desnutrición, condiciones que disminuyen la vascularización y la capacidad del nervio para soportar daño.

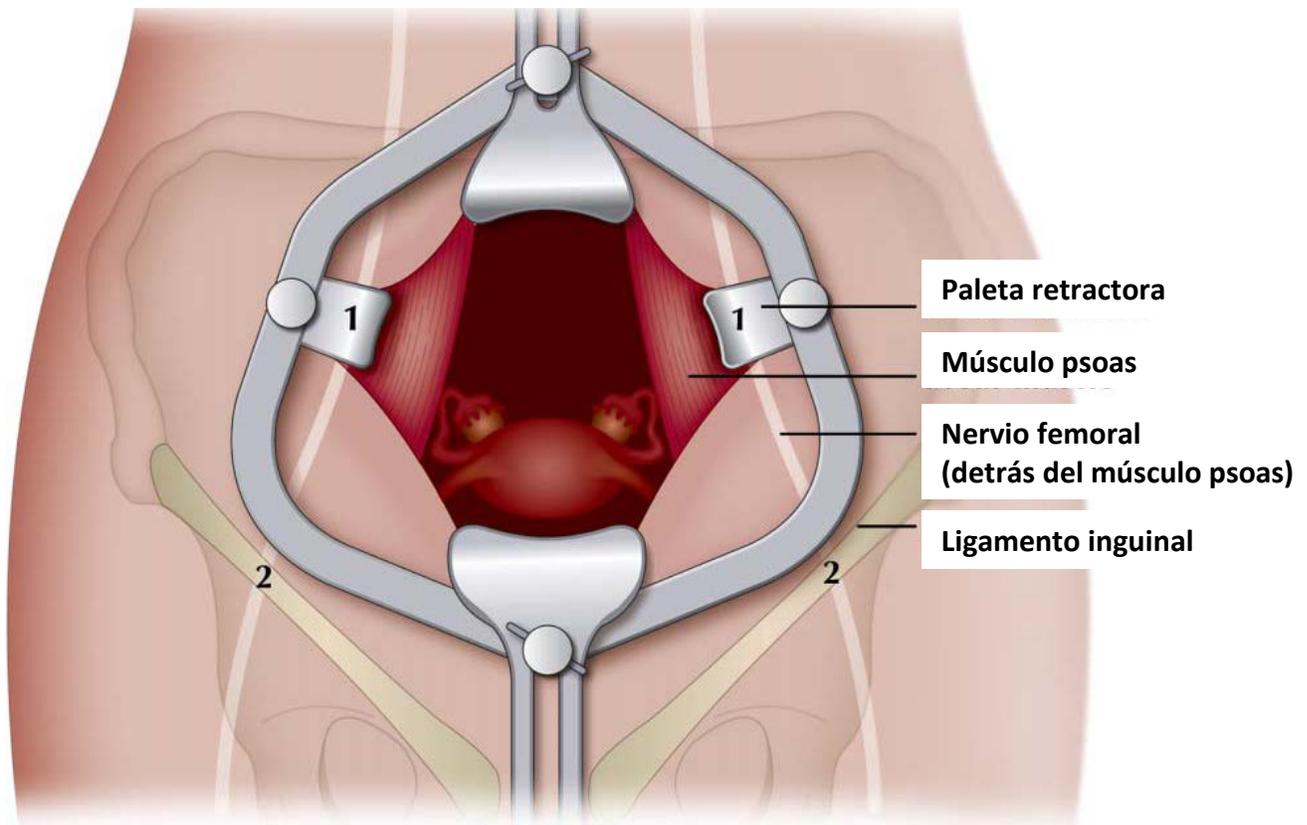


Figura 2. Lesión en el nervio femoral por la colocación de un retractor abdominal. Ilustración de John Yanson. **1.** Las paletas retractoras comprimen el músculo psoas y también pueden comprimir el nervio femoral. **2.** El nervio femoral puede ser comprimido debajo del ligamento inguinal por hiperflexión de la cadera. Clarke-Pearson. *Complications of Hysterectomy. Obstet Gynecol 2013*

