

Señores:
JUZGADO TREINTA (30) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REFERENCIA	Proceso Declarativo Verbal No. 11001400303020200003800
	Demandante: VICKY AMANDA CELY ESPINOSA
	Demandados: JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ Y OTROS

ASUNTO:	CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA POR EL VINCULADO EN PASIVA DOCTOR JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ
----------------	--

MIGUEL ALFONSO YÁÑEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.194.400, portador de la tarjeta profesional de abogado No. 250.450 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la carrera 19 No. 114 – 65, Oficina 502 de Bogotá D.C., dirección de correo electrónico asjulace01@gmail.com, celular 3212682241, obrando en mi condición de apoderado judicial del doctor **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ**, vinculado en la parte pasiva dentro del proceso de la referencia; comedidamente por medio del presente escrito, con la consideración y el respeto acostumbrado, y dentro de la oportunidad correspondiente me permito dirigirme a su Honorable Despacho con el fin de contestar la demanda interpuesta en contra de mi poderdante dentro del proceso de la referencia, lo anterior en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas por la parte actora correspondientes a la declaratoria de responsabilidad civil y condena en contra de mi mandante, por carecer todas ellas de fundamento fáctico y jurídico, tal y como a continuación se describe, razón por la cual solicito que todas ellas sean denegadas y/o desestimadas por su Honorable Despacho, y en consecuencia condene a la parte demandante a las costas y agencias en derecho por la temeridad de su acción en contra de mi representado.

1.1. CON RELACIÓN A LAS PRETENSIONES ESTABLECIDAS EN EL ACÁPITE “1.1. Pretensiones de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA por Responsabilidad Contractual” DE LA DEMANDA

En el referido acápite, denominado **“1.1. Pretensiones de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA por Responsabilidad Contractual”**, **se consignaron tres pretensiones, frente a las cuales me permito solicitar a su Honorable Despacho se sirva denegar las mismas.**

Lo anterior teniendo en cuenta que, en primer lugar, en el caso objeto del proceso de la referencia, no se encuentran reunidos y comprobados los elementos exigidos por nuestro ordenamiento jurídico, y propios para que se configure la responsabilidad que se demanda en cabeza de mi representado **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ**.

Para efectos de lo referido, es necesario resaltar que el actuar de mi representado **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ** en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente, perito y ajustado a la *lex artis*, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra bajo el argumento de que su conducta fue negligente, inadecuada, imprudente y/o imperita, y por ende mucho menos se puede establecer que por su actuar se hayan causado daños y perjuicios a la demandante; lo que genera que mi mandante no deba responder por los supuestos daños y perjuicios que reclama la parte actora.

En todo caso debe resaltarse que los supuestos daños y/o perjuicios descritos como materiales (lucro cesante – daño emergente), y morales, fisiológicos, o daño a la vida de relación y de las condiciones de existencia, no son ciertos, ni están comprobados y por ende no deben ser reconocidos para ningún tipo de reparación.

Además, es importante destacar que el monto solicitado para la reparación de los supuestos daños y/o perjuicios relacionados, no se compadece con norma o jurisprudencia emitida al respecto, sino que al parecer se justifica única y exclusivamente en el desborde de la imaginación y excesiva tasación de la abogada demandante, atentando contra el principio de reparación integral que debe observar la responsabilidad civil.

Conforme lo dicho, es claro que tiene clara vocación de fracaso la demanda de la parte actora respecto de mi mandante, y por ello a la demandante no se le debe reconocer suma alguna por agencias en derecho ni costas y/o gastos. Por el contrario, solicito de la manera más atenta y respetuosa se sirva condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante por la temeridad de su acción contra mi representado.

1.2. CON RELACIÓN A LAS PRETENSIONES ESTABLECIDAS EN EL ACÁPITE “1.2. Pretensiones acumuladas de TATIANA ANDREA VARELA CELY por Responsabilidad Extracontractual” DE LA DEMANDA

En el referido acápite, denominado **“1.2. Pretensiones acumuladas de TATIANA ANDREA VARELA CELY por Responsabilidad Extracontractual”, se consignaron tres pretensiones, frente a las cuales me permito solicitar a su Honorable Despacho se sirva denegar las mismas.**

Lo anterior teniendo en cuenta que, en primer lugar, en el caso objeto del proceso de la referencia, no se encuentran reunidos y comprobados los elementos exigidos por nuestro ordenamiento jurídico, y propios para que se configure la responsabilidad que se demanda en cabeza de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

Para efectos de lo referido, es necesario resaltar que el actuar de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente, perito y ajustado a la lex artis, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra bajo el argumento de que su conducta fue negligente, inadecuada, imprudente y/o imperita, y por ende mucho menos se puede establecer que por su actuar se hayan causado daños y perjuicios a la demandante; lo que genera que mi mandante no deba responder por los supuestos daños y perjuicios que reclama la parte actora.

En todo caso debe resaltarse que los supuestos daños y/o perjuicios descritos como morales, fisiológicos, o daño a la vida de relación y de las condiciones de existencia, no son ciertos, ni están comprobados y por ende no deben ser reconocidos para ningún tipo de reparación.

Además, es importante destacar que el monto solicitado para la reparación de los supuestos daños y/o perjuicios relacionados, no se compadece con norma o jurisprudencia emitida al respecto, sino que al parecer se justifica única y exclusivamente en el desborde de la imaginación y excesiva tasación de la abogada demandante, atentando contra el principio de reparación integral que debe observar la responsabilidad civil.

Conforme lo dicho, es claro que tiene clara vocación de fracaso la demanda de la parte actora respecto de mi mandante, y por ello a la demandante no se le debe reconocer suma alguna por agencias en derecho ni costas y/o gastos. Por el contrario, solicito de la manera más atenta y respetuosa se sirva condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante por la temeridad de su acción contra mi representado.

II. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Con la finalidad de realizar oportunamente pronunciamiento respecto del juramento estimatorio efectuado por la parte actora, me permito objetarlo para todos los efectos en los siguientes términos, toda vez que lo manifestado por la apoderada demandante es inexacto.

En primer lugar, debe resaltarse que el aparente juramento estimatorio de la parte actora se estimó sumando todos los conceptos de sus pretensiones, dado que considera que a la demandante se le causaron y generarán daños y/o perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales.

Ahora bien, vale destacar que el juramento estimatorio no aplica a la cuantificación de daños extrapatrimoniales, tal y como lo señala el inciso sexto del artículo 206 del Código General del Proceso, razón por la que resulta obvio que la presente objeción u oposición solo se realizará frente a los daños y/o perjuicios relacionados como patrimoniales (materiales), pues frente a los extrapatrimoniales no es algo de lo que se deba ocupar el juramento estimatorio.

Así las cosas, es claro que conforme el acápite del juramento estimatorio de la demanda, se informan como daños y/o perjuicios patrimoniales, lo respectivo a un supuesto lucro cesante y a un daño emergente, calculados arbitrariamente en las sumas de SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS (\$75.882.166) y DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$10'500.000), respectivamente; para lo cual me permito referir que dentro del que expediente no existe prueba de la existencia y extensión de la totalidad de los supuestos gastos y/o erogaciones, y mucho menos se evidencia acreditación que esos supuestos daños emergentes tengan nexo causal con la actuación de mi mandante, así como tampoco se denota la causación de un lucro cesante frente a la paciente ni su extensión, y causalidad relacionada con lo que aquí se demanda.

En resumen, se tiene que no se puede afirmar el monto del juramento estimatorio por falta de claridad y precisión. En todo caso no existe prueba de la existencia y extensión de los supuestos perjuicios, y que tengan nexo con la actuación de mi mandante.

En este punto me permito manifestar de la manera más atenta y respetuosa a su Honorable Despacho que la estimación efectuada por la parte actora en el juramento es inexacta e imprecisa y no se aporta prueba de la totalidad de sus pretensiones.

En este orden de ideas, se formula la presente objeción, solo en caso que se entienda que si existe juramento estimatorio de la parte demandante, y esto se realiza conforme lo reglado por el artículo 206 del Código General del Proceso.

III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Respecto de los hechos planteados en la demanda, en el acápite denominado “3.HECHOS”, me permito pronunciarme sobre cada uno de la siguiente manera:

1. CON RELACIÓN AL HECHO 1.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

2. CON RELACIÓN AL HECHO 2.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

3. CON RELACIÓN AL HECHO 3.: PARCIALMENTE NO ME CONSTA Y EN LO RESTANTE SE ACLARA: La razón para indicar que parcialmente no me consta obedece a que los compromisos y ejecución contractual del negocio jurídico celebrado entre la demandante y la demandada COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

Ahora bien, en lo relativo a la característica de relación de dependencia que se afirma respecto de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ frente a COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. y la CLÍNICA MARLY, vale destacar que mi mandante no era “médico dependiente” de estas últimas, pues su vinculación tenía una connotación diferente.

4. CON RELACIÓN AL HECHO 4.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ pueda pronunciarse, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

5. CON RELACIÓN AL HECHO 5.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

6. CON RELACIÓN AL HECHO 6.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

7. CON RELACIÓN AL HECHO 7.: PARCIALMENTE NO ME CONSTA Y EN LO RESTANTE SE ADMITE Y SE ACLARA: La razón para indicar que parcialmente no me consta obedece a que en lo relativo al supuesto convenio entre COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. y la CLÍNICA MARLY no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

En lo restante, correspondiente al motivo de consulta por urgencias, debe decirse que se admite este hecho, pues efectivamente así se advierte en la historia clínica de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA de la CLÍNICA DE MARLY, veamos:

002 2/1

 CLÍNICA DE MARLY <i>Cuidado a tu Salud</i>	FORMATO	CÓDIGO	FT-URG-001
		VERSIÓN	1
	FORMATO DE TRIAGE		FECHA DE EMISIÓN
		Fecha y hora 03/25/2014 16:59	
Nombres y apellidos: VICKY AMANDA CELY ESPINOSA			
Tipo y número de identificación. CC X TI RC CE OT No. 51788258			
Fecha de Nacimiento 29 7 1964 Edad 49 Años			
MOTIVO DE CONSULTA			
DOLOR EN MID, LUMBALGIA			
Tiempo de Evolucion de la Patología por la que consulta			
3 DIAS			

003 2/2


CLINICA DE MARLY

**HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS**

Impreso el Martes, 01 de Abril de 2014, 08:57 a.m.

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa	ID: CC 51788258	Edad: 49 Años
Historia: 246612		
Sexo: Femenino	Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a...	
Médico tratante:		
Fecha de admisión: 25 Mar 2014 15:43:00:...	Fecha de salida: 26 Mar 2014 21:46:00:...	

Atención de 25 Mar 2014 18:50:08:000:

Profesional: CC1018409757 Diana Rocio Arevalo Palencia
Especialidad: Medicina General R.M: 13332Hora: Inicio Atención Médica: Mar 25 2014 6:41PM
Motivo Consulta: dolor lumbar
Origen de la Atención: Enfermedad General
Enfermedad Actual: Paciente refiere hace 4 meses presenta episodio de piramidal en gluteo derecho ya valorada en tratamiento con terapia física, consulta hoy por exacerbación de dolor en región lumbar derecha que se irradia a miembro inferior derecho y parestias en cara lateral de pie derecho.
Ha administrado ibuprofeno 600mg con lo cual obtiene mejoría parcial de dolor.

Antecedentes:
Antecedentes Gineco-Obstétricos: G1P1A0
Antecedentes Quirúrgicos: colecistectomía resección de lipoma en cabeza
Antecedentes Médicos:
sd piramidal en gluteo derecho
Antecedentes Transfusionales: niega
Antecedentes Familiares: niega
Antecedentes Tóxicos - Alérgicos: niega

Examen Físico:
TA: 130/80 mmHg, FC: 78 /min, FR: 20 /min, Temp: 37 GradosCent, Observaciones: sato 2 95% a fio2 ambiente
Estado de Conciencia: Alerta
Glasgow: 15/15
Estado de Embriaguez (Responder OBLIGATORIAMENTE para pacientes SOAT): No
Estado general: buen estado general
Cabeza: normal
Ojos: conjuntivas normocromicas escleras anictericas
ORL: mucosa oral
Tórax Cardíaco: rscs eritmicos sin soplos
Tórax Pulmonar: simetrico sin tirajes rrrs conservados sin agrgados
Extremidades y Dorso: lasague positiva a 30 en pierna derecha con disestesias en dermatoma L5 no paresias, arcos de movilidad en columna con flexoextnsion dolorosa Marcha antalgica.

Diagnósticos:
IDX - Impresión Diagnóstica Inicial: (M544) Lumbago con ciática
Triage: 3

Órdenes y Evolución:

CLINICA DE MARLY

**HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS**

Impreso el Martes, 01 de Abril de 2014, 08:57 a.m.

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa	ID: CC 51788258	Edad: 49 Años
Historia: 246612		
Sexo: Femenino	Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a...	
Médico tratante:		
Fecha de admisión: 25 Mar 2014 15:43:00:...	Fecha de salida: 26 Mar 2014 21:46:00:...	

Evolución: Paciente con singos de radiculopatía, valorada en conjunto con Dr Buritica quien ordene toma de RMN de columna lumbosacra por loq ue se deja abierta historia clinica para toma d examen mañana

8. CON RELACIÓN AL HECHO 8.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo en la atención inicial, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se refiere a otra profesional de la salud.

En todo caso se aclara que, conforme la historia clínica de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA de la CLÍNICA DE MARLY, en la atención inicial de la paciente, en realidad sucedió lo siguiente:

- La señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA ingresó por el servicio de urgencias a la CLÍNICA DE MARLY el día 26 de Marzo de 2014, manifestando dolor en pierna derecha y lumbalgia.
- Así las cosas, fue clasificada en TRIAGE 3 por la enfermera jefe MAGDA L. GUERRERO M.
- Posteriormente la médica general doctora DIANA ROCIO AREVALO PALENCIA atendió en urgencias a la paciente, allí la señora refirió cuadro de 4 meses de evolución de episodio piramidal en glúteo derecho, en tratamiento con terapia física; consulta por exacerbación del dolor en región lumbar que se irradia a miembro inferior derecho y parestesias en cara lateral de pie derecho. Como hallazgos positivos al examen físico: Lasegue positivo en 30° en pierna derecha en dermatoma L5, no paresias, arcos de movilidad en columna con flexo extensión dolorosa, marcha dolorosa.
- Por lo anterior en su impresión diagnóstica, la doctora AREVALO PALENCIA consideró LUMBAGO CON CIÁTICA.
- De acuerdo con lo evidenciado, la doctora AREVALO PALENCIA requirió valoración en conjunto con especialista en neurocirugía – cirugía de columna. Consecuencia de lo descrito, se evidenciaron signos de radiculopatía, y es ahí cuando tiene intervención mi mandante, pues a la paciente se le valoró en conjunto por la doctora AREVALO con el doctor JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ, quien ordenó toma de resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra, para revisar posteriormente a la paciente con resultado de examen.

9. CON RELACIÓN AL HECHO 9.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que mi representado, el médico especialista en neurocirugía – cirugía de columna, doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, solicitó “nueva radiografía” para la paciente, y que con base en la misma realizó diagnóstico y sugerencia de tratamiento para la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que mi representado no solicitó en ningún momento examen de radiografía para valoración del cuadro de la paciente, pues la ayuda diagnóstica requerida por su parte se circunscribió a una RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUMNA LUMBOSACRA, tal y como se denota en la historia clínica de la paciente.

-Una vez claro lo anterior, debe resaltarse que la primera atención de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, según denota la historia clínica de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, correspondió a lo siguiente:

*Sobre las 18:55 horas la señora CELY ESPINOSA fue valorada por el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ ante solicitud de médica general de urgencias en dicho momento la paciente presentaba cuadro recurrente de dolor lumbar irradiado a pierna derecha que desde hacía 3 días se había intensificado, manejado con analgésicos sin ninguna mejoría, limitación funcional para la marcha, al examen físico: en buen estado general, alerta, consciente, lasegue a 30 grados en pierna derecha, disestesias en dermatoma L5 S1 Izquierda, no había paresias, marcha

dolorosa con apoyo, dolor a la palpación de L5-S1 que aumenta con la flexo extensión.

*Con ocasión a lo anterior, la impresión diagnóstica establecida por mi representado fue la de “síndrome radicular agudo L5 S1”, y como plan, optó por solicitar resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra, para luego reevaluar a la paciente con resultados del examen.

*Posterior a lo descrito, la paciente fue atendida por el cirujano general doctor JORGE HUMBERTO MENDEZ TELLEZ, quien comenta el caso nuevamente con mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, para su respectiva valoración, dado que ya se tenía resultado de la resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra.

Veamos la nota:

Atención de 26 Mar 2014 11:25:00:000:

Profesional: CC19465457 Jorge Humberto Mendez Tellez
Especialidad: Cirugía General R.M: 19465457

Órdenes y Evolución:

Evolución: control con RNM columna = CONCLUSION: Hiperlordosis lumbar. Osteocondrosis intervertebral L4-L5 y L5-S1 donde se observa una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que desplaza el saco dural y la raíz S1. Leves cambios de artrosis interfacetaria lumbares inferiores.

plan. se comenta con DR. burítica, quien vendra a valorar.

Veamos el resultado del examen establecido por la radióloga doctora MARCELA DIAZ ANZOLA:

CLINICA DE MARLY S.A.
Departamento de Imagenología
Calle 50 No. 9-67 Bogotá - Colombia
Teléfono 343 6600

039
Resultado de Ayuda Diagnóstica

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa
Identificación: CC 51788258
Edad: 49 Años
Historia : 246612

Dirección: Calle 56 18-37 Apto 401
Teléfono: 2110178
Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a partir de Febrero 1 de 2014

Área de Servicio: Resonancia Magnética
Estudio Realizado: RM de columna lumbosacra sin contraste

Practicado: 26/03/2014 09:45:00 a.m.

Resultado:
RESONANCIA MAGNETICA DE LA COLUMNA LUMBAR

INDICACION:
Lumbalgia con radiculopatía. Dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho.

TECNICA:
Secuencias de pulsos de radiofrecuencia tipo turbo Spin eco y saturación grasa con imágenes potenciadas en T1 y T2 en los planos sagital y axial.

HALLAZGOS:
Existe acentuación de la lordosis lumbar fisiológica.
Los cuerpos vertebrales tienen adecuada altura. No presentan alteraciones en su morfología ni en la densidad de señal de la médula ósea.
Existen discopatías L4-L5 y L5-S1 como se sugiere por la disminución en la señal en T2 de los discos por deshidratación de los núcleos pulposos y abombamiento de los anillos fibrosos con evidencia de una fisura anular posterior en L4-L5.
Además en L5-S1 se encuentra una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que oblitera la grasa y se pone en contacto con el contorno ventral del saco dural y desplaza la raíz S1.
En estos dos niveles existen cambios de artrosis interfacetaria con hipertrofia y esclerosis de las facetas articulares sin disminuir las dimensiones del canal centra ni la amplitud de los neuroforámenes.
La localización y configuración del cono medular son normales.

CONCLUSION:
Hiperlordosis lumbar.
Osteocondrosis intervertebral L4-L5 y L5-S1 donde se observa una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que desplaza el saco dural y la raíz S1.
Leves cambios de artrosis interfacetaria lumbares inferiores.

Dr(a): Marcela Diaz Anzola CC 39689825
Especialidad : Radiología RM: 39689825

Impreso en Miércoles, 26 de Marzo de 2014, 11:23 a.m.

*Consecuencia de lo manifestado, el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, de manera adecuada, ajustada, oportuna, atinada y en estricto cumplimiento de la lex artis de la medicina, valoró a la paciente y examen, encontrando HERNIA DISCAL EXTRUIDA L5 S1 DERECHA CON COMPRESIÓN SOBRE RAIZ,

estableciendo así una impresión diagnóstica de HERNIA DISCAL EXTRUIDA, y por ello como plan estableció y sugirió que se tramitara autorización para HEMILAMINECTOMIA L5 S1 MAS DISECTOMIA DERECHA, pues la paciente tenía riesgo de déficit neurológico permanente. Además, a efectos de la seguridad que ameritaba el procedimiento y la valoración previa de la paciente, requirió que la especialidad de anestesiología estableciera la consulta y valoración preanestésica correspondiente. Todo lo anterior, en total apego a sus obligaciones y deberes dentro de la prestación del servicio de salud.

Para efectos de esta atención, y la sugerencia de tratamiento quirúrgico establecido por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, vale destacar que mi representado le explicó a la paciente todo lo relacionado con los posibles beneficios esperados, riesgos y complicaciones inherentes a la intervención y a su no realización, desarrollo de la cirugía, y lo necesario para poder efectuar la intervención, esto para cumplir con el deber de información respectivo.

Veamos el documento de consentimiento informado que da cuenta de ello:

46
57



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)
Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas,
procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246012

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica
y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en al (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa
la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía L5-S1 Derecha

2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.

4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.

5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.

6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.

7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res. 1896/99).

8. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión.

9. Después del examen clínico practicado por el Médico tratante y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito del la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: Intervención de déficit neurológico
2014/III/25

<u>X</u> <u>Vicky Amanda Cely</u> Firma del paciente o persona responsable C.C. <u>37000288</u>	Testigo C.C.	Fecha <u>2014/III/25</u>	Firma del Médico R.M. <u>José Luis Buritica</u>
---	-----------------	-----------------------------	--

10. Después del examen clínico practicado por el Anestesiólogo y los exámenes pertinentes, se me ha explicado los riesgos de la anestesia que puedan presentarse durante el procedimiento especiales siguientes: riesgos de anestesia general
LESION PERMANENTE

<u>X</u> <u>Vicky Amanda Cely</u> Firma del paciente o persona responsable C.C. <u>37000288</u>	Testigo C.C.	Fecha <u>25/3/2014</u>	Firma del Médico R.M. <u>José Luis Buritica</u>
---	-----------------	---------------------------	--

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas. Consideramos que el (la) paciente, pariente/tutor comprenden lo que hemos explicado.

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.

10. CON RELACIÓN AL HECHO 10.: NO ME CONSTA: La razón de que no me conste obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso en lo atinente a las autorizaciones y convenios entre las codemandadas CLINICA DE MARLY y COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

11. CON RELACIÓN AL HECHO 11.: SE ADMITE Y SE ACLARA: Debe decirse que se admite este hecho, pues efectivamente así se advierte en la historia clínica de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA de la CLÍNICA DE MARLY.

En todo caso, debe aclararse que, efectivamente el 27 de Marzo de 2014 a la paciente CELY ESPINOSA se le practicó por mi representado el procedimiento quirúrgico de HEMILAMINECTOMIA y DISECTOMIA programado, y consentido por la señora VICKY AMANDA.

Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ y mi mandante el doctor JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ, en calidad de cirujano; todo lo anterior se efectuó dentro de las instalaciones de la CLÍNICA DE MARLY.

Veamos la hoja quirúrgica para mayor claridad:



CLINICA DE MARLY
Calle 50 No 9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda

Habitación: 396

Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis

Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria

Tipo de Anestesia: Anestesia general

Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe

Historia Clínica: 246612

Tipo Atención:

Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita

Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos

Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos

Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomía se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin logro a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploracion y descompresion del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, via posterolateral con o sin facetectomía [en descompresion]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo vision microscopica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomia L5, se completa con uso de kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se reseca y se envia a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por via posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vicryl 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez

ID: CC 10284790 , Especialidad: Neurocirugía , Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

Página 9 de 72

12. CON RELACIÓN AL HECHO 12.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, se cometió “un error médico” pues se fracturó un bisturí o la hoja de un bisturí que no fue posible extraer en el mismo acto quirúrgico, quedando la parte partida en el retroperitoneo de la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no se cometió ningún “error médico” como mal lo intenta aducir la parte actora, así como tampoco es dable indicar que a la paciente se le haya quedado una “parte partida” en el retroperitoneo, pues realmente la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Prevía revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscópica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomía L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Becerra y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía y Dissectomía L4-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res. 1895/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomía y disectomía estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.

- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomía, con el uso del microscopio quirúrgico, se fracturó la punta del bisturí dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturí fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturí por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturí se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.

- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomía, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ,

la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general NATALIA MURILLO PARDO, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:

CLÍNICA DE MARLY

Calle 50 No 4-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda Historia Clínica: 246612 Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396 Tipo Atención:
Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita
Tipo de Anestesia: Anestesia general
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos
Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos
Intervertebrales
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomía se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin logro a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de Kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se resecta y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vicryl 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez

ID: CC 10284790, Especialidad: Neurocirugía, Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

CLINICA DE MARLY

Calle 50 No.9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda	Historia Clínica: 246612	Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396	Tipo Atención:	
Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo		
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria	Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita	
Tipo de Anestesia: Anestesia general		
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe		
Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia		
Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Otros Diagnósticos Preoperatorios:		
Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgical No Especificada Otros Diagnósticos Postoperatorios:		
Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada	Sangrado: escaso	

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena iliaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, transcavidad de los epilones sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena iliaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vycril 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

HATIA BURITICA BOHORQUEZ
Especialista en Cirugía General
R.M. 252131-02

D Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido
ID: CC 79155035, Especialidad: Cirugía General, Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

13. CON RELACIÓN AL HECHO 13.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, se reconoció falta de diligencia y cuidado al dejar expresa constancia en historia clínica de la fractura del bisturí, y la imposibilidad de su parte del retiro del fragmento alojado en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA, por lo que decidió llamar a cirujano de turno.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no se cometió ningún “error médico” como mal lo intenta aducir la parte actora, así como tampoco es dable indicar que mi mandante haya actuado y/o reconocido negligencia, falta de diligencia y/o cuidado, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Prevía revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscopica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomía L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BERNALTA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alejandra Celis Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía + Discectomía L4-L5 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomía y discectomía estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.

- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomía, con el uso del microscopio quirúrgico, se fracturó la punta del bisturi dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturi fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturi por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturi se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.

- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomía, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anesestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general NATALIA MURILLO PARDO, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:

CLÍNICA DE MARLY

Calle 50 No. 9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

009

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda Historia Clínica: 246612 Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
 Habitación: 396 Tipo Atención:
 Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis
 Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita
 Tipo de Anestesia: Anestesia general
 Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos
Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomía se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin logro a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hacia el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Dissectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de Kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se resaca y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de Vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vicryl 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez

ID: CC 10284790, Especialidad: Neurocirugía, Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez



CLINICA DE MARLY
Calle 60 No.9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

008

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda Habitación: 396 Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria Tipo de Anestesia: Anestesia general Ayudantes: 1) Duque Rodríguez Andres Felipe Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia	Historia Clínica: 246612 Tipo Atención: Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita	Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirúrgica No Especificada Otros Diagnósticos Preoperatorios:		
Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirúrgica No Especificada Otros Diagnósticos Postoperatorios:		
Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada Sangrado: escaso		

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena ilíaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, transcavidad de los epiplones sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena ilíaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vicryl 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

NATALIA MURILLO PARDO
Especialista en Cirugía General
R.M. 252131-02

Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido
ID: CC 79155035, Especialidad: Cirugía General, Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

14. CON RELACIÓN AL HECHO 14.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, hubo “mala praxis” y “mala calidad de los materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY”.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo “mala praxis” como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Ahora, en lo atinente a la calidad de materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY, es algo que se sale de la órbita y competencia de mi representado.

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Prevía revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y

antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscópica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomía L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Bernárdez y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alejandra Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía - Discectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res 1996/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.
- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomia y disectomia estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.
- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomia, con el uso del microscopio quirurgico, se fracturó la punta del bisturi dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturi fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturi por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturi se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.
- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomia, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anesthesiologa doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general NATALIA MURILLO PARDO, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:



CLINICA DE MARLY

Calle 50 No 9-67

BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

009

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda	Historia Clínica: 246612	Fecha Cirugia: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396	Tipo Atención:	
Cirujano(a): Buntica Bohorquez Jose Luis		
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria	Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita	
Tipo de Anestesia: Anestesia general		
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe		

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales
Otros Diagnósticos Preoperatorios:
Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral	
Clasificación de la Herida: Limpia	Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomia se fractura la hoja del bisturi frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin lograrlo a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturi fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturi fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de Kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se resaca y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vicryl 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez
ID: CC 10284790, Especialidad: Neurocirugía, Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

CLINICA DE MARLY
Calle 50 No.9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda Historia Clínica: 246612 Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396 Tipo Atención:
Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita
Anestesiólogo(a): Taboría Aiken Angela Maria
Tipo de Anestesia: Anestesia general
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe
Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgica No Especificada
Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgica No Especificada
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada Sangrado: escaso

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena iliaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, transcavidad de los epiploones sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena iliaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vicryl 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

NATALIA MURILLO PARDO
Especialista en Cirugía General
R.M. 722131-02

MD Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido
ID: CC 79155035, Especialidad: Cirugía General, Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

15. CON RELACIÓN AL HECHO 15.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, lo ocurrido con el bisturí se pudo haber previsto y evitado, pero que mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ y la CLÍNICA DE MARLY no lo hicieron y por ende provocaron el resultado dañoso.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo

debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BURITICA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Amanda Celis Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía - Discectomía L4 - L5 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res. 1895/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

16. CON RELACIÓN AL HECHO 16.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, lo ocurrido con el bisturí fue consecuencia de conducta desplegada por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)
Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas,
procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BURITICA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky y Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hernioplastia - Discectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

17. CON RELACIÓN AL HECHO 17.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, resulta evidente la “conducta descuidada y negligente” de mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, y de la CLÍNICA DE MARLY pues no cumplieron sus obligaciones en la prestación del servicio de salud.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la atención médico – asistencial y especialmente en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo “mala praxis” como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

18. CON RELACIÓN AL HECHO 18.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, la CLÍNICA DE MARLY tenía la obligación de contar con insumos, equipos, instrumental y personal idóneo y calificado, que para el caso concreto no cumplió.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la atención médico – asistencial y especialmente en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ningún incumplimiento como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

19. CON RELACIÓN AL HECHO 19.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en el caso concreto hubo un acto profesional de “mala práctica” que le originó a la paciente una cirugía adicional no prevista, pues de no hacerse esta última habría riesgo de lesionar estructuras anatómicas que le podrían haber provocado su muerte.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la atención médico – asistencial y especialmente en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ninguna mala práctica como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hernioplastia - Discectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

20. CON RELACIÓN AL HECHO 20.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, se tuvo que establecer un nuevo acto quirúrgico para extraer el fragmento de bisturí que no fue posible extraer por mi representado.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en el mismo acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA, solo que fue necesario contar con la participación de la especialidad en cirugía general para que se pudiera efectuar laparotomía para el retiro del cuerpo extraño.

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Prevía revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de

aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscópica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomia L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).

46
25



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BERNALTA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky y Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomia - Disección L5-S1 Derecha
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.
- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomia y disectomia estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.
- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomia, con el uso del microscopio quirurgico, se fracturó la punta del bisturi dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturi fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturi por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturi se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.
- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomia, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general NATALIA MURILLO PARDO, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:

 CLINICA DE MARLY Calle 50 No. 9-67 BOGOTÁ, COLOMBIA		HOJA QUIRÚRGICA	
Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda		Historia Clínica: 246612	Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396		Tipo Atención:	
Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis		Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita	
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria			
Tipo de Anestesia: Anestesia general			
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe			
Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales			
Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales			
Otros Diagnósticos Postoperatorios:			
Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral			
Clasificación de la Herida: Limpia		Sangrado: ESCASO	
Complicaciones: Durante la hemilaminectomia se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin lograrlo a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.			

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se reseca y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vycril 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buitica Bohorquez

ID: CC 10284790 , Especialidad: Neurocirugía , Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez



CLINICA DE MARLY

Calle 50 No.9-67

BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

008

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda

Habitación: 396

Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo

Anestesiólogo(a): Taboría Aiken Angela Maria

Tipo de Anestesia: Anestesia general

Ayudantes: 1) Duque Rodríguez Andres Felipe

Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia

Historia Clínica: 246612

Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)

Tipo Atención:

Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgica

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgica No Especificada

Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada

Sangrado: escaso

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena iliaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, transcavidad de los epiploones sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena iliaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vycril 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

MD Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido

ID: CC 79155035 , Especialidad: Cirugia General , Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

21. CON RELACIÓN AL HECHO 21.: SE ADMITE Y SE ACLARA: Debe decirse que se admite este hecho, pues efectivamente así se advierte en la historia clínica de la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA de la CLÍNICA DE MARLY.

En todo caso, debe aclararse que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía realizada por mi mandante se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

Página 26 de 72

- Lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BARRANTIA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en al (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía - Discectomía L4 - L5 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

22. CON RELACIÓN AL HECHO 22.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en el caso concreto se incurrió en un error e incumplimiento de obligaciones de prudencia y cuidado, “al no prestar la adecuada y oportuna atención a la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA”.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la atención médico – asistencial y especialmente en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ningún error o incumplimiento como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total

idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

23. CON RELACIÓN AL HECHO 23.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en el caso concreto mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, y en general todos los demandados, son civil y solidariamente responsables de todos los daños y/o perjuicios causados a la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, por conductas omisivas, negligentes e imprudentes.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la atención médico – asistencial y especialmente en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ningún error o incumplimiento como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió, dado que, tal y como está acreditado, la totalidad de la prestación del servicio de salud y la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

De acuerdo con lo descrito, en el caso objeto del proceso de la referencia, no se encuentran reunidos y comprobados los elementos exigidos por nuestro ordenamiento jurídico, y propios para que se configure la responsabilidad que se demanda en cabeza de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

Para efectos de lo referido, es necesario resaltar que el actuar de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente, perito y ajustado a la lex artis, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra bajo el argumento de que su conducta fue negligente, inadecuada, imprudente y/o imperita, y por ende mucho menos se puede establecer que por su actuar se hayan causado daños y perjuicios a la demandante; lo que genera que mi mandante no deba responder por los supuestos daños y perjuicios que reclama la parte actora.

24. CON RELACIÓN AL HECHO 24.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, hubo “grave error en la manipulación de los instrumentos por parte del dr. BURITICA BOHORQUEZ” y “mala calidad de los materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY S.A. para la realización de estos procedimientos”; así mismo se indica como si a la paciente no se le hubiere explicado en debida forma su patología y tratamiento.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ningún error como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió,

dado que, tal y como está acreditado, la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Ahora, en lo atinente a la calidad de materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY, es algo que se sale de la órbita y competencia de mi representado.

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Previo revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscópica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomía L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)
Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas,
procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Barrantes y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alejandra Celis Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía-Dissectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomía y disectomía estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.

- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomía, con el uso del microscopio quirúrgico, se fracturó la punta del bisturí dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturí fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturí por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturí se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.

- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomía, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general NATALIA MURILLO PARDO, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:



HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda	Historia Clínica: 246612	Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396	Tipo Atención:	
Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis		
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria	Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita	
Tipo de Anestesia: Anestesia general		
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe		

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos
Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomía se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin logro a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C030202-Exploracion y descompresion del canal raquideo y raices espinales por hemilaminectomia 2) C8051340-Discectomia lumbar, via posterolateral con o sin facetectomia [en descompresion]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstea de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Hijo: Evidencia de los hallazgos descritos.

Base: Visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de kerrison. Dirección hacia exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se resaca y se envía para estudio. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y no ayuda. Se continúa con el procedimiento de extracción de la raíz, se realiza retrorrepulsión del fragmento se decide limpiar a cirujano de turno, al intentar su extracción, y debido a localización retrorepulsión adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis intradérmicos de protón 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez
ID: CC 10284790 , Especialidad: Neurocirugía , Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez



HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda	Historia Clínica: 246612	Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396	Tipo Atención:	
Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo		
Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria	Instrumentador(a): 1) Lozade Juanita	
Tipo de Anestesia: Anestesia general		
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe		
Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia		

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atención Médica Y Quirúrgica.
 Códigos Níscos de Diagnóstico:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirurgica No Especificada
Otros Diagnosticos Postoperatorios:

Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada

Sangrado: escaso

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena iliaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, transcurrida de los ejemplares sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena iliaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vicryl 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

HATIA BURILLO PARDO
Especialista en Cirugía General
R.M. 252131-02

D Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido
ID: CC 79155035, Especialidad: Cirugía General, Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

25. CON RELACIÓN AL HECHO 25.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, la supuesta condición perjudicial de la paciente es consecuencia de conducta desplegada por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ en la cirugía de la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



CLÍNICA DE MARLY
Cuidado en Salud

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

- En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica Bohorquez y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en la (la) paciente: Vicky y Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial: Hemilaparotomía - Discectomía L4 - L5 Derivada
- Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
- Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
- Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
- Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
- Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1996/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia;

además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

26. CON RELACIÓN AL HECHO 26.: PARCIALMENTE NO ME CONSTA Y EL RESTO SE ACLARA: La razón para afirmar que parcialmente no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la paciente CELY ESPINOSA.

En todo caso debe aclararse que, en efecto, dada la favorable evolución, el día 30 de Marzo de 2014 la paciente fue dada de alta, y se le dio salida de la CLÍNICA DE MARLY, una vez contaba con una condición apta para ello. Es de resaltar que la paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, con mejoría del 100% de la condición lumbo ciática derecha y mejoría de la paresia del grueso artejo con la que ingresó.