Los síntomas de una lesión del nervio femoral suelen ser evidentes en las primeras 72 horas después de la cirugía. Los síntomas sensoriales pueden incluir adormecimiento y parestesia sobre la cara anterior del muslo que se pueden extender hacia abajo a la cara anteromedial de la pierna y la cara medial del pie. También puede haber dolor sordo en la región inguinal. Esto es más probable con una lesión por compresión directa en ese sitio. Los déficits motores incluyen debilidad en cualquiera o todos los complejos musculares inervados por el nervio femoral. El hallazgo clásico es debilidad del cuádriceps, donde la paciente no puede estirar la pierna a nivel de la rodilla. Esto a menudo se hace evidente cuando intenta caminar. El examen físico revelará también un reflejo rotuliano debilitado. Este déficit se puede cuantificar no sólo mediante la comparación de la fuerza del cuádriceps en el lado no afectado, sino también comparando la fuerza del aductor ipsilateral, porque los músculos aductores están inervados por el nervio obturador y no deben verse afectados por una lesión del nervio femoral.

Por lo general es suficiente un cuidadoso examen neurológico para establecer la lesión del nervio femoral, pero la confirmación se puede lograr con estudios de conducción nerviosa y de electromiografía con aguja. Sin embargo, estas pruebas de electrodiagnóstico no deben realizarse durante al menos 2 semanas después de ocurrida la lesión, ya que en los primeros 7 a 11 días después de la lesión del nervio, los axones

motores y sensoriales pueden permanecer excitables y la estimulación eléctrica puede mostrar respuestas normales o sólo ligeramente reducidas, lo que puede enmascarar una lesión más significativa.⁶²

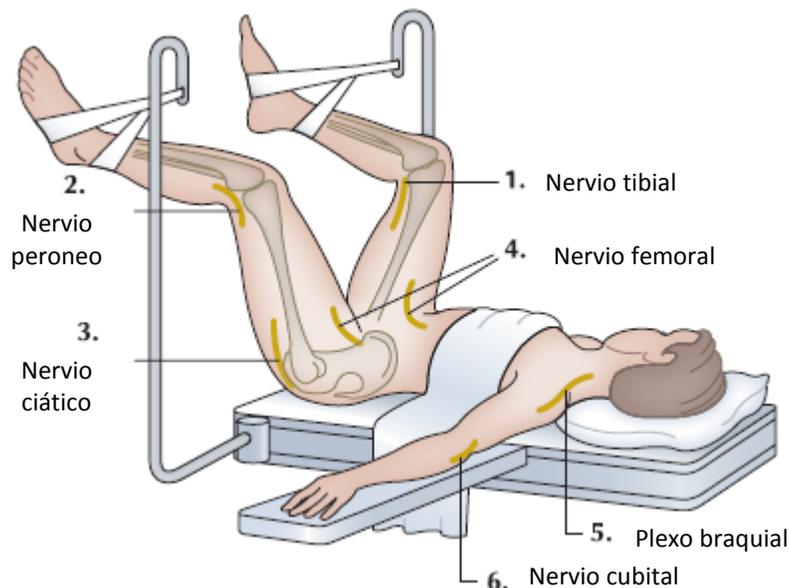


Figura 3. Daño al nervio femoral en posición de litotomía. Ilustración por John Yanson. **1.** El nervio tibial puede ser comprimido en la fosa poplítea por hiperflexión de la rodilla. **2.** El nervio peroneo se puede comprimir en la cabeza fibular lateral si la pierna se deja descansar contra el estribo. **3.** El nervio ciático se puede comprimir en el foramen ciático por hiperflexión de la cadera. **4.** El nervio femoral se puede comprimir en el ligamento inguinal por hiperflexión de la cadera. **5.** Los nervios del plexo braquial pueden sufrir estiramiento por flexión lateral exagerada del cuello o por abducción del brazo de más de 90° o por compresión con los bloques de hombros. **6.** El nervio cubital puede ser comprimido contra el epicóndilo medial, lo cual es más probable cuando los brazos se colocan apretados a los lados de la paciente.

Clarke-Pearson. *Complications of Hysterectomy*. *Obstet Gynecol* 2013

El tratamiento de una neuropatía femoral incluye terapia física dirigida a la amplitud del movimiento y al fortalecimiento muscular. La estimulación eléctrica también puede ser útil. Para el alivio sintomático del dolor y la inflamación son de utilidad los fármacos antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofén. Los medicamentos anticonvulsivos como carbamazepina, fenitoína y gabapentina pueden ayudar a aliviar el dolor neuropático. El uso de una rodillera y un bastón puede ser útil en el proceso inicial de rehabilitación.

El pronóstico depende de la gravedad de la lesión. Debido a que los haces nerviosos se someten a degeneración y posteriormente a regeneración, las neuropatías leves pueden resolverse en cuestión de días o hasta semanas, mientras que los casos más graves pueden tardar meses, posiblemente años. Es importante que la paciente entienda que el tiempo de recuperación puede ser prolongado para evitar sentimientos tempranos de miedo y frustración. La resolución espontánea de la mayoría de las neuropatías femorales es la regla y no la excepción.

La prevención de una lesión del nervio femoral se logra con una buena técnica quirúrgica. Se debe tener cuidado con la colocación de cualquier retractor de autoretenición. Se debe examinar la colocación de las paletas retractoras y comprobar periódicamente durante el procedimiento que no estén apoyadas directamente sobre el músculo psoas. En algunos retractores, tales como el de O'Conner-O'Sullivan, las

cuchillas laterales se pueden elevar retirándolas del músculo psoas mediante la colocación de toallas entre el retractor y la pared abdominal. En otros retractores, la elevación del anillo de retención fuera de la pared abdominal y la selección de paletas retractoras de tamaño apropiado (como en el caso de un retractor de Bookwalter) es responsabilidad del cirujano. En las pacientes colocadas en posición de litotomía, un examen cuidadoso de las piernas debe confirmar que las caderas no estén hiperflexionadas o que la rotación externa no sea excesiva, sin importar el tipo de estribos quirúrgicos que se utilicen.⁶³ Una regla general es alinear el eje longitudinal de la extremidad inferior con el ombligo y el hombro contralateral para asegurar el ángulo correcto de rotación externa de la cadera. La hiperflexión se puede evaluar por palpación de los pulsos poplíteos. Si el ángulo de flexión es lo suficientemente grande como para comprimir la arteria femoral en el canal inguinal, es probable que cause también compresión del nervio.

Nervios Iliohipogástrico e Ilioinguinal

Los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal también están en riesgo de lesión durante la histerectomía, aunque con menor frecuencia que el nervio femoral.⁵⁸ Estos nervios emergen de la región T12 a L1 y L1 a L2, respectivamente, y corren a través de los músculos de la pared abdominal anterior. Específicamente, el iliohipogástrico penetra en la fascia del oblicuo interno y el ilioinguinal penetra en la fascia del músculo transverso del abdomen. Los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico proporcionan suministro sensorial a la parte media del muslo, así como a los labios mayores, labios menores y monte de Venus. No contribuyen a ninguna función motora en la pelvis.

En una histerectomía abdominal, el sitio más común de lesión de estos nervios es a nivel de la pared abdominal anterior, donde pueden ser seccionados por una incisión Pfannenstiel ancha o simplemente por estiramiento lateral excesivo de las capas subyacentes de la fascia. Por lo general, una incisión Pfannenstiel es de 10 a 15 cm de longitud. El riesgo de lesión de los nervios aumenta significativamente si la incisión se extiende más allá de los bordes laterales de los músculos rectos. Puede ocurrir una lesión por estiramiento debido a la colocación de un retractor de autoretenición en una incisión ya ensanchada. Durante la histerectomía laparoscópica, los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal se pueden lesionar con trocares colocados lateralmente. Una buena regla general es colocar estos trocares por lo menos a dos dedos en sentido medial de las espinas ilíacas anterosuperiores. Es importante observar que el daño también puede producirse por atrapamiento o cicatrización relacionada con el cierre de incisiones fasciales.

Los síntomas de lesión por lo general incluyen dolor agudo y urente en el área de distribución sensorial. Este dolor puede irradiar hacia el perineo. Los signos de lesión suelen ocurrir en cuestión de horas o días de la lesión.