27. CON RELACIÓN AL HECHO 27.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, atendió de manera displicente, grosera, no adecuada y en total incumplimiento de la ley de ética médica a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA en sus controles posoperatorios.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ siempre ha cumplió con sus obligaciones y deberes como médico, y en absoluto respeto y garantía de los derechos de su paciente señora CELY ESPINOSA. Debe resaltarse que la atención pre, intra, y posoperatoria se dio en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad.

28. CON RELACIÓN AL HECHO 28.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, en la cirugía realizada por mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, hubo riesgo inminente de muerte, por “mala manipulación” de los instrumentos por parte del doctor BURITICA BOHORQUEZ” y por la “pésima calidad” de los materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY S.A.; así mismo se indica como si a la paciente no se le hubiere hecho la atención posoperatoria respectiva.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que en la cirugía realizada a la paciente VICKY AMANDA no hubo ningún error como mal lo intenta aducir la parte actora, pues esto en realidad no ocurrió,

dado que, tal y como está acreditado, la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

- Además, tal y como se puede verificar, la paciente nunca estuvo en riesgo de muerte, dado que los cuidados y juiciosas atenciones médico – asistenciales, nunca expusieron a la señora CELY ESPINOSA frente a dicha situación.

- Ahora, en lo atinente a la calidad de materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY, es algo que se sale de la órbita y competencia de mi representado.

- Es importante señalar que, la paciente VICKY AMANDA fue valorada y permaneció hospitalizada luego de la realización del procedimiento (por 3 días), hasta su egreso médico de la institución el día 30 de Marzo del 2014, momento en el que se documentó la resolución favorable de sus síntomas radicales pre quirúrgicos, estableciendo que no hubo ninguna secuela neurológica objetiva al examen físico.

- Así las cosas, por registros clínicos se puede evidenciar que la paciente nunca estuvo en un riesgo inminente de muerte y menos por inadecuada manipulación del instrumental por parte del doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHÓRQUEZ; se considera que se trató de una complicación del procedimiento que aunque rara, se puede presentar.

29. CON RELACIÓN AL HECHO 29.: PARCIALMENTE NO ME CONSTA Y EL RESTO SE ACLARA: La razón para afirmar que parcialmente no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la paciente CELY ESPINOSA.

En todo caso debe aclararse que, la totalidad de la atención médico asistencial brindada por mi representado a la aquí demandante, y especialmente la cirugía, se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

30. CON RELACIÓN AL HECHO 30.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la paciente CELY ESPINOSA.

31. CON RELACIÓN AL HECHO 31.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA: la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, la supuesta condición perjudicial de la paciente es consecuencia de conducta

desplegada por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ en la cirugía de la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



CLÍNICA DE MARLY
Cuida su Salud

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas,
procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alexandra Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hernioplastia - Discectomía L4-L5 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- En todo caso debe aclararse que, la totalidad de la atención médico asistencial brindada por mi representado a la aquí demandante, y especialmente la cirugía, se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

32. CON RELACIÓN AL HECHO 32.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, la supuesta condición perjudicial de la paciente es consecuencia de un incumplimiento en la prestación de servicios de salud brindados por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ a la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BURITICA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía + Discotomía L4-L5 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- En todo caso debe aclararse que, la totalidad de la atención médico asistencial brindada por mi representado a la aquí demandante, y especialmente la cirugía, se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

33. CON RELACIÓN AL HECHO 33.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la paciente CELY ESPINOSA.

34. CON RELACIÓN AL HECHO 34.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de hija de la paciente CELY ESPINOSA.

35. CON RELACIÓN AL HECHO 35.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

36. CON RELACIÓN AL HECHO 36.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

37. CON RELACIÓN AL HECHO 37.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA: la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, la supuesta condición perjudicial de la paciente es consecuencia de un “error quirúrgico” cometido por mi representado en la prestación de servicios de salud brindados a la señora CELY ESPINOSA.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo ocurrido con el bisturí, a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica, y muestra que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso.

De hecho, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)
Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas,
procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BURITICA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alejandra Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hernioplastia - Discectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1995/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.

- En todo caso debe aclararse que, la totalidad de la atención médico asistencial brindada por mi representado a la aquí demandante, y especialmente la cirugía, se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.

38. CON RELACIÓN AL HECHO 38.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

39. CON RELACIÓN AL HECHO 39.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

40. CON RELACIÓN AL HECHO 40.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación

alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

41. CON RELACIÓN AL HECHO 41.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

42. CON RELACIÓN AL HECHO 42.: SE NIEGA PUES NO ES CIERTO LO QUE ALLÍ SE INTENTA ADUCIR POR LA DEMANDANTE, Y ASÍ LAS COSAS SE ACLARA POR ESTA DEFENSA; la razón para indicar la anterior respuesta se fundamenta en lo siguiente:

-En el supuesto hecho esbozado por la parte demandante, se refiere que, a la señora CELY ESPINOSA se le certificó que necesita una cirugía estética derivada de la intervención efectuada el 27 de Marzo de 2014.

-Para efectos de esto, debe referirse que ello no es cierto en estricto sentido, en la medida que lo aportado como documental, que tiene el membrete de BESTHETIC – CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA, no es legible y en todo caso no muestra que la aquí demandante requiera mandatoriamente una intervención, y mucho menos que ello sea consecuencia de la atención brindada por mi mandante.

43. CON RELACIÓN AL HECHO 43.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

44. CON RELACIÓN AL HECHO 44.: NO ME CONSTA: La razón para afirmar que no me consta obedece a que no es un hecho atribuible a mi representado, y del cual mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ haya tenido participación alguna o conocimiento directo, por lo que me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso, dado que se tratan de supuestas circunstancias de la esfera personal de la parte demandante.

41(repetido). CON RELACIÓN AL HECHO 41(repetido).: SE ADMITE: La razón para afirmar que se admite este hecho se sustenta en el sentido que en efecto así fue el trámite de conciliación.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO Y SUSTENTO FÁCTICO DE LA DEFENSA DEL DEMANDADO DOCTOR JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ

Con el objetivo que su Honorable Despacho las tenga en cuenta al momento de emitir la decisión correspondiente, me permito presentar las siguientes excepciones de mérito en contra de las pretensiones y hechos de la parte actora, que demuestran que para el presente caso no es dable ni posible emitir una condena en contra de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, razón por la cual las peticiones y/o pretensiones de la parte actora carecerían de fundamento fáctico y jurídico para reclamarse.

De acuerdo con lo anterior, las excepciones de mérito que se plantean son:

- (1)AUSENCIA DE FACTOR DE ATRIBUCIÓN SUBJETIVO O ELEMENTO CULPA COMO FUNDAMENTO DE RESPONSABILIDAD - CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS – OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS;**
- (2)INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL;**
- (3)INEXISTENCIA Y/O FALTA DE PROBANZA DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS RECLAMADOS;**
- (4)EXCESIVA TASACIÓN DE DAÑOS Y/O PERJUICIOS;**
- (5)INEXISTENCIA Y/O FALTA DE PROBANZA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL RECLAMADA;**
- (6)INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR MATERIALIZACIÓN DE RIESGO INHERENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA EN LA PACIENTE Y DEMANDANTE;**
- (7)GENERAL O INNOMINADA.**

Las referidas excepciones me permito exponerlas así:

(1) AUSENCIA DE FACTOR DE ATRIBUCIÓN SUBJETIVO O ELEMENTO CULPA COMO FUNDAMENTO DE RESPONSABILIDAD - CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS – OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS

En este caso mi representado no debe ser declarado responsable civilmente frente a lo que demanda la parte actora, pues las obligaciones que se derivan de la prestación del servicio médico fueron debidamente cumplidas conforme se evidencia con la historia clínica de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA.

A efectos de destacar lo que realmente sucedió en la atención de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA y además lo correspondiente a las obligaciones que fueron debidamente ejecutadas me permito poner de presente lo que a renglón seguido se expone, especialmente en lo atinente a mi mandante doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

En esta excepción me permito hacer un análisis respecto del elemento de culpa, que se intenta atribuir por la parte actora a mi representado, doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, toda vez que es necesario su estudio para determinar si se concibió o no en este asunto dicho elemento de la responsabilidad civil.

En atención a lo anterior, debe resaltarse que en el presente caso la culpa corresponde al único fundamento de responsabilidad civil que eventualmente se podría invocar por la parte actora en este tipo de asuntos, esto, teniendo en cuenta que la culpa puede describirse como un factor subjetivo que se puede precisar y presentar como un error de conducta que no cometería una persona cuidadosa, prudente y diligente colocada en las mismas condiciones externas que el causante del daño. Por lo mencionado, en Responsabilidad Civil Médica, el análisis de esa falta de cuidado, prudencia y diligencia, deberá centrarse, en lo que tiene que ver con si el profesional demandado actuó con sujeción a la lex artis o no, y ello porque la culpa constituye el eventual factor de atribución que se debe analizar si existió o no.

Con las apreciaciones realizadas anteriormente, es necesario resaltar de entrada que mi poderdante, doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, no incurrió en culpa alguna mientras prestó los servicios de salud por el brindados a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, lo anterior, teniendo en cuenta que la atención y prestación de los servicios por parte de mi mandante a la mencionada paciente se ajustó a los protocolos, tiempos, términos y sujeciones establecidas por la LEX ARTIS, tal y como a continuación se explica, y todo conforme su idoneidad y pericia.

En primer lugar, debe destacarse que, conforme el relato de la demanda y las distintas historias clínicas aportadas en al expediente, mi representado **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ**, no atendió a la paciente **VICKY AMANDA CELY ESPINOSA** en todo momento y de manera exclusiva para la época de los hechos cuestionados y demandados por la parte demandante, pues la paciente era institucional y existieron varios profesionales, que de acuerdo con las consultas, citas y tratamientos requeridos por la paciente, atendieron sus patologías y diagnósticos de una manera adecuada.

Ahora bien, para describir la atención médica suministrada a la paciente **VICKY AMANDA CELY ESPINOSA** por mi representado, es necesario contextualizar las intervenciones dadas, sin que el siguiente relato se entienda que incluye todas las valoraciones, atenciones y tratamientos dispensados a la paciente, pues como se indicó es para contextualizar y hacer mención clara a que las actuaciones del demandado doctor **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ** fueron peritas, idóneas, cuidadosas, diligentes, oportunas y pertinentes de acuerdo con lo que dispone la *lex artis* para ello.

RELATO DE CASO VICKY AMANDA CELY ESPINOSA:

- La señora **VICKY AMANDA CELY ESPINOSA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.788.258, tenía 49 años, para el mes de Marzo de 2014.
- La señora **VICKY AMANDA CELY ESPINOSA** ingresó por el servicio de urgencias a la **CLÍNICA DE MARLY** el día 26 de Marzo de 2014, manifestando dolor en pierna derecha y lumbalgia.
- Así las cosas, fue clasificada en **TRIAGE 3** por la enfermera jefe **MAGDA L. GUERRERO M.**

002

211

 CLÍNICA DE MARLY <i>Cuidado en Salud</i>	FORMATO		CÓDIGO	FT-URG-001					
			VERSIÓN	1					
	FORMATO DE TRIAGE		FECHA DE EMISIÓN	11/28/2013					
		Fecha y hora		03/25/2014 16:59					
Nombres y apellidos:		VICKY AMANDA CELY ESPINOSA							
Tipo y número de identificación.		CC	X	TI	RC	CE	OT	No.	51788258
Fecha de Nacimiento		29	7	1964	Edad		49 Años		
MOTIVO DE CONSULTA		DOLOR EN MID, LUMBALGIA							
Tiempo de Evolucion de la Patología por la que consulta		3 DIAS							

- Posteriormente la médica general doctora **DIANA ROCIO AREVALO PALENCIA** atendió en urgencias a la paciente, allí la señora refirió cuadro de 4 meses de evolución de episodio piramidal en glúteo derecho, en tratamiento con terapia física; consulta por exacerbación del dolor en región lumbar que se irradia a miembro inferior derecho y parestesias en cara lateral de pío derecho. Como hallazgos positivos al examen físico: Lasegue positivo en 30° en pierna derecha en dermatoma L5, no paresias, arcos de movilidad en columna con flexo extensión dolorosa, marcha dolorosa.
- Por lo anterior en su impresión diagnóstica, la doctora **AREVALO PALENCIA** consideró **LUMBAGO CON CIATICA**.
- De acuerdo con lo evidenciado, la doctora **AREVALO PALENCIA** requirió valoración en conjunto con especialista en neurocirugía – cirugía de columna. Consecuencia de lo descrito, se evidenciaron signos de radiculopatía, y es

ahí cuando tiene intervención mi mandante, pues a la paciente se le valoró en conjunto por la doctora AREVALO con el doctor JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ, quien ordenó toma de resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra, para revisar posteriormente a la paciente con resultado de examen.



HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS

CLINICA DE MARLY

Impreso el Martes, 01 de Abril de 2014, 08:57 a.m.

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa	ID: CC 51788258	Edad: 49 Años
Historia: 246612		
Sexo: Femenino	Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a...	
Médico tratante:		
Fecha de admisión: 25 Mar 2014 15:43:00:...	Fecha de salida:	26 Mar 2014 21:46:00:...

Atención de 25 Mar 2014 18:50:00:000:

Profesional: CC1018409757 Diana Rocio Arevalo Palencia
Especialidad: Medicina General R.M: 13332Hora Inicio Atención Médica: Mar 25 2014 6:41PM
Motivo Consulta: dolor lumbar
Origen de la Atención: Enfermedad General
Enfermedad Actual: Paciente refiere hace 4 meses presenta episodio de piramidal en gluteo derecho ya valorada en tratamiento con terapia física, consulta hoy por exacerbación de dolor en region lumbar derecha que se irradia a miembro inferior derecho y parestesias en cara lateral de pie derecho.
Ha administrado ibuprofeno 600mg con lo cual obtiene mejoría parcial de dolor.

Antecedentes:

Antecedentes Gineco-Obstétricos: G1P1A0
Antecedentes Quirúrgicos: colecistectomía resección de lipoma en cabeza
Antecedentes Médicos:

sd piramidal en gluteo derecho
Antecedentes Transfusionales: niega
Antecedentes Familiares: niega
Antecedentes Tóxicos - Alérgicos: niega

Examen Físico:

TA: 130/80 mmHg, FC: 78 /min, FR: 20 /min, Temp: 37 GradosCent, Observaciones: sato2 95% a fio2 ambiente
Estado de Conciencia: Alerta
Glasgow: 15/15
Estado de Embriaguez (Responder OBLIGATORIAMENTE para pacientes SOAT): No
Estado general: buen estado general
Cabeza: normal
Ojos: conjuntivas normocromicas escleras anictericas
ORL: mucosa oral
Tórax Cardíaco: rscs eritmicos sin soplos
Tórax Pulmonar: simetrico sin tirajes rscs conservados sin agrgados
Extremidades y Dorso: lasague positiva a 30 en pierna derecha con disestesias en dermatoma L5 no paresias, arcos de movilidad en columna con flexoextnsion dolorosa Marcha antalgica.

Diagnósticos:

IDX - Impresión Diagnóstica Inicial: (M544) Lumbago con ciática
Triage: 3

Órdenes y Evolución:



HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS

CLINICA DE MARLY

Impreso el Martes, 01 de Abril de 2014, 08:57 a.m.

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa	ID: CC 51788258	Edad: 49 Años
Historia: 246612		
Sexo: Femenino	Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a...	
Médico tratante:		
Fecha de admisión: 25 Mar 2014 15:43:00:...	Fecha de salida:	26 Mar 2014 21:46:00:...

Evolución: Paciente con singos de radiculopatía, valorada en conjunto con Dr Buritica quien ordena toma de RMN de columna lumbosacra por loq ue se deja abierta historia clinica para toma d examen mañana

- Es así que, sobre las 18:55 horas del día 26 de Marzo de 2014, la señora CELY ESPINOSA fue valorada por el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ ante solicitud de médica general de urgencias. En dicho momento la paciente presentaba cuadro recurrente de dolor lumbar irradiado a pierna derecha que desde hacía 3 días se había intensificado, manejado con analgésicos sin ninguna mejoría, limitación funcional para la marcha
- Mi representado, JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, médico – cirujano, especialista en neurocirugía – cirugía de columna, al examen físico encontró que la señora CELY ESPINOSA estaba en buen estado general, alerta,

consciente, lasegue a 30 grados en pierna derecha, disestesias en dermatoma L5 S1 Izquierda, no había paresias, marcha dolorosa con apoyo, dolor a la palpación de L5-S1 que aumenta con la flexo extensión.

- Con ocasión a lo anterior, la impresión diagnóstica establecida por mi representado fue la de “síndrome radicular agudo L5 S1”, y como plan, optó por solicitar resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra, para luego reevaluar a la paciente con resultados del examen.
- Posterior a lo descrito, la paciente fue atendida por el cirujano general doctor **JORGE HUMBERTO MENDEZ TELLEZ**, quien comentó el caso nuevamente con mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, para su respectiva valoración, dado que ya se tenía resultado de la resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra.

Veamos la nota:

Atención de 26 Mar 2014 11:25:00:000:

Profesional: CC19465457 Jorge Humberto Mendez Tellez
Especialidad: Cirugía General R.M: 19465457

Órdenes y Evolución:

Evolución: control con RNM columna = CONCLUSION: Hiperlordosis lumbar. Osteocondrosis intervertebral L4-L5 y L5-S1 donde se observa una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que desplaza el saco dural y la raíz S1. Leves cambios de artrosis interfacetaria lumbares inferiores.

plan. se comenta con DR. burítica, quien vendra a valorar.

Veamos el resultado del examen establecido por la radióloga doctora **MARCELA DIAZ ANZOLA**:

CLINICA DE MARLY S.A.

Departamento de Imagenología
Calle 50 No. 9-67 Bogotá - Colombia
Teléfono 343 6600

039

Resultado de Ayuda Diagnóstica

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa
Identificación: CC 51788258
Edad: 49 Años
Historia : 246612

Dirección: Calle 56 18-37 Apto 401
Teléfono: 2110178
Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a partir de Febrero 1 de 2014

Área de Servicio: Resonancia Magnética Practicado: 26/03/2014 09:45:00 a.m.
Estudio Realizado: RM de columna lumbosacra sin contraste

Resultado:

RESONANCIA MAGNETICA DE LA COLUMNA LUMBAR

INDICACION:

Lumbalgia con radiculopatía. Dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho.

TECNICA:

Secuencias de pulsos de radiofrecuencia tipo turbo Spin eco y saturación grasa con imágenes potenciadas en T1 y T2 en los planos sagital y axial.

HALLAZGOS:

Existe acentuación de la lordosis lumbar fisiológica.

Los cuerpos vertebrales tienen adecuada altura. No presentan alteraciones en su morfología ni en la densidad de señal de la médula ósea.

Existen discopatías L4-L5 y L5-S1 como se sugiere por la disminución en la señal en T2 de los discos por deshidratación de los núcleos pulposos y abombamiento de los anillos fibrosos con evidencia de una fisura anular posterior en L4-L5.

Además en L5-S1 se encuentra una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que oblitera la grasa y se pone en contacto con el contorno ventral del saco dural y desplaza la raíz S1.

En estos dos niveles existen cambios de artrosis interfacetaria con hipertrofia y esclerosis de las facetas articulares sin disminuir las dimensiones del canal centra ni la amplitud de los neuroforámenes.

La localización y configuración del cono medular son normales.

CONCLUSIÓN:

Hiperlordosis lumbar.

Osteocondrosis intervertebral L4-L5 y L5-S1 donde se observa una hernia central y paramediana derecha con componente migrado en sentido inferior que desplaza el saco dural y la raíz S1.

Leves cambios de artrosis interfacetaria lumbares inferiores.

Dr(a): Marcela Diaz Anzola CC 39689825
Especialidad : Radiología RM: 39689825

Impreso en Miércoles, 26 de Marzo de 2014, 11:23 a.m.

- Consecuencia de lo manifestado, el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, de manera adecuada, ajustada, oportuna, atinada y en estricto cumplimiento de la lex artis de la medicina, valoró a la paciente y examen, encontrando HERNIA DISCAL EXTRUIDA L5 S1 DERECHA CON COMPRESIÓN SOBRE RAIZ, estableciendo así una impresión diagnóstica de HERNIA DISCAL EXTRUIDA, y por ello como plan estableció y sugirió que se tramitara autorización para HEMILAMINECTOMIA L5 S1 MAS DISECTOMIA DERECHA, pues la paciente tenía riesgo de déficit neurológico permanente. Además, a efectos de la seguridad que ameritaba el procedimiento y la valoración previa de la paciente, requirió que la especialidad de anestesiología estableciera la consulta y valoración preanestésica correspondiente. Todo lo anterior, en total apego a sus obligaciones y deberes dentro de la prestación del servicio de salud.
- Para efectos de esta atención, y la sugerencia de tratamiento quirúrgico establecido por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, vale destacar que mi representado le explicó a la paciente todo lo relacionado con los posibles beneficios esperados, riesgos y complicaciones inherentes a la intervención y a su no realización, desarrollo de la cirugía, y lo necesario para poder efectuar la intervención, esto para cumplir con el deber de información respectivo.

Veamos el documento de consentimiento informado que da cuenta de ello:



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica Bohorquez y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial: Hemilaminectomía y Discectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1995/99).

46

57

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <p>se le hará conocer el procedimiento usual, así como las ventajas, contraindicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular los siguientes:</p> <p><i>Infección de tracto urinario</i></p> <p><i>2014/III/25</i></p> | | | |
| <p>Firma del paciente o persona responsable</p> <p><i>[Firma]</i></p> | <p>Testigo</p> <p>C.C. <i>[Firma]</i></p> | <p>Fecha</p> <p><i>2014/III/25</i></p> | <p>Firma del Médico</p> <p>R.M. <i>[Firma]</i></p> |

- x. Verónica G
Firma del paciente o persona responsable
C.C. 3.909.358
- 27/3/04
Fecha
- [Signature]
Firma del Médico
R.M. 332

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.

- Veamos el soporte de la consulta preanestésica:

Página 45 de 72

- Con ocasión a lo descrito, en efecto el doctor **CARLOS ALBERTO MORALES PERTUZ**, médico, especialista en medicina interna, valoró a la paciente y consideró que no había contraindicación alguna para poder efectuar la intervención, pues había normalidad en los rayos x y demás aspectos; todo lo cual estuvo en total concordancia con la especialidad de anestesiología.

Veamos la nota en historia clínica:

Atención de 26 Mar 2014 21:46:00:00:

Profesional: CC7144202 Carlos Alberto Morales Pertuz
Especialidad: Medicina Interna R.M: 7144202
Órdenes y Evolución:
Evolución: MEDICINA INTERNA

PACIENTE CON CUADRO DE LUMBAGO Y CIÁTICA, CON DETERIORO CLÍNICO PROGRESIVO Y EVIDENCIA DE COMPRESIÓN RADICULAR SIGNIFICATIVA EN IRMN REALIZADA EL DÍA DE HOY, CON INTENCIÓN QUIRÚRGICA PRIORITARIA POR PARTE DE NEUROCIRUGÍA, VALORADA POR ANESTESIOLOGÍA QUIEN SOLICITA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA POR REFERIR LA PACIENTE
EVIDENCIA DE MOVIMIENTOS CLÍNICOS Y "SENSACIÓN DE SALTOS" DURANTE INDUCCIÓN DEL SUEÑO, REFIERE ADemás RINORRÉA Y OBSTRUCCIÓN NASAL DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN
NO CURSA CON FIEBRE U OTROS SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, NO REFIERE DISNEA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

RXSIST: HIJA MENOR CON SINTOMAS GRIPALES.

005
204

**HISTORIA CLÍNICA**
URGENCIAS

CLINICA DE MARLY

Impreso el Martes, 01 de Abril de 2014, 08:57 a.m.

Paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa ID: CC 51788258 Edad: 49 Años
Historia: 246612
Sexo: Femenino Promotor: Salud Coomeva (U y H) Planes Oro Plus, Asociados, Plata Joven a...

Médico tratante:
Fecha de admisión: 25 Mar 2014 15:43:00:... Fecha de salida: 26 Mar 2014 21:46:00:...

ANTECEDENTES: MD: SÍNDROME METABÓLICO (HTA + INTOLERANCIA A LOS CARBOHIDRATOS) EN MANEJO CON ENALAPRIL 20X2, METFORMINA 850X1 HIPOTIROIDISMO EN SUPLENCIA LT4 50X1
DISCOPATÍA LUMBAR EN TTC ANALGÉSICO CON ACETAMINOFEN Y DÍPIRONA. QX: COLECISTECTOMÍA, TOXICO ALÉRGICOS: PENICILINA (RASH E HIPOTENSIÓN)

EXAMEN FÍSICO:
PACINETE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA O DISNEA
TA: 148/88 FC: 98 FR: 18 T: 37.1 SAT: 95%
C/C: MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN SECRECIONES, NO ADENOPATÍAS O INGURGITACIÓN YUGULAR
C/P: MV CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS, RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS, NO HAY GALOPE O S4
ABD: RI+, BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS O DOLOR
EXT: HIPOTROFÍA MMII DER, LASEGUE POSITIVO, ROT ++/++++
NEUR: SIN IRRITACIÓN MENINGEA.

X: 1- ALUCINACIONES HIPNAGÓGICAS 2- RINOFARINGITIS VIRAL 3- SÍNDROME METABÓLICO 4- RADICULOPATÍA LUMBAR
Y: 1- ALUCINACIONES HIPNAGÓGICAS 2- RINOFARINGITIS VIRAL 3- SÍNDROME METABÓLICO 4- RADICULOPATÍA LUMBAR

PACINETE QUIEN CURSA CON DISCOPATÍA LUMBAR CON COMPRESIÓN RADICULAR; QUIEN REFIERE SINTOMAS EN RELACIÓN A ALUCINACIONES HIPNAGÓGICAS DEL SUEÑO, QUE NO REPRESENTAN ESTADO PATOLÓGICO QUIEN REFIERE SINTOMATOLOGÍA SUGESTIVA DE RINOFARINGITIS VIRAL.
SE REVISAN PARACLINICOS: EKG CON HEMIBLOQUEO IZQUIERDO ANTERIOR Y SUPERIOR SIN SIGNOS DE ISQUEMIA O LESIÓN, RESTO DE PARACLINICOS DENTRO DEL LÍMITE DE LA NORMALIDAD
RX DE TORAX NORMAL.
POR PARTE DE MEDICINA INTERNA LA SINTOMATOLOGÍA REFERIDA POR LA PACINETE NO REPRESENTAN ESTADO PATOLÓGICO Y EL RESULTADO DE EKG NO REPRESENTA CONTRAINDICACIÓN PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
CURSA CON SINTOMATOLOGÍA SUGESTIVA DE RINOFARINGITIS VIRAL CON RADIOLOGÍA NORMAL Y SIN DESATURACIÓN, NO SE REQUIERE MANEJO ADICIONAL POR MEDICINA INTERNA
SE CIERRA IC POR MEDICINA INTERNA.

DR CARLOS MORALES PERTUZ MD.

- A su vez, vale aclarar que ese mismo 26 de Marzo de 2014, la paciente fue valorada en evolución por la doctora NATALIA MURILLO PARDO, médica, especialista en cirugía general.

Veamos su nota:

Atención de 26 Mar 2014 16:22:00:00:

Profesional: CC52416933 Natalia Murillo Pardo
Especialidad: Cirugía General R.M: 52416933
Órdenes y Evolución:
Evolución:
La paciente manifiesta pérdida de fuerza en miembro superior. Comenta esta situación con el doctor Buritica - neurocirujano tratante - quien realiza nueva valoración encontrando disminución de la fuerza e incapacidad para sostener objetos en miembro superior derecho por lo que da orden de realizar resonancia magnética de columna cervical como estudio complementario

- De acuerdo con lo dicho, una vez se realizaron los exámenes y la valoración pre anestésica de la paciente, es importante resaltar que todos ellos mostraron que era factible realizar la intervención sugerida por mi mandante, el doctor BURITICA BOHORQUEZ, y en ese orden de ideas se continuó el trámite para efectuar la cirugía en la CLÍNICA DE MARLY, dado que la señora CELY ESPINOSA había autorizado y consentido el procedimiento

quirúrgico en tal institución, tal y como da cuenta el relato de la demanda y el documento de consentimiento informado aportado al expediente.

- Frente a la autorización y consentimiento de la paciente CELY ESPINOSA se dejó prueba documental; la cual muestra que ella otorgó su libre consentimiento para que mi representado, el doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, en concurso con los demás profesionales de la salud respectivos, le practicaran el día 27 de Marzo de 2014 en la CLÍNICA DE MARLY, la intervención quirúrgica denominada “HEMILAMINECTOMIA Y DISECTOMIA L5 – S1 DERECHA” bajo la técnica y suministro de anestesia necesario.
- Aunque suene repetitivo, vale anotar que en el acto de información y consentimiento informado efectuado para esta intervención se indicó que efectivamente a la paciente se le había explicado que el acto quirúrgico implicaba obligaciones de medio y no de resultado, y además todo lo relacionado con los posibles beneficios esperados, riesgos y complicaciones inherentes a la intervención y a su no realización, así como también se reveló cómo se iba a desarrollar la cirugía, y las recomendaciones correspondientes para obtener el escenario buscado. A continuación, se pone de presente la prueba documental del consentimiento informado que fue debidamente suscrito por la paciente:



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buritica y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en al (la) paciente Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía - Dissectomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981, Res. 1996/99).

46
27

8. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión.
9. Después del examen clínico practicado por el Médico tratante y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito del la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes:

Intervención quirúrgica
2014/III/25 PM
 Firma del paciente o persona responsable: [Firma] C.C. 3700258
 Testigo: [Firma] C.C. [Firma]
 Fecha: 2014/III/25 PM
 Firma del Médico: [Firma] R.M. 11082

10. Después del examen clínico practicado por el Anestesiólogo y los exámenes pertinentes, se me ha explicado los riesgos de la anestesia que puedan presentarse durante el procedimiento especiales siguientes:

ASIA, OXIA
ESD, CETA
 Firma del paciente o persona responsable: [Firma] C.C. 3700258
 Testigo: [Firma] C.C. [Firma]
 Fecha: 27/3/2014
 Firma del Médico: [Firma] R.M. 11082

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas. Consideramos que el (la) paciente, pariente/tutor comprenden lo que hemos explicado.

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.

- Como se ve, dentro de los riesgos y/o complicaciones inherentes explicados a la paciente CELY ESPINOSA, que podrían generarse, eventualmente, con ocasión de la intervención quirúrgica se refirieron los de **"INFECCIÓN, DEFICIT NEUROLÓGICO"**, dadas las estructuras anatómicas y la técnica quirúrgica involucradas en el procedimiento.
- Además, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Buitrago y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente: Vicky Amanda Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial: Hemilaminectomía y Dissectomía L5-S1 Dorsal.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1996/99).

- Así las cosas, cabe anotar que la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, aun conociendo tales riesgos y posibles complicaciones inherentes, decidió que se le practicara en su humanidad la intervención quirúrgica sugerida.
- Por lo anterior, efectivamente el día 27 de Marzo de 2014, tal y como se había dispuesto, a la paciente CELY ESPINOSA se le practicó por mi representado el procedimiento quirúrgico de HEMILAMINECTOMIA y DISECTOMIA

programado, y consentido por la señora VICKY AMANDA. Llegado el momento de la cirugía, en efecto la misma se desarrolló con estricto apego de la lex artis médica.

- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica **JUANITA LOZADA**, la anesthesióloga doctora **ANGELA MARIA TABORDA AIKEN**, el ayudante quirúrgico **ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ** y mi mandante el doctor **JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ**, en calidad de cirujano; todo lo anterior se efectuó dentro de las instalaciones de la **CLÍNICA DE MARLY**.

Veamos la hoja quirúrgica para mayor claridad:



CLINICA DE MARLY

Calle 50 No. 9-67

BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

009

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda

Historia Clínica: 246612

Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)

Habitación: 396

Tipo Atención:

Cirujano(a): Buritica Bohorquez Jose Luis

Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita

Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria

Tipo de Anestesia: Anestesia general

Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales

Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales

Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomía se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin lograrlo a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo vision microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de Kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se reseca y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vycril 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez

ID: CC 10284790 , Especialidad: Neurocirugía , Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

- Así las cosas, a efectos de aclarar, vale mencionar que, el día 27 de Marzo de 2014, que corresponde al de la cirugía, ocurrió lo siguiente:

*Prevía revisión de consentimiento informado (suscrito por la paciente) y de lista de chequeo, bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con Xilocaina a nivel de piel, se realizó incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cm que comprometió la piel y el tejido celular subcutáneo, mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5- S1 derecho.

*A través de visión fluoroscópica se comprobó que se encontraba a este nivel con los siguientes hallazgos: 1. Hernia discal L5- S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

*Bajo visión microscópica y con uso de fresa cortante y diamantada de midax se realizó hemilaminectomía L5, se completó con uso de Kerrison, disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encontraba extruido comprimiendo la raíz, se resecó y se envió a patología.

*Durante este procedimiento se produjo fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intentó extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica sin lograr su extracción y debido a su localización retro peritoneal del fragmento se decidió llamar a cirujano de turno, el cual logró extracción de dicho fragmento sin complicación alguna; se evidenció adecuada descompresión de la raíz, lavado y revisión de hemostasia, cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0, cierre de tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0, cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0, se cubrió herida.

- Veamos, las hojas quirúrgicas de neurocirugía y cirugía general, en virtud de las cuales es posible evidenciar que la cirugía logró su cometido, y no generó daño alguno en la paciente, pues el caso fortuito, complicación rara, respecto de lo de la hoja del bisturí fue debidamente controlado.
- Entonces cabe aclarar que no se trató de un error médico, lo ocurrido con el bisturí; pues a pesar de su rareza, está documentado en la literatura científica que estos eventos, complicaciones, casos fortuitos, pueden ocurrir, y que el manejo debe ser el que se efectuó en este caso. De hecho, vale insistir que si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

1. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: José Luis Benítez y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vicky Alejandra Cely Espinosa la siguiente intervención o procedimiento especial Hemilaminectomía + Discotomía L5-S1 Derecha.
2. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
4. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
5. Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
6. Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
7. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1996/99).

- En ese orden de ideas, debe resaltarse que el manejo quirúrgico efectuado por mi mandante fue adecuado y se ciñó de acuerdo a la pauta médica de referencia; además el haber solicitado la valoración e intervención de cirujano al evidenciar la fractura del bisturí y su localización retroperitoneal de la

misma da lugar a concluir que la atención médico – quirúrgica se ajustó a la lex artis.

- Nótese que la técnica quirúrgica del procedimiento de hemi laminectomia y disectomia estuvo ajustada a la Lex Artis, y a pesar de que se considera una complicación, muy rara, pero descrita en la literatura, lo ocurrido con el bisturí se manejó de manera adecuada con la intervención de cirujano general y el procedimiento quirúrgico adicional de laparotomía.
- Debe aclararse que, tal y como se mencionó en la descripción quirúrgica, cuando se estaba realizando la disectomia, con el uso del microscopio quirúrgico, se fracturó la punta del bisturí dentro del espacio intervertebral, por lo cual la punta de dicho fragmento de bisturí fracturado se orientó hacia el espacio retroperitoneal donde se encuentran alojados los grandes vasos, arteria aorta y vena iliaca común derecha. Así las cosas, se intentó retirar el fragmento de bisturí por la misma vía de abordaje, pero no fue posible técnicamente, y por el riesgo de lesión de los grandes vasos, en caso de que la punta del bisturí se desplazara hacia adelante, se decidió realizar un abordaje anterior con especialista en cirugía general, para el retiro con visualización directa de todas las estructuras, haciendo más seguro el procedimiento y minimizando el riesgo de complicaciones.
- Es necesario en este punto indicar que, en el procedimiento de laparotomia, debidamente indicado en la paciente, estuvieron presentes la instrumentadora quirúrgica JUANITA LOZADA, la anestesióloga doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, el ayudante quirúrgico ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, la ayudante quirúrgica especialista en cirugía general **NATALIA MURILLO PARDO**, y en calidad de cirujano principal, el especialista en cirugía general doctor **CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO**.

Veamos las hojas quirúrgicas para mayor claridad:



CLINICA DE MARLY

Calle 50 No. 9-67

BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

009

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda

Historia Clínica: 246612

Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)

Habitación: 396

Tipo Atención:

Cirujano(a): Burtica Bohorquez Jose Luis

Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita

Anestesiólogo(a): Taborda Aiken Angela Maria

Tipo de Anestesia: Anestesia general

Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales

Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales

Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Tejidos enviados a Patología: Disco Intervertebral

Clasificación de la Herida: Limpia

Sangrado: ESCASO

Complicaciones: Durante la hemilaminectomia se fractura la hoja del bisturí frío por lo cual se intenta extraer por vía posterior, sin lograrlo a pesar de ayuda fluoroscópica, razón por la cual se decide llamar a cirujano de turno para realizar abordaje anterior y extraer la hoja de bisturí fracturada que se evidenció desplazada hasta el retroperitoneo. Cirujano de turno (Dr. Pachón) realiza laparotomía exploratoria y logra extraer la hoja de bisturí fracturada.

PROCEDIMIENTO(S): 1) C0302020-Exploración y descompresión del canal raquídeo y raíces espinales por hemilaminectomía 2) C8051340-Discectomía lumbar, vía posterolateral con o sin facetectomía [en descompresión]

Hallazgos: Hernia discal L5 - S1 con importante compresión de la raíz espinal del lado derecho.