Nervio Peroneo

El nervio peroneo se origina en la región L4 a S2 de las raíces lumbosacras, emergiendo de la división del nervio ciático en la fosa poplítea. Es poco común que ocurra una lesión del nervio peroneo durante la histerectomía.⁵⁸ A nivel de la cabeza del peroné, el nervio peroneo común se divide en las ramas perineales superficial y profunda. La rama superficial es más propensa a las lesiones, debido a que se envuelve alrededor de la cara lateral de la cabeza fibular y sólo está protegida por una capa de tejido subcutáneo. El nervio peroneo superficial tiene tanto función motora como sensorial. Inerva los músculos peroneos largo y corto en la parte inferior de la pierna. También proporciona sensibilidad a las caras anterior y lateral de la parte inferior de la pierna y al dorso del pie, excluyendo la piel entre los ortejos mayor y segundo.

La lesión del nervio peroneo puede ocurrir durante la histerectomía cuando la paciente está colocada en posición de litotomía dorsal con estribos. La presión del estribo en el borde lateral de la cabeza del peroné es la causa de esta lesión por compresión. El hallazgo clásico en una lesión del nervio peroneo es el "pie péndulo". Esto a menudo se observa la primera vez que la paciente intenta caminar después de la cirugía. También puede haber deficiencias sensoriales evidentes a lo largo de la distribución sensitiva de este nervio.

Las neuropatías asociadas a la histerectomía son poco comunes pero pueden ser debilitantes si ocurren. La mayoría de las neuropatías se pueden evitar con una cuidadosa atención a la colocación sobre la mesa de operaciones y una buena técnica quirúrgica. Una comprensión rigurosa de la fisiopatología de la lesión, la identificación de la disfunción, y la iniciación oportuna del tratamiento son esenciales para

optimizar el resultado y para reducir al mínimo la ansiedad de la paciente cuando se trata de este tipo de lesiones. Afortunadamente, la mayoría son transitorias y se recuperan espontáneamente, aunque esto puede tomar varias semanas o meses. Es esencial asesorar diligentemente a las pacientes no sólo después de una lesión, sino también en el periodo preoperatorio.

DEHISCENCIA DEL MANGUITO VAGINAL

La dehiscencia del manguito vaginal es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada de dehiscencia del manguito vaginal, basada en 10 años de datos acumulados, es de 0.24%, pero es ligeramente superior (0.39%) al evaluar los años más recientes.⁶⁴ La histerectomía laparoscópica total tiene la mayor tasa de dehiscencia del manguito vaginal (1.35%) en comparación con histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica (0.28%; OR 4.9, CI 1.1-21.5), histerectomía abdominal total (0.15%, OR 9.1, CI 4.1-20.3), e histerectomía vaginal total (0.08%; OR 17.2, CI 3.5-75.9).⁶⁵ Un estimado de dehiscencia del manguito después de histerectomía total robótica basado en 510 pacientes fue del 4.1%.⁶⁵ Sin embargo, no hubo comparación con las otras rutas. Un metaanálisis comparando el cierre del manguito vaginal por las rutas vaginal, laparoscópica y robótica encontró que el cierre vaginal tiene la incidencia más baja (0.18%), seguido por la laparoscópica (0.64%; OR 3.57, CI 1.54-8.33), y la robótica (1.64%; OR 9.09, CI 3.86-25.0).⁶⁶ Se piensa que el aumento del riesgo observado con las rutas asistidas por laparoscopia es atribuible a la utilización única de la electrocirugía monopolar para realizar colpotomía con estas modalidades y a las posibles diferencias en los métodos y las técnicas de cierre.

Factores de Riesgo y Prevención

Se han considerado varios factores de riesgo de dehiscencia del manguito, siendo el traumatismo directo por relaciones sexuales el más común.⁶⁷ Otros factores de riesgo incluyen maniobra de Valsalva repetitiva (tos crónica, estreñimiento, obesidad, esfuerzo), tabaquismo, desnutrición, anemia, diabetes, inmunosupresión, menopausia, cirugía pélvica previa, vaginoplastia previa, y uso de corticosteroides.⁶⁸ Debido a que la tasa de dehiscencia es tan baja, es difícil comprender en realidad cómo contribuyen estos factores de riesgo a la incidencia en general. Como resultado, hay poca información acerca de las recomendaciones prácticas para evitar la dehiscencia del manguito. Existen algunas hipótesis de que una incisión en "frío" de la vagina puede ser preferible a la electrocirugía. Cuando se utiliza la electrocirugía, se deben usar técnicas que reduzcan la dispersión térmica, incluyendo voltaje más bajo, reducción del contacto con el tejido, utilizar una corriente de corte (en comparación con la de coagulación), y el uso de otros dispositivos de energía, tales como un bisturí armónico. No hay evidencia de que el cierre primario del manguito sea preferible a la granulación secundaria en cuanto a evitar una dehiscencia.⁶⁷ Tampoco existe evidencia de que un cierre de dos capas sea superior al de una sola capa o a un manguito abierto.⁶⁹ Un estudio informó reducción de la dehiscencia con el uso de una sutura barbada durante el cierre laparoscópico y robótico del manguito.⁷⁰ Un análisis retrospectivo informó reducción de dehiscencia con sutura transvaginal para la histerectomía laparoscópica total.⁷¹ Una buena técnica quirúrgica puede ayudar a disminuir el riesgo de dehiscencia, incluyendo el uso mínimo de electrocirugía para la hemostasia, aproximación término-terminal de tejidos con la incorporación de todas las capas vaginales, márgenes de sutura de 1 cm, y mantenimiento de la hemostasia.

Presentación

La dehiscencia del manguito vaginal generalmente se presenta en las primeras semanas o meses después de la cirugía, pero se puede retrasar hasta varios años (especialmente en mujeres posmenopáusicas). La media de tiempo de la dehiscencia se ha reportado entre 1.5 a 3.5 meses.^{67,70} En un estudio, el valor medio de tiempo de dehiscencia se retrasó hasta 6.5 meses en el grupo de histerectomía vaginal en comparación con 2.5 meses para todas las otras rutas.⁶⁴ La dehiscencia del manguito vaginal a menudo se presenta con sangrado postcoital, secreción vaginal acuosa, u otro tipo de manchado vaginal.^{64,67} Si se ha producido evisceración del intestino las pacientes a menudo presentan síntomas de presión o abultamiento en la pelvis. Cualquier paciente en la que se sospeche una dehiscencia del manguito requiere de un examen vaginal con inspección visual y palpación manual para determinar la integridad del mismo. También se puede realizar un examen

abdominal para descartar abdomen agudo por peritonitis, lesión intestinal, u obstrucción. Si hay sospecha de lesión intestinal oculta, se debe considerar un estudio de imagen mediante TC.

Manejo

La dehiscencia del manguito vaginal se puede manejar de forma conservadora o quirúrgica. Todas las dehiscencias llevan a la exposición de la cavidad peritoneal a la flora vaginal y deben ser manejadas con antibióticos de amplio espectro. Las dehiscencias pequeñas o parciales pueden manejarse de forma expectante con reposo pélvico. Las dehiscencias más grandes o completas por lo general requieren cierre quirúrgico. Siempre que sea posible, dicho cierre se debe realizar por la ruta vaginal. Si se ha producido evisceración del intestino, el intestino debe ser cuidadosamente inspeccionado en busca de lesiones. A pesar de que la dehiscencia del manguito vaginal es poco común, puede causar morbilidad grave. La prevención, la detección temprana, y el manejo adecuado pueden ayudar a evitar consecuencias potencialmente mortales.