Procedimiento: Previa revisión de consentimiento informado y de lista de chequeo. Bajo anestesia general, paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, previa infiltración con xilocaina sin epinefrina a nivel de piel se realiza incisión longitudinal mediana a nivel de L5-S1 de aproximadamente 4 cms, que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. Mediante disección subperióstica de lámina derecha de L5 con exposición del espacio L5-S1 derecho. Mediante visión fluoroscópica se comprueba que se encuentra a este nivel. Evidencia de los hallazgos descritos.

Bajo visión microscópica y con uso de fresa de cortante y diamantada de midax se realiza hemilaminectomía L5, se completa con uso de Kerrison. Disección hasta exponer disco a este nivel el cual se encuentra extruido comprimiendo la raíz. Se resaca y se envía a patología. Durante este procedimiento se produce fractura de la hoja del bisturí frío, la cual se intenta extraer por vía posterior y con ayuda fluoroscópica, sin lograr su extracción, y debido a localización retroperitoneal del fragmento se decide llamar a cirujano de turno, el cual logra la extracción de dicho fragmento. Se evidencia adecuada descompresión de la raíz. Lavado y revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con puntos continuos de vicryl 2-0. Cierre de tejido celular subcutáneo con Vycril 2-0. Cierre de piel con puntos intradérmicos de prolene 3-0. Se cubre la herida con Tegaderm-Pad pequeño.

MD Cirujano: Jose Luis Buritica Bohorquez
ID: CC 10284790 , Especialidad: Neurocirugía , Registro Médico: 10284790

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

CLINICA DE MARLY
Calle 50 No.9-67
BOGOTÁ, COLOMBIA

HOJA QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: Cely Espinosa Vicky Amanda Historia Clínica: 246612 Fecha Cirugía: 27/03/2014 (D/M/A)
Habitación: 396 Tipo Atención:
Cirujano(a): Pachon Garrido Camilo Eduardo Instrumentador(a): 1) Lozada Juanita
Anestesiólogo(a): Taboría Aiken Angela Maria
Tipo de Anestesia: Anestesia general
Ayudantes: 1) Duque Rodriguez Andres Felipe
Ayudantes Especialistas: 1) Murillo Pardo Natalia

Diagnóstico Preoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirúrgica No Especificada
Otros Diagnósticos Preoperatorios:

Diagnóstico Postoperatorio Principal: Objeto Extraño Dejado Accidentalmente En El Cuerpo Durante Atencion Medica Y Quirúrgica No Especificada
Otros Diagnósticos Postoperatorios:

Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada Sangrado: escaso

PROCEDIMIENTO(S): 1) C5412000-Laparotomía exploratoria 2) C5415010-Exploración de espacio retroperitoneal

Hallazgos: Contenido de la cavidad abdominal dentro de límites normales ausencia de lesión en asas intestinales. Cuerpo extraño (fragmento de bisturí) en retroperitoneo a 1 cm de la vena iliaca común derecha, el cual se logra extraer con éxito sin lesión de estructuras aledañas.

Descripción: : Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación campos quirúrgicos, paso de sonda Foley #16, se realiza incisión de laparotomía mediana infraumbilical, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y fascia de rectos abdominales, hasta llegar a cavidad encontrando hallazgos descritos. Se procede a realizar revisión de asas delgadas, colon, estomago, hígado, trasncavidad de los epiploes sin encontrar ninguna lesión en asas intestinales. Se verifica ubicación del cuerpo extraño por fluoroscopia y se explora el espacio retroperitoneal encontrando fragmento de hoja de bisturí a 1 cm de la vena iliaca común derecha, sin lesionar ninguna estructura. Se logra la extracción del cuerpo extraño, se revisa hemostasia y se procede al cierre por planos. Se cierra fascia con vycril 1-0 tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0 y piel con prolene 2-0 sutura intradérmica. Se cubre herida con tegaderm-pad.

NATALIA MURILLO PARDO
Especialista en Cirugía General
R.M. 252131-02

MD Cirujano: Camilo Eduardo Pachon Garrido
ID: CC 79155035 , Especialidad: Cirugía General , Registro Médico: 1

Elaborado Por: Andres Felipe Duque Rodriguez

- De acuerdo con lo anterior, vale anotar entonces que la cirugía se efectuó en cumplimiento absoluto de la lex artis médica, con total idoneidad, experticia, diligencia, cuidado, suficiencia y calidad, tanto así que lo ocurrido con el bisturí no dejó ninguna secuela ni daño en la paciente, dado que en el acto quirúrgico fue posible extraer el fragmento de la hoja de bisturí que se rompió y alojó en la humanidad de la señora CELY ESPINOSA.
- Así las cosas, la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, nunca estuvo en riesgo de muerte, dado que los cuidados y juiciosas atenciones médico –

asistenciales, nunca expusieron a la señora CELY ESPINOSA frente a dicha situación.

- Al día siguiente, 28 de Marzo de 2014, sobre las 10:30 a.m., la paciente fue valorada por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, médico, especialista en neurocirugía – cirugía de columna, encontrando ahí a la señora CELY ESPINOSA en postoperatorio de hernia discal extruida L5-S1, y para el efecto se registró que la paciente refirió resolución completa de lumbalgia derecha. Al examen físico estaba en buen estado, con mejoría de disestesias, y se ordenó retirar sonda vesical.

Veamos la nota:

2014/III/28 Neurocirugía (5241-102 General)

10:30 am.

Dr. P.P. hernia discal extruida L5-S1

S. Resolución completa de lumbagos. dolor de derecha. Tórax V.O.

al ex.: En buen estado, dolo, desaparición de signos de síndrome radicular. Mejoría de disestesias

Afebril, P.P.

P/ Sonda - Retirar sonda vesical

Dr. José Luis Buritica Bohorquez
Neurocirujano
C.O. 1903 272 1402

- El 29 de Marzo de 2014, nuevamente, de manera oportuna, diligente, juiciosa y prudente, mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, médico, especialista en neurocirugía – cirugía de columna, valoró a la paciente sobre las 9:00 a.m., y dejó anotado que encontró a paciente en postoperatorio de hernia discal extruida L5-S1, paciente sin dolor abdominal, al examen físico en buen estado, afebril, no signos radiculares, no déficit neurológico, completar 72 horas con antibiótico y validar según resolución.

Veamos la nota:

2014/III/29 Neurocirugía

9:00 am.

Dr. P.P. hernia discal extruida L5-S1

Sin dolor abdominal ni cefalea

Ex. En buen estado, afebril. No signos radiculares. No déficit neurológico

P/ completar 72 hrs con A/B y validar según resolución

Dr. José Luis Buritica Bohorquez
Neurocirujano / Cirujano de Columna
R.M. 15082 C.E. 10284790

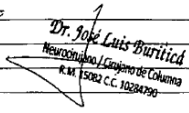
- Así las cosas, de nuevo, el día 30 de Marzo de 2014, en la CLÍNICA DE MARLY, de manera oportuna, diligente, juiciosa y prudente, mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, médico, especialista en neurocirugía – cirugía de columna, valoró a la paciente frente a la cual evidenció mejoría del 100% del dolor, al examen físico en buen estado, no déficit neurológico, y que por ello era viable el alta por neurocirugía.

Veamos la nota:

016
225



CLÍNICA DE MARLY S.A.
Cuida su Salud
CALLE 50 No. 9-67 BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

NOMBRE <i>Vicky. Cely</i>	PIEZA <i>296</i>	H.C.
FECHA	EVOLUCIÓN	
2014 <i>III</i> / 30	<i>Neurocirugía</i>	
	<i>DDx: POP lumbal L5/S1</i>	
	<i>mejoría del 100% del dolor</i>	
	<i>al pñ. En buen estado, marcha</i>	
	<i>autónoma sin apoyo</i>	
	<i>no deficit motorizado</i>	
	<i>p/altas Neuro Cx</i>	
	 Dr. José Luis Buritica Neurocirujano / Columna de la Columna R.M. 15082 C.C. 10284790	

- En efecto, dada la favorable evolución, el día 30 de Marzo de 2014 la paciente fue dada de alta, y se le dio salida de la CLÍNICA DE MARLY, una vez contaba con una condición apta para ello. Es de resaltar que la paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, con mejoría del 100% de la condición lumbo ciática derecha y mejoría de la paresia del grueso artejo con la que ingresó.
- Es importante señalar que, la paciente VICKY AMANDA fue valorada y permaneció hospitalizada luego de la realización del procedimiento (por 3 días), hasta su egreso médico de la institución el día 30 de Marzo del 2014, momento en el que se documentó la resolución favorable de sus síntomas radiculares pre quirúrgicos, estableciendo que no hubo ninguna secuela neurológica objetiva al examen físico.
- Esto anterior, genera la conclusión que en realidad la paciente CELY ESPINOSA no tiene una afectación de tal gravedad, como para solicitar las cuantiosas condenas pretendidas en este proceso judicial.
- Actualmente, a mi representado, doctor BURITICA BOHORQUEZ, no le consta el estado de la paciente CELY ESPINOSA, pues la misma no ha vuelto a acudir a mi mandante.
- Ahora, en lo atinente a la calidad de materiales suministrados por la CLÍNICA DE MARLY, es algo que se sale de la órbita y competencia de mi representado, sin embargo, vale indicar que, no puede afirmarse con probabilidad de verdad (como mal lo hace la parte actora), que en el caso que nos ocupa el bisturí haya tenido defectos, pues aunque pareciera extraño, lo cierto es que este tipo de eventos se puede presentar, a pesar de tener elementos de calidad. Tal circunstancia se encuentra documentada en la literatura médica, como una complicación y/o riesgo, que aunque extraño y raro, se puede presentar.

*Teniendo en cuenta lo mencionado, debe resaltarse que la atención médica dispensada por mi representado a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, se ajustó en su totalidad a la lex artis, y no existe ningún motivo de reproche real frente a la misma, pues incluyendo el acto de información respectivo, es decir el consentimiento informado se cumplió en este caso. Téngase presente para efectos

de lo anterior que consentimiento informado no es un documento proforma, el consentimiento informado constituye el acto de brindar información al paciente, y que este último autorice el respectivo tratamiento, lo cual sucedió en este caso, tal y como da cuenta el relato de la demanda y la historia clínica de la paciente.

*Adicionalmente a lo antes descrito, es importante resaltar que la realidad es que:

- Lo que realmente ocurrió es que el doctor BURITICA BOHORQUEZ actuó conforme la lex artis en la prestación del servicio médico – asistencial que requería la señora CELY ESPINOSA, por ende, la prestación médico - asistencial fue totalmente diligente, perita, juiciosa, prudente, oportuna y ningún reproche se debe hacer a la misma.
- La totalidad de atenciones y tratamientos instaurados por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, fueron indicados y adecuados, en la medida que se tuvieron en cuenta las condiciones, sintomatología, patologías y diagnósticos de la señora CELY ESPINOSA.
- El deber de información y consentimiento informado necesario se cumplió por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, toda vez que se explicó y consintió lo relativo a la patología, diagnósticos, atenciones, tratamientos, exámenes, riesgos, complicaciones asociadas y los eventuales escenarios buscados.
- Dentro de los riesgos y complicaciones explicados, y asociados a la cirugía adecuadamente efectuada el día 27 de Marzo de 2014 en la paciente CELY ESPINOSA, se encuentran los de **“INFECCIÓN, DEFICIT NEUROLÓGICO”**, dadas las estructuras anatómicas y la técnica quirúrgica involucradas en el procedimiento.

Además, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).

- Los mencionados riesgos y/o complicaciones – SITUACIONES IMPREVISTAS, pueden presentarse, aunque se despliegue un acto médico – quirúrgico juicioso como el realizado por el doctor BURITICA BOHORQUEZ con su paciente CELY ESPINOSA el día 27 de Marzo de 2014.
- Es posible que lo ocurrido con la paciente haya sido la materialización de una complicación – situación imprevista - riesgo inherente al acto quirúrgico, lo cual implica que no exista un daño antijurídico de carácter indemnizable que se pueda reclamar a mi representado.
- De acuerdo con ello, no existe fundamento de responsabilidad ni reproche válido en cabeza de mi representado a efectos de la demanda instaurada en este proceso.

De modo que la atención médica brindada por mi mandante fue totalmente adecuada y ajustada a los protocolos médicos vigentes para la época de los hechos, lo cual trae como conclusión que en medio de la atención de la paciente hubo apego a la denominada y conocida lex artis. Debe destacarse que lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por la materialización de un riesgo inherente, que bajo ninguna circunstancia puede trasladarse en este caso a mi mandante, pues su presentación, se repite, no se generó por una mala práctica médica, sino que fue de generación irresistible para mi representado.

De acuerdo con lo referido, resulta claro que mi representado, doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, cumplió a cabalidad con la lex artis, en lo que tiene que ver las atenciones médicas dispensadas a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA.

Además de lo mencionado, y aunque suene repetitivo resulta indispensable destacar que lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora, sino que se generó por causa no imputable a mi representado, pues no se presentó culpa ni falla médica de parte del doctor BURITICA BOHORQUEZ.

Así las cosas, menester es manifestar que mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ cumplió con sus obligaciones de medios, dado que obró con la debida diligencia, cuidado, prudencia y pericia correspondientes en la atención de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, todo lo cual se acredita con la hoja de vida de mi representado, sus títulos académicos, su experiencia profesional, la literatura médica que se aporta en esta contestación, la historia clínica de la paciente, y además ello se probará con cada uno de los medios de prueba que se recauden en el proceso.

Es así que es importante a su vez resaltar que las obligaciones contraídas por los profesionales de la salud para con sus pacientes son de Medio y no de Resultado, así quedó regulado en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, de Talento Humano en Salud, que fue modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, el cual a continuación se transcribe parcialmente:

*ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una **obligación de medio**, basada en la competencia profesional. (Negritas fuera de texto)*

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo descrito, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que en el caso objeto de estudio se encuentra que mi mandante siguió y observó durante toda la prestación de sus servicios profesionales lo correspondiente a la lex artis, cumplió las obligaciones de medios respectivas, y es por ello que no es posible encontrar el fundamento de responsabilidad –culpa- en cabeza de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

(2)INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

En el caso objeto de estudio, se indica por la parte actora y además se pretende en la demanda que se declare responsabilidad civil en cabeza de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, como consecuencia de unos supuestos daños y/o perjuicios causados a la parte demandante; todo lo anterior en virtud de una relación fáctica que supone la parte demandante que existe entre las atenciones médico asistenciales relacionadas con la intervención quirúrgica de HEMILAMINECTOMIA + DISECTOMIA L5 – S1 DERECHA efectuada el día 27 de Marzo de 2014 en la CLÍNICA DE MARLY, por mi mandante en la paciente, y la generación de perjuicios debido a la misma en la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA.

De acuerdo con lo mencionado, resulta claro que la parte actora pretende establecer un nexo causal entre:

- (i) Las atenciones médico asistenciales relacionadas con la intervención quirúrgica de HEMILAMINECTOMIA + DISECTOMIA L5 – S1 DERECHA efectuada el día 27 de Marzo de 2014 en la CLÍNICA DE MARLY, por mi mandante en la paciente, INCLUYENDO LO OCURRIDO CON EL BISTURÍ;
- (ii) La generación de perjuicios en la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA;
- (iii) Las supuestas condiciones de salud que ha sufrido la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA por las secuelas presentadas en su humanidad después de realizarse la intervención de HEMILAMINECTOMIA + DISECTOMIA L5 – S1 DERECHA, Y LO OCURRIDO CON EL BISTURÍ;
- (iv) Y de otro lado, los supuestos daños y/o perjuicios causados a la parte demandante por lo anteriormente mencionado.

Todo lo anterior, bajo el argumento que la parte pasiva de este proceso actuó con desapego a la lex artis.

No obstante lo anterior, debe resaltarse por esta defensa que en el caso objeto de estudio se sabe que lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por causa no imputable a mi representado, pues no se presentó culpa ni falla médica de parte del doctor BURITICA BOHORQUEZ, pues hubo estricto apego a la lex artis y a los protocolos médicos respectivos.

De acuerdo con lo anterior, es obvio que no hay responsabilidad médica en el caso que nos ocupa, pues causalmente lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por la materialización de un riesgo inherente, que bajo ninguna circunstancia puede trasladarse en este caso a mi mandante, pues su presentación, se repite, no se generó por una mala práctica médica, sino que fue de generación irresistible para mi representado.

No obstante lo referido, dado que la parte demandante en su afán de cuestionar y buscar algún tipo de responsabilidad médica en el caso que nos ocupa planteó varias hipótesis que de entrada están destinadas al fracaso, resulta importante tener presente el relato y explicación de caso expuesto en la excepción anterior, en donde es evidente la falta de nexo de causalidad en lo que tiene que ver con la atención de mi mandante con lo demandado, pues puntualmente no hay ningún hecho reprochable a el que haya generado las condiciones perjudiciales de las que hoy se queja la paciente.

Teniendo en cuenta lo indicado previamente, es menester manifestar que para el caso presente, contrario a lo que afirma la parte actora, no existe el elemento de la responsabilidad civil, que los clásicos denominaron nexo de causalidad, el cual hace referencia a la relación fáctica que puede existir entre el daño y/o perjuicio que se reclama y el hecho dañino culposos que se demanda que ocasionó el primero, por lo que en caso que no haya dicha relación que permita afirmar que el hecho dañino culposos fue el que dio lugar a la producción del daño, no habrá responsabilidad del demandado, toda vez que el daño solo deberá ser reparado por quien lo haya causado. A efectos de este elemento, debe resaltarse que existe actualmente la teoría de “la causa eficiente del daño” que direcciona lo relativo al nexo causal, es decir que lo limita para que no existan atribuciones fácticas a hechos que aunque

causal e históricamente tuvieron un aporte, no fueron la condición o causa eficiente para que se generara el daño.

Todo lo anterior evidencia que la atención médica - asistencial realizada por mi mandante no fue “inadecuada” ni se encuadra en una “mala praxis”, para tal efecto se resalta que mi representado médico – especialista en neurocirugía – cirugía de columna, atendió a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA y ello en estricto apego y acorde con la lex artis, por lo que no se puede imputar fáctica ni jurídicamente a mi mandante ninguno de los eventuales perjuicios y daños que alega la parte demandante.

Así las cosas, en el presente caso se puede concluir que:

- A. Lo que realmente ocurrió es que el doctor BURITICA BOHORQUEZ actuó conforme la lex artis en la prestación del servicio médico – asistencial que requería la señora CELY ESPINOSA, por ende, la prestación médico - asistencial fue totalmente diligente, perita, juiciosa, prudente, oportuna y ningún reproche se debe hacer a la misma.
 - B. La totalidad de atenciones y tratamientos instaurados por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, fueron indicados y adecuados, en la medida que se tuvieron en cuenta las condiciones, sintomatología, patologías y diagnósticos de la señora CELY ESPINOSA.
 - C. El deber de información y consentimiento informado necesario se cumplió por el doctor BURITICA BOHORQUEZ, toda vez que se explicó y consintió lo relativo a la patología, diagnósticos, atenciones, tratamientos, exámenes, riesgos, complicaciones asociadas y los eventuales escenarios buscados.
 - D. Dentro de los riesgos y complicaciones explicados, y asociados a la cirugía adecuadamente efectuada el día 27 de Marzo de 2014 en la paciente CELY ESPINOSA, se encuentran los de **“INFECCIÓN, DEFICIT NEUROLÓGICO”**, dadas las estructuras anatómicas y la técnica quirúrgica involucradas en el procedimiento.
- Además, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).
- E. Los mencionados riesgos y/o complicaciones – SITUACIONES IMPREVISTAS, pueden presentarse, aunque se despliegue un acto médico – quirúrgico juicioso como el realizado por el doctor BURITICA BOHORQUEZ con su paciente CELY ESPINOSA el día 27 de Marzo de 2014.
 - F. Es posible que lo ocurrido con la paciente haya sido la materialización de una complicación – situación imprevista - riesgo inherente al acto quirúrgico, lo cual implica que no exista un daño antijurídico de carácter indemnizable que se pueda reclamar a mi representado.
 - G. De acuerdo con ello, no existe fundamento de responsabilidad ni reproche válido en cabeza de mi representado a efectos de la demanda instaurada en este proceso.

De modo que la atención médica brindada por mi mandante fue totalmente adecuada y ajustada a los protocolos médicos vigentes para la época de los hechos, lo cual trae como conclusión que en medio de la atención de la paciente hubo apego

a la denominada y conocida lex artis. Debe destacarse que lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por la materialización de un riesgo inherente, que bajo ninguna circunstancia puede trasladarse en este caso a mi mandante, pues su presentación, se repite, no se generó por una mala práctica médica, sino que fue de generación irresistible para mi representado.

De acuerdo con lo referido, resulta claro que mi representado, doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, cumplió a cabalidad con la lex artis, en lo que tiene que ver las atenciones médicas dispensadas a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA.

Además de lo mencionado, resulta indispensable destacar que lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por causa no imputable a mi representado, pues no se presentó culpa ni falla médica de parte del doctor BURITICA BOHORQUEZ, pues hubo estricto apego a la lex artis y a los protocolos médicos respectivos.

Así las cosas, menester es manifestar que mi mandante JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ cumplió con sus obligaciones de medios, dado que obró con la debida diligencia, cuidado, prudencia y pericia correspondientes en la atención de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, todo lo cual se acredita con la hoja de vida de mi representado, sus títulos académicos, su experiencia profesional, la literatura médica que se aporta en esta contestación, la historia clínica de la paciente, y además ello se probará con cada uno de los medios de prueba que se recauden en el proceso.

En este punto, resulta necesario destacar que se advierte que no existe nexo causal alguno entre lo demandado por la parte actora y la diligente, perita, adecuada, cuidadosa y pertinente actuación y manejo de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ respecto de la atención de la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA.

Es así que, como se dijo previamente, causalmente lo sucedido con la paciente no se debió a una indebida atención médica como lo quiere sugerir erradamente la parte actora sino que se generó por causa no imputable a mi representado, pues no se presentó culpa ni falla médica de parte del doctor BURITICA BOHORQUEZ, pues hubo estricto apego a la lex artis y a los protocolos médicos respectivos.

Además, cabe destacar que en la prestación de servicios de salud que ha requerido la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA no solo se encuentra como participante mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

Según se ve en la demanda instaurada resulta claro que existen y han estado presentes otros actores y prestadores del servicio de salud, que en lo atinente a ellos claramente se sale del resorte y competencia de mi representado doctor BURITICA BOHORQUEZ; sin embargo, en caso de comprobarse la existencia de un daño derivado de la supuesta negligencia, negativa e impedimentos dados por los demás actores y prestadores, resulta fundamental destacar que, según la teoría de la causa eficiente del daño, no debe atribuirse ni imputarse esto a mi mandante.

Lo anterior, por cuanto se reitera que mi representado doctor BURITICA BOHORQUEZ, actuó conforme la lex artis en la prestación del servicio médico – asistencial que requería la señora CELY ESPINOSA, por ende, hubo adecuada prestación del servicio médico – asistencial, en la medida que esta fue totalmente

diligente, perita, juiciosa, prudente, oportuna y ningún reproche se debe hacer a la misma.

La totalidad de atenciones y tratamientos instaurados por mi representado, doctor BURITICA BOHORQUEZ, fueron indicados y adecuados, en la medida que se tuvieron en cuenta las condiciones, sintomatología, patologías y diagnósticos de la señora CELY ESPINOSA.

De acuerdo con ello, no existe nexo de causalidad válido en cabeza de mi representado, doctor BURITICA BOHORQUEZ, a efectos de la demanda instaurada en este proceso, pues las obligaciones que le correspondían a mi mandante se cumplieron, y en todo caso no se incumplió ningún parámetro de conducta que contemple la ley del arte médico.

Además, eventualmente, los supuestos daños que se hayan derivado de la prestación del servicio de salud por otros actores y participantes, no son imputables a mi representado, y por ende no debe responder por estos.

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo mencionado, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que en el caso objeto de estudio no se encuentra un nexo causal atribuible a las atenciones médico – asistenciales dispensadas por mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ.

(3)INEXISTENCIA Y/O FALTA DE PROBANZA DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS RECLAMADOS

El daño es uno de los elementos que se debe presentar y además probar en un proceso judicial, a efectos de que prospere una declaratoria y condena por Responsabilidad Civil.

Teniendo en cuenta lo mencionado, debe resaltarse que, tal y como lo manifestaba el fallecido Doctor Fernando Hinestrosa, el daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil.

De acuerdo con lo descrito, resulta obvio que sin la existencia y/o probanza de los daños y/o perjuicios reclamados, es indudable que no habría lugar a la declaratoria y condena de Responsabilidad Civil alguna, toda vez que no habría que reparar.

En atención a lo referido, es claro que en el evento en que no exista y/o falte probarse por la parte actora los daños y/o perjuicios que reclama, no debería adelantarse el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, toda vez que la ausencia de existencia y/o probanza del elemento del “daño” es suficiente para que no prospere pretensión alguna relacionada con la responsabilidad civil que se demanda.

Para el caso concreto, debe señalarse que la parte actora refiere en su demanda como daños y/o perjuicios una pluralidad de conceptos, que POR TIPOLOGIA SE PUEDEN DIVIDIR en materiales e inmateriales, de los cuales en realidad no prueba su existencia ni extensión de presentación.

Por lo anterior, y dado que la parte actora solo realiza una mera enunciación de conceptos, sin que existan y/o se prueben los daños y/o perjuicios que refiere, es que solicito de la manera más atenta y respetuosa a su Honorable Despacho se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que en el

caso objeto de estudio no existen y/o no se encuentran probados los daños y/o perjuicios que se reclaman.

(4)EXCESIVA TASACIÓN DE DAÑOS Y/O PERJUICIOS

En atención a que cada uno de los daños y/o perjuicios que se reclaman por la parte actora buscan que se reparen, y en este caso económicamente, debe tenerse presente que lo que se pretenda debe guardar relación con el daño y/o perjuicio efectivamente padecido o que se vaya a padecer, a efectos de que en un evento de declaratoria de responsabilidad y condena no se genere un enriquecimiento injusto y desmedido.

De acuerdo con lo anterior, y además lo manifestado en esta contestación frente a las pretensiones de la demanda, es necesario destacar que la parte actora en su escrito demandatorio peticiona, solicita y pretende condenas que son a todas luces excesivas, pues las pretensiones expuestas no se acompañan con los fallos judiciales emitidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, y/o con las sentencias emitidas por los Tribunales, y Juzgados correspondientes, y es por ello que resulta claro que lo requerido por la parte demandante excede notablemente las sumas que por daños y/o perjuicios materiales e inmateriales podrían eventualmente reconocerse en un proceso de responsabilidad civil.

Teniendo en cuenta lo manifestado, a lo largo de la presente excepción y contestación, solicito de la manera más atenta y respetuosa a su Honorable Despacho se sirva **DENEGAR** las pretensiones de condena de la demanda, y/o en su defecto EN EL REMOTO Y EVENTUAL CASO DE DECLATORIA DE RESPONSABILIDAD solicito se ajuste lo correspondiente a los daños y/o perjuicios efectivamente padecidos por la parte demandante toda vez que en el caso objeto de estudio en la demanda se tasan de manera excesiva los daños y/o perjuicios que se reclaman.

(5)INEXISTENCIA Y/O FALTA DE PROBANZA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL RECLAMADA

En los procesos judiciales que se pretenda la declaratoria de **Responsabilidad Civil Médica**, para que se estructure la obligación de reparar perjuicios en cabeza de la parte demandada y a favor de la parte demandante, deben concurrir y probarse necesariamente los tres (3) elementos que dan lugar a que efectivamente se pueda declarar la responsabilidad civil, ya que la ausencia de uno o más de ellos ocasiona obligatoriamente que la parte demandada deba ser exonerada de esa obligación de reparación civil que se reclama.

En atención a lo anterior, debe tenerse presente que en **Responsabilidad Civil Médica**, conforme los clásicos, los tres (3) elementos son (i) Daño; (ii) Culpa; y (iii) Nexo de Causalidad.

El primer elemento que deberá considerarse corresponde al **daño**, pues es el que debe estudiarse inicialmente en un proceso de responsabilidad civil, en la medida que si no hay daño, no habría nada que reparar. Teniendo en cuenta lo referido, debe resaltarse que el daño ha sido asimilado como el menoscabo, detrimento o lesión que recibe la víctima en uno o más de sus derechos patrimoniales o extrapatrimoniales.

En segundo lugar, se encuentra el elemento de la **culpa**, que corresponde al fundamento de responsabilidad que es aplicable en los asuntos por los cuales supuestamente debe responder un profesional de la medicina por el daño que se

reclama irrogado a su paciente. En atención a lo descrito, la culpa puede describirse como un factor subjetivo que se puede precisar y presentar como un error de conducta que no cometería una persona cuidadosa, prudente y diligente colocada en las mismas condiciones externas que el causante del daño. Por lo mencionado, en Responsabilidad Civil Médica, el análisis de esa falta de cuidado, prudencia y diligencia, deberá centrarse, en lo que tiene que ver con si el profesional demandado actuó con sujeción a la *lex artis* o no.

El tercer elemento, se denomina **nexo de causalidad**, el cual hace referencia a la relación fáctica que existe entre el daño que se reclama y el hecho dañino culposo que se demanda que ocasionó el primero, por lo que en caso que no haya dicha relación que permita afirmar que el hecho dañino culposo fue el que dio lugar a la producción del daño, no habrá responsabilidad del demandado, toda vez que el daño solo deberá ser reparado por quien lo haya causado. A efectos de este elemento, debe resaltarse que existe actualmente la teoría de “la causa eficiente del daño” que direcciona lo relativo al nexo causal, es decir que lo limita para que no existan atribuciones fácticas a hechos que aunque causal e históricamente tuvieron un aporte, no fueron la condición o causa eficiente para que se generara el daño.

Para el caso en cuestión, si se llegare a demostrar dentro del proceso que los daños y perjuicios que la parte actora reclama efectivamente son ciertos, actuales, directos y personales, debe dejarse claro que aunque el elemento del daño es un requisito sine qua non para que se declare la responsabilidad civil, tal y como se anotó, no es el único elemento a tener en cuenta para que prospere dicha declaratoria del deber de reparar, pues además habrá que discutirse si efectivamente existió culpa del demandado, y si la misma dio lugar fácticamente a que se produjera el daño, esto es que haya un nexo causal.

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo referido, en el caso bajo estudio debe resaltarse que no existe responsabilidad alguna de la parte demandada por lo requerido por la parte actora, especialmente de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, toda vez que no se reúnen los supuestos o elementos necesarios para que proceda una declaratoria de responsabilidad como la que se demanda, razón por la que solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda frente a mi mandante.

(6) INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR MATERIALIZACIÓN DE RIESGO INHERENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA EN LA PACIENTE Y DEMANDANTE

La Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, ha sido reiterativa en indicar que, en casos de atención médico – asistencial en los que se materialicen riesgos inherentes, el daño no es indemnizable, por ende, no se debe declarar responsabilidad civil ni condenar al respecto.

Lo anterior, por ejemplo, fue manifestado en sentencia SC7110-2017 de fecha 24 de mayo de 2017, cuyo Magistrado Ponente fue el doctor Luis Armando Tolosa Villabona, bajo el radicado 05001-31-03-012-2006-00234-01, en la que se indicó que *“cuando se materializa un riesgo inherente al acto médico, el daño no tiene el carácter de indemnizable, al no preceder de un comportamiento culposo”*.

Esto fue reiterado en reciente sentencia, SC3272-2020 DE FECHA **7 DE SEPTIEMBRE DE 2020**, MAGISTRADO PONENTE – DOCTOR LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA, CUYO RADICADO CORRESPONDE AL 05001-31-03-011-2007-00403-02, en la que se manifestó: *“Por lo demás, como lo recalcó la Sala*

recientemente, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposos.”

De acuerdo con el fundamento fáctico anotado previamente, y la jurisprudencia destacada, resulta latente anotar que lo ocurrido con la señora VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, en cuanto a la fractura del bisturí, se circunscribió a la materialización de una situación imprevista, complicación - riesgo inherente propio de la intervención quirúrgica realizada en su humanidad el día 27 de Marzo de 2014, que a pesar de ser extraño y raro se puede dar.

Debe destacarse que, por lo anterior, el daño que eventualmente haya padecido la señora CELY ESPINOSA con ocasión de la cirugía instaurada el día 27 de Marzo de 2014 no es indemnizable, y en ese orden de ideas no se debe emitir condena alguna, pues el mismo no se deriva de un comportamiento culposos, dado que se presentó a pesar de haberse actuado en estricto apego de la *lex artis*.

Resulta relevante resaltar que el riesgo inherente – situación imprevista - complicación al acto médico que aparentemente se materializó en este caso, efectivamente fue genérica y debidamente informado en el proceso de atención médica asistencial que recibió la señora CELY ESPINOSA.

Veamos que, dentro de los riesgos y complicaciones explicados, y asociados a la cirugía adecuadamente efectuada el día 27 de Marzo de 2014 en la paciente CELY ESPINOSA, se encuentran los de **“INFECCIÓN, DEFICIT NEUROLÓGICO”**, dadas las estructuras anatómicas y la técnica quirúrgica involucradas en el procedimiento.

Además, si se revisa el numeral 5 del documento del consentimiento informado, resulta claro que **a la paciente se le advirtió sobre la posibilidad de presentación de situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales (tal y como ocurrió en este asunto).**

Los mencionados riesgos y/o complicaciones – SITUACIONES IMPREVISTAS, pueden presentarse, aunque se despliegue un acto médico – quirúrgico juicioso como el realizado por el doctor BURITICA BOHORQUEZ con su paciente CELY ESPINOSA el día 27 de Marzo de 2014.

Es posible que lo ocurrido con la paciente haya sido la materialización de una complicación – situación imprevista - riesgo inherente al acto quirúrgico, lo cual implica que no exista un daño antijurídico de carácter indemnizable que se pueda reclamar a mi representado.

De acuerdo con ello, no existe fundamento de responsabilidad ni reproche válido en cabeza de mi representado a efectos de la demanda instaurada en este proceso.

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo referido, en el caso bajo estudio debe resaltarse que no existe responsabilidad alguna de la parte demandada por lo requerido por la parte actora, especialmente de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, razón por la que solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda frente a mi mandante.

Véase el consentimiento informado escrito:



AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos anestésicos o procedimientos especiales.

HISTORIA CLÍNICA No. 246612

- En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: JOSÉ LUIS BARRERA y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el (la) paciente Vick y Amanda Cely Papinero la siguiente intervención o procedimiento especial Hernioplastia + Discectomía L4-S1 Derecha.
 - Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
 - Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.
 - Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
 - Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes lo juzgan necesarios.
 - Autorizo a la CLÍNICA DE MARLY para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.
 - Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución; (Ley 23 de 1981. Res 1995/99).
 - Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión.
 - Después del examen clínico practicado por el Médico tratante y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito del la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: Infección de la herida quirúrgica.

<u>X</u> <u>Urbano</u>	Testigo	Fecha	Firma del Médico
C.C. <u>5188258</u>	C.C.	<u>2014/11/25</u>	R.M. <u>1082</u>
 - Después del examen clínico practicado por el Anestesiólogo y los exámenes pertinentes, se me ha explicado los riesgos de la anestesia que puedan presentarse durante el procedimiento son los siguientes: NÚMERO DE EMERGENCIAS 1122, 1122, 1122, 1122

<u>X</u> <u>Urbano</u>	Testigo	Fecha	Firma del Médico
C.C. <u>5188258</u>	C.C.	<u>27/12/2014</u>	R.M. <u>1082</u>
- Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas. Consideramos que el (la) paciente, pariente/tutor comprenden lo que hemos explicado.

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.

(7) GENERAL O INNOMINADA.

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso (antes 306 del Código de Procedimiento Civil), solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso, incluyendo las de prescripción, compensación y nulidad relativa.

V. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS MEDIOS DE PRUEBA RELACIONADOS POR LA PARTE DEMANDANTE

La parte demandante en su escrito de demanda y subsanación peticiónó que se tuvieran y practicasen como pruebas dentro del proceso una variedad de la que me permito pronunciarme de la siguiente manera:

- (1) En cuanto a las relacionadas como "DOCUMENTALES", es menester tener presente que las mismas deben reunir los requisitos establecidos en los artículos 243 y siguientes del Código General del Proceso para efectos de

que se puedan tener con el respectivo valor probatorio y como documentos los destacados por la parte actora.

Por lo mencionado me atengo a lo que resulte establecido dentro del plenario y de los documentos que efectivamente cumplan con todos los requisitos correspondientes.

- (2) En cuanto a lo relacionado como “INTERROGATORIO DE PARTE”, no me opongo y coadyuvo para que al interior del presente asunto MI MANDANTE JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ emita declaración de parte conforme lo autoriza el último inciso del artículo 191 del Código General del Proceso, y con ello pueda ser interrogado por esta defensa de la pasiva.
- (3) En cuanto a las solicitadas como “DECLARACIÓN DE TERCEROS”, no me opongo.
- (4) En cuanto a la relacionada como “PERITACIONES DE ENTIDADES Y DEPENDENCIAS OFICIALES”, me opongo a que se decrete y autorice en favor de la demandante la prueba pericial descrita; al respecto debe indicarse que si la apoderada demandante, consideraba que era necesaria una persona que valorara y estableciera secuelas y daños en sus representadas, debió aportar la “pericia” con la demanda, sin embargo no lo hizo, y es por ello que solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho a efectos que niegue el decreto y práctica de la prueba peticionada, pues conforme el artículo 167 del Código General del Proceso, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y procesalmente el Código General del Proceso autoriza para que las partes aporten dictámenes periciales en los momentos procesales respectivos, y ello para evitar que los Honorables Despachos Judiciales se conviertan en los “mensajeros” de pruebas que las partes por falta de interés no hayan conseguido.