CONCLUSIÓN

Siendo uno de los procedimientos más comunes que se realizan en los Estados Unidos, la histerectomía tiene un gran efecto en las mujeres sometidas a este procedimiento, sus familias, empleadores y proveedores de atención a la salud. Hemos presentado una revisión de las complicaciones más comunes asociadas a la histerectomía y recomendaciones para la prevención y tratamiento de éstas. Como cirujanos y personal de atención a la salud, nuestro objetivo es proporcionar una atención óptima, al mismo tiempo que la exposición de las pacientes al riesgo sea mínima. Podemos lograr esto, no sólo reconociendo las posibles complicaciones quirúrgicas de la histerectomía, sino también utilizando una buena técnica para evitarlas, y llevando a cabo un diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquiera de ellas. De esta manera, aunque no podamos evitar todas las complicaciones quirúrgicas, podemos esforzarnos por reducir al mínimo los riesgos de las mujeres que se someten a una histerectomía.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Women's reproductive health: hysterectomy. Available at: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/womensrh/hysterectomy.htm>. Retrieved January 28, 2013.
2. Jacoby VL, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol* 2009;114:1041–8.
3. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub4.
4. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 444. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114:1156–8.
5. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol* 2007;110:1091–5.
6. Visco AG, Advincula AP. Robotic gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2008;112:1369–84.
7. Sarlos D, Kots L, Stevanovic N, von Felten S, Schar G. Robotic compared with conventional laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;120:604–11.
8. Makinen J, Johansson J, Tomas C, Tomas E, Heinonen PK, Laatikainen T, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001;16:1473–8.
9. Te Linde's Operative Gynecology. 8th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 1997.

10. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD004993. DOI: 10.1002/14651858.CD004993.pub2.
11. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. ACOG Practice Bulletin No. 104. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;113:1180–9.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated infections (HAI). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
13. Soper DE, Bump RC, Hurt WG. Bacterial vaginosis and trichomoniasis vaginitis are risk factors for cuff cellulitis after abdominal hysterectomy. *Am J Obstetrics Gynecol* 1990;163:1016–21; discussion 21–3.
14. Dane C, Dane B, Cetin A, Yayla M. Sonographically diagnosed vault hematomas following vaginal hysterectomy and its correlation with postoperative morbidity. *Infect Dis Obstetrics Gynecol* 2009;2009:91708.
15. Walser E, Raza S, Hernandez A, Ozkan O, Kathuria M, Akinci D. Sonographically guided transgluteal drainage of pelvic abscesses. *AJR Am J Roentgenology* 2003;181:498–500.
16. McCallon SK, Knight CA, Valiulus JP, Cunningham MW, McCulloch JM, Farinas LP. Vacuum-assisted closure versus saline-moistened gauze in the healing of postoperative diabetic foot wounds. *Ostomy Wound Manage* 2000;46:28–32, 34.
17. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL, Mishell D Jr. *Comprehensive gynecology*. 4th ed. Philadelphia (PA): Mosby Elsevier; 2001.
18. Mayon-White RT, Duce G, Kereselidze T, Tikomirov E. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. *J Hosp Infect* 1988;11(Suppl A):43–8.
19. Farrell DJ, Morrissey I, De Rubeis D, Robbins M, Felmingham D. A UK multicentre study of the antimicrobial susceptibility of bacterial pathogens causing urinary tract infection. *J Infect* 2003;46:94–100.
20. Bartz PJ, Hafferty FW. Pelvic laparotomy without an indwelling catheter. A retrospective review of 949 cases. *Am J Obstetrics Gynecol* 1987;156:1426–32.
21. Jannelli ML, Wu JM, Plunkett LW, Williams KS, Visco AG. A randomized controlled trial of clean intermittent self-catheterization versus suprapubic catheterization after urogynecologic surgery. *Am J Obstetrics Gynecol* 2007;197:72 e1–4.
22. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assess* 1997;1:i–iv; 1–62.
23. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association : a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007;116: 1736–54.
24. Pappachen S, Smith PR, Shah S, Brito V, Bader F, Khoury B. Postoperative pulmonary complications after gynecologic surgery. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;93:74–6.
25. Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. *Can J Anaesth* 2005;52:568–74.
26. Clarke-Pearson DL, DeLong ER, Synan IS, Coleman RE, Creasman WT. Variables associated with postoperative deep venous thrombosis: a prospective study of 411 gynecology patients and creation of a prognostic model. *Obstet Gynecol* 1987;69:146–50.

27. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, Bergqvist D, Lassen MR, Colwell CW, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126:338–400S.
28. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. *Obstet Gynecol* 1999;94:94–8.
29. Ritch JM, Kim JH, Lewin SN, Burke WM, Sun X, Herzog TJ, et al. Venous thromboembolism and use of prophylaxis among women undergoing laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011;117:1367–74.
30. Kakkar VV, Corrigan TP, Fossard DP, Sutherland I, Thirwell J. Prevention of Fatal Postoperative pulmonary embolism by low doses of heparin. Reappraisal of results of international multicentre trial. *Lancet* 1977;1:567–9.
31. Ballard RM, Bradley-Watson PJ, Johnstone FD, Kenney A, McCarthy TG. Low doses of subcutaneous heparin in the prevention of deep vein thrombosis after gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973;80:469–72.
32. Adolf J, Buttermann G, Weidenbach A, Gmeineder F. Optimization of postoperative prophylaxis of thrombosis in gynaecology [in German]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1978;38:98–104.
33. Taberner DA, Poller L, Burslem RW, Jones JB. Oral anticoagulants controlled by the British comparative thromboplastin versus low-dose heparin in prophylaxis of deep vein thrombosis. *Br Med J* 1978;1:272–4.
34. Clarke-Pearson DL, Coleman RE, Synan IS, Hinshaw W, Creasman WT. Venous thromboembolism prophylaxis in gynecologic oncology: a prospective, controlled trial of lowdose heparin. *Am J Obstetrics Gynecol* 1983;145:606–13.
35. Clark-Pearson DL, DeLong E, Synan IS, Soper JT, Creasman WT, Coleman RE. A controlled trial of two low-dose heparin regimens for the prevention of postoperative deep vein thrombosis. *Obstet Gynecol* 1990;75:684–9.
36. Borstad E, Urdal K, Handeland G, Abildgaard U. Comparison of low molecular weight heparin vs. unfractionated heparin in gynecological surgery. II: reduced dose of low molecular weight heparin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:471–5.
37. Scurr JH, Ibrahim SZ, Faber RG, Le Quesne LP. The efficacy of graduated compression stockings in the prevention of deep vein thrombosis. *Br J Surg* 1977;64:371–3.
38. Clarke-Pearson DL, Jelovsek FR, Creasman WT. Thromboembolism complicating surgery for cervical and uterine malignancy: incidence, risk factors, and prophylaxis. *Obstet Gynecol* 1983;61:87–94.
39. Clarke-Pearson DL, Creasman WT, Coleman RE, Synan IS, Hinshaw WM. Perioperative external pneumatic calf compression as thromboembolism prophylaxis in gynecology: report of a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol* 1984;18:226–32.
40. Clarke-Pearson DL, Synan IS, Hinshaw WM, Coleman RE, Creasman WT. Prevention of postoperative venous thromboembolism by external pneumatic calf compression in patients with gynecologic malignancy. *Obstet Gynecol* 1984;63:92–8.
41. Clarke-Pearson DL, Synan IS, Dodge R, Soper JT, Berchuck A, Coleman RE. A randomized trial of low-dose heparin and intermittent pneumatic calf compression for the prevention of deep venous thrombosis after gynecologic oncology surgery. *Am J Obstetrics Gynecol* 1993;168:1146–53.
42. Maxwell GL, Synan I, Dodge R, Carroll B, Clarke-Pearson DL. Pneumatic compression versus low molecular weight heparin in gynecologic oncology surgery: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:989–995.
43. Low-molecular-weight heparin in the treatment of patients with venous thromboembolism. The Columbus Investigators. *N Engl J Med* 1997;337:657–62.