Además, vale destacar que la parte actora contaba con el término de diez (10) años para demandar y en consecuencia para conseguir y aportar la prueba, razón por la que ninguna circunstancia fundamenta su omisión. Para lo anterior, nótese que la parte actora ni siquiera indicó haber intentado conseguir una pericia para el fin señalado, así como tampoco argumentó la razón para solo anunciar la prueba, tal y como lo exige el artículo 227 del Código General del Proceso.

VI. PRUEBAS SOLICITADAS POR LA DEFENSA DEL DEMANDADO Y/O VINCULADO EN LA PASIVA JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ

Con la finalidad que sean tenidas como pruebas dentro del proceso de la referencia, me permito relacionar las siguientes para que se decreten y practiquen:

1. DOCUMENTALES

Con la presente contestación se aportan los siguientes documentos, que ruego sean tenidos en cuenta por su Honorable Despacho, dado el cumplimiento de los requisitos respectivos:

- A. Para soportar la idoneidad, pericia y experiencia profesional de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, quien es Médico Cirujano y especialista en Neurocirugía – cirugía de columna, me permito

adjuntar copia de su hoja de vida con los correspondientes anexos que acreditan sus títulos académicos y constantes actualizaciones en siete (7) páginas.

B. Para soportar con documentos técnico – científicos que el Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ actuó conforme la lex artis indicada para brindar la atención del caso que nos ocupa, y por ello no incurrió en culpa alguna, y además no tiene relación causal con lo sucedido a la paciente VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, por tratarse de riesgo inherente infrecuente, me permito aportar la siguiente literatura médica y artículos científicos, que se discriminan y/o denominan así:

1. Artículo médico – científico “LUMBALGIA” en 17 páginas.
2. Artículo médico – científico “A WANDERING INTRAVASCULAR SCALPEL FRAGMENT AFTER LUMBAR DISCECTOMY: A CASE REPORT” en 4 páginas.
3. Artículo médico – científico “CLASSIFICATION AND MANAGEMENT OF EARLY COMPLICATIONS IN OPEN LUMBAR MICRODISCECTOMY” en 8 páginas.
4. Artículo médico – científico “IS TRANSFORAMINAL RETRIEVAL OF INTRADISCAL DEEPLY SEATED BROKEN SURGICAL KNIFE BLADE ALL TIME PARS SPARING? A CASE REPORT” en 3 páginas.
5. Artículo médico – científico “LAPAROSCOPIC RETRIEVAL OF A FOREIGN BODY (BROKEN SURGICAL KNIFE) FROM RETROPERITONEAL SPACE: AN INTERESTING CASE” en 2 páginas.
6. Artículo médico – científico “MIGRATION OF A BROKEN SCALPEL INTO THE HEART AFTER SPINE SURGERY” en 3 páginas.
7. Artículo médico – científico “REMOVAL OF THE DEEPLY LOCATED INTRADISKAL BROKEN KNIFE BLADE WITH ARTHROSCOPIC ASSISTANCE: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW” en 4 páginas.
8. Artículo médico – científico “RETAINED BROKEN KNIFE BLADES WITHIN THE DISC SPACE” en 4 páginas.
9. Artículo médico – científico “RETRIEVAL OF A RETAINED BROKEN SCALPEL BLADE FROM LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC SPACE – A CASE REPORT” en 5 páginas.
10. Artículo médico – científico “CASE REPORT: ROBOT – ASSISTED REMOVAL OF A BROKEN SCALPEL BLADE FOLLOWING DISCECTOMY” en 4 páginas.
11. Artículo médico – científico “TRASFORAMINAL RETRIEVAL OF A INTRADISCAL RETAINED BROKEN SURGICAL KNIFE BLADE” en 4 páginas.

2. INTERROGATORIO DE PARTE – DECLARACIÓN DE PARTE

De la manera más atenta y respetuosa, requiero que su Honorable Despacho se sirva decretar y practicar el interrogatorio de parte de las demandantes, para lo cual ruego se sirva citarlas a audiencia con el fin de que absuelvan el interrogatorio, que les formularé de manera oral y/o escrita, en relación con los hechos de la demanda y las excepciones propuestas por la defensa.

Así mismo, solicito que al interior del presente asunto MI MANDANTE **JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ** pueda emitir declaración de parte conforme lo autoriza el último inciso del artículo 191 del Código General del Proceso, y con ello pueda ser interrogado por esta defensa. Lo anterior, a efectos que pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación que tuvo con la señora aquí demandante **VICKY AMANDA CELY ESPINOSA**, y además dados sus especiales conocimientos para que aclare asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto.

3. TESTIMONIOS

Ruego que su Honorable Despacho decrete y practique los testimonios de las siguientes personas:

- A. Señora MAGDA L. GUERRERO M., quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de jefe de enfermería, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (atendió en TRIAGE), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- B. Doctora DIANA ROCIO AREVALO PALENCIA, quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médica y cirujana general, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (atendió en URGENCIAS), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.

- C.** Doctor JORGE HUMBERTO MENDEZ TELLEZ, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en cirugía general, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA, y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- D.** Doctora MARCELA DIAZ ANZOLA, quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en radiología, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (radióloga de la Resonancia Magnética Nuclear de Columna), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- E.** Doctor CARLOS ALBERTO MORALES PERTUZ, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en medicina interna, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (valoró a la paciente por solicitud de anestesiología previo a cirugía), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- F.** Señora JUANITA LOZADA, quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de

instrumentadora quirúrgica, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (instrumentadora quirúrgica de la cirugía realizada el 27 de Marzo de 2014), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.

- G.** Doctora ANGELA MARIA TABORDA AIKEN, quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en anestesiología, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (anestesióloga que participó en la cirugía realizada el 27 de Marzo de 2014), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- H.** Doctor ANDRES FELIPE DUQUE RODRIGUEZ, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (fungió como ayudante quirúrgico en cirugía realizada el día 27 de Marzo de 2014), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- I.** Doctora NATALIA MURILLO PARDO, quien se encuentra domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citada en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en cirugía general, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante

VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (ayudante quirúrgica especialista que participó en la cirugía realizada el 27 de Marzo de 2014 y valoró a la paciente), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.

- J. Doctor CAMILO EDUARDO PACHÓN GARRIDO, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección de ubicación de la CLÍNICA DE MARLY que está en Bogotá D.C. (Calle 50 No. 9 – 67) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que en su calidad de médico y cirujano, especialista en cirugía general, pueda declarar sobre lo que le consta del caso objeto del presente proceso en virtud de la relación médico paciente que tuvo con la señora aquí demandante VICKY AMANDA CELY ESPINOSA (fungió como cirujano en intervención quirúrgica realizada el día 27 de Marzo de 2014), y además dados sus especiales conocimientos para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable.
- K. Doctor DANIEL MORENO, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección Calle 50 No. 9 – 27 (Consultorio 317) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que, en su calidad de médico y cirujano, especialista en neurocirugía (NO ATENDIÓ A LA PACIENTE), y además dados sus especiales conocimientos, para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable. El declarante podría modificarse para ser perito en la medida que su declaración se peticiona para rendir concepto de experto.
- L. Doctor CARLOS RAMIREZ, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección Calle 50 No. 9 – 27 (Consultorio 317) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que, en su calidad de médico y cirujano, especialista en neurocirugía (NO ATENDIÓ A LA PACIENTE), y además dados sus especiales conocimientos, para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia

clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable. El declarante podría modificarse para ser perito en la medida que su declaración se peticiona para rendir concepto de experto.

M. Doctor MAURICIO TOSCANO, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., y podrá ser citado en la dirección Carrera 13 No. 49 – 40 (Consultorio 320) y/o por conducto de mi representado. Lo anterior para que, en su calidad de médico y cirujano, especialista en neurocirugía (NO ATENDIÓ A LA PACIENTE), y además dados sus especiales conocimientos, para que funja como testigo técnico respecto de asuntos de tipo científicos y técnicos afines con el presente caso, y en virtud de ello explique los temas abordados en lo sucedido en el caso concreto. Además, su declaración se peticiona para que manifieste lo que le consta sobre la pericia y experiencia del Doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ; y finalmente en cuanto se le ponga de presente la historia clínica de la paciente para que se pronuncie sobre la atención médica brindada a ella, y si esta tiene algo reprochable. El declarante podría modificarse para ser perito en la medida que su declaración se peticiona para rendir concepto de experto.

4. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE – ANUNCIANDO

De la manera más atenta y respetuosa, solicito a su Honorable Despacho que se tenga en cuenta que, conforme el artículo 227 del Código General del Proceso, el término previsto para la contestación de la demanda, y hasta ahora transcurrido, ha sido insuficiente para poder conseguir y aportar dictámenes periciales en este caso por esta defensa, razón por la que me permito como interesado anunciar DICTAMEN PERICIAL que será rendido por médico especialista en la materia que requiere el presente proceso.

Por lo anterior, solicito a su Honorable Despacho a efectos que en el momento procesal oportuno decrete el dictamen pericial de parte de mi mandante para que en representación de mi representado JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ se pueda aportar el mismo, y para tal fin solicito que se indique y conceda un término prudente a efectos de aportarlo.

5. INDICIOS

Solicito a su Honorable Despacho, que en caso de presentarse actuaciones u omisiones dentro del proceso de la referencia que puedan ser consideradas como indicios graves, las tenga en cuenta al momento de dictar sentencia. Así mismo cualquier otro indicio que se ponga de presente en el curso del proceso.

VII. ANEXOS

Se anexan al presente escrito los siguientes:

1. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado MIGUEL ALFONSO YÁÑEZ QUINTERO, recibirá notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

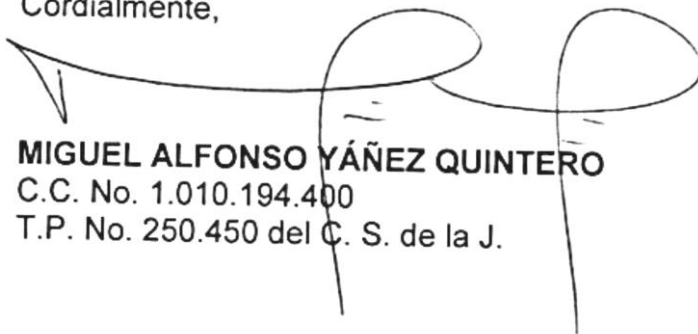
- Dirección Física: Carrera 19 No. 114 – 65 Oficina 502 en la ciudad de Bogotá D.C.
- Dirección Electrónica: asjulace01@gmail.com
- Celular: 3212682241

Mi representado doctor JOSÉ LUIS BURITICA BOHORQUEZ, recibirá notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

- Dirección Física: Transversal 19 A No. 96 – 17 Apartamento 604 de Bogotá D.C.
- Direcciones de correo electrónico: “jlburitica@yahoo.com” – “jlburitica@hotmail.com”
- Celular: “310-3758827”

Del Señor(a) Juez con la consideración y el respeto acostumbrado.

Cordialmente,



MIGUEL ALFONSO YÁÑEZ QUINTERO
C.C. No. 1.010.194.400
T.P. No. 250.450 del C. S. de la J.

DR. JOSE LUIS BURITICA BOHORQUEZ

Edad: 50 años

Registro médico: 15082 – 10.284.790.

Teléfono celular: 3103758827

E-mail: jlburitica@hotmail.com

Profesional en medicina de la universidad de Caldas, con especialización en Neurocirugía de la universidad Juan N corpas y de la Universidad del Rosario, con 18 años de experiencia en el manejo de patologías neuroquirúrgicas principalmente en columna vertebral, las cuales incluyen deformidades espinales de adultos y adolescentes, patología degenerativa y traumática, cirugía mínimamente invasiva, manejo de dolor invasivo en columna, neuro navegación y monitoreo multimodal intraoperatorio. Con entrenamiento y actualizaciones dentro y fuera del país, conferencista nacional e internacional.

Además, amplia experiencia en docencia universitaria en pre y posgrado, en las universidades Juan N. Corpas y la Universidad del Rosario, desde el 2005 hasta la actualidad.

Expresidente de la Asociación Colombiana de Neurocirugía, capítulo Bogotá – Boyacá.

Miembro de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía. International Vista Membership of the Congress of Neurological Surgeons

Actualmente laborando como neurocirujano en el Hospital Universitario Mayor - MEDERI y La Clínica de Marly

FORMACION ACADEMICA

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Título: Médico cirujano 1.988 -1.993

FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Título: NEUROCIRUJANO UNIVERSIDAD JUAN N. CORPAS

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ – BUENOS AIRES ARGENTINA

ENTRENAMIENTO CIRUGIA DE DEFORMIDADES DR. VICTOR ROSSITO - DR GABRIEL ROSSITO 2008

HOSPITAL GARRAHAN – BUENOS AIRES ARGENTINA.

ACTUALIZACION CIRUGIA DE DEFORMIDADES. DR EDUARDO GALARETTO. 2012

CENTRE TOULOUSIAN DU RAQHS – TOULOUSE, FRANCIA
ENTRENAMIENTO DR SEBASTIEN CHAROSKY – 2015

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD – GAP, FRANCIA
ENTRENAMIENTO ABORDAJES ANTERIORES A COLUMNA DORSOLUMBAR – DR GILLES NORETTE
FEBRERO 2017

TOURO UNIVERSITY NEVADA EE.UU.
FUNDAMENTALS OF NAVIGATED SPINE SURGERY COURSE - NOVIEMBRE 2017

VI SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA.
Bogotá, Colombia. Noviembre 2018. Asistente

FLORIDA HOSPITAL NICHOLSON CENTER – EE.UU.
ENTRENAMIENTO CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA Y DEFORMIDADES - JUNIO, 2018

CONGRESOS

TORACOLUMBAR POSTERIOR TOTAL CORPECTOMY
EANS 15th EUROPEAN Congress of Neurosurgery PRAGA, 2014 – EXPOSITOR.

LUMBO-ILIAC RECONSTRUCTION AFTER TOTAL SACRECTOMY
GLOBAL SPINE CONGRESS - 2016 EXPOSITOR

SIMPOSIO INTERNACIONAL E CIRUGIA DE COLUMNA Y NEUROONCOLOGIA
EXPOSITOR – PEREIRA 2017

EUROSPINE AGOSTO 2019 – HELSINKI, FINLANDIA. ASISTENTE

PUBLICACIONES

TECNICA MICROQUIRURGICA PARA EL MANEJO DE LA HERNIA LUMBAR
REVISTA DE NEUROCIENCIAS 1998

CINERESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
NEUROCIENCIAS EN COLOMBIA AGOSTO, 2000

INESTABILIDAD ATLANTO AXIAL
REVISTA ACTUALIZACION EN NEUROCIRUGIA – ACN 2015

LUMBO-ILIAC RECONSTRUCTION AFTER TOTAL SACRECTOMY
ABSTRACT, JOURNAL AO SPINE SEPTIEMBRE,2015

RECONOCIMIENTOS

RESECCION VOLUMETRICA GUIADA POR ESTEREOTAXIA DE LESIONES GLIALES
CORTICOSUBCORTICALES DE BAJO GRADO
PRIMER LUGAR – CONGRESO COLOMBIANO DE NEUROCIRUGIA - AGOSTO, 1998

ANATOMIA MICROQUIRURGICA DEL COMPLEJO DE ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR
MENCION DE HONOR – CONGRESO COLOMBIANO DE NEUROCIRUGIA AGOSTO – 2008

DISTINCION COMO MEJOR RESIDENTE 2002
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

MERITOS ACADEMICOS DE NEUROCIRUGIA
INSTRUCTOR ASISTENTE – HUM, UNIVERSIDAD DEL ROSARIO AGOSTO, 2017

DR JOSE LUIS BURITICA B.

NEUROCIRUJANO – CIRUGIA DE COLUMNA VERTEBRAL.

República de Colombia



La Escuela de Medicina Juan N. Corpas



por autorización del Ministerio de Educación Nacional
en consideración a que el Doctor

José Luis Buitrago Pachón

Cédula de Ciudadanía 40.284.790 Expedida en Manizales
ha cumplido en el

Hospital Clínica San Rafael

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Neurocirugía

Santafé de Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de febrero de 2002.

No. NC-061

José Luis Corpas

Director General
Escuela de Medicina Juan N. Corpas
Bogotá, D.C.

Dr. José Luis Buitrago Pachón

Dr. José Luis Buitrago Pachón

2



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD DE CALDAS



ACTA DE GRADO No. 005

SESION DE GRADO No. 001

Facultad de	Medicina
Fecha:	27.01.95
En ceremonia presidida por el Rector de la Universidad de Caldas: JORGE RAAD ALJURE ,	
del Decano HERNANDO GARCIA ZABALA , y del Secretario General de la Universidad	
EDUARDO GALLEGO GONZALEZ , LA UNIVERSIDAD DE CALDAS en nombre de la República	
de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título profesional	
de	MEDICO Y CIRUJANO a(l) (la) exalumno(a) JOSE LUIS
MURITICA BORRERO	identificado(a) con la Cédula
de Ciudadanía No. 10.284.790 de Manizales	y Libreta Militar No.
29907	del Distrito No. 39 , quien acreditó en debida forma el título de bachiller expedido
por el Colegio San Luis Gonzaga, Manizales en 1986	cumpliendo así todos
los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de Decanatura No. 001	
de 23.01.95	y previo juramento en el que el graduando se comprometió a cumplir fiel
y lealmente la Constitución, las Leyes de la República, la ética y los deberes de su profesión. Para	
optar por su título cumplió con los siguientes requisitos académicos: Internado Rotatorio	
realizado en el Hospital Militar Central en Santafé de Bogotá, en el período	
comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1994.	
El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el	
ejercicio de la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA. Para su	
constancia se firma en la ciudad de Manizales a los Veintisiete días del mes	

906





NOMBRES: JOSE LUIS
APELLIDOS: BURITICA BOHORQUEZ
C. C. 10.284.790 DE MANIZALES
PROFESION: MEDICO Y CIRUJANO

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

15082/ 98

Firma Medica

Nombre y Apellidos

JOSE LUIS BURITICA B.

C.C. C 10284790 De: MANIZALES

Unidad

Ciudad

CALDAS

MANIZALES

Código: 25611/01 Fecha de Expedición: 2/06/98



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
21-11-2001

BURITICA BOHORQUEZ

JOSE LUIS

CC 10284790

VALDE
MEDICO

Lumbalgia

F. Pérez Torres⁽¹⁾, C. Núñez-Cornejo Piquer⁽²⁾, C. Juliá Mollá⁽³⁾, T. Buades Soriano⁽⁴⁾, R. Ruiz de la Torre⁽⁵⁾, D. Ybáñez García⁽⁶⁾, P. Muñoz Mira⁽⁷⁾.

⁽¹⁾Reumatología. Hospital General de Requena. Valencia, ⁽²⁾Sección de Reumatología. Residencia Sanitaria La Fé. Valencia. ⁽³⁾Servicio de Rehabilitación. Hospital La Malvarrosa. Valencia, ⁽⁴⁾Reumatología, Hospital Valencia al Mar. Valencia, ⁽⁵⁾Reumatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante, ⁽⁶⁾Reumatología, Residencia Sanitaria La Fé. Valencia, ⁽⁷⁾Reumatología. Hospital de Onteniente. Valencia.

CONCEPTO

El término lumbalgia hace referencia a un síntoma y no una enfermedad o diagnóstico. Se define a la lumbalgia como un dolor localizado en la región lumbar, que frecuentemente se acompaña de dolor irradiado o referido a otras zonas próximas. Se trata de un término descriptivo que no implica connotaciones acerca del origen o fisiopatología de la enfermedad. Puede ser la manifestación de entidades muy diversas, con substratos patológicos distintos y con repercusiones y gravedad variables.

EPIDEMIOLOGÍA

La lumbalgia es un síntoma frecuente y de distribución universal que afecta a personas de cualquier edad y de ambos sexos. El 80% de la población presentará un dolor lumbar en algún momento de su vida. Los procesos agudos son autolimitados y se resuelven en el plazo de unas semanas, excepto algunos casos que se cronificarán y requieren asistencia médica continuada. Los cuadros crónicos son más frecuentes en edades comprendidas entre los 45 y 65 años y en el sexo femenino, con una razón de masculinidad de 0.43⁽¹⁾. La prevalencia de la lumbalgia puntual en la población adulta española es de 14.8%, siendo la probabilidad de padecer un episodio en 6 meses del 44.8%; la prevalencia de la lumbalgia crónica es del 7.7%⁽²⁾.

ETIOPATOGENIA

Existen múltiples procesos que pueden producir lumbalgia y en muchos casos tiene un origen multifactorial. La mayoría de las veces (90%) responde a causas vertebrales y paravertebrales, siendo difícil identificar con exactitud la causa originaria. El 10% de ellos se cronifican y pueden originar importantes repercusiones personales, familiares, laborales y económicas⁽³⁾. En el 80% de los casos los hallazgos son inespecíficos y sólo en el 20% de las ocasiones puede

Tabla 1: **Clasificación etiopatogénica del dolor lumbar**

Lumbalgia mecánica

Alteraciones estructurales

- Discal
 - No irradiado
 - Irradiado
- Facetario
- Estenosis de canal
- Espondilólisis y espondilolistesis
- Escoliosis
- Síndrome de la Cauda equina

Sobrecarga funcional y postural

Lumbalgia no mecánica

Inflamatoria

- Espondiloartropatías

Infecciosa

- Bacterias
- Micobacterias
- Hongos
- Espiroquetas
- Parásitos

Tumoral

- Tumores óseos benignos
- Tumores óseos malignos
- Metástasis vertebrales
- Tumores intra raquídeos

Otras causas

- Enfermedades endocrinas y metabólicas
- Enfermedades hematológicas
- Miscelánea:
 - Enfermedad de Paget
 - Sarcoidosis vertebral
 - Enfermedad de Charcot
 - Enfermedades hereditarias

determinarse la causa etiológica; de éstos entre un 3 y un 5% presentan una patología subyacente grave.

Las causas etiopatogénicas del dolor lumbar se resumen en la Tabla 1, sin embargo hay que constatar unas consideraciones generales aporta-

das por el grupo de Québec⁽⁴⁾. Estas se pueden resumir en tres conclusiones:

1) En la mayoría de los pacientes con lumbalgia no se encuentra una alteración estructural que la justifique.

2) La mayoría son autolimitadas en el tiempo y de curso benigno.

3) Las exploraciones diagnósticas producen escaso beneficio, siendo la descripción del dolor relatada por el paciente y su localización, la aportación más valiosa para el diagnóstico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La inespecificidad de los síntomas hace necesaria una anamnesis cuidadosa y una exploración física minuciosa que nos orienten hacia el diagnóstico, pues basándonos en estos datos podemos clasificar al paciente en grandes grupos sindrómicos que nos orientarán hacia su etiopatogenia⁽⁵⁾. En función de los síntomas podemos clasificar a los pacientes en tres grupos, pacientes con:

1) Síntomas lumbares no específicos.

2) Dolor irradiado.

3) Síntomas de alarma (Tabla 2).

Es importante valorar el tipo y características del dolor, en orden a poder clasificarlo adecuadamente. Los tipos de dolor son:

Dolor mecánico

Es el más frecuente y se presenta en más del 90% de los casos; se define como el dolor a la carga y al movimiento, que se exacerba con los esfuerzos y en determinadas posturas, disminuye con la descarga y el reposo. Este tipo de dolor lo originan todos los trastornos estructurales del raquis lumbar y la mayor parte de los casos se clasifican como Dolor lumbar mecánico inespecífico.

Debemos tener presente que la falta de correlación clínico-radiológica entre los síntomas que nos refiere el paciente y las alteraciones estructurales que encontramos en los estudios de imagen, hace que el diagnóstico etiológico solamente se aclare definitivamente en un pequeño porcentaje de casos⁽⁶⁾.

Algunos pacientes también refieren el dolor en la zona de las nalgas, ingles y cara posterior de los muslos sin acompañarse de afectación neurológica; éste puede ser secundario a la afectación de las facetas o del nervio sinuvertebral de Luschka.

Dolor irradiado

Se trata de un dolor localizado en el miembro inferior, de inicio habitualmente agudo y que suele ir precedido de lumbalgias recidivantes. Aumenta con los movimientos del raquis y con las maniobras que provocan incremento de la presión intratecal, tales como la tos, la defecación, la risa o el hablar en voz alta. El dolor irradiado se acompaña de trastornos sensitivos (parestias, disestesias, acorchamiento) y en ocasiones de trastornos motores.

Los trastornos sensitivos y motores varían según la raíz afecta (Tabla 3). Estos cuadros suelen ser secundarios a hernia discal y en ellos sí que se puede realizar un diagnóstico etiológico.

Otro tipo de dolor irradiado es el que presentan los pacientes con estenosis de canal lumbar central o lateral. En éstos, el dolor lumbar es crónico y de características mecánicas, empeora con el decúbito prono, con la marcha y con todos los movimientos de hiperextensión lumbar; por el contrario, mejora con el decúbito supino y el lateral, así como con los movimientos que reduzcan la lordosis lumbar (aumenta el calibre del canal vertebral), tales como la flexión ligera del tronco y la sedestación. También aparece irradiación uni o bilateral a los miembros inferiores de forma difusa, con parestias y diseste-

Tabla 2: **Signos de alarma ante un paciente con dolor lumbar**

Dolor en niños o adolescentes	Antecedente de trauma violento
Dolor nocturno	Antecedente de neoplasia
Esteroides sistémicos	Drogadicción y/o HIV
Pérdida de peso	Sensación de enfermedad
Movilidad muy disminuida	Deformidad evidente
Trastornos esfínteres	Pérdida progresiva de fuerza
Espondilitis	Rigidez matutina
Afectación de otras articulaciones	Iritis, colitis, uretritis
Fiebre	Soplo abdominal

Tabla 3: **Radiculopatías lumbosacras**

Nervio	Síntomas	Signos	Reflejo osteotendinoso
L2 - L4	Dolor agudo lumbar e irradiado cara anterior de muslo hasta la rodilla, cara anterior pierna hasta maléolo interno	Disminución flexión cadera, extensión rodilla, abducción pierna	Déficit rotuliano
L5	Dolor lumbar e irradiado a cara anterolateral pierna, dorso pié a dedo gordo	Disminución dorsiflexión pié Inversión y eversión pié Extensión dedo gordo	
S1	Dolor irradiado cara posterior pantorrilla, planta y cara lateral pié a dedos	Disminución flexión plantar, extensión pierna, inversión pié, flexión dedos.	Déficit Aquileo
S2-S4	Dolor sacro y zona perineal. Cara posterior pierna	Disfunción vesical e intestinal	

sias, pero sin seguir un dermatoma definido. En su evolución presentan una claudicación intermitente con debilidad muscular, que llega a obligar al paciente a detenerse y a sentarse para que desaparezcan los síntomas. La exploración física en reposo no suele aportar datos, si bien al provocar los síntomas con la marcha o en casos muy evolucionados, puede existir pérdida de reflejos y debilidad en los pies.

Estos pacientes y otros, con compromisos discuales masivos, pueden presentar el síndrome de la cauda equina, que consiste en la aparición de dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, acompañado de acorchamiento en la zona del periné y de trastornos esfinterianos, constituyendo en este caso una emergencia quirúrgica.

Dolor no mecánico

Se caracteriza por su aparición diurna y nocturna, suele ser persistente, muy molesto y se incrementa a lo largo de la noche llegando a despertar al paciente e impidiéndole dormir. Este es el cuadro clínico común, pero existen otras características diferentes según la etiología del proceso.

Así, en la lumbalgia inflamatoria de las espondiloartropatías, existe un síndrome de dolor sacroilíaco, acompañado de rigidez matutina, en ocasiones de artritis periférica y, en su caso, de otras manifestaciones extraarticulares.

En los cuadros infecciosos suele existir fiebre y mal estado general.

En los cuadros de origen tumoral es importante el antecedente de una neoplasia y debemos sospecharla ante episodios dolorosos muy intensos, de

predominio nocturno, en personas mayores de 60 años y con síntomas generales, tales como astenia, anorexia y pérdida de peso.

En la patología de origen visceral los pacientes presentan un dolor lumbar referido y, generalmente, acompañado de síntomas de la viscera afectada, siendo además la exploración vertebral normal.

En todos estos casos el diagnóstico etiológico es obligado y existen unos signos de alarma, ya mencionados, que tendremos presentes en la valoración clínica inicial del paciente⁽⁷⁾.

Dolor miofascial lumbar

Dolor lumbar de comienzo gradual después de sentarse o acostarse. Se agrava por el frío y mejora con el calor y el movimiento, está asociado a menudo con rigidez y limitación de los movimientos del raquis. Puede acompañarse de irradiación bilateral a los miembros inferiores, sin afectación radicular ni de las articulaciones sacroilíacas. Aparecen puntos gatillo en músculos erectores, fascias glútea y presacra. Algunos casos se asocian a Fibromialgia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El examen físico de los pacientes junto a la anamnesis, es lo que más nos orienta hacia el diagnóstico y constituyen la base para solicitar las diferentes exploraciones complementarias⁽⁵⁾. Continúan siendo los pilares básicos fundamentales a la hora de evaluar a un paciente con lumbalgia.

La exploración física debe ser sistemática, completa y ordenada, ajustando el orden a conveniencia del explorador:

Exploración de la columna lumbar

Inspección

Paciente en bipedestación, se valora:

- Estática de todo el raquis.
- Simetría de los hombros, crestas ilíacas, glúteos y actitud de los miembros.
- Curvaturas fisiológicas o patológicas del raquis.
- Valoración de la marcha.
- Exploración de la movilidad lumbar: Flexión, Extensión, Inflexiones laterales.
- Distancia dedos-suelo.
- Test de Schober.

Palpación

- Apófisis espinosas.
- Masas musculares paravertebrales. Buscar puntos dolorosos.

Maniobras vertebrales

- Compresión axial.
- Maniobra de Soto Holl - Neri.
- Maniobra de Godhwait.
- Maniobras de Lewin.

La positividad de estas maniobras detecta patología lumbar o irritación radicular, pero son totalmente inespecíficas.

Examen neuromuscular

- Maniobra de Naffziger-Jones.
- Maniobra de Vasalva.
- Maniobra de Lasègue. Sensibilidad (S) 80% y Especificidad (E) 40%⁽⁸⁾.
- Maniobra de Bragard.
- Maniobra de Lasègue contralateral. S 25% y E 90%⁽⁸⁾.
- Maniobra de Lasègue posterior.

La positividad de estas maniobras indica la presencia de una radiculopatía, aunque de forma poco específica. Su negatividad indica que la existencia de hernia discal es poco probable.

- Exploración de puntos dolorosos en el trayecto del dolor.
- Exploración motora:
 - Flexión dorsal del pie (L5).
 - Flexión plantar del pie. (S1). S 50% y E 70%⁽⁸⁾.
- Exploración sensorial. S 50% y E 50%.
- Exploración de los reflejos osteotendinosos:
 - Reflejo rotuliano (L4 y L5).
 - Reflejo Aquileo (S1). S 50% y E 60%⁽⁹⁾.

Exploración general

- Exploración de articulaciones axiales.

- Exploración de articulaciones periféricas.
- Exploración cutáneomucosa.
- Exploración ocular.
- Exploración cardiopulmonar.
- Exploración abdominal.
- Exploración genital.
- Estudio psicológico.
- Estudio sociolaboral.

Inconsistencia en la exploración

La presencia de 3 de estos 5 signos indica generalmente la falta de existencia de organicidad⁽¹⁰⁾.

1) Dolor de características inespecíficas, sin seguir una estructuración anatómica razonable, excesivamente intenso al pinchazo superficial, dolor muy extenso a la palpación profunda o en áreas inespecíficas.

2) Dolor lumbar provocado con las siguientes maniobras exploratorias, que no deberían resultar dolorosas (simulación): Compresión axial del raquis desde los hombros o desde la cabeza y movilización dolorosa al rotar suavemente hombros y pelvis en un mismo plano.

3) Test de estiramiento radicular con maniobras específicas para distraer al paciente. Unas veces pueden resultar positivas y en otro momento negativas. Lasegue positivo en posición sentado es muy sugestivo de simulación. Dificultad notable para elevar las piernas con el paciente en decúbito supino también es un signo de simulación.

4) Signos regionales que carecen de patrón anatómico o fisiológico. Alteraciones sensoriales sin patrón dermatometamérico. Parestesias que no siguen un dermatoma concreto o debilidad sin seguir patrón radicular.

5) Hiperreacción verbal o física ante las maniobras exploratorias.

DATOS DE LABORATORIO

Los estudios de laboratorio tienen interés o no según el grupo sindrómico que se trate. Su positividad en algunos casos tiene valor diagnóstico, sin embargo, su negatividad no excluye la existencia de enfermedad.

- Lumbalgia mecánica: Los datos de laboratorio generalmente carecen de interés, en todo caso su normalidad puede ayudar a excluir otras patologías.
- Lumbalgia inflamatoria: Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados y el HLA B 27 es positivo en la mayoría de los casos de espondiloartropatías.

- Lumbalgia infecciosa: La leucocitosis, elevación de los reactantes de fase aguda, la positividad de los cultivos y/ o de la serología para diferentes gérmenes pueden ser de notable ayuda diagnóstica.
- Lumbalgia visceral: Pruebas a determinar según la víscera afectada.
- Lumbalgia tumoral: El hemograma, los reactantes de fase aguda, la bioquímica y los marcadores tumorales pueden orientar el diagnóstico.
- Enfermedades endocrinas o metabólicas: Son necesarios los estudios del metabolismo fosfocálcico, la PTH y las hormonas tiroideas entre otras determinaciones (ver el capítulo de la osteoporosis).
- Enfermedad hematológica: Las determinaciones analíticas más empleadas son el hemograma, VSG, proteinograma, inmunoglobulinas, cadenas ligeras en suero y orina, proteinuria de Bence Jones, inmunofijación en suero, beta 2 microglobulina, punción y biopsia medular.
- Enfermedad Paget: Estudio del metabolismo fosfocálcico, principalmente las fosfatasa alcalinas e hidroxiprolinuria.

ESTUDIOS DE IMAGEN

Los estudios de imagen generalmente no son necesarios en los pacientes con dolor lumbar agudo, pues los hallazgos encontrados no suelen correlacionarse con los síntomas. Los estudios de coste efectividad demuestran que realizar estudios radiológicos en la visita inicial está asociado con un costo excesivo y una irradiación innecesaria para los escasos beneficios que aportan⁽¹¹⁾. En todo caso, estos estudios siempre deben realizarse de forma secundaria y dirigida, una vez se ha llevado a cabo una correcta anamnesis y exploración física.

En los pacientes con dolor crónico los estudios radiológicos no están asociados con la mejoría de la función lumbar, con la severidad del dolor ni con el estado de salud; en todo caso los pacientes se encontrarán más satisfechos al realizarles radiografías⁽¹¹⁾. Si bien el aporte positivo será escaso en la mayor parte de los casos, sí que nos permite descartar la existencia de procesos inflamatorios, infecciosos, neoplásicos y fracturas.

Con la realización de estudios de imagen intentaremos realizar un diagnóstico etiológico, hecho que solamente conseguiremos en un 20% de los casos⁽¹²⁾. Además, debemos tener presente que las alteraciones encontradas en estudios de imagen más sofisticados no siempre se rela-

cionan con la etiología del dolor. Así, en un grupo de voluntarios sanos se encontraron hernias discales o estenosis de canal en un 24% de mielografías, en el 36% de TC⁽¹³⁾ y en el 28% de las RM⁽¹⁴⁾. Todo ello nos induce a afirmar que estos estudios deben ser siempre dirigidos a relacionar y confirmar una sospecha clínica realizada en la anamnesis y en la exploración física minuciosa.

Radiología simple

La radiografía simple debe ser el primer paso en los estudios de imagen que vayamos a realizar. Está indicada inicialmente en aquellos pacientes que presenten algún signo de alarma; se solicitará en proyecciones anteroposterior y lateral, en carga.

Este estudio será útil en los siguientes procesos:

- Alteraciones estáticas de la columna y anomalías del desarrollo⁽⁶⁾.
 - Discopatías degenerativas. Tiene una utilidad parcial⁽⁶⁾.
 - Estenosis de canal.
 - En este caso son necesarias unas proyecciones oblicuas y dinámicas.
 - Su utilidad es para confirmar la estenosis, definir los elementos compresivos y valorar la inestabilidad.
 - Espondilólisis y espondilolistesis.
 - Son necesarias proyecciones oblicuas.
 - Utilidad para detectar la lesión, grado de desplazamiento y realizar otras medidas tales como el ángulo lumbosacro, ángulo de lordosis, etc.
 - Infección.
 - Los signos precoces son inespecíficos y los signos específicos son tardíos, entre 6 y 12 semanas.
 - S 82% y E 57%⁽¹⁵⁾.
 - Tumores.
 - Se utiliza como estudio inicial.
 - El resultado normal no descarta el proceso en pacientes con historia sugestiva.
 - S 60% y E 95%⁽¹⁵⁾.
 - Trastornos del Metabolismo óseo.
- Método inicial de estudio en:
- Fracturas osteoporóticas.
 - Enfermedad de Paget.

Tomografía Computarizada (TC)

La TC nos ofrece dos tipos de imágenes, por una parte la ventana ósea que nos permite valorar las alteraciones óseas y articulares; por otra la ventana de partes blandas, que nos permite valorar la patología discal. En este último aspecto se ha visto superada por la RM porque aquella presenta sólo una S 73% y E 77%⁽¹⁶⁾. Es, sin embargo, mucho más precisa que ésta para valo-

rar las hernias calcificadas y el aire intradiscal. Sus indicaciones principales son los siguientes procesos:

Degeneración discal

- Protusión discal
- Hernia discal.

Nos permite valorar las modificaciones en el disco intervertebral, el espacio epidural y la raíz nerviosa.

La asociación de los signos de compresión de la raíz con un cuadro clínico compatible, es altamente sugestivo de hernia discal. S 62-90% y E 70-87%⁽¹⁵⁾.

Podemos valorar hernias de cualquier localización.

Estenosis de Canal

La TC es adecuada para tomar las medidas del canal medular y valorar las calcificaciones. S 90% y E 80-96%⁽¹⁵⁾. Con contraste hidrosoluble mielográfico (mielo-TC) es mucho más fiable.

Espondilolistesis

La TC es más eficaz que la radiología convencional para valorar las lesiones ístmicas. No es apropiada para valorar el desplazamiento.

Infección

En algunos casos puede realizarse un diagnóstico precoz valorando las lesiones óseas (erosiones) y las partes blandas (abscesos).

Tumores

Su realización es útil para:

- Confirmar la lesión.
- Localización de la lesión.
- Extensión de la lesión.
- Planificación quirúrgica.

Si se utiliza contraste puede realizarse una arteriografía vertebral selectiva para la embolización prequirúrgica.

Resonancia Magnética (RM)

La RM es un método idóneo de estudio al no ser invasivo y permitir ver la totalidad de la columna lumbar y del cono medular, presentando una alta resolución espacial y visualización en diferentes planos. El uso de contrastes permite completar el estudio. Presenta una S 89% y E 82%. Su utilización está indicada en:

Degeneración discal

Permite valorar el grado de hidratación del disco de forma mucho más sensible que en TC, así como el tejido esponjoso del soma vertebral.

Hernia discal

Nos permite valorar:

- Nivel y dirección de la hernia.
- Ocupación del canal y del agujero de conjunción.
- Migración herniaria.
- Características de la hernia.
- Relación espacial con el saco dural y con el ligamento longitudinal posterior.
- S 60-100% y E 43-97%⁽¹⁵⁾.

Estenosis de canal

- Es el mejor método de valoración.
- Determina la naturaleza y extensión de las lesiones en el canal, receso lateral y agujero de conjunción.
- S 90% y E 72-100%⁽¹⁵⁾.

Espondilólisis y espondilolistesis

Resulta muy útil para valorar:

- Desplazamiento
- Rotura ístmica
- Alteraciones en los recesos laterales y foraminales.

Infección

- Más sensible en estos casos que la TC y Gammagrafía.
- Da mayor información morfológica, tanto del tejido óseo como de las partes blandas adyacentes.
- S 96% y E 90-97%.

Tumores

- Es muy útil y precoz en la valoración del tumor:
- Extensión de la lesión.
- Compresión medular y origen de la misma.
- Epiduritis.
- Fractura patológica.
- Existencia de masa tumoral prevetebral.
- Planificación quirúrgica.
- S 83-93% y E 90-97%⁽¹⁵⁾.

Mielografía

Estudio radiológico que se realiza con introducción de contraste hidrosoluble intratecal, permitiendo la visualización en negativo de las estructuras nerviosas. Su principal indicación fueron las discopatías, para lo cual ha sido totalmente desplazada por la TC y RM. Su utilidad hoy día es restringida a casos muy seleccionados y combinada con TC.

OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Estos estudios complementarios deben ir dirigidos según las características que presente el paciente, recordando que estas pruebas son tan

solo complementarias del diagnóstico o para confirmación de una sospecha clínica. Podemos realizar las siguientes:

Gammagrafía ósea

La utilización de radioisótopos nos permite visualizar zonas de hipercaptación en procesos donde existe un foco inflamatorio, es por tanto una prueba muy sensible pero muy poco específica, lo cual limita sus indicaciones.

Los isótopos utilizados son Tc99 que es el más experimentado y nos detecta focos con actividad osteoblástica, el citrato de Ga67 que nos detecta los focos de inflamación y de neoplasia, los leucocitos marcados con In 111 o Tc 99 que nos detecta los focos de inflamación no neoplásica. Con este método podemos valorar el patrón morfológico y la captación en diferentes fases. Puede ser una alternativa a la RM, en ciertos casos, según su disponibilidad.

Los procesos en los cuales pueden utilizarse son los siguientes:

- Infecciones: Muy sensible cuando se utiliza Ga67. Origina hipercaptación desde la primera semana, aunque totalmente inespecífica. Nos permite realizar un mapa óseo para determinar todos los focos.
- Tumores: Nos permite ver la extensión de las lesiones y la existencia de metástasis.
- Enfermedad de Paget, artrosis y fracturas: También puede ser de utilidad a pesar de su inespecificidad.

Estudios electrofisiológicos

Los estudios electroneurofisiológicos (ENF) nos permiten evaluar a un paciente con radiculopatía para confirmar su presencia e indicar el nivel de la raíz afecta. Obtenemos su mayor rendimiento entre las 4 semanas y los 6 meses de iniciado el cuadro, aunque su normalidad no excluye el proceso. Cuando el paciente presenta signos neurológicos anormales, los estudios presentan una S 84% y E 44%⁽¹⁷⁾.

Entre los estudios ENF el que mayor rendimiento aporta es el electromiograma (EMG), que nos informa sobre la localización, grado de severidad por la pérdida axonal, así como de la cronicación del proceso. Presenta una S 82%. También tiene utilidad para excluir otros procesos como neuropatías o plexopatías.

Discografía

Este método presenta una alta sensibilidad y especificidad, pero al ser una técnica cruenta y no exenta de riesgos tiene unas indicaciones precisas:

- Para realizar una quimionucleolisis
- Detectar discos dolorosos previo a realizar una instrumentación lumbar
- Siempre que su realización ayude posteriormente a tomar una actitud terapéutica

Pero para su realización hacen falta cumplir unos requisitos, como haber un fracaso terapéutico con el tratamiento conservador, que se mantenga la fuerza muscular y que no existan alteraciones psicológicas significativas⁽¹⁸⁾.

Punción biopsia

En los casos que sea necesario un diagnóstico etiológico, para realizar una terapéutica específica, podemos utilizar la biopsia:

- Infección: Puede realizarse una biopsia quirúrgica o bien una biopsia percutánea guiada para determinar el germen causante del proceso. En ocasiones puede incluso drenarse el mismo.
- Tumores: Biopsia percutánea dirigida para determinar estirpe celular e incluso para realizar vertebroplastia.

Artrografía facetaria

Actualmente no se ha determinado la utilidad de la artrografía, aunque sí se ha demostrado que la inyección de un anestésico local en una articulación afectada produce analgesia.

Inyección en vaina de la raíz

Al igual que en la faceta se sabe que la inyección de un analgésico en la vaina de la raíz de un paciente sintomático, origina analgesia.

La indicación es prequirúrgica para determinar la raíz afecta previo a la descompresión, o bien para evitar cirugía⁽¹⁸⁾. Presenta una S 100% y E 57-100%.

Densitometría ósea

Su utilidad exclusiva es para el diagnóstico la Osteoporosis, al determinar la Densidad Mineral Ósea (DMO).

Termografía

Su utilidad estaría basada en el aumento o disminución de la radiación infrarroja de una zona respecto a la ipsilateral. La S y E son muy variables según autores.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO

Ante un paciente con dolor lumbar podemos seguir el algoritmo diagnóstico expuesto en la figura 1.

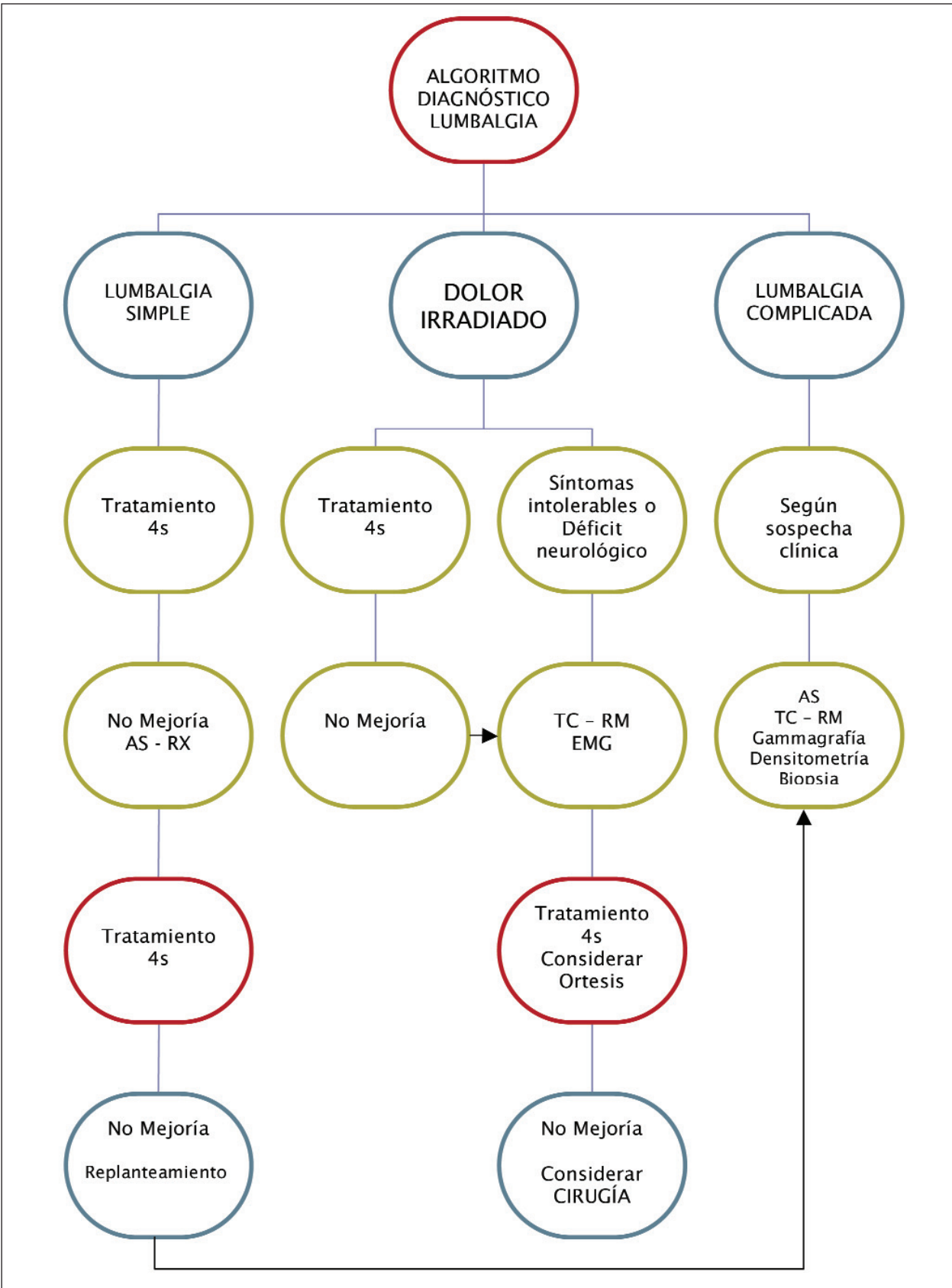


Figura 1. *Algoritmo diagnóstico de las lumbalgias*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen multitud de cuadros clínico-patológicos de origen vertebral, perivertebral (tabla 1) o extravertebral (tabla 4) capaces de originar dolor lumbar. Asimismo, existen procesos que originan un dolor referido a extremidades inferiores sin alteración de una raíz nerviosa, por lo que hay que diferenciarlos de los cuadros ciatálgicos radicales. Ante tantas posibilidades, el médico debe ser minucioso y avezado en la valoración de estos pacientes para no pasar por alto entidades potencialmente graves.

OTROS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La complejidad del dolor lumbar exige en muchos pacientes el realizar una valoración multidisciplinar, debido a la frecuencia con que algunos abocan a un cuadro de dolor crónico que se asocia a un alto grado de incapacidad. En la mayoría de los pacientes no será necesaria una evaluación tan profunda como la expuesta a continuación, pero en casos seleccionados y en ciertos ensayos clínicos su realización es obligada. En la valoración del paciente con dolor lumbar podemos realizar:

Evaluación y medida del dolor

Escala cuantitativa

Escala visual analógica⁽¹⁹⁾. Autoadministrada de 30 segundos de duración con un rango de 1-10 y puntuación inmediata.

Escala Cualitativa

Cuestionario de dolor de McGill⁽²⁰⁾. Autoadministrada de 10-15 minutos de duración. Se evalúan 3 dimensiones del dolor: sensorial, afectiva y evaluativa. Se trata de 66 adjetivos divididos en 19 subclases, un ítem que valora la intensidad del dolor y otro que valora el dolor actual. El paciente selecciona el adjetivo que mejor describe su dolor, o bien no elige sino que lo describe él mismo. Cada ítem tiene un peso específico predeterminado. Está adaptada y validada al español.

Existe una versión abreviada con 15 adjetivos descriptivos (11 sensoriales y 4 evaluativos) que se puntúan con una escala de Likert de intensidad, en 4 grados (0 = ausente y 3 = grave).

Medida de la incapacidad

Oswestry Disability Index⁽²¹⁾

Autoadministrada, de 5 minutos de duración, con rango de 0-100% y puntuación en 1 minuto.

Tabla 4: **Diagnóstico diferencial del dolor lumbar**

Dolor visceral

Vascular

- Cardiopatía isquémica
- Aneurisma de aorta abdominal. Disección, oclusión

Pleuropulmonar

- Pleuritis
- Neumotórax

Genitourinario

- Litiasis renal
- Pielonefritis
- Infección tracto urinario
- Carcinoma genital masculino
- Carcinoma genital femenino
- Endometriosis
- Embarazo ectópico
- Enfermedad inflamatoria pélvica

Gastrointestinal

- Pancreatitis
- Colecistitis
- Diverticulitis
- Úlcus duodenal
- Carcinoma aparato digestivo

Dolor Retroperitoneal

- Linfoma retroperitoneal
- Fibrosis retroperitoneal
- Hemorragia en anticoagulados

Dolor ciatálgico

Síndrome de cadera

Síndrome sacroilíaco

Roland-Morris Disability Questionnaire⁽²²⁾

Autoadministrada, de 5 minutos de duración, con rango de 0-24 puntos y corrección en 30 segundos. Consiste en 24 ítems en los que se valora desde 0 (ninguna incapacidad) hasta 24 (incapacidad máxima o total).

Medida de la calidad de vida relacionada con la salud

Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud⁽²³⁾

Autoadministrada, con 8 escalas y 36 ítems, de 5-10 minutos de duración y rango 0-100 puntos.

Evaluación de los trastornos y alteraciones psicológicas

Test de Othmer y DeSouza para la detección del trastorno de somatización⁽²⁴⁾

Heteroaplicado, explora los síntomas somáticos en 6 ítems localizados en garganta, órganos genita-

les/recto, dificultades de memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y en dedos de manos y pies.

Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde⁽²⁵⁾

Autoaplicada, consta de 20 ítems agrupados en cuatro subgrupos: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)⁽²⁶⁾

Autoaplicada, consta de 40 ítems, 20 que evalúan la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y 20 que evalúan la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). La puntuación de cada uno oscila entre 0-60 puntos.

PRONÓSTICO

El pronóstico del dolor lumbar es variable según la causa etiológica; debemos realizar el diagnóstico lo más precoz posible, para así poder modificar su curso y hacer que éste sea lo más favorable posible.

La lumbalgia más frecuente es la mecánica, su pronóstico se puede considerar dependiente de la duración de los síntomas, estableciéndose tres categorías posibles:

Dolor lumbar agudo, es el que tiene una duración inferior a las 6 semanas. Es el más frecuente y el de mejor pronóstico, ya que se resuelve en más del 90% de los casos.

Dolor lumbar subagudo, tiene una duración hasta los 6 meses y su pronóstico es más desfavorable.

Dolor lumbar crónico es el de peor pronóstico, no tanto por la gravedad del proceso, sino por las consecuencias sociolaborales y psicológicas que comporta.

Existen factores que pueden servirnos como marcadores de cronificación o de mal pronóstico en pacientes con dolor lumbar. Estos factores quedan expuestos en la Tabla 5^(1,3,27,28).

PREVENCIÓN

El origen etiológico múltiple y en numerosos casos, multifactorial, del dolor lumbar, complica el poder realizar una prevención adecuada. En aquellos casos en los que la etiología se puede determinar, la prevención consistirá en evitar todas aquellas circunstancias que puedan originar nuevos episodios.

Tabla 5: **Factores de mal pronóstico en el dolor lumbar**

Factores demográficos

- Sexo: Varones
- Edad: Laboral
- Nivel educativo bajo
- Nivel socioeconómico bajo

Factores laborales.

- Trabajo mecánico: Vibración, flexión, torsión
- Trabajo monótono y repetitivo
- Insatisfacción laboral
- Bajas laborales
- Litigios laborales
- Compensaciones económicas
- Accidente laboral percibido

Factores médicos

- Enfermedades concomitantes
- Síndrome doloroso crónico
- Drogodependencia o abuso de sustancias
- Indicadores de salud asociados:
 - Fatigabilidad y cansancio
 - Cefaleas
 - Alteraciones del sueño
 - Molestias digestivas inespecíficas
- Sedentarismo
- Discapacidad asociada

Factores psicológicos

- Antecedentes de patología psiquiátrica
- Depresión o ansiedad
- Alteraciones de la personalidad
- Baja capacidad de afrontamiento

El grupo más complicado a la hora de la prevención es el de la lumbalgia mecánica inespecífica, que engloba a la mayor parte de los pacientes y en los cuales no puede determinarse una causa etiológica. La prevención de estos procesos será evitando todos los factores de mal pronóstico que se han establecido anteriormente.

TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS

En primer lugar daremos una visión global del manejo terapéutico de la lumbalgia, a través de un algoritmo que nos facilitará la toma de decisiones ante un paciente con diagnóstico de lumbalgia simple (figuras 2 y 3).

En segundo lugar, describiremos las medidas terapéuticas generales, los tratamientos farmacológicos

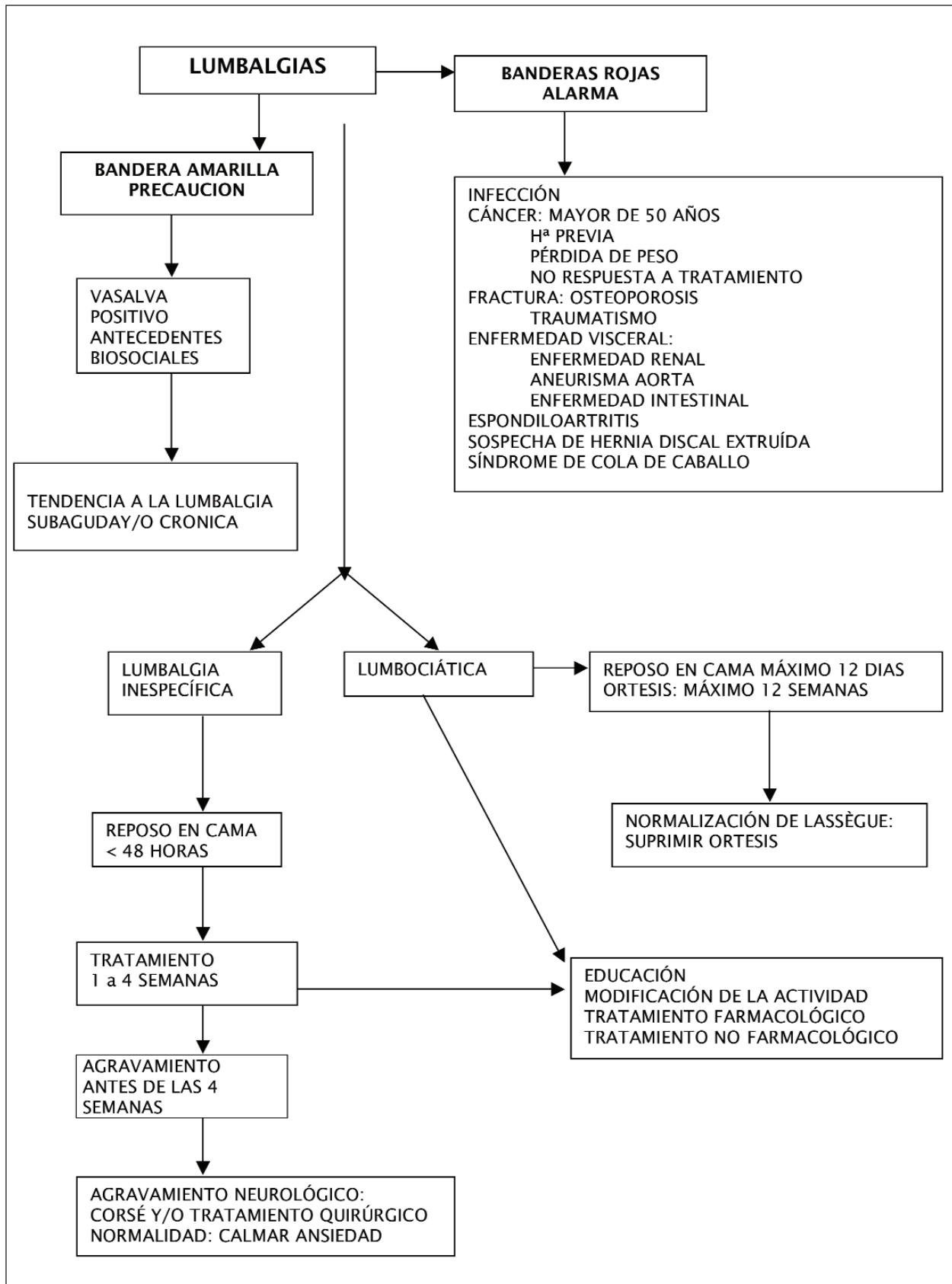


Figura 2. **Algoritmo de tratamiento de las lumbalgias**

y no farmacológicos más adecuados en el manejo de los diferentes tipos de lumbalgia. Para ello, hemos de tener en cuenta la presencia o ausencia de síntomas de afectación neurológica, así como de factores biopsicosociales que pueden condicionar la evolución de la enfermedad. Abordaremos igualmente, aunque de forma somera, las indicaciones de la cirugía en la lumbalgia tanto aguda como crónica.

Tras descartar las lumbalgias específicas mediante el cribado por “banderas rojas” (signos de alarma), entramos en el tratamiento de las lumbalgias con o sin afectación neurológica^(29, 30).

LUMBALGIA AGUDA SIN AFECTACIÓN NEUROLÓGICA⁽³¹⁾

Medidas generales

La revisión sistemática de la bibliografía evidencia que ningún tratamiento, solo o en combinación, es capaz de acortar significativamente la duración del episodio de lumbalgia aguda. Sin embargo, el tratamiento alivia el dolor y permite la vuelta a la actividad habitual.

Reposo

Sólo se debe indicar en las primeras 48 horas si el dolor es invalidante. Hay evidencia científica suficiente de que el reposo prolongado no mejora el pronóstico, sino que favorece la pérdida de la forma física. Por otro lado, hay evidencia de que la actividad contribuye a la disminución de los síntomas y a que no se cronifique la lumbalgia, disminuyendo las ausencias del trabajo⁽³²⁾.

Educación

Incluye la información sobre el proceso y de su habitual evolución hacia la resolución en un corto período de tiempo (el 90% se resuelven espontáneamente en 4 semanas). Es fundamental para facilitar la actividad, desdramatizando la situación.

Supresión de los factores de riesgo y modificación de la actividad

Se evitarán temporalmente actividades que conlleven sobrecarga mecánica del raquis lumbar. Asimismo, se recomienda llevar una vida activa, teniendo en cuenta el estado de salud global y las demandas del puesto de trabajo.

Tratamiento farmacológico

Debe ser pautado y no a demanda. Puede incluir los siguientes grupos farmacológicos:

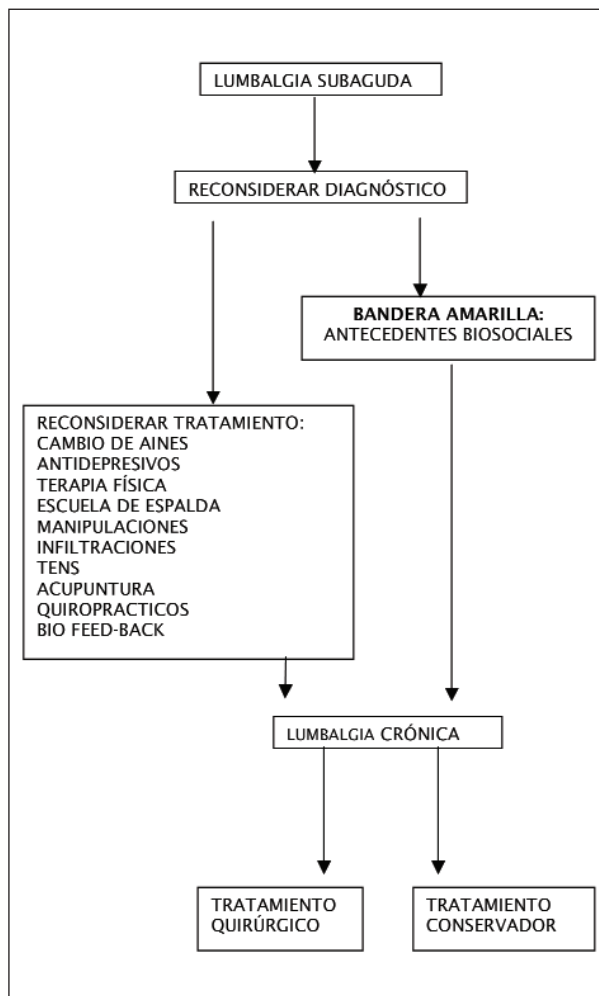


Figura 3. **Algoritmo de tratamiento de las lumbalgias**

AINE

Son eficaces para aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional (nivel de evidencia A). Hay que valorar sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones⁽³³⁾.

Analgésicos

Hay evidencia de su eficacia para aliviar el dolor⁽³⁴⁾. (nivel de evidencia A).

Relajantes musculares

Existe evidencia de su eficacia en la lumbalgia aguda, cuando existe contractura muscular. Su retirada debe ser progresiva. Su uso no debe ser prolongado (1-2 semanas). No está demostrado que su eficacia sea igual o superior a los AINE⁽³⁵⁾.

Corticoides

No se recomienda el uso de corticoesteroides orales para el tratamiento de la lumbalgia aguda.

Terapia de infiltraciones

No se recomiendan las infiltraciones en los puntos gatillo ni en las facetas, y no hay evidencia alguna actual de la efectividad de las infiltraciones epidurales con esteroides, anestésicos locales u opioides, en la lumbalgia aguda sin radiculopatía. Las infiltraciones epidurales con esteroides persiguen el alivio a corto plazo del dolor radicular⁽³⁶⁾.

Antidepresivos

No son útiles en el tratamiento de la lumbalgia aguda⁽³⁰⁾.

Tratamiento no farmacológico

Ortesis lumbares

La revisión sistemática de la bibliografía demuestra la pobre calidad metodológica de los estudios, con resultados contradictorios, no pudiendo ser recomendado su uso en el tratamiento de la lumbalgia aguda sin afectación neurológica. La tendencia actual es la prescripción de éstos cuando existen síntomas neurológicos. Se ha demostrado que no disminuyen la demanda muscular mediante estudios con EMG. Su utilidad es debida probablemente a la restricción de la movilidad⁽³⁷⁾.

Tratamientos físicos

1) Masaje: No hay suficiente evidencia de su efectividad como terapia única en la lumbalgia aguda inespecífica⁽³⁸⁾.

2) Termoterapia: No hay evidencia de su efectividad como terapia única, si bien se prescriben como coadyuvantes para el alivio del dolor y la contractura, y poder facilitar la realización de ejercicio.

3) Electroterapia:^(39,40)

- TENS: Es ampliamente usada para al alivio del dolor, aunque hay evidencia moderada de su efectividad, si bien no influye en el tiempo de resolución del episodio de lumbalgia.
- Corrientes interferenciales: Tienen efecto relajante y analgésico.
- Corrientes de Traëbert: Tienen un potente efecto analgésico.

4) Tracción: El uso de fuerza de tracción por debajo del 25% del peso corporal no incrementa el espacio intervertebral; su efecto consiste en conseguir relajación muscular y modificar la lordosis. Los resultados de los estudios no permiten aseverar su efectividad⁽³⁹⁾.

5) Manipulaciones: Pueden proporcionar mejorías del dolor y del nivel de actividad a corto plazo. Aún así, los estudios ofrecen resultados contradictorios.

6) Ejercicios: Se cuestiona si una intervención precoz puede alterar la tasa de recuperación espontánea. Se ha encontrado fuerte evidencia de la falta de efectividad de un programa de ejercicios en el dolor lumbar agudo⁽⁴¹⁾.

Tratamientos alternativos

Acupuntura.

Hay evidencia de su falta de eficacia en la lumbalgia aguda⁽⁴²⁾.

En caso de agravamiento de la lumbalgia en las cuatro primeras semanas, hemos de evaluar si ha aparecido afectación neurológica. Si se objetiva, hay que tratarla con ortesis y/ o considerar el tratamiento quirúrgico^(29,30). En caso de normalidad neurológica, hay que calmar la ansiedad del paciente.

LUMBALGIA AGUDA

CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA

Se adaptará una ortesis de tronco con el fin de disminuir la movilidad, hasta un máximo de 12 semanas, al cabo de las cuales, un indicativo del momento de su retirada debe ser la mejoría clínica. Debe prescribirse un corsé rígido prefabricado o moldeado y, en la fase de mejoría, pasar a un corsé semirígido para iniciar la actividad.

El resto de medidas terapéuticas son las mismas que en la lumbalgia aguda simple. En el caso de mantenerse o aumentar la afectación neurológica es necesaria la valoración quirúrgica. El ejercicio está contraindicado en caso de compresión radicular aguda.

LUMBALGIA AGUDA RECIDIVANTE

El tratamiento del episodio es similar al de la lumbalgia aguda pero se aconseja introducir un programa de ejercicios supervisados que debe seguirse de forma habitual, para disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de lumbalgia (evidencia B)⁽⁴³⁾.

En las primeras cuatro semanas de evolución de una lumbalgia aguda existen unas alertas amarillas que pueden ser indicadores de cronificación del proceso, como son el aumento del dolor con la tos y el estornudo, y los antecedentes biosociales.^(29,39)

Pasadas las cuatro semanas sin resolución de la lumbalgia, hay que reconsiderar el diagnóstico y el tratamiento, mediante cambio de estrategia farmacológica e introducción de medidas rehabilitadoras.

LUMBALGIA SUBAGUDA

Medidas generales

El adelgazamiento en personas obesas y la actividad física creciente son importantes y deben individualizarse según el estado funcional de cada paciente. La educación postural y las medidas ergonómicas en relación con el puesto de trabajo pueden contribuir a la prevención de recidivas.^(29,30) Es obligada la valoración de las condiciones biopsicosociales.

Tratamiento farmacológico

Si el paciente no ha respondido a un AINE, cambiarlo por otro o utilizar combinaciones de los distintos fármacos, pero no es aconsejable mezclar AINE. Puede estar indicado iniciar tratamiento antidepresivo.

Tratamiento no farmacológico

Existen muy pocos trabajos que contemplen específicamente el tratamiento de la lumbalgia subaguda.

Existe evidencia (B) de la efectividad de programas de ejercicios, si bien no se ha demostrado la superioridad de uno sobre otro. Asimismo, hay evidencia B de la efectividad de los masajes, manipulación, educación (higiene postural, economía articular) en combinación con los ejercicios⁽⁴⁴⁾.

La efectividad de las escuelas de espalda está por demostrar⁽⁴⁵⁾.

Existe una alarma amarilla que tiene que tenerse en consideración ya que puede llevarnos a la cronicidad y que es la existencia de problemática biosocial.^(29,30)

LUMBALGIA CRÓNICA

El principal objetivo del tratamiento de la lumbalgia es la vuelta al trabajo y actividades habituales lo más pronto posible.

Tratamiento farmacológico

Analgésicos

Pueden ser útiles (nivel de evidencia C)⁽²⁹⁾.

AINE

Pueden ser útiles (nivel de evidencia C).^(33,35)

Antidepresivos

Pueden ser útiles (nivel de evidencia C),^(29,30) pero es necesario valorar el entorno y factores de riesgo biosociales, sobre los que hay que actuar.

Relajantes musculares

Pueden ser útiles (nivel de evidencia C)⁽³⁵⁾.

Infiltraciones

No existe evidencia de su efectividad. Actualmente se están utilizando infiltraciones con toxina botulínica en los músculos afectados, en caso de contracciones intensas rebeldes a los relajantes musculares. Su efecto puede durar varios meses.

Vitamina B12 intramuscular

Parece que pudiera ser eficaz en los casos en que se acompañe de dolor radicular, aunque no existe evidencia definitiva de su efectividad.

Tratamiento no farmacológico

Ejercicio y rehabilitación

Ejercicio y técnicas de Medicina Física y Rehabilitación. Existen evidencias consistentes (nivel de evidencia A) de que el ejercicio parece ser la única medida preventiva eficaz del dolor de espalda. Existen numerosos programas de ejercicios, pero no se ha demostrado la superioridad de uno sobre otro. Lo esencial es su cumplimiento a lo largo del tiempo. Hay fuerte evidencia de que ejercicio y fisioterapia convencional (incluyendo estiramientos, flexibilización, escuela de espalda y terapia conductual) son igualmente efectivos^(46,47).

TENS

El uso de TENS puede ser útil en el control del dolor lumbar crónico, junto a otras medidas terapéuticas, fundamentalmente el ejercicio.⁽³¹⁾

Programas de tratamiento multidisciplinarios

Los programas de rehabilitación multidisciplinarios intensivos diarios, proporcionan mejorías en el dolor y funcionalidad, superiores a tratamientos no intensivos y no multidisciplinarios.⁽⁴⁸⁾

Tratamientos alternativos

Hidroterapia

El tratamiento termal, como terapia multifactorial, en combinación con otras técnicas, ofrece unos resultados globales de clara mejoría. Disminuye el dolor, la discapacidad y mejora la calidad de vida. Se ha constatado una disminución en el consumo de analgésicos y AINE.⁽⁴⁹⁾

Acupuntura

No se ha demostrado su eficacia.⁽⁴²⁾

Manipulaciones osteopáticas

Tampoco hay evidencia de su efectividad.

LUMBOCIÁTICA CRÓNICA

Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Se deben seguir pautas similares a la lumbalgia crónica simple. En caso de fracaso del control de los síntomas y de que éstos interfieran el desarrollo de una vida normal, es preciso valorar tratamientos más agresivos:

Dolor facetario: Rizólisis del ramo posterior de la raíz dorsal.

Dolor radicular: Bloqueo radicular selectivo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUMBALGIA

Una minoría de pacientes con dolor lumbar requiere tratamiento quirúrgico (1-2%). Hay que tener en cuenta que generalmente no existe correlación entre los hallazgos de imagen y las manifestaciones clínicas, siendo éstas las determinantes en la toma de decisiones. Es el cirujano quien debe indicar la técnica idónea, según las características del paciente y de su propia pericia. Los resultados son mejores en pacientes jóvenes y en una primera intervención.

Indicaciones para remitir al cirujano⁽⁵⁰⁾

- Aumento del déficit neurológico.
- Síndrome de cauda equina.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Fracaso de la respuesta al tratamiento conservador tras 4-6 semanas con persistencia de ciática severa o evidencia clínica de compromiso neurológico importante, más allá de una simple arreflexia rotuliana o aquílea.

Técnicas quirúrgicas en la hernia discal

- Microdiscectomía y discectomía quirúrgica (evidencia D), con o sin fijación.
- Quimionucleolisis (evidencia B), como método intermedio entre el tratamiento conservador y el quirúrgico
- Discectomía percutánea y discectomía con láser, están bajo investigación.

Hay dudas de la relación coste-efectividad de todas las técnicas quirúrgicas relacionadas con la hernia discal.⁽⁵¹⁾

Tratamiento quirúrgico de la espondilólisis degenerativa lumbar

La espondilólisis degenerativa lumbar está asociada a dolor, inestabilidad, estenosis de canal y espondilolistesis. Hay una ausencia de evidencia acerca del papel, naturaleza, historia natural e indi-

caciones clínicas para el tratamiento quirúrgico. Tampoco existe consenso sobre las técnicas quirúrgicas más adecuadas.^(52,53) El tratamiento quirúrgico puede ser de fusión, para el dolor de origen discogénico o facetario y/o la descompresión, en caso de compromiso de la raíz o de síndrome de la cauda equina. Actualmente se utilizan técnicas de fusión instrumentada. La revisión de la literatura demuestra que no hay evidencia científica acerca de la efectividad de cualquier forma de descompresión quirúrgica o fusión para la espondilólisis lumbar degenerativa en comparación con la historia natural, placebo o tratamientos conservadores.⁽⁵¹⁾

SÍNDROME DE LA CIRUGÍA RAQUÍDEA FRACASADA

Las series revisadas de intervenciones quirúrgicas en patología dolorosa lumbar revelan un 20% de fracasos sea cual sea el diagnóstico y la técnica quirúrgica realizada. El resultado de sucesivas intervenciones tiene menores probabilidades de éxito.

El síndrome de la cirugía raquídea fracasada consiste en un dolor complejo de tipo neuropático mixto, por afectación del asta posterior medular, debido a sensibilización central y con afectación principalmente simpática.

En estos casos con dolor en el miembro inferior suele dar buen resultado la estimulación eléctrica de los cordones dorsales de la médula espinal mediante la implantación de un electrodo (técnica propia de las Unidades de Dolor).

En caso de fracaso de la estimulación, hay que recurrir al uso de opioides orales, transdérmicos e incluso intratecales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Torres F, Suárez-Varela MM, Pérez Caballero P, Llópiz González A. Descripción de pacientes con dolor lumbar crónico en relación con el diagnóstico y actividad laboral. Variaciones respecto a la población general. Rev Esp Reumatol 1999; 26:255-261.
2. Estudio Episer. Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Sociedad Española de Reumatología 2001.
3. Pérez Torres F, Ybáñez García D, Pérez Caballero P, Morales M, Llópiz A. Variaciones en las pirámides de población de pacientes con dolor lumbar crónico en una zona rural, respecto de la población general e impacto sociolaboral y psicológico ejercido. Rev Esp Reumatol 2001; 28:180.
4. Spitzer WO et al. (Quebec Task Force on Spinal

- Dosorders). Scientific approach to the assesment of management of activity spinals related disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 1987; 12:S1-S59.
5. Pérez Torres F, Morales Suárez-Varela M, Pérez Caballero P, Ybáñez García D, Llópiz González A. Historia clínica y exploración física en pacientes con dolor lumbar crónico. Clasificación de pacientes con un árbol de decisión. *An Med Interna* 2000; 17 (3): 127-136.
 6. Pérez Torres F, Morales Suárez-Varela M, Pérez Caballero P, Ybáñez García D, Llópiz González A. Alteraciones radiológicas y su aportación a la clasificación de los pacientes con dolor lumbar crónico. *Rheuma* 2001; 4: 21-29.
 7. Bigos S, Bowyer G et al. Acute low back pain problems in adults. Clinical practice Guidline, quick reference guide number 14, US. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR pub nº 95-0643, 1994.
 8. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain?. *JAMA* 1992; 268:760.
 9. Felsenthal G, Reischer MA. Asymetric hamstring reflexes indicative of L5 radicular lesion. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63:377.
 10. Waddel G, McCullogh JA, Kummel E; Venner RM. Non organic physical sign in low back pain. *Spine* 1980; 5:117-120.
 11. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322-400.
 12. Humberia A. Lumbalgia mecánica inespecífica: un reto sin resolver. *Rev Esp Reumatol* 1996; 23:299-301.
 13. Wiesel SW, Tsoumas N, Feffer HL, Citrin CM, Patronas N. A study of CAT. Incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 1984:549-555.
 14. Jensen MC, Brant-Zawadki MN, Obuchowski N. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994; 331:69-73.
 15. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137:586.
 16. Sanderson PL, Wood PL,. Surgery for lumbar spinal stenosis in old people. *J Bone Joint Surg* 1993; 75B:393-397.
 17. Lauder TD, Dillingham TR, Andary M, et al. Predecting electrodiagnostic outcome in patients with upper limb symptoms: are the history and physical examination help ful? *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:436-441.
 18. Van Akkerveeken PF. Diagnosis inyections: an overview of discography, facet artrpgraphy and nerve root infiltration. En: Frymoyer JW ed. *The Adult Spine. Priciples and Practice*. 2ª ed Philadelphia: Lippincott Rave Publishers, 1997:663-670.
 19. Huskinsson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2:1127-1131
 20. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-299
 21. Fairbank JCT, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Questionnaire. *Physiotherapy* 1980 Vol. 66 (8):271-273.
 22. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983 Vol. 8 (2):141-144
 23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-form Health-Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992: 30:473-483
 24. Othmer E, DeSouza C. A screening test of somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1146-1149
 25. Zung W. A self-rating depression scala. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12:63-70
 26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1970
 27. Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatolo* 1988;39:55-67.
 28. Grau Caño M, Moyá Ferrer F. Clínica de la lumbalgia. En: Cáceres Palou E, Sanmartí Sala R. *Lumbalgia y lumbociatálgia*, Masson SA 1998: 23:30.
 29. VHA Directive 96/053; VA HSR&D MDRC 1998
 30. Modified by birch and Davis Associates, Inc. and the specialist board of: AHCPR the Rule of the Clinical Practice Not 14. Sharp I Lower the Problems Behind Adults. Diciembre 1994;14:13
 31. Frank AO. De Souza LH. Conservative management of low back pain. *Int J Clin Pract*. 2001 Jan-Feb;55(1):21-31. Review
 32. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 33. Van Tudler MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 34. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. *J Rheumatol* 2000;27:772-7
 35. Tulder MW, Van Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 36. Nelemans PJ, de Bie RA, de Vet HCW, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*,

- Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
37. Van Tulder MW, Jellema P, Van Poppel MNM, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 38. Burlan AD, Brosseau L, Imamura M, Irvin E. Massage for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 39. Muñoz Lasa S, Valero R, Atin M. Tratamiento rehabilitador de las lumbalgias. JANO Vol. II Nº 3 / Nov-Dic 2001
 40. Milne S, Welch V, Brosseau L, Saginur M, Shea B, Tugwell P, Wells G. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 41. Van Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 42. Van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. Acupuncture for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 43. Soukup MG, Lonn J, Glomsrod B, Bo K, Larsen S. Exercises and education as secondary prevention for recurrent low back pain. *Physioter Res Int* 2001; 6(1):27-39
 44. Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 45. Van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 46. Van Tulder MW, Ostelo R, Vlaejen J, Linton S, Morley S, Assendelft W. Behavioural treatment for chronic low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 47. McGill SM. Low back pain stability: from formal description to issues for performance and rehabilitation. *Exerc Sport Sci Rev*. 2001; 29(1): 26-31. Review. PMID: 11210443 [PubMed - indexed for MEDLINE]
 48. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary Bio-Psychosocial Rehabilitation for Chronic Low Back Pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 49. Queneau P, Fracon A, Graber DB. Methodological reflections on 20 randomized clinical hydrotherapy trials in rheumatology *Therapie (Therapie)* 2001;6(56):675-684
 50. Leirich JR, Sheon RP. Treatment of low back pain unresponsive to conservative management. *UpToDate*. vol 8 nº 3.
 51. Gibson JN, Grant IC, Waddell G. Surgery for lumbar disc prolapse. *Cochrane database syst rev* 2000;(3).
 52. Standaert CJ, Herring SA, Halpem B, King O. Spondylolysis *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2000 Nov; 11(4):785-803. Review
 53. Gibson JNA, Waddell G, Grandt IC. Cirugía para la espondilosis degenerativa lumbar. In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.



A Wandering Intravascular Scalpel Fragment After Lumbar Discectomy: A Case Report

Lomber Diskektomi Sonrası Damar İçinde Dolaşan Bistüri Parçası: Olgu Sunumu

Adem Bozkurt ARAS¹, Omer Faruk OZKAN², Timucin ALAR³, Adile OZKAN⁴, M. Kasım ARIK², Sule KOSAR⁵, Bahadır KIRILMAZ⁶, Betül KIZILDAG⁵, Tarık AKMAN¹, Tolga KURT⁷, Bahadır ALKAN¹, Mustafa SACAR⁷, Murat COSAR¹

¹Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Neurosurgery, Canakkale, Turkey

²Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of General Surgery, Canakkale, Turkey

³Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Thoracic Surgery, Canakkale, Turkey

⁴Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Neurology, Canakkale, Turkey

⁵Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Radiology, Canakkale, Turkey

⁶Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Cardiology, Canakkale, Turkey

⁷Canakkale 18 March University, School of Medicine, Department of Cardiothoracic Surgery, Canakkale, Turkey

Corresponding Author: Adem Bozkurt ARAS / E-mail: adem_aras@yahoo.com

ABSTRACT

Vascular complications after lumbar discectomy are rarely seen. We present a unique and potentially life-threatening postoperative complication from this procedure. A 27-year-old man was admitted to our emergency vascular unit 1 day after a lumbar discectomy, during which a scalpel blade fragmented and a part was lost. Radiological images of the patient were performed and a broken scalpel blade was located anterior to the sacrum. An anterior laparotomy was performed which identified a mass within the left iliac vein that migrated suddenly to the inferior vena cava. An emergency angiography was performed, by which time the scalpel blade had ascended to the right-sided inferior pulmonary artery. It was subsequently removed via a right lateral thoracotomy.

KEYWORDS: Iliac vein, Lumbar discectomy, Pulmonary artery, Scalpel

ÖZ

Lomber diskektomi sonrası vasküler komplikasyonlar nadir görülür. Bu işlemten kaynaklanan nadir ve potansiyel olarak hayatı tehdit edici bir postoperatif komplikasyonu sunuyoruz. Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta, lomber diskektomi işleminden 1 gün sonra, acil vasküler ünitesine başvurdu. Lomber diskektomi işlemi sonrasında bistüri parçası kırılmış ve sonrasında kaybolmuş. Hastada radyolojik incelemeler yapıldı ve kırılmış bistüri sapının sakrumun anteriorunda olduğu belirlendi. Anterior laparotomi yapıldı. Operasyon esnasında sol iliak ven içinden aniden inferior vena kavaya doğru ilerleyen kitle saptandı. Acil anjiyografi yapıldı. İşlem esnasında bistüri sapı sağ inferior pulmoner artere doğru ilerledi. Daha sonra lateral torakotomi yapılarak parçalanmış bistüri sapı çıkartıldı.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: İliak ven, Lomber diskektomi, Pulmoner arter, Bistüri

INTRODUCTION

Millions of spinal surgical approaches are performed routinely across the world each year. The vascular complication rate after lumbar discectomy is approximately 1-5/10,000, which is rare compared to after vascular surgery (6,4). Major vascular injuries require prompt diagnosis and emergency treatment because of a reported mortality rate of more than 40% (4,7). The mortality rate is associated with the extent of the injury, time to diagnosis and the vessel diameter (7). This type of complication has been well documented in the literature after vascular surgery, but to date there has been no published reports of a wandering broken scalpel blade within the major blood vessels after spinal surgery.

Here, we report a case that presented with an intravascular mass after spinal surgery, which was due to a broken scalpel blade that migrated into the internal iliac vein and subsequently travelled to a pulmonary artery. We report the management of this unique condition and the treatment procedures that led to a successful outcome.

CASE REPORT

A 27-year-old man was admitted to our emergency unit after a lumbar L5-S1 level microdiscectomy operation, during which a scalpel blade had been broken and lost. The broken blade was lost at the L5-S1 level during extensive surgical manipulations including a total laminectomy. The scalpel fragment passed to the anterior part of the L5-S1 disc level

and crossed the anterior longitudinal ligament, after which it was lost to direct vision.

The hemodynamic findings and other vital signs of the patient were normal. Radiological examinations, including radiography and a lumbar computed tomography (CT) scan were performed. The scalpel fragment measuring 12 x 5 mm in diameter was found to be located at the anterior of the sacrum extending towards the left common iliac vein (Figure 1).

An explorative abdominal laparotomy was performed and the rectum was mobilized to visualize the anatomical landmarks. The sacrum was exposed and the bifurcation of the common iliac vein was identified proximally. Although this extensive exploration was aided by a peri-operative biplanar scope, we could not visualize the scalpel fragment, but a small injury was noted on the posterior aspect of the left common iliac vein (Figure 2A, B).

We decided to perform a peri-operative ultrasonography (USG) of the vascular structures, and this technique identified the scalpel fragment coated with a thick thrombus within the left common iliac vein. During this procedure, the fragment moved suddenly, disappearing upwards into the inferior vena cava (Figure 2C). Surgery was concluded and an angiography was performed that showed the fragment had migrated into the right-sided pulmonary artery via the right atrium, right ventricle and pulmonary artery (Figure 2D). A contrast thoracic CT scan was performed that confirmed the location of the scalpel fragment was within the right inferior pulmonary artery (Figure 3). A right lateral thoracotomy was performed and the fragment was successfully extracted (Figure 4).

The patient was stabilized in the intensive care unit for 1 day, and discharged from hospital five days after the thoracotomy. The patient had no long-term ill effects of this complication over the three months follow-up period.

DISCUSSION

Linton and White defined the major potential vascular injuries that could occur during spinal surgery (7). The rate of great vessel injury was reported to be rare at between 1 and 5 in 10,000 cases. However, the mortality rate stands at 40-80% according to the injury and the importance of vessels involved (5). The location of vascular injury is related to the level of spinal surgery. Although injuries to the iliac artery and veins are seen during spinal surgery at the L4-S1 vertebral level, aortic and vena caval injuries can occur during spinal surgeries at the L1-3 vertebral level (1,7).

Vascular injuries during spinal surgery can be divided into early and late categories. Lacerations to vessels are early vascular complications while arteriovenous fistulas and pseudoaneurysms are defined as late vascular complications (5). The present early complication developed after part of a broken scalpel blade was lost during posterior microdiscectomy. A literature search using PubMed and related online databases showed that our case is unique in its clinical presentation. We believe that the aggressive manipulations of the spinal surgeon and the sharpness of the scalpel led to the anterior movement of the fragment. In 1953, Leavens and Bradford reported that the defects in the anterior annulus fibrosus and longitudinal ligaments could allow great vessel injuries during spinal surgery (3,5), which could have contributed to the complication in this case.

Hemodynamic signs during spinal surgery must be taken seriously. The rapid development of hypotension and tachycardia suggest great vessel injury, which carry a high mortality rate (2,3). If this occurs, spinal surgery must be stopped and an emergency laparotomy with vascular interventions as required must be conducted.

Diagnostic angiography is gold standard technique for the investigation of cases that are hemodynamically stable after vascular injury (3). A lumbar CT was performed in this case to localize the scalpel fragment as the patient was stable (4),

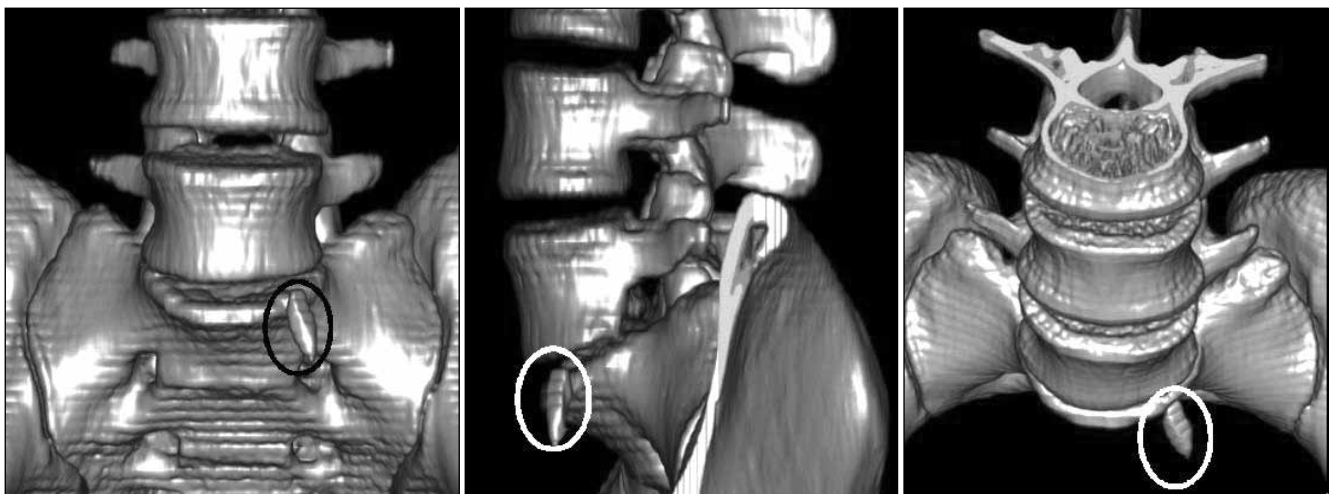


Figure 1: The 3D CT scan is showing the fragmented scalpel at the anterior location of L5-S1 disc level.

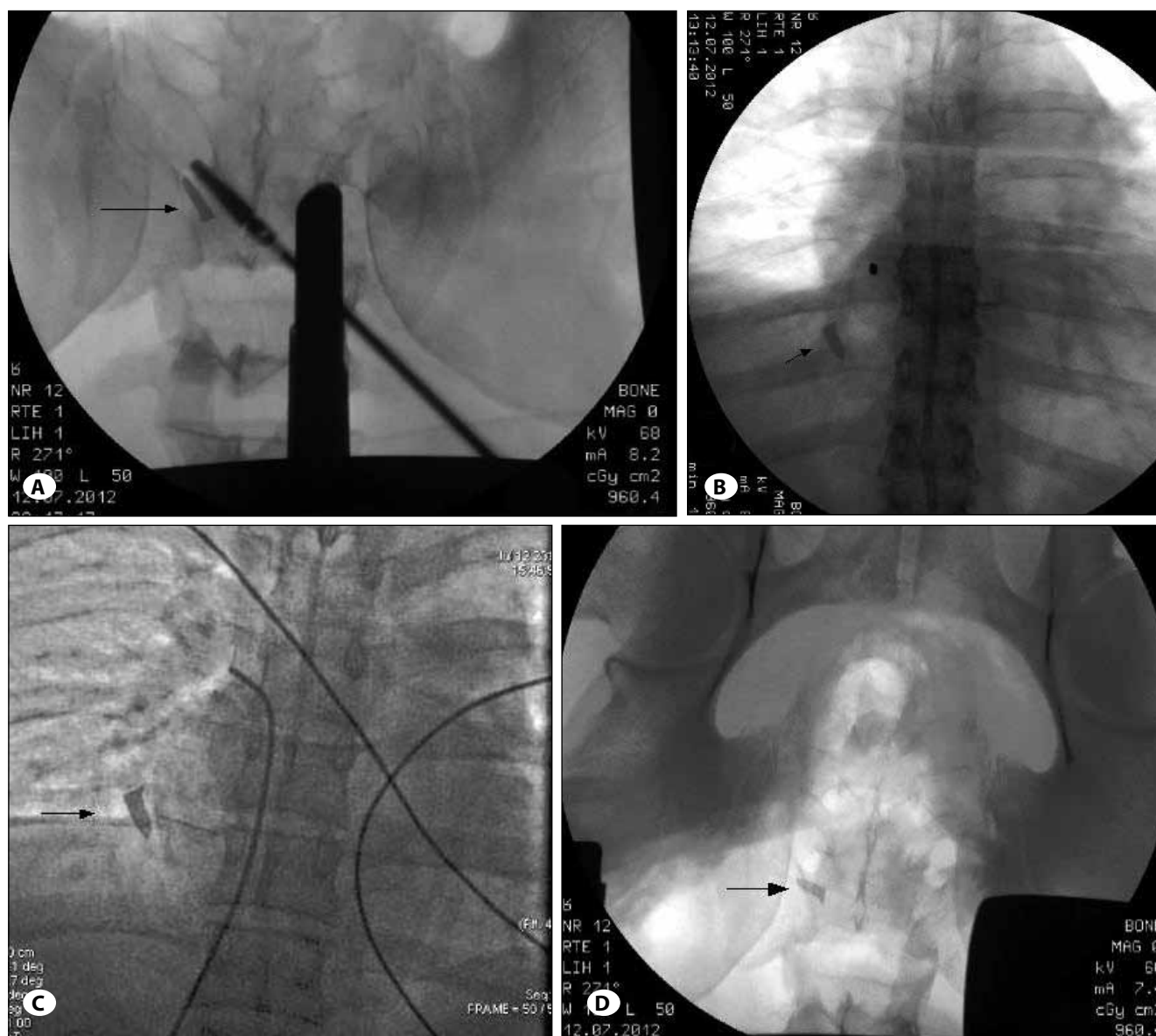


Figure 2: A, B) The peroperative biplanar scopy images showing the scalpel fragment at the anterior of the vertebral body. C) The peroperative scopy images showing the scalpel fragment in the inferior vena cava. D) The angiography images.

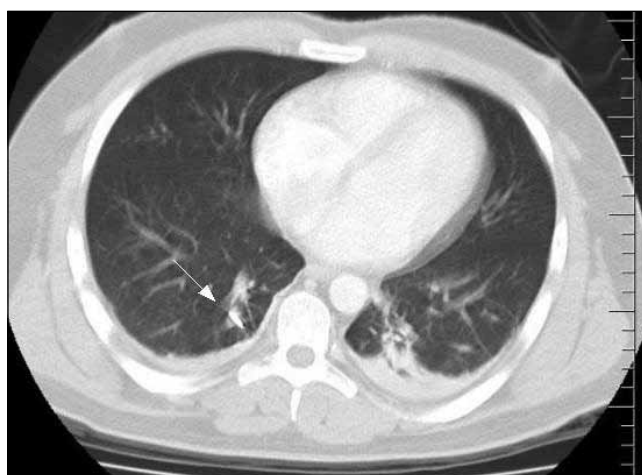


Figure 3: The contrast enhanced thorax CT showing the scalpel fragment inside the right inferior pulmonary artery.



Figure 4: The macroscopic view of the extracted scalpel fragment.

and was indeed useful in the planning of the surgical strategy. Our complicated case was managed with a multidisciplinary team, that included therapeutic angiography performed by cardiologists and neurosurgeons and cardiovascular surgeons who ultimately extracted the fragment from the pulmonary artery. This team undoubtedly avoided the death of this patient.

CONCLUSION

We conclude that the sharp surgical tools during spinal surgery must be used carefully and aggressive manipulations must not be used to retrieve lost surgical equipment. Spinal surgeons should be aware of the adjacent vascular and neural structures. In the event of such a complication, we recommend the involvement of a multidisciplinary team.

REFERENCES

1. Gallerani M, Maida G, Boari B, Galeotti R, Rocca T, Gasbarro V: High output heart failure due to an iatrogenic arteriovenous fistula after lumbar disc surgery. *Acta Neurochir (Wien)* 149: 1243-1247, 2007
2. Goodkin R, Laska LL: Vascular and visceral injuries associated with lumbar disc surgery: Medicolegal implications. *Surgical Neurology* 49 (4): 358-370; Discussion 370-372, 1998
3. Inamasu J, Guiot BH: Vascular injury and complication in neurosurgical spine surgery. *Acta Neurochir (Wien)* 148(4): 375-387, 2006
4. Libicher M, Bangard C, Gossmann A, Brukwall J, Gawenda M. Retroperitoneal hemorrhage after lumbar disc surgery: Importance of follow-up CT for detection of vascular complications. *European Journal of Radiology Extra* 67:95-97, 2008
5. Prabhakar H, Bithal PK, Dash M, Chaturvedi A: Rupture of aorta and inferior vena cava during lumbar disc surgery. *Acta Neurochir (Wien)* 147: 327-329, 2005
6. Pugely AJ, Martin CT, Gao Y, Mendoza-Lattes SA: Outpatient surgery reduces short-term complications in lumbar discectomy: An analysis of 4,310 patients from the ACS-NSQIP Database. *Spine* 38(3): 264-271, 2013
7. Skippage P, Raja J, McFarland R, Belli AM: Endovascular repair of iliac artery injury complicating lumbar disc surgery. *Eur Spine Journal* 17 (2): 228-231, 2008

Robert Kraemer
Alexander Wild
Holger Haak
Jörg Herdmann
Rüdiger Krauspe
Jürgen Kraemer

Classification and management of early complications in open lumbar microdiscectomy

Received: 13 March 2001
Revised: 27 April 2002
Accepted: 7 June 2002
Published online: 19 December 2002
© Springer-Verlag 2002

R. Kraemer (✉) · A. Wild · H. Haak
R. Krauspe
Department of Orthopedics,
Heinrich-Heine University
Hospital Düsseldorf,
Moorenstrasse 5,
40225 Düsseldorf, Germany
e-mail:
KraemerRo@med.uni-duesseldorf.de,
Tel.: +49-211-8117961,
Fax: +49-211-8116693

J. Herdmann
Department of Neurosurgery,
Heinrich-Heine University
Hospital Düsseldorf, Germany

J. Kraemer
Department of Orthopedics,
Ruhr-University, Bochum, Germany

Abstract Complications and side effects in any kind of surgery, especially in spine surgery, should be evaluated to prevent those problems in the future. Since retrospective studies are of minor value and randomized controlled studies for complications are impossible to perform because of ethical and legal reasons, so-called “expert opinion” has to take their place in evidence-based medicine. On the basis of an analysis of the results of three spine centers together with the opinions of experienced spine surgeons, the authors have drawn up a classification of complications in open lumbar disc surgery and recommendations on how to manage common complications such as excessive bleeding, dural opening, nerve root lesions and recurrent disc herniation. The man-

agement of intraoperative complications should have the same training in microdiscectomy instructional courses as the operation itself.

Keywords Microdiscectomy · Complications of spine surgery · Dural tears

Introduction

Though open lumbar disc surgery is still the most frequent and the most important intervention in spine, in the last two decades more papers about other procedures such as percutaneous intradiscal therapy or instrumented fusion have been published. One reason may be that there have been no significant developments concerning this operation in the last years. Another factor may be that industry has little interest in open disc surgery because there is nothing to inject or to implant. Once you have the microscope and instruments you are equipped for a life time.

Only a few publications consider the complications and side effects of open disc surgery; these topics are mainly to be found in books by experienced spine surgeons [11,

13]. The last multicenter studies of any great value in this field took place many years ago [14, 15, 20]. Studies about complications in lumbar spine surgery are very important, because poor patient selection and intraoperative complications mostly end up in failed back surgery syndrome.

Open lumbar disc surgery is known not to be life threatening, but is nevertheless risky. In our European Spine Society questionnaire [8] to evaluate a risk and value score for different diagnostic and therapeutic procedures in spine, open discectomy had the highest effectivity rate but a negative overall risk value score because of complications and poor results. Our studies in the past years considered different factors that influenced the outcome of open lumbar disc surgery with reference to the predictors for failed back surgery syndrome [4, 8].

Experiences of the senior author and personal information from well-recommended members of the International Society for the Lumbar Spine (Dyk, neurosurgeon, Los Angeles; Findlay, neurosurgeon, Liverpool; Wiltse, orthopaedic surgeon, Long Beach, US; Yoshizawa, orthopaedic surgeon, Tokyo) lead to recommendations in this overview that also feature in the Spine Society of Europe microdiscectomy instructional course taught at the Universities of Bochum and Düsseldorf.

Classification

Complications of open lumbar disc surgery are divided into intraoperative, immediate postoperative and late postoperative, according to the time when they become apparent rather than the time they happen. It is better for the management of complications to have guidelines for symptoms and side effects at the time they start to give symptoms.

With regard to the intraoperative complications, there is a long list of all that can happen during micro disc surgery. By definition, intraoperative complications are recognized immediately by the surgeon and should be registered in the protocol. Statistical analyses can be performed by evaluating these protocols. Unfortunately, reports are not always complete, so the real frequency remains uncertain. Many of these problems can be avoided by an exact preoperative planning that takes into consideration the predictors of complications [12, 18]. Some of the intraoperative complications are common and belong to the routine of open lumbar disc surgery, such as bleeding from epidural veins and durotomy. These can be managed quite easily. Other complications such as anterior vessel and visceral injury are severe; however, they are fortunately extremely rare (Table 1).

Immediate postoperative complications can also be either general, which can happen after any kind of surgery, like vomiting, thrombosis and circulatory problems, or specific to spine surgery.

Some of the specific spine complications are established during the operation, but go unrecognized by the surgeon and become symptomatic in the following days, such as missed pathology, complications secondary to positioning, abdominal symptoms and bladder disturbances. They are mostly well documented in the patients' reports

Table 1 Intraoperative complications of lumbar disc surgery

Wrong level
Missed pathology
Other pathology
Bleeding
Durotomy
Nerve root lesion
Anterior vessel and visceral injury

Table 2 Immediate postoperative complications in lumbar disc surgery

Postoperative leg pain
Residual symptoms
New symptoms
Lesions from intraoperative positioning
Bladder disturbances
Cauda syndrome
Abdominal symptoms
Thromboembolism
Infection
Epidural hematoma

Table 3 Late postoperative complications after lumbar disc surgery

Thromboembolism
Recurrent disc herniation
Spondylodiscitis
Failed back surgery syndrome (postdiscectomy syndrome)
Meningocele due to unrecognized dural leak
Macroinstability

Table 4 Classification of complications in open lumbar disc surgery

Preoperative
Intraoperative
Immediate postoperative
Late postoperative
General/Specific
Severe/Not severe
Common/Rare
Evaluation complete/ Evaluation incomplete

during the hospital stay by several doctors and nurses, and can be evaluated exactly (Table 2).

Late postoperative complications after lumbar disc surgery are those that become apparent after the patient has left the hospital. Besides general complications such as thromboembolism, they include recurrent disc herniation, a slow-developing spondylodiscitis and failed back surgery syndrome due to peridural fibrosis and instability (Table 3).

Late complications can only be evaluated by questionnaires or follow-up studies with patient examination. Not all patients consult their surgeon when these complications arise. Follow-up studies are also generally incomplete, as some patients may not be willing to fill in the questionnaires or may have moved away.

Table 4 gives a summary of the classification of complications in open lumbar disc surgery.

Intraoperative complications

Missed preoperative checklist

The surgeon performing a lumbar disc operation should examine the patient 1 day before surgery to note the re-

cent symptomatology. Symptoms can change over a short period of time because of fragment migration or shrinking process.

Even though the indication is right and a very experienced surgeon is involved, complications can still arise when computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) are not available prior to surgery.

Technical problems with the X-ray for the needle landmark to identify the lumbar segments precisely are possible. The difference between the last lumbar segment visualized by MRI and the same one visualized by X-ray in the lateral view has to be considered. Sometimes a lumbosacral segment can be seen on an MR image but not on a radiograph.

General anesthesia should only start when all the imaging is complete, including an X-ray with the needle landmark, and when the microscope has been checked up before draping it.

Wrong level exploration

Exact preoperative planning is one of the main prerequisites for avoiding a specific complication of microsurgery: exploration of the wrong level. For McCulloch and Young [11] it is the most important one. In our comparative study [4], wrong level exploration at the beginning of surgery happened in the group of very experienced surgeons in 1.2% of cases and in the group of less experienced surgeons in 3.3% of cases ($P < 0.01$).

It happened more often for both groups in L4/5 and higher segments than in L5/S1. In all cases the correct segment had been identified intraoperatively by X-ray.

Missed pathology

Missed pathology means that pathology which caused the clinical symptoms and should have been removed, mostly disc material or bony entrapment, is left in the spinal canal or foramen when the wound is closed. This can happen when wrong level exploration is not recognized. The patient wakes up and has the same or even greater pain than before.

Other pathology

Other pathology means the surgeon finds pathologic structures that are different to those expected, but which could have caused the clinical symptoms. Only thickened epidural veins and ligamentum flavum cannot be held responsible for the clinical symptoms in place of the expected disc herniation. In these cases it is necessary to perform intraoperative X-ray or (and) myelogram to avoid missed pathology.

Bleeding epidural hematoma

Epidural hematoma causing symptomatic neurologic compression or cauda equina syndrome is one of the most feared complications of spine surgery [3]. During a posterior approach, the lumbar spinal canal arterial bleeding from the back muscles and epidural venous bleeding are the most important ones. Intraoperative bleeding can be minimized by positioning the patient prone with hanging abdomen.

Artery bleeding

Artery bleedings in the back muscles should be checked and coagulated carefully, because they are able to pump up the wound postoperatively when it is closed, and compress the dural sac leading to cauda syndrome.

Epidural veins

Epidural vein bleedings do not cause the compression of the dural sac with consequential cauda equina syndrome. This opinion of experienced spine surgeons ([3, 11], and Findlay 1998, personal communication) is important to bear in mind in situations where it is almost impossible to leave a "dry" spinal canal at the end of an operation, because of inaccessible epidural venous bleeding which lies anterior to the nerve root. Epidural vein bleeding often stops when the disc fragment is removed and after wound closure. We prefer to tamponade as long as possible before using bipolar cautery. Excessive cautery of epidural veins inhibits the nutrition of the nerve roots and is the cause of epidural fibrosis. On the other hand, epidural hematoma, even if it does not compress the dural sac, can also cause epidural fibrosis. The main reason to prevent and stop bleeding from epidural veins is their obscuring of the visual field. Because of the limited approach in microdiscectomy, even a small amount of bleeding appears as a major hemorrhage under the microscope. Especially for less experienced microsurgeons, it is hard to remove all the protruded disc material under these circumstances. Therefore, the following precautions have to be made to prevent intraoperative bleeding:

- Position the patient with hanging abdomen.
- Avoid exploring the posterior surface of the vertebra if it is not necessary.
- Push aside epidural veins with the retractor before entering the disc space.
- Cauterize the veins if they lie unmovable in your area of interest.

If epidural vein bleeding occurs, it is better to remove as much as possible from the protruded disc material before taking care of the bleeding. The bleeding during this ma-

neuver could be managed by continuous suction and the use of cottonoid tamponade. After removal of the disc prolapse it is easier to expose the bleeding vein and cauterize it, if necessary, with an appropriate distance to the neural structures in the spinal canal.

For continuous bleeding from cancellous bone after bone removal we take a small amount of bone wax.

In our series, excessive bleeding happened in the group of experienced surgeons in 7.1% of cases, and in the group of very experienced surgeons in 3.5% of cases. In all cases excessive epidural vein bleeding was not the cause of further intraoperative or immediate postoperative complications [4].

Drainage or not?

The routine use of wound drainage after lumbar microdiscectomy is a matter of debate. Some authors use it routinely [3] and some occasionally ([7, 11] and Dyk 1998 and Findlay 1998, personal communications). We performed a prospective randomized study [7] and found out that it makes no difference for early results and outcome after 1 year whether wound drainage is used in lumbar microdiscectomy or not. So we don't use postoperative wound drainage in microdiscectomy routinely. Just to be certain, we take a wound drainage in case of excessive epidural bleeding, bone removal and in any case of widening the approach.

Dural opening

Injuries to the dura with consequent cerebrospinal fluid (CSF) loss can happen in all kinds of spine surgery. Clear fluid in the wound should not automatically mean a dural tear. It could also come from a puncture hole after previous myelography or inadvertent dura puncture from an epidural injection days before surgery. Other than CSF, clear fluid could be synovial fluid from vertebral joints (with a yellowish tinge) [11] or from a wet tamponade.

Unfortunately, the clear fluid usually does mean CSF from an inadvertent durotomy by surgical instruments. Most common is opening of the dura by incision of the ligamentum flavum. This can happen when the ligamentum flavum is very thin, which occurs in lumbosacral anomalies [11], or when a big disc herniation pushes the dura sac posteriorly, right under the ligamentum flavum. Therefore, we prefer a two-step flavotomy with a special semisharp dissector.

Under special conditions dural opening is necessary to deal with intradural pathology, which is rare in lumbar disc surgery [11].

When a CSF leak with continuous flow is recognized, localization and dimensions of the damage have to be registered: Is it medial or lateral, caused by incision or punch, are nerve roots involved, is there a nerve rootlet hernia-

tion? When the hole is localized, it is better to leave this area and take another approach to the pathology in order not to widen the hole. When the disc herniation is removed there is more space and less tension on the dura for a suture repair. Head down-back up position also reduces dural tension. Tears with a length of more than 3 mm should be closed with 6–0 sutures. The patient should receive antibiotics and be kept in bed for 3 days. The complications of dural tears are headache due to CSF loss, CSF fistula and postoperative pseudomeningocele, which can be seen on MRI. Our own experience with a follow-up study comparing patients who had intraoperative dural tears with the control group showed better results in the control group [4]. With a two-step blunt perforation of the ligamentum flavum, appropriate instrumentation and good visualization of the lateral dura and nerve root border, it should be possible to reduce the number and extent of dural tears in lumbar microdiscectomy to a minimum.

In conclusion, all dural openings are a matter of experience. They happened in the group of less experienced surgeons in 7.2% of cases, and with very experienced surgeons in 0.8% ($P < 0.001$) [4].

Nerve root lesion

The incidence of nerve root lesions after lumbar spine surgery has been estimated at 0.2% [3]. Such injury may be suspected postoperatively by the presence of new or increased neurological deficits. Iatrogenic intraoperative nerve root injuries are classified by the site where they happen proximal to the foramen or extraforaminal, and the way in which the injury occurs: open, by sharp instrumentation, or closed, by excessive traction, compression or by heat from electrocautery. Poor visibility, perineural adhesions and congenital neural anomalies such as conjoined roots are the most common causes for the damage to the nerve roots. Therefore, it is absolutely necessary to define the lateral root and dural sac border before removing any material from the spinal canal. Even when the neural elements are clearly under the nerve root retractor, the tissue in the anterior epidural space should be identified by the 2-mm dissector.

A lesion proximal to the foramen in the paramedial zone of the spinal canal is associated with the appearance of more or less cerebrospinal fluid. Rootlets may herniate. After reduction of the rootlets, the dura must be repaired. Small defects may be covered by a free fat graft, especially when a suture would strangle the nerve root. The most vulnerable area for an open nerve root lesion is the axilla of the exiting nerve root. Thus, maneuvers to remove intradiscal fragments should not take place medial to the nerve root in the axilla. Therefore, one of the principles in the microdiscectomy instructional course is: stay lateral to the nerve root, as best as you can.

Anterior vessel injury, visceral injuries

When the rongeur penetrates the anterior anulus fibrosus it comes into contact with major vessels which lie immediately in front of the lower lumbar discs. Grasping maneuvers in order to clean out the disc material rupture the vessels. The most frequent lesion is an isolated injury of the left common iliac artery [13] caused by maneuvers in the L4/5 disc. The overall complication rate for anterior vessel injury is 0.045% [20]. Only 50% are immediately apparent, with a dramatic unexplained fall in blood pressure and sometimes excessive hemorrhage out of the disc. In these cases disc surgery has to be interrupted immediately by wound closure to turn the patient over for a laparotomy and repair of the injured vessel.

In 50% of the patients, the symptoms of anterior vessel injury and other abdominal injuries are recognized later in the recovery room with unsustainable extreme low blood pressure and painful abdominal swelling. In these cases as well, laparotomy has to be performed immediately. Even with a prompt reaction, the mortality of this complication is around 50% [11].

Prevention of this major complication is possible if intradiscal maneuvers are only allowed with rongeurs, which cannot be inserted deeper than 25 mm correlated to the anterior posterior disc diameter of 35–40 mm on average.

Immediate postoperative complications

Postoperative leg pain and neurological deficits

Most common and not really considered a complication in most cases is persistent or residual leg pain after nerve root decompression surgery of the lumbar spine. Possible causes for postoperative leg pain are listed in Table 5. If you are sure you have operated the right level with satisfying pathology and if neurological symptoms are not severe or progressive you can wait: give analgesics and antiphlogistics such as diclofenac and reassure the patient by saying: “The herniated disc is out the nerve root still hurts” (Findlay 1998, personal communication); or: “It’s like a fish bone you swallowed, even if it is out you still have the feeling”.

However, it is important to keep an eye on the patient, as the possibility of a leftover disc fragment or a recurrent herniation still remains. Indications for a closer postoperative neurological examination and MRI control are:

- Severe leg pain lasting more than 2–3 days
- Progressing neurological deficits
- Any kind of cauda equina symptoms

Residual symptoms

When a nerve root has been compromised for a long time by a disc herniation or an osteophyte, it will not be symp-

Table 5 Causes of postoperative leg pain

Residual symptoms
Intraoperative nerve root lesion
Fragment left, foreign body retention
Early recurrent herniation
Lesions secondary to positioning

tomless immediately after decompression. The factors that are responsible for more or less residual symptoms are not yet known. Causes might be duration of compression, concomitant diseases such as diabetes, intraoperative traumatization, extent of the hematoma, postoperative pain medication and individual pain sensitivity. We carried out double-blind studies to influence postoperative leg pain by intraoperative local application of anesthetics and morphine on the nerve root before starting with the manipulation with instruments, in order to eliminate the so-called memory pain. So far, we can say that local morphine is not able to influence leg pain in the immediate postoperative period.

Intraoperative nerve root lesion

Postoperatively, nerve root lesions during or after surgery are recognized by new or increased neurological deficits as soon as the patient wakes up. The severity of anatomical lesions does not always correlate to the postoperative findings. Some patients only have some local numbness without pain or motor deficits after an open nerve root lesion, others complain about severe leg pain or drop foot after intraoperative traction on the L5 or (and) L4 root.

Missed pathology, foreign bodies

Besides wrong level exposure missed pathology at the right level is the other major criticism of lumbar micro disc surgery. Even if the correct level is explored and the disc prolapse has been removed, further discal fragments can be left behind or bony stenosis may not be decompressed. The patient wakes up and has the same amount of pain, which does not regress in the following days. Pain might even be worse, because of the additional operative trauma and postoperative hematoma. Control MRI will detect the missed fragment or remaining foreign bodies as the worst case.

Early recurrent disc herniation

Immediate postoperative leg pain and neurological symptoms with the same or increased intensity as before surgery can be caused by missed pathology or by an early recurrent disc herniation, which may happen when patients

are moved from the operation table or when they cough while being extubated.

Usually symptoms from a new disc prolapse occur after a painfree interval, as early recurrent disc herniation in the first days after surgery when the patient stands up and starts with axial spine loading. In our series we had 0.2% recurrent disc herniations in the 1st week after surgery [7]. As soon as the new herniation is verified by control MRI, revision surgery in the same segment is necessary. Recurrent disc herniation cannot be avoided by extensive disc curettage ([3, 7, 11, 13] and Yoshizawa 1998, personal communication). It is sufficient to extract further mobile disc material just behind the hole in the anulus, which could develop into a recurrent herniation. Another measure for prevention of early recurrent disc herniation is postoperative back school and a flexion brace (T-Flex, Tigges) for 3 months until the fibrous closure of the hole in the anulus is strong enough to resist further disc fragment migration [7].

Lesions from intraoperative positioning

All variations of kneeling position that are used for lumbar disc surgery can provoke lesions on the skin and neurologic structures by prolonged traction or punctual compression. Brachial plexus stretch and palsies of the radial and ulnar nerve can develop by the hyperabduction of the arm. We observed two cases of slight plexus disturbances in our series, which both disappeared in the following days [4]. Severe lesions from positioning, like myelopathy by hyperextension of the neck or visual disturbances [10, 11, 21] by failure of eye protection during surgery and prone positioning are very rare, and should be avoided by proper head position. Fortunately, we did not observe these complications.

Postoperative cauda equina syndrome (CES)

There is a broad range of possible cauda symptoms from slight bladder disturbances to the fully developed cauda equina syndrome with:

- perineal anesthesia
- decrease of sphincter tone (bladder, bowel)
- bilateral progressive motor weakness

The absence of any of these clinical features does not rule out a cauda equina syndrome. Injury to the cauda equina can occur at surgery from direct damage or postoperatively by hematoma. We never saw a cauda equina syndrome by a dislocated fat graft, though we had a large series in our prospective randomized study examining free fat graft versus non-fat graft [4].

Even where there is an improvement of the preoperative leg pain, any of the cauda symptoms should lead to an

immediate MRI and a closer neurological examination. Immediate surgery to decompress the cauda is necessary, though a recent study [1] showed that there is no statistically significant difference between patients who had decompressive surgery in the first 20 h after the onset of cauda equina syndrome and those with surgery 24–48 h after onset.

Abdominal symptoms

Any kind of surgery can be followed by abdominal symptoms. After the posterior approach for lumbar disc surgery, the surgeon has to pay special attention to the abdomen because there might have been an anterior perforation of the anulus by the instruments during surgery, with delayed symptoms. An incomplete damage to a vessel wall can lead to an arterio-venous fistula, most commonly between the right common iliac and the inferior vena cava [11]. These patients have abdominal symptoms combined with limb swelling, shortness of breath and heart attacks. Injuries of the viscera become symptomatic in the first days after surgery by increasing abdominal pain combined with fever and spasm of the abdominal muscles. Immediate abdominal surgery is necessary.

Thromboembolic symptoms

During spine surgery in the kneeling position, patients have a risk of thromboembolic complications. The rate of the embolic complications in the literature ranges from 0.1 to 1% [10, 14, 19]. The rate of thrombosis of the lower limb must be much higher, and can only be estimated. Thrombosis prophylaxis by early mobilization, and the use antithrombotic stockings must be considered. Additional low-dose heparine application remains a matter of debate [11, 13] because of possible bleedings into the spinal canal. We recommend perioperative low-dose heparine prophylaxis.

Infection spondylodiscitis

Infections in lumbar disc surgery are classified into superficial and deep wound infections. Superficial infections are more or less registered in the perioperative hospital report. The superficial infection rate in lumbar disc surgery is the same as in any other surgery, at 2–3% [13, 14, 17, 19].

Deep wound infections may occur after lumbar disc surgery such as an epidural abscess; however, a postoperative disc space infection (discitis), which mostly extends to a spondylodiscitis, is more frequent. Symptoms arise in the first days after surgery, with fever, severe low back pain and typical blood analyses. A spondylodiscitis can

also become symptomatic after several weeks due to delayed local infection. A hematogenous transmission of bacteria from another part of the body into the wound area can be suspected in these cases. Predictors for infections are concomitant diseases such as diabetes and steroid medication. The incidence of disc space infection ranges from 0.13 to 0.9% in the literature [4, 5, 6, 11, 13, 15, 16, 17]. Most authors recommend infection prophylaxis with antibiotics.

It has been claimed that micro disc surgery has a higher infection rate than standard disc surgery because of the manipulations with the microscope over the top of the open wound. However, recent publications on micro disc surgery [2, 4, 6, 11] and our own experience show that the deep wound infection rate in micro disc surgery is not high.

Besides the typical clinical infection symptoms, which can be masked by postoperative wound healing disturbances, early diagnosis of disc space infection is possible by MRI. Plain radiographs do not show an abnormality for approximately 4–6 weeks after surgery [11, 13].

The treatment of postoperative disc space infection includes systemic antibiotics and, in early stages, a percutaneous debridement of the intervertebral disc space with the instrumentation of percutaneous discectomy [5].

After a treatment, the outcome of postoperative spondylodiscitis is mostly good. More than 50% of the patients progress to disc space obliteration and interbody fusion [11].

Discussion

It is impossible to avoid any complications at all in any kind of surgery, especially in lumbar microdiscectomy. Limited approach and high technology are most sensitive to complications, which always occur with a certain frequency. According to McCulloch and Young [11], the two major criticisms of micro disc surgery are wrong level exploration and missed pathology. If wrong level exposure is not recognized, pathology will be left behind. The risk

Table 6 Procedures to avoid complications in lumbar micro disc surgery

Proper patient selection
Surgeon's training
Preoperative planning
Systematic four-step approach
Infection prophylaxis
Postoperative care

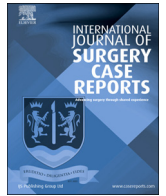
for complications of lumbar micro disc surgery can be minimized if certain requisites are considered and by meticulous attention to preoperative, intraoperative and postoperative detail [3, 12, 18], the main points of which are summarized in Table 6. During the learning curve, it is helpful for a spine surgeon to have advice from experienced spine surgeons, taken from the literature and from personal information, as is provided in this article, about how to avoid intraoperative complications and how to manage them when they happen.

The outcome of lumbar disc surgery depends greatly on proper patient selection [3, 11, 13, 18, 19]. In our study, experienced versus very experienced spine surgeons measures for indications in all cases were the same. However, even if it is the right patient with the right indication for lumbar disc surgery, a good result demands a well-trained surgeon to take out the disc fragment after an exact preoperative planning and using a standard approach. The learning curve in microdecompression surgery can be shortened by training with the surgical microscope on cadaver spines in special training courses. The infection rate can be lowered by careful draping of the microscope and by the use of prophylactic antibiotics. The recurrence rate of a new herniation at the same level and side is a very important complication in lumbar disc surgery, which is discussed in the literature. In most cases another operation, with greater possibilities for complications and scar formation, is necessary. In many cases it is the beginning of a failed back surgery syndrome. Besides a careful intraoperative removal of intradiscal fragments that could cause recurrent herniation, postoperative care with the special program of back school is necessary.

References

1. Ahn V (1999) Meta-analysis of studies on cauda equina syndrome. AAOS Abstracts, Back letter 14.6.61
2. Asch HL, Lewis PJ, Moreland DB, Egnatchik JG, Yu YJ, Clabeaux DE, Hyland AH (2002) Prospective multiple outcomes study of outpatient lumbar microdiscectomy: should 75 to 80% success rates be the norm? *J Neurosurg* 96 [1Suppl]:34–44
3. Bell G (1996) Complications of lumbar spine surgery. In: Wiesel S, Weinstein J (eds) *The lumbar spine*, 2nd edn. WB Saunders, Philadelphia
4. Bernsmann K, Senge A, Kraemer J (1998) Clinical results and complication rate in lumbar microdisc surgery depending on surgeon's experience. A comparative study. *ISSLS Abstracts* 197
5. Haaker R, Senkal M, Kielich T, Kraemer J (1997) Percutaneous lumbar discectomy in the treatment of lumbar discitis. *Eur Spine J* 6:98–101
6. Hermantin FU, Peters T, Quatararo L, Kambin P (1999) A prospective, randomized study comparing the results of open discectomy with those of video-assisted arthroscopic microdiscectomy. *J Bone Joint Surg Am* 81:958–965
7. Kraemer J (1997) *Bandscheibenbedingte Erkrankungen*, 4th edn. Thieme, Stuttgart
8. Kraemer J (1998) The LIRCE principle: a risk value score for the spine. *Eur Spine J* 7:353–357

-
9. Lee A (1995) Ischemic optic neuropathy following lumbar spine surgery. *J Neurosurg* 83:348–349
 10. Mayfield FH (1976) Complications of laminectomy. *Clin Neurosurg* 23:435–439
 11. McCulloch J, Young PH (1998) Essentials of spinal microsurgery. Lippincott-Raven, Philadelphia
 12. Merk HR, Kraemer A, Baltzer WA, Liebau C (1999) Microsurgical lumbar intervertebral disc operation. Technique and complications. *Orthopade* 28:593–597
 13. Postacchini F (1998) Lumbar disc herniation. Springer, Vienna New York
 14. Ramirez L, Thisted R (1989) Complications and demographic characteristics of patients undergoing lumbar discectomy. *Neurosurgery* 25:226–231
 15. Roberts MP (1988) Complications of lumbar disc surgery. *Spinal Surg* 2:13–19
 16. Rompe JD, Eysel P, Zoellner J, Heine J (1999) Intra- und postoperative Risikoanalyse nach lumbaler Bandscheibenoperation. *Z Orthop* 137:201–205
 17. Salvi V, Boux E, Cicero G, Zerbinati P, Piana R (2000) Microdiscectomy in the treatment of lumbar disc herniation. *Chir Organi Mov* 85:337
 18. Scholz R, Salis-Soglio G (1999) Open lumbar intervertebral disc operation. Technique and results. *Orthopade* 28:585–592
 19. Spangfort EK (1972) The lumbar disc herniation. A computer aided analysis. *Acta Orthop Scand Suppl* 142
 20. Wildfoerster V (1991) Intraoperative Komplikationen während lumbaler Bandscheibenoperationen. *Neurochirurgia* 34:56
 21. Wolfe SW, Lospmuso MF, Burke SW (1992) Unilateral blindness as a complication to patient positioning for spinal surgery. *Spine* 17:600–685



Is transforaminal retrieval of intradiscal deeply seated broken surgical knife blade all time pars sparing? A case report

Abolfazl Rahimizadeh^a, Kaveh Haddadi^{b,*}

^a Pars Hospital, Pamim Research Center, Tehran, Iran

^b Department of Neurosurgery, Diabetes Research Center, Emam Hospital, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 October 2015

Received in revised form 7 November 2015

Accepted 18 December 2015

Available online 24 December 2015

Keywords:

Knife blade

Lumbar discectomy

Pars sparing

ABSTRACT

BACKGROUND: One risk accompanying with Lumbar discectomy is breaking of the surgical scalpel during discectomy. Greatest of the broken blades can be detached during the first surgery. Conversely, in few cases, surgeon's efforts might be ineffective, causing in engaged foreign body in the disc space. Works regarding this matter is infrequent, and there are no exclusive strategies to discourse this complication. **PRESENTATION OF CASE:** A 26-year-old female with L5-S1 left disc sequestration and plantar flexion disturbance, underwent a one level hemilaminectomy for lumbar disc herniation. The knife blade was broken in the disc space and could not be found despite 3 h consumed on its tried removal by her surgeon. Transforaminal path as an unconventional access strip for its removal is planned, but pars inter articularis was not saving intact and fusion process had done. The patient was discharged a day after blade removal and fusion surgery is doing well now.

CONCLUSIONS: The transforaminal route might be a harmless and informal substitute corridor for all intradiscal retained foreign bodies including a broken blade. Sometimes because of better exposure especially in deeply seated material, resection of pars and then fusion surgery avoid inevitable.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier Ltd. on behalf of IJS Publishing Group Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

After the increase in surgery of the spine and discs, rate of complications associated to this procedures are growing. Among the most public complication of lumbar disc surgery are rare occasions, of which there are few reports in the literature. Among this events are cases in which cups of curets or forceps or blades become disconnected [1].

Knife blade may be occasionally broken throughout disc surgery, but it can be removed in the mainstream of the cases. However, in rare cases, it cannot be originated and retrieved after some hours owed for this purpose despite the use of intra-operative imaging and fluoroscopy.

In such examples, the anterior or anterolateral corridor is used for its removal to avoid problematic complications and following medico legal penalties [1].

The literature has not lectured this complication sufficiently, and only 1 set of rules has been written about the retrieval of retained surgical blade, suggesting the anterior approach. This patient should be kept under close observation. If the broken knife blade and its sharp edge is facing anteriorly within the disc space

(like our cases) spontaneous migration of the blade can occur with each motion of body and hazard of intra abdominal visceral and vascular injuries. And such fragment should be removed during another procedure if in same procedure it cannot be found and retrieved after several hours allocated for this purpose in patients in whom the blade is within a collapsing disc space or is pointing toward vertebral body, follow up could be better for patient with reassurance [1].

We present a case in which retrieval of the broken blade could be easily achieved via the transforaminal route in 2013 that in which we could save the pars intact [2]. Here in, we present a new cases in which we cannot save pars inter articularis intact via a transforaminal approach for removal of deeply seated broken blade in disc space.

However, we insist that this corridor can be used for all other intradiscal foreign bodies such as broken disc forceps, curette tips, or even the bullets again even if the foreign body is very deep in the disc space [1,3].

2. Presentation of case

A 26-year-old female with L5-S1 left disc sequestration and plantar flexion disturbance, underwent a 1-level hemilaminectomy for lumbar disc herniation for L5-S1 disc herniation.

Abbreviations: TLIF, transforaminal lumbar inter body fusion.

* Corresponding author. Fax: +98 1133361058.

E-mail address: kh568hd@yahoo.com (K. Haddadi).

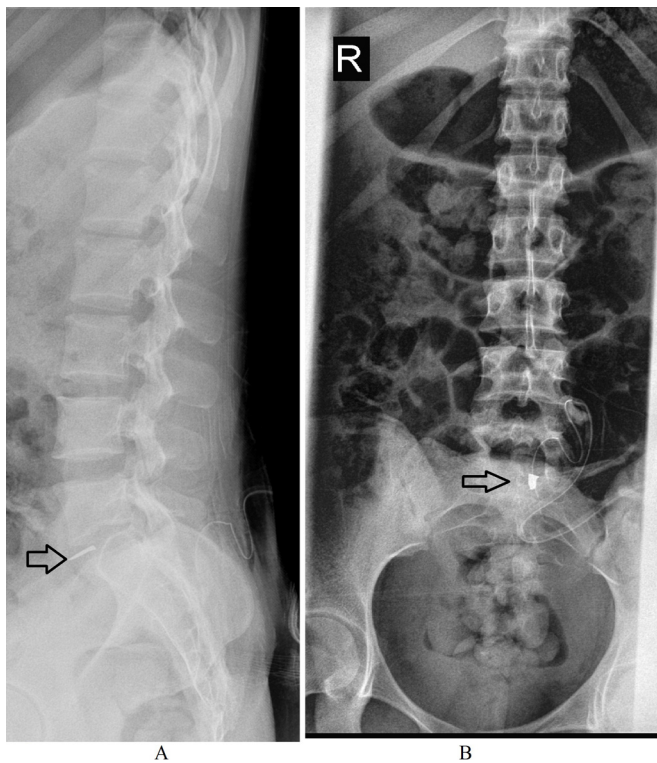


Fig. 1. (A and B) Lumbar plain radiographs showing the broken blade (arrow).

The knife blade was broken in the disc space and could not be found despite 3 h consumed on its tried removal by her surgeon. She was transferred to our center 3 days after surgery.

Plain radiographs revealed that the blade was entrenched far laterally in the disc space in the left side (Fig. 1A and B). The extreme far lateral and deeply seated location of the blade was strong-minded more exactly in axial and reconstructed sagittal computed tomographic scans and images after 3 days rather than first day images showed blade has gone ahead in-depth in disk space (Fig. 2A and B).

In second surgery, the original incision was revived until the L5-S1 disc space could be reached through the left transforaminal route. Because of hypertrophy of the facet joints, small portions of consistent joints were drilled, after several attempts we were



Fig. 3. Comparing a surgical knife that is used in our hospital with substandard broken blade with narrow junction. Note the discoloration of the broken blade after 3 days.

unable to save the pars intact and for better exposure we had to take pars inter articularis. Then, the suitable annulus was removed where the examination of the disc contents could become achievable under magnification as long as by a surgical microscope. The broken blade was obviously seen at this instant and then it was grasped and introverted using a bayonet forceps notably, the broken blade probably made of second-rate alloy was entirely discolored (Fig. 3). Posterolateral fusion process with pedicular screw and inter body tricortical graft had done, and the wound was closed properly (Fig. 4).

The patient was discharged a day after surgery and was doing well 3 months after surgery.

3. Discussion

The incidence of reserved broken blade during lumbar disc surgery is hard to approximate because of the scarcity of the works on this theme. Furthermore, spine surgeons have very imperfect knowledge with its removal [1,4,5]. Really, organization of this uncommon injury that can posture thoughtful medico legal significance wants a detailed argument. In spite of absence of adequate information about the natural history of engaged intradiscal surgical blade in the literature, ongoing relocation of the broken blade in the direction of the retroperitoneal space or to the spinal canal with opportunity of serious involuntary penalties is assumed [1]. On the contrary, the surgical knife blade is not an unmotivated alloy and might experience chemical changes inside the disc, which may result in severe granulomatous response. But, many patients



Fig. 2. (A) Sagittal computed tomographic scan revealing deeply seated position of the broken blade and blade has gone ahead in-depth in disk space after 3 days. (B) Axial view of reconstructed computed tomographic scans demonstrating the broken blade located left sided position of the disc space.



Fig. 4. Lateral view after blade removal and fusion surgery of patient.

because of the mental effects of foreign bodies request for its harvest from surgery field.

A broken blade can typically be re-claimed if the surgeon assigns enough time and tolerance to the energy. However, despite all labors, the broken blade might be impossible to discover and remove. The only item that be present proposes the anterior approach. Speciously, an additional anterior incision is hardly satisfactory to the patient or the families. Thus, the posterior transforaminal corridor or might be a proper choice for retrieval of a broken blade. The benefit of this approach is that it is familiar for all spine surgeons, avoiding expansion time reducing the probability of psychological significance and prevention redundant anterior procedure.

Ultimately, with the submission of this route, alien substances other than a broken surgical blade can be removed [3,6].

A simple withdrawal is adequate for the organization of all retained intradiscal foreign bodies if the truth of the pars conserved. However, when for better exposure of intradiscal contents as in our cases, resection of the pars becomes necessary and then transforaminal lumbar inter body fusion (TLIF), in combination with pedicle screw instrumentation, will be required [7,8].

Our case is the first one that really proves that a scalpel can move disk space even within 3 days after first surgery, so to avoid complications are expected must be removed.

4. Conclusion

The transforaminal route might be a harmless and informal substitute corridor for all intradiscal retained foreign bodies including a broken blade.

Sometimes because of better exposure resection of pars and then fusion surgery avoid inevitable.

Conflict of interest

None declared.

Funding

None.

Ethical approval

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying images.

Consent

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying images.

Author contribution

All steps of article from design to writing made by Kaveh Haddadi.

Guarantor

None.

References

- [1] A. Amirjamshidi, M. Mehrazin, K. Abbassian, et al., Retained broken knife blade within the disc space, *Spine* 19 (1994) 981–984.
- [2] A. Rahimizadeh, E. Ghorbani, S. Rahimizadeh, Transforaminal retrieval of intradiscal retained broken surgical knife blade, *Spine* 38 (2013) E1278–E1281.
- [3] D.P. Grogan, R.W. Bucholz, Acute lead intoxication from a bullet in an intervertebral disc space. A case report, *J. Bone Joint Surg. Am.* 63 (1981) 1180–1182.
- [4] L.T. Ford, Complications of lumbar disc surgery, prevention and treatment. Local complications, *J. Bone Joint Surg.* 50A (1968) 418–428.
- [5] F.H. Mayfield, Complications of laminectomy, *Clin. Neurosurg.* 23 (1975) 435–439.
- [6] A.F. Cristante, F.I. de Souza, T.E.P. Barros Filho, et al., Lead poisoning by intradiscal firearm bullet. A case report, *Spine* 35 (2010) E140–E143.
- [7] T. Lowe, A.D. Tahernia, M.E. Obrein, et al., Unilateral transforaminal posterior lumbar interbody fusion (TLIF): indications, technique and 2-year results, *J. Spinal Disord. Tech.* 15 (2002) 31–38.
- [8] J.C. Lee, H.D. Jang, B.J. Shin, Learning curve and clinical outcome of minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion, our experience in 86 consecutive cases, *Spine* 37 (2012) 1548–1557.

Open Access

This article is published Open Access at [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com). It is distributed under the [IJSCR Supplemental terms and conditions](#), which permits unrestricted non commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited.



Contents lists available at ScienceDirect

Gynecology and Minimally Invasive Therapy

journal homepage: www.e-gmit.com

Case report

Laparoscopic retrieval of a foreign body (broken surgical knife) from retroperitoneal space: An interesting case

Dipak Limbachia^a, Preeti Gandhi^{b,*}^a Advanced Endoscopy and Oncology Centre, EVA Women's Hospital, Ahmedabad, Gujarat, India^b Department of Gynaecology, Scunthorpe General Hospital, Northern Lincolnshire and Goole Hospitals NHS Foundation Trust, United Kingdom

ARTICLE INFO

Article history:

Received 24 July 2016

Received in revised form

7 October 2016

Accepted 26 October 2016

Available online 7 March 2017

Keywords:

broken knife

foreign body

laparoscopy

retroperitoneal

ABSTRACT

We present a rare and interesting case, of a retrieval of a broken surgical knife blade, from the retroperitoneal space, through laparoscopic approach by a gynecology endoscopist. A 40-year-old man underwent open lumbar discectomy surgery, when the surgical knife blade inadvertently broke, and was retained in the disc space. The broken blade could not be removed during the initial surgery. A second attempt was made to retrieve it; however, it migrated further anteriorly into the retroperitoneal space. Subsequently, a gynecology endoscopist was called in, who successfully retrieved the broken blade from the retroperitoneal space through laparoscopic approach. A four-port laparoscopic transperitoneal approach was performed. The broken fragment of the knife was found just medial to the left common iliac artery in the retroperitoneal space, which was removed. Operation time was 40 minutes and the postoperative course was uneventful.

Copyright © 2017, The Asia-Pacific Association for Gynecologic Endoscopy and Minimally Invasive Therapy. Published by Elsevier Taiwan LLC. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

We present a case of a retrieval of a broken surgical knife blade, from the retroperitoneal space, through laparoscopic approach by a gynecology endoscopist. Approval from the Institutional Review Board was not undertaken as it is not the part of clinical trial; it is the retrospective analysis of our clinical work.

Case Report

A 40-year-old man underwent a hemi-laminectomy for lumbar disc herniation at the L5-S1 level. While retracting the cord and incising the intervertebral disc, the distal fragment of the number 15 surgical knife broke, and migrated into the intervertebral disc space.

Despite the best efforts of the orthopedic surgeon, the knife fragment could not be retrieved and it migrated further anteriorly. A neurosurgeon was contacted, and a second surgery was planned

couple of days later to retrieve the broken knife fragment. Joint procedure along with the neurosurgeon was also unsuccessful in removing the foreign body; it slipped further anteriorly. An urgent computed tomography scan was arranged, which revealed the broken blade (Figure 1) to be situated considerably anterior in the retroperitoneal space at the L5-S1 level. The orthopedic surgeon discussed this case with gynecology endoscopist who decided on a laparoscopic approach to retrieve the fragment.

Four-port laparoscopy was performed with a 12-mm supra-umbilical port, two 5-mm ports in the left iliac fossa, and one 5-mm port in right iliac fossa. During laparoscopy, systematic steps were followed as shown in Video 1. The peritoneum over the sacral promontory was opened and the presacral space (*holy plane*) was dissected. Dissection continued over left common iliac artery. A hematoma was evident, just medial to the left common iliac artery, suggesting the possible location of the knife. Blunt dissection continued in and around the hematoma site using a bipolar and Maryland grasper, and the tip of the broken knife fragment just became visible as seen in Video 1. Further dissection was carried out over the external iliac artery, external iliac vein, and internal iliac artery, to expose these vessels prior to any attempt at removal of the knife. This precaution was taken to deal with an accidental hemorrhage if encountered while removing the knife fragment. The assistant from the right side grasped the broken fragment of the

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to report.

* Corresponding author. Department of Gynaecology, Scunthorpe General Hospital, Northern Lincolnshire and Goole Hospitals NHS Foundation Trust, Cliff Gardens, DN15 7BH, United Kingdom.

E-mail address: preetihg@hotmail.com (P. Gandhi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gmit.2016.10.003>

2213-3070/ Copyright © 2017, The Asia-Pacific Association for Gynecologic Endoscopy and Minimally Invasive Therapy. Published by Elsevier Taiwan LLC. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figure 1. X-ray showing broken piece of knife.

knife firmly and the surgeon ensured the tissues surrounding the fragment were pushed down gently, with the help of Maryland and bipolar graspers to facilitate its removal. The assistant then gradually pulled out the knife fragment, which was successfully extracted via the 5-mm port on the left side. Operation time was 40 minutes and the postoperative course was uneventful.

Supplementary data related to this article can be found at <http://dx.doi.org/10.1016/j.gmit.2016.10.003>.

Discussion

Breakage of the surgical knife is a risk associated with spinal surgery.¹ Retrieval could be challenging, particularly if the broken knife fragment migrates anteriorly and gets embedded in the retroperitoneal space. It carries a potential risk of visceral and

vascular injury.^{1,2} Traditionally, an open anterior approach is used in cases of retained broken blade fragment after unsuccessful attempts to remove it during the initial surgery.¹ Our case report demonstrates that a laparoscopic approach is an alternative to remove the sharp foreign body from the retroperitoneal space. To our knowledge this is the first case in the literature where a broken knife fragment has been removed laparoscopically from the retroperitoneal space by a gynecology endoscopist. On reviewing the literature, there has been a report of removal of foreign body (air gun bullet in a child) 0.5 cm from the vena cava³ and another case report of retrieval of translocated intrauterine device from the retroperitoneum via laparoscopic approach.⁴

Our case is unique as the surgical knife has sharp edges with a high risk of injury to the major blood vessels in the retroperitoneal space. Laparoscopy gave us the advantage of better visualization, and coupled with layer-wise meticulous dissection, controlled movements with adequate traction and retraction helped to manage this challenging task effectively. Advanced laparoscopic skills are required by the surgeon to operate in retroperitoneal space and undertake dissection over the major blood vessels in order to achieve good outcomes and minimize complications. The knowledge of the anatomy of the retroperitoneal space, holy plane of dissection along with methodical, and systematic approach is fundamental for the procedure to be successful. Laparoscopic intervention in our case of retrieving a broken knife from the retroperitoneal space, demonstrates expanding horizons of minimal invasive surgery. It is a safe and effective approach to deal with complex and challenging situations. This is a rare case that gynecology endoscopists may not encounter; however, this report could prove to be very useful information to manage similar cases in the future for removal of any foreign body from the retroperitoneal space.

References

1. Rahimizadeha A, Haddadib K. Is transforaminal retrieval of intradiscal deeply seated broken surgical knife blade all time pars sparing? A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;19:131–133.
2. Amirjamshidi A, Mehrazin M, Abbassian K. Retained broken knife blade within the disc space. *Spine.* 1994;19:981–984.
3. Murányi M, Józsa T, Benyó M, Salah M, Flaskó T. Laparoscopic removal of a paracaval air gun bullet in a child. *Urol Int.* 2012;89:246–248.
4. Roy KK, Bannerji N, Sinha A. Laparoscopic removal of translocated retroperitoneal IUD. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;71:241–243.

Migration of a broken scalpel into the heart after spine surgery

Herbert De Praetere^{a,b}, Caroline Vanden Eycken^{a,b}, Bart Meuris^{a,b} and Paul Herijgers^{a,b,*}

^a Department of Cardiac Surgery, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

^b Department of Cardiovascular Sciences, KULeuven, Leuven, Belgium

* Corresponding author. Department of Cardiac Surgery, U.Z. Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, Belgium. Tel: +32-16-340838; fax: +32-16-344616; e-mail: paul.herijgers@uzleuven.be (P. Herijgers).

Received 8 November 2013; accepted 17 December 2013

Abstract

Iatrogenic vascular problems during posterior lumbar interbody fusion are a rare entity. Migration of a broken scalpel towards the heart has, to our knowledge, never been reported. We present the successful surgical retrieval of a broken scalpel from the heart after posterior lumbar interbody fusion without the use of a cardiopulmonary bypass.

Keywords: Foreign body • Iatrogenic • Off-pump surgery

INTRODUCTION

Lumbar interbody fusion is an established orthopaedic technique for the treatment of degenerative and traumatic diseases of the spine. The intervertebral disc is partially removed and replaced by a metal cage containing a bone graft. According to the access, differentiation in an anterior and a posterior lumbar interbody fusion (ALIF and PLIF) is made. For ALIF, the most common complications are visceral and vascular injuries whereas PLIF faces neurological and dura-related complications. We present the case of a man with an exceptional and, to our knowledge, unique vascular complication, which led to migration of an iatrogenic foreign body in the heart during PLIF.

CASE PRESENTATION

A 44-year old man received a PLIF between L5 and S1 because of a discus hernia. While removing the intervertebral disc, the tip of a bistoury snapped off and was jammed in the disc. Attempts to retrieve the tip resulted in a further descend of the knife into the disc, and finally, it crossed the anterior column of the vertebra. During the procedure, fluoroscopy revealed a gradual upward migration of the tip till the level of the Eustachian valve. Owing to the risk of perforation or embolization to the pulmonary circulation, an urgent removal of the foreign body was deemed necessary. Nonetheless, the procedure was finalized by placing the cages. Since the hospital did not accommodate cardiac surgery, the patient was transferred to our hospital under general anaesthesia.

A spiral computed tomography (CT) scan of the abdomen and the thorax was performed to define the exact location of the tip and to evaluate possible complications. The foreign body was indeed located at the junction of inferior vena cava and right atrium (Fig. 1A and B). There was no evidence of retroperitoneal

haematoma nor pericardial effusion. The entry site of the corpus alienum into the circulation was suggested by an aberrant air pocket posterior and adjacent to the left common iliac vein (Fig. 1C and D).

The patient was brought to the operation theatre. A median sternotomy was performed to assess the mediastinum. A purse string was placed at the level of the right atrium through which a Tannet clamp was entered without support of cardiopulmonary bypass (CPB). The bistoury was caught by using fluoroscopic guidance (Video 1). We exteriorized the tip successfully (Fig. 2). Total blood loss was estimated around 250 ml.

After surgery, the patient was transferred to the intensive care unit without any haemodynamic support. He had an uneventful recovery and could be discharged 7 days after initial operation.

DISCUSSION

This case reports the coincidence of two rare events, a vascular complication during PLIF with migration of a knife into the heart. Indeed, vascular injuries in the PLIF are rare. Papadoulas *et al.* identified 99 cases of iatrogenic vascular complications counting for an incidence of 1–5 in 10 000 procedures. The most common vascular injury was the right common iliac artery, and the level of operation was associated with the injury of a specific vessel [1]. Secondly, the presence of a corpus alienum in the great vessels and the heart are seldom seen. Most common iatrogenic foreign bodies include stents and catheter fragments, although a diversity of objects are found in the literature [2]. Complications due to broken scalpels are rare, and migration into the blood circulation or heart has, to our knowledge, never been described.

We opted for a median sternotomy to have good access in the case of perforation and pericardial effusion. Since this was ruled out, we continued the procedure without CPB. The position of the scalpel was prone for this strategy. Moreover, the cannula could

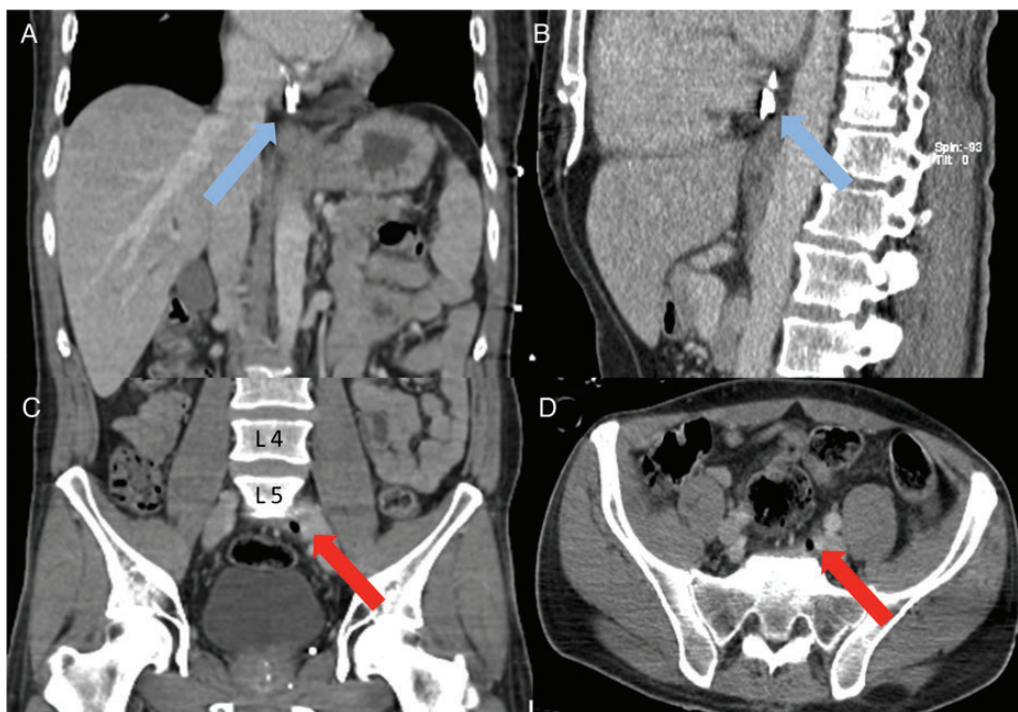
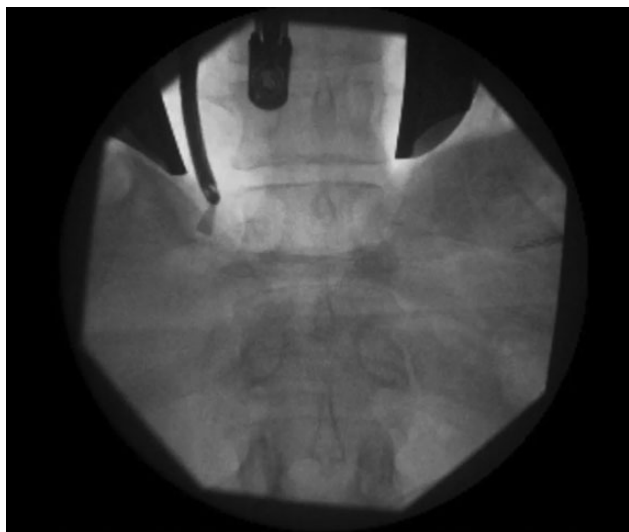


Figure 1: Preoperative CT scan. **A** and **B** demonstrating the position of the scalpel (blue arrow) at the junction of the inferior caval vein and right atrium. **C** and **D** showing the air pocket (red arrow) in between the spine (L5–S1) and left common iliac vein suggesting the site of perforation.



Video 1: Complete procedure, starting at the moment of the introduction of the Tennet-clamp till removal of the scalpel.

dislocate the knife with further migration. Besides, snaring of the inferior caval vein would be dangerous to cause further perforation into the caval vein/right atrium. As an alternative, a cannula could be installed into the femoral vein with the use of an occlusive balloon, but this was assessed as not necessary in our case.

Iatrogenic foreign bodies in the heart can be treated either conservatively, endovascularly or surgically. Most data regarding foreign bodies in the heart are case reports. This makes a general recommendation difficult. There are no current guidelines for the treatment of a foreign body in the heart. Therapy should therefore be individualized. First, we need to respond to the question if the object should be retrieved? [2] Conservative treatment is an



Figure 2: The scalpel after removal.

option in asymptomatic foreign bodies without associated risks, particularly if they are small (<1 cm), smooth and minimal contaminated and embedded in the myocardium or pericardium. Intervention is necessary if symptomatic, irrespective of their location, or asymptomatic patients with associated risk factors and possible complications such as tamponade, endocarditis, arrhythmia and thrombi [3–5]. Life expectancy and morbidity should be also taken into account. Endovascular retrieval needs to be the first choice if technically feasible and safe [2]. Owing to the risk of perforation or embolization to the pulmonary artery, removal was the only option in our case. An endovascular procedure was not appropriate due to the nature of the object with the risk of perforation during blind endovascular retrieval. Therefore, off-pump removal was the least invasive approach in our patient.

REFERENCES

- [1] Papadoulas S, Konstantinou D, Kourea HP, Kritikos N, Haftouras N, Tsolakis JA. Vascular injury complicating lumbar disc surgery. A systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;24:189–95.
- [2] Schechter MA, O'Brien PJ, Cox MW. Retrieval of iatrogenic intravascular foreign bodies. *J Vasc Surg* 2013;57:276–81.
- [3] Actis Dato GM, Arslanian A, Di Marzio P, Filosso PL, Ruffini E. Posttraumatic and iatrogenic foreign bodies in the heart: report of fourteen cases and review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:408–14.
- [4] LeMaire SA, Wall MJ Jr, Mattox KL. Needle embolus causing cardiac puncture and chronic constrictive pericarditis. *Ann Thorac Surg* 1998;65:1786–7.
- [5] Thanavaro KL, Shafi S, Roberts C, Cowley M, Arrowood J, Cassano A *et al.* An unusual presentation of chest pain: needle perforation of the right ventricle. *Heart Lung* 2013;42:218–20.



Removal of the Deeply Located Intradiskal Broken Knife Blade with Arthroscopic Assistance: Case Report and Literature Review

Guang Bin Zheng and Zhangfu Wang

Key words

- Arthroscope
- Broken knife blade
- Lumbar discectomy

Department of Spine Surgery, Taizhou Hospital of Zhejiang Province, Wenzhou Medical University, Linhai, Zhejiang, China

To whom correspondence should be addressed:

Zhangfu Wang, M.M.

[E-mail: wangzf@enzemed.com]

Citation: World Neurosurg. (2020) 137:272-275.

<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.01.221>

Journal homepage: www.journals.elsevier.com/world-neurosurgery

Available online: www.sciencedirect.com

1878-8750/\$ - see front matter © 2020 Elsevier Inc. All rights reserved.

INTRODUCTION

Transforaminal lumbar interbody fusion is widely used in treatment of lumbar degenerative diseases.¹⁻³ During the surgical procedure, an annulus is usually excised by a No. 11 knife blade. Although breaking a knife blade is an extremely rare complication during surgery, retrieval of the broken blade is challenging if it is located deeply in the disk space or even migrates anteriorly into the retroperitoneal space.⁴⁻⁶

The first literature reported about a broken knife blade was published 20 years ago. The authors recommended second anterior approach to remove the deeply located broken scalpel if the sharp edge was facing at the abdominal visceral and vessels, because inaccurate manipulation may lead to disastrous consequences.⁷ The transforaminal route was a harmless corridor, which may remove the broken part in 1-stage without additional surgery.^{8,9} However, the surgical field may be limited in using removing instruments like hemostatic forceps or nucleus pulposus forceps into disk space when the broken scalpel migrates deeply into the anterior border. In such situations, it is difficult to retrieve a broken blade under direct vision even while using a microscope. If the blade cannot be grasped in the first few attempts,

■ **BACKGROUND:** Surgical scalpel broken is rarely reported in posterior lumbar discectomy or fusion surgeries, but when it happens and even the broken part is deeply located in the disk space, there is no guideline to remove it during the initial surgery.

■ **CASE DESCRIPTION:** A 56-year-old female with L3-L4 and L4-L5 disk herniation and stenosis underwent 2-level transforaminal lumbar discectomy and fusion. The knife blade was broken in the L4-L5 disk space during the annulus resection. Despite a 1.5-hour trial for removal with fluoroscopy, the broken part gradually migrated to the anterior border of the disk space. Eventually, arthroscopy was used for retrieval, the blade tip was clearly recognized in the arthroscopic view, which improved the accuracy of the subsequent operation. The blade fragment was removed successfully within 30 minutes.

■ **CONCLUSIONS:** Arthroscopic retrieval of a broken scalpel deeply located in the intradiskal space is recommended as an alternative method when conventional effort is unable to remove it, especially when the broken blade migrates anteriorly, which may provoke catastrophic consequences.

repeated manipulation may push the broken part anteriorly and even migrate into the retroperitoneal area, which always results in a second complicated surgery to avoid catastrophic consequences like a main vessel injury.^{4,6}

We presented a case of successful retrieval of a deeply located broken blade by arthroscopic assistance in the initial surgery, which might be a safer and more effective way to remove broken scalpel when migration is observed.

CASE PRESENTATION

A 56-year-old female diagnosed as L3/4, L4/5 disk herniation with lumbar degenerative stenosis underwent 2-level transforaminal lumbar interbody fusion. During the left side L4/5 annulus resection, the knife blade was broken, the broken part was located anteriorly in the disk space, and the sharp tip of broken knife was directed to the anterior border in the first lateral view of fluoroscopy (Figure 1A). We tried to remove it with hemostatic forceps or nucleus pulposus forceps under fluoroscopy (see Figure 1B). However, the broken blade migrated

deeper into the anterior border of the disk space. The posterior edge of broken scalpel was displaced by pushing and made the whole broken blade horizontal shape in the fluoroscopy, which increased retrieval difficulties (see Figure 1C). Next, we thought enlarging the disk space would facilitate the retrieval, so the intervertebral disk shaver was used to expand the disk space (see Figure 1C). But the broken part was still invisible. In lateral view of fluoroscopy, the broken blade was pushed even deeper just adjacent to the anterior longitudinal ligament. Any inappropriate manipulation could have led to the broken part migrating toward the retroperitoneal space. Despite a 1.5-hour trial, in consideration of the conventional spinal instruments and methods failed to retrieve the broken blade, we performed total laminectomy and applied the arthroscope in the disk space (see Figure 1D–F). After meticulous hemostasis and debridement, the posterior part of broken blade was identified (Figure 2A). A 90-degree hook was probed beneath the base of the broken part and carefully detached it from the surrounding nucleus pulposus tissue (see

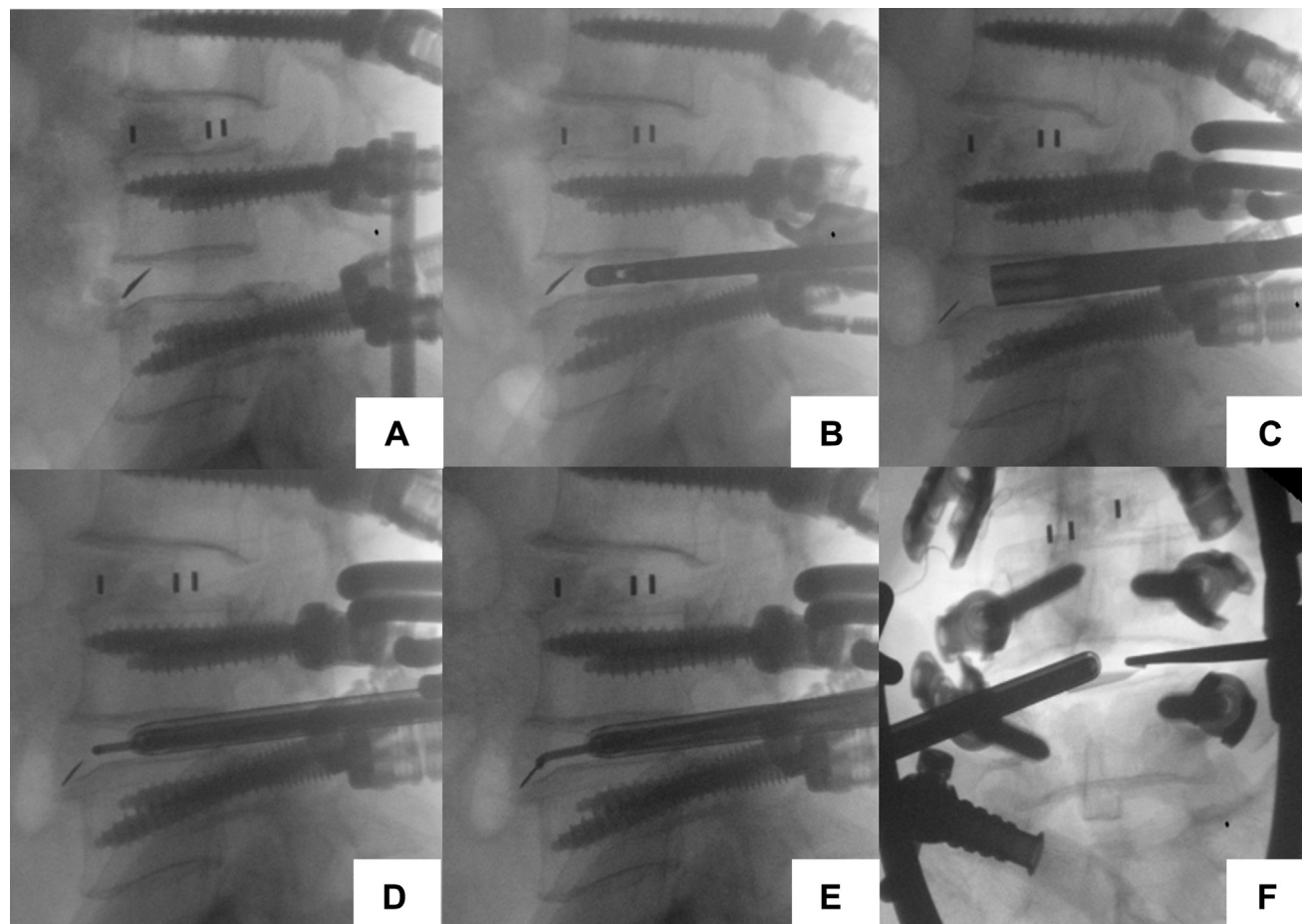


Figure 1. Fluoroscopic views of broken scalpel retrieval procedure. (A) The scalpel was broken and located in the disk space. (B and C) The broken scalpel migrated anteriorly despite of the retrieval only by fluoroscopy. (D–F) The broken scalpel was identified and mobilized by the 90-degree hook using arthroscopy and fluoroscopy simultaneously.

Figure 2B and C). After adequate release (see **Figure 2D**), the broken part was successfully grasped and removed by nucleus pulposus forceps (see **Figure 2E and F**).

The foreign body removal procedure consumed 2 hours. Then 2-level interbody fusion was performed evenly. The patient was discharged 1 week after surgery, and 2-year follow-up showed good recovery.

DISCUSSION

Breaking a knife blade is a rare complication during lumbar discectomy, and there is limited experience to remove it for most spine surgeons. Successful and quick retrieval of such a flat, sharp fragment becomes difficult if the broken blade is located deeply in the disk space, even

under fluoroscopic or microscopic guidance. In such situations, a second surgery using the anterolateral approach has been suggested for safe removal of the fragment.⁷ However, the broken blade may migrate to the retroperitoneal space or even to the aorta or vena cava when the position is changed, which may increase the probability of serious complications like aorta or visceral injury.^{4,10} An unplanned additional surgery also could decrease patient satisfaction.

Rahimizadeh et al⁸ suggested the transforaminal corridor for retrieval of a deeply retained broken scalpel in discectomy. The transforaminal approach with pars resection could enlarge the surgical field of the disk space and may be helpful for direct foreign body removal.

Microscopic assistance could amplify the surgical field and improve security and success rates.⁵ Intraoperative fluoroscopic guidance is essential when repeated anteroposterior and lateral views are needed to confirm the location between the broken blade and retrieval instrument. However, if the knife blade is broken at the first stab of the discectomy procedure and buried deeply in the disk space, the tip of the broken part may not be seen easily and any further disk space expanding the procedure or retrieval without assurance may lead to further migration, even under microscope or fluoroscopic guidance. In consideration of conservative treatment could provoke many unpredictable detrimental results, retrieving the broken blade with safer and

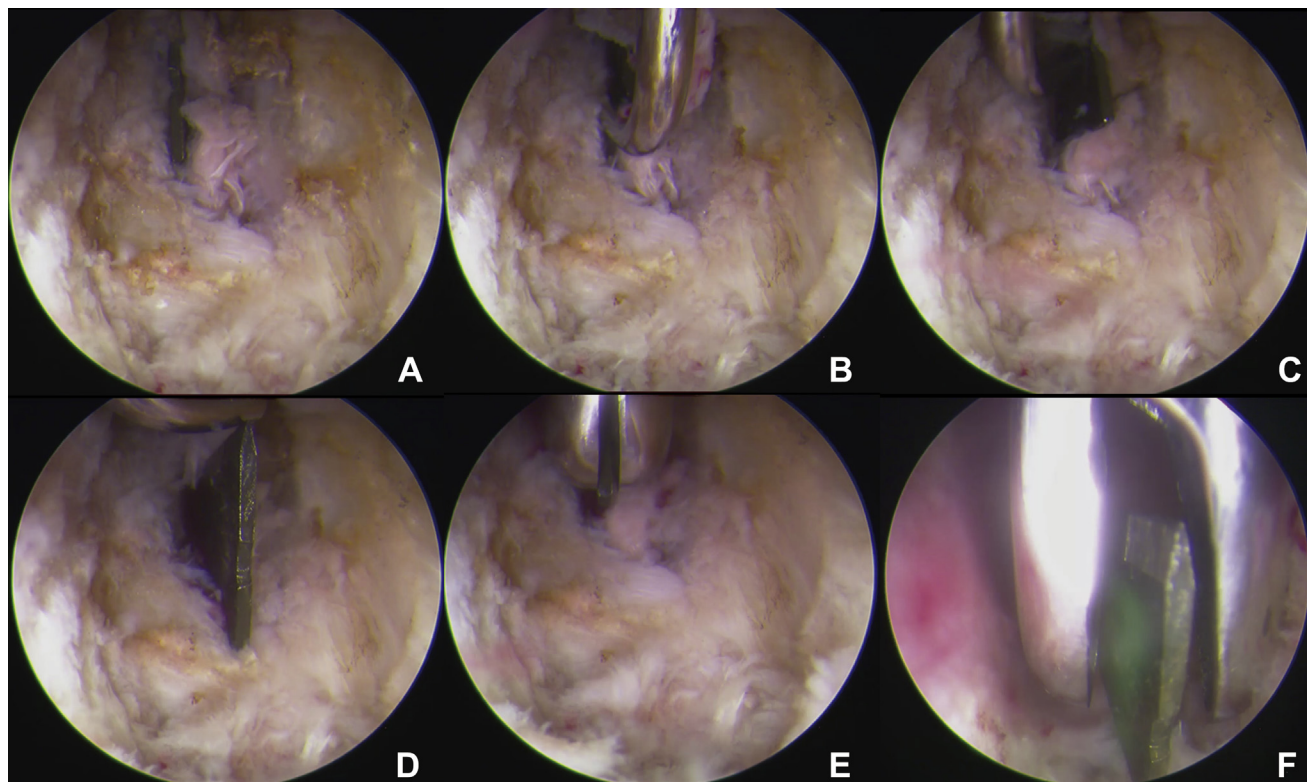


Figure 2. Arthroscopic pictures of broken scalpel retrieval procedure. (A) The broken scalpel could be identified on the arthroscopic view. (B–D) A 90-degree hook was used to mobilize the broken scalpel by real-time visualization. (E and F) The broken scalpel could be grabbed by the clamp and finally retrieved.

more effective method is required. In this case, we performed total laminectomy and contralateral transforaminal decompression. Discectomy was also applied when we realized the broken blade was located deeply in the disk space and difficult to retrieve in a conventional way. Next, we used the arthroscope in the disk space of the ipsilateral side of the broken blade to find the broken part. The advantage of an arthroscope in this surgery was that the broken scalpel could be identified clearly in amplified view, which reduced repeated clamping and avoided anterior migration. The whole procedure was recorded, and it took only 20 minutes to complete the retrieval once the arthroscope was applied. Fluoroscopic guidance was used to improve accuracy and safety during the procedure until the broken blade was removed.

Deeply retained foreign body removal by arthroscopic assistance has not been reported before. In our case, we retrieved a broken blade under an arthroscope safely and effectively. As opposed to a fluoroscope, an arthroscope provided a real-time solution

to retrieving the broken instrument, which increased the success rate and prevented anterior migration of the broken scalpel. The reason for a broken surgical scalpel in discectomy has rarely been reported. A knife blade with a “narrow junction” is more prone to break than a “triangular-shaped” knife.^{7,8} But we experienced a triangular-shaped knife breaking in our case, and this has been reported in another case.⁶ A firm and calcified annulus was reported as 1 of the risk factors of a broken knife blade.⁷ A narrowed disk space should be another risk factor. However, in our experience, an inadequate resection maneuver should be mostly responsible for the knife blade broken. Twisting or changing the direction of the scalpel edge when the blade is located partially in the disk space should be performed cautiously or even prevented. Straight in and out of the knife blade for disk space resection is recommended. For narrowed disk space or calcified annulus, a microdissector should be used to confirm the disk space instead of a knife blade.

CONCLUSION

Arthroscopic assistance is a safer and more effective way to remove a broken scalpel located deeply in the disk space than under fluoroscopic or microscopic guidance. Arthroscopy could ensure that the broken blade is in the surgeon's view throughout the whole retrieval procedure and increase its chance of being retrieved in the initial surgery.

REFERENCES

1. Chen MJ, Niu CC, Hsieh MK, et al. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody debridement and fusion with percutaneous pedicle screw instrumentation for spondylodiscitis. *World Neurosurg.* 2019;128:e744-e751.
2. Miller LE, Bhattacharyya S, Pracyk J. Minimally invasive versus open transforaminal lumbar interbody fusion for single-level degenerative disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World Neurosurg.* 2020;133:358-365.e354.
3. Yao YC, Lin HH, Chou PH, Wang ST, Chang MC. Differences in the interbody bone graft area and

fusion rate between minimally invasive and traditional open transforaminal lumbar interbody fusion: a retrospective short-term image analysis. *Eur Spine J.* 2019;28:2095-2102.

4. Limbachia D, Gandhi P. Laparoscopic retrieval of a foreign body (broken surgical knife) from retroperitoneal space: an interesting case. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2017;6:193-194.
5. Yogesh A, Somnath S, Sanjeev C, Kumar PD. Retrieval of a retained broken scalpel blade from lumbar intervertebral disc space—a case report. *Romanian Neurosurg.* 2017;31:129-132.
6. Koutsierimpas C, Ioannidis A, Konstantinidis M, Athanasopoulos P, Antonakopoulos F, Konstantinidis K. Robot-assisted removal of a broken scalpel blade following discectomy. *Case Rep Surg.* 2019;2019:8609246.
7. Amirjamshidi A, Mehrzad M, Abbassioun K, Ketabchi E. Retained broken knife blades within the disc space. *Spine.* 1994;19:981-984.
8. Rahimizadeh A, Ghorbani E, Rahimizadeh S. Transforaminal retrieval of intradiscal retained broken surgical knife blade. *Spine.* 2013;38:E1278-E1281.
9. Rahimizadeh A, Haddadi K. Is transforaminal retrieval of intradiscal deeply seated broken surgical knife blade all time pars sparing? A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;19:131-133.
10. De Praetere H, Vanden Eycken C, Meuris B, Herijgers P. Migration of a broken scalpel into the

heart after spine surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014;18:527-529.

Conflict of interest statement: The authors declare that the article content was composed in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Received 9 January 2020; accepted 28 January 2020

Citation: *World Neurosurg.* (2020) 137:272-275.

<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.01.221>

Journal homepage: www.journals.elsevier.com/world-neurosurgery

Available online: www.sciencedirect.com

1878-8750/\$ - see front matter © 2020 Elsevier Inc. All rights reserved.

■ Retained Broken Knife Blades Within the Disc Space

Abbass Amirjamshidi, MD,* Massoud Mehrazin, MD,† Kazem Abbassioun, MD,‡ and Ebrahim Ketabtchi, MD*

Study Design. Four cases in which, during standard laminectomies, knife blades broke deep into the disc space are reported.

Summary of Background Data. These broken knife blades could not be removed at the time of initial operations.

Results. Follow-up studies indicated further anterior migration of retained fragments in two cases after ambulation.

Conclusions. Because of the potential hazards of late intraabdominal visceral or vascular injuries, removal of sharp retained fragments at another session is recommended. [Key words: abdominal vascular injuries, disc surgery, knife blade, visceral injuries] *Spine* 1994;19:981-984

Aside from the common complications of disc surgery, rare events occur but are unreported in the literature or only mentioned as anecdotal cases. Among these events are cases in which cups of the curette and blades of disc forceps become detached. Fine knife blades used to open a small window into the disc space rarely break during standard discectomy procedures; if a break does occur, the broken fragment is usually immediately identified and removed by the surgeon in the same setting. However, the broken piece can get lost in the disc space, and the procedure is terminated. These retained fragments can be hazardous to the patient. This complication has not been reported in English literature. We report four patients who retained such foreign material.

■ Case Reports

Case 1. A 45-year-old man underwent a unilateral fenestration and discectomy at the L4-L5 level on the left side. While making a circumferential opening in the posterior longitudinal ligament using a no. 15 knife blade (Figure 1A) and turning the knife toward the superior plate, the blade broke and the fragment remained within the disc space. To recover the broken knife piece, the degenerated disc material were removed gradually using a disc rongeur, but the broken blade could not

be found. To achieve better visualization, laminectomy was extended to the other side and part of the laminae of L4 and L5 were also removed on both sides including the interspinous ligament. The disc space was entered on the eighth side and discectomy was completed bilaterally. A meticulous search did not reveal the lost blade tip. Because intraoperative fluoroscopy was not available, the procedure was terminated, and the wound was closed in a routine manner. Postoperative control x-ray (Figure 2A, B) showed the broken blade deep seated within the disc space near the ventral anulus. The problem was clarified with the patient, and the need for re-exploration under fluoroscopy was emphasized. The possible complications of retained foreign body within the disc space included infection, granulomatous reactions, and possibly further displacement of the blade. The patient refused re-exploration and was kept under close observation. Conservative management was undertaken using wide spectrum antibiotics and complete bed rest for 2 weeks. Subsequently, he was mobilized gradually. Meanwhile, control lumbosacral x-rays were taken at weekly intervals. The last x-ray (Figure 2C, D) disclosed more ventral displacement of the knife blade, seated in close relation to the abdominal aorta and iliac arteries. This time the patient consented for re-exploration. A transabdominal transperitoneal approach was used, and the blade (Figure 1B) that lifted the posterior peritoneal layer and anterior longitudinal ligament was removed. The postoperative course was uneventful.

Case 2. A 50-year-old lady was admitted for disc surgery at the L5-S1 level. In the standard knee-chest prone position, bilateral fenestration was performed, and thick ligamentum flavum was removed. While cutting the posterior longitudinal ligament, the knife broke. Discectomy proceeded further, but the blade could not be found. Postoperative x-rays (Figure 3) showed the broken blade retained within the disc space. Re-

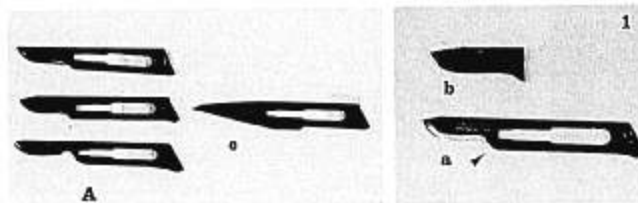


Figure 1. a, b, The knife no. 15 and its broken retained blade. A, The various types of blades with weak junction usually found in hospital stocks. C, The type of knife no. 15 suggested to have stronger junction.

From the *Department of Neurosurgery, Sina Hospital, Tehran, the †Department of Neurosurgery, Dr. Shariati Hospital, Tehran, and the ‡Department of Neurosurgery, Arad Hospital, Tehran, Iran.
Accepted for publication May 25, 1993.

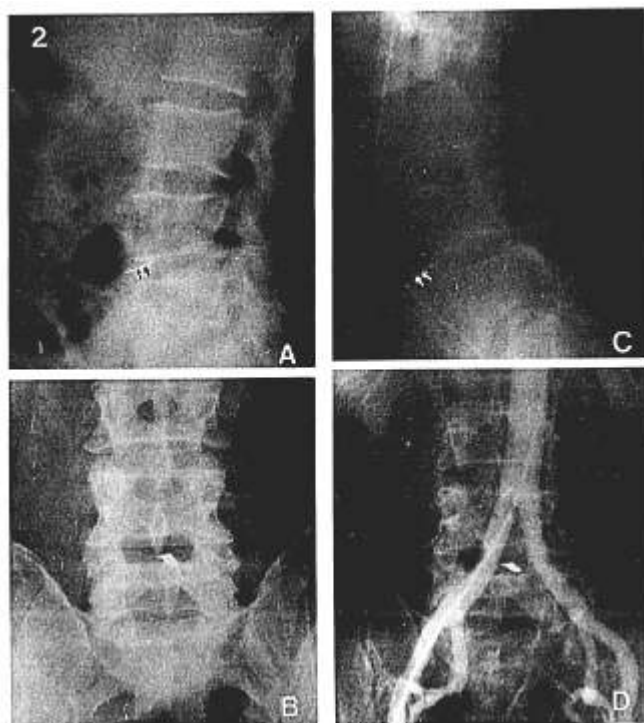


Figure 2. **A,B**, The location of broken knife blade within the disc space just after discectomy. **C,D**, The displaced broken blade in juxtaposition to iliac arteries, before transabdominal exploration and removal of the blade.

exploration 2 days later using an operative microscope led to the successful removal of the broken knife blade.

Case 3. A 55-year-old man with intermittent neurogenic claudication underwent a wide laminectomy for spondylotic narrow lumbar canal and discectomy at the L3–L4 level. While cutting a window in the posterior longitudinal ligament, the knife blade broke. The broken blade could not be found at completion of the discectomy, even under high illumination using the operation microscope. A postoperative control x-ray (Figure 4A, B) showed the broken blade lodged deep within the disc space at the level of anterior longitudinal ligament. A transabdominal retroperitoneal approach was performed to find the blade. With the patient in the supine position, the tip of the blade could be palpated just behind the posterior peritoneal layer. While trying to remove the retained blade, it fell back into the disc space. Subsequently the patient was placed in the right lateral position, and the previous laminectomy incision was reopened. The broken blade could be removed from behind. The patient tolerated the procedure and left the hospital in 10 days without any further complications.

Case 4. A 61-year-old farmer was referred to our department with intermittent neurogenic claudication. He underwent an operation 4 months before at another center, and a broken knife blade was left within the L4–L5 intervertebral disc space (Figure 5). A wide and long laminectomy was performed, and foraminotomy was done bilaterally. The L4–L5 intervertebral space was fused and could not be entered posteriorly to remove the blade. His complaints improved notably after surgery, and the plain x-ray taken 18 months later did not show any displacement of the lost blade.

Discussion

Several complications can occur during surgical procedures for lumbar disc disease and are reviewed by many authors in the literature. Reviewing the available English literature, we could not find any report regarding retained foreign material within the disc space.^{1–49} This report is the first series showing retainment of a foreign material (knife blade) within the disc space and its further migration towards the abdominal cavity and viscera.

The no. 15 knife blade with “narrow junction” is more prone to break during a cut into a rather firm and calcified posterior longitudinal ligament and anulus. We suggest using a no. 15 “triangular shaped” (Figure 1C) knife blade for such a cut. The broken piece may be seen through the cut window and usually can be removed easily during the same setting. However, when the broken part is deep in the disc space, attempts to remove the fragment may force it through the anterior anulus. Fluoroscopy and better illuminations may be needed for removal of such a lost fragment. In situations in which

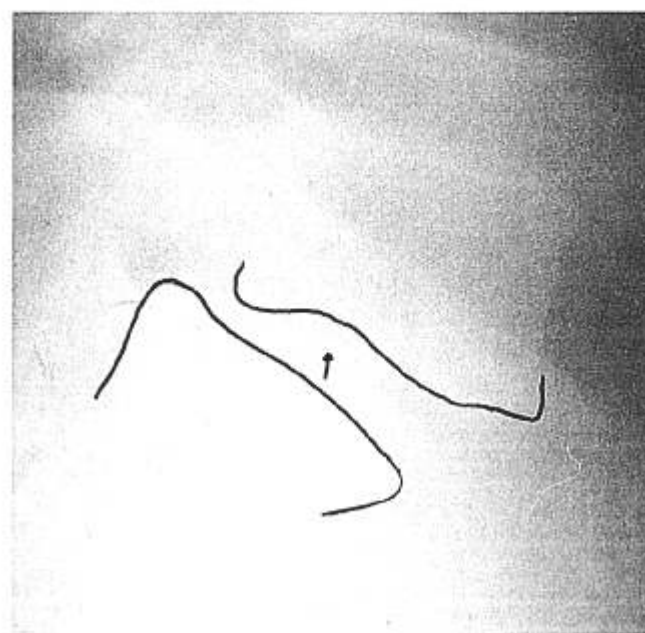


Figure 3. Case 2: the broken knife blade within the disc space. The disc space is better identified by dark lines drawn along the edge of the vertebral bodies. The original x-ray is of poor quality.

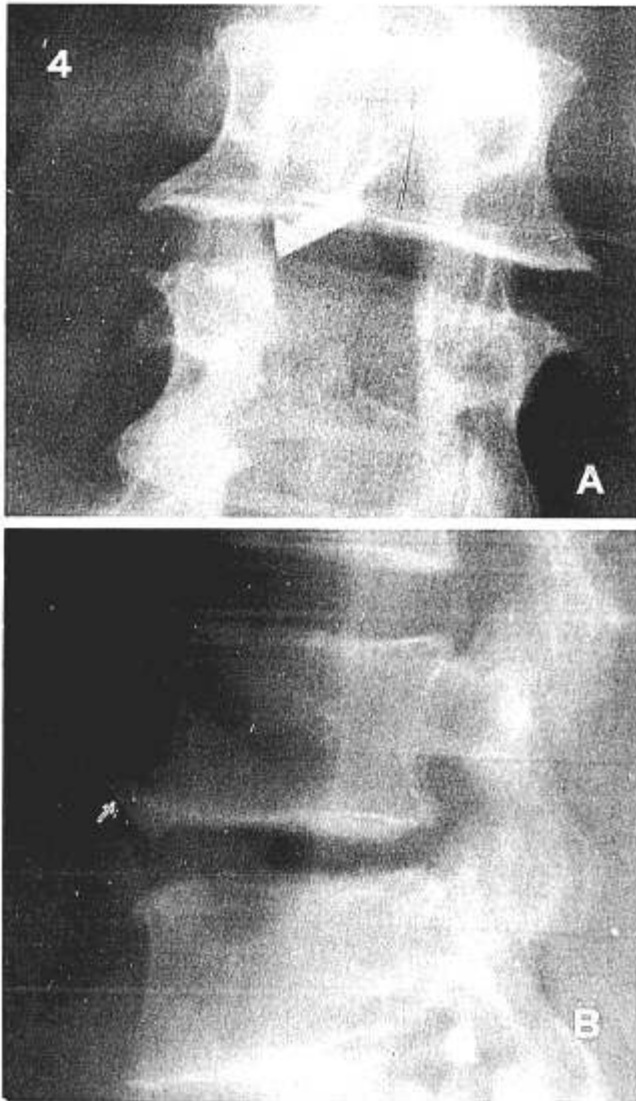


Figure 4. Case 3: the broken blade seated at the depth of the L3-L4 intervertebral space just before the second exploration via the abdomen.

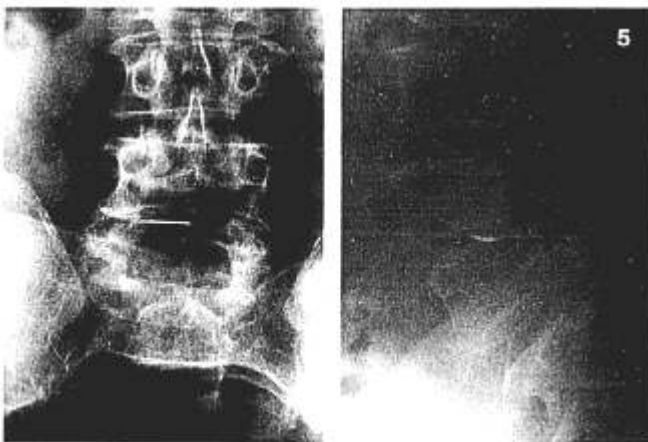


Figure 5. AP and lateral view showing the broken blade left within the tight L4-L5 disc space after the previous laminectomy. It was fixed within the intervertebral space and further x-rays did not show any displacement.

operating room facilities are insufficient, the surgeon should close the wound and refer the case to a center where appropriate facilities are available. In such cases, the patient should be notified of the situation and kept under close observation. If the broken knife blade and its sharp edge is facing anteriorly within the disc space, spontaneous migration of the blade can occur with each motion of the body and hazard of intra-abdominal visceral and vascular injuries. We believe such a fragment should be removed during another procedure, which may include an anterior transabdominal approach. In patients in whom the blade is within a collapsing disc space or is pointing toward the vertebral body, secondary intervention can be postponed.

References

1. Baez-Diaz A, Cuzzy P. Alunas observaciones clinicas y hemodinamicas sobres las fistulas arteriovenousas perifericas. *Arch Inst Card Mex* 1959;29:301.
2. Birkeland IW, Taylor TKF. Major