44. Gilmour DT, Dwyer PL, Carey MP. Lower urinary tract injury during gynecologic surgery and its detection by intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol* 1999;94:883–9.
45. Walters MD, Karram MM. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Mosby Elsevier; 2007.
46. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub3
47. Gilmour DT, Das S, Flowerdew G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol* 2006;107:1366–72.
48. Carley ME, McIntire D, Carley JM, Schaffer J. Incidence, risk factors and morbidity of unintended bladder or ureter injury during hysterectomy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13:18–21.
49. Smith GL, Williams G. Vesicovaginal fistula. *BJU Int* 1999;83: 564–9.
50. Aronson MP, Bose TM. Urinary tract injury in pelvic surgery. *Clin Obstetrics Gynecol* 2002;45:428–38.
51. Kuno K, Menzin A, Kauder HH, Sison C, Gal D. Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery. *Urology* 1998; 52:1004–8.
52. Rock JA, Jones HW. *Telinde’s operative gynecology*. 10th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
53. Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, Contant C, Chipponi J. Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery. *Ann Surg* 2009;249:203–9.
54. Bretagnol F, Panis Y, Rullier E, Rouanet P, Berdah S, Dousset B, et al. Rectal cancer surgery with or without bowel preparation: the French GRECCAR III multicenter singleblinded randomized trial. *Ann Surg* 2010;252:863–8.
55. Basila D, Yuan CS. Effects of dietary supplements on coagulation and platelet function. *Thromb Res* 2005;117:49–53.
56. Pacheco LD, Saade GR, Gei AF, Hankins GD. Cutting-edge advances in the medical management of obstetrical hemorrhage. *Am J Obstetrics Gynecol* 2011;205:526–32.
57. Tan JN, Burke PA, Agarwal SK, Mantilla-Rey N, Quillen K. A massive transfusion protocol incorporating a higher FFP/RBC ratio is associated with decreased use of recombinant activated factor VII in trauma patients. *Am J Clin Pathol* 2012;137:566–71.
58. Irvin W, Andersen W, Taylor P, Rice L. Minimizing the risk of neurologic injury in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:374–82.
59. Cardosi RJ, Cox CS, Hoffman MS. Postoperative neuropathies after major pelvic surgery. *Obstet Gynecol* 2002;100:240–4.
60. Alsever JD. Lumbosacral plexopathy after gynecologic surgery: case report and review of the literature. *Am J Obstetrics Gynecol* 1996;174:1769–77.
61. Kvist-Poulsen H, Borel J. Iatrogenic femoral neuropathy subsequent to abdominal hysterectomy: incidence and prevention. *Obstet Gynecol* 1982;60:516–20.
62. Quan D, Bird S. Nerve conduction studies and electromyography in the evaluation of peripheral nerve injuries. *Univ Pa Orthop J* 1999;12:45–51.
63. Bohrer JC, Walters MD, Park A, Polston D, Barber MD. Pelvic nerve injury following gynecologic surgery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:531 e1–7.
- Clarke-Pearson y Geller *Complicaciones de la histerectomía*
(*Obstet Gynecol* 2013;121:654–73)
- © 2013 The American College of Obstetricians and Gynecologists
www.greenjournal.org

64. Hur HC, Donnellan N, Mansuria S, Barber RE, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011;118:794–801.
65. Kho RM, Akl MN, Cornella JL, Magtibay PM, Wechter ME, Magrina JF. Incidence and characteristics of patients with vaginal cuff dehiscence after robotic procedures. *Obstet Gynecol* 2009;114:231–5.
66. Uccella S, Ghezzi F, Mariani A, Cromi A, Bogani G, Serati M, et al. Vaginal cuff closure after minimally invasive hysterectomy: our experience and systematic review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:119 e1–12.
67. Iaco PD, Ceccaroni M, Alboni C, Roset B, Sansovini M, D'Alessandro L, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy: is vaginal cuff closure associated with a reduced risk? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;125:134–8.
68. Robinson BL, Liao JB, Adams SF, Randall TC. Vaginal cuff dehiscence after robotic total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2009;114:369–71.
69. Shen CC, Hsu TY, Huang FJ, Roan CJ, Weng HH, Chang HW, et al. Comparison of one- and two-layer vaginal cuff closure and open vaginal cuff during laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9: 474–80.
70. Siedhoff MT, Yunker AC, Steege JF. Decreased incidence of vaginal cuff dehiscence after laparoscopic closure with bidirectional barbed suture. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:218–23.
71. Uccella S, Ceccaroni M, Cromi A, Miller J, Buescher E, Nezhat A. Vaginal cuff dehiscence in a series of 12,398 hysterectomies: effect of different types of colpotomy and vaginal closure. *Obstet Gynecol* 2012;120:516–23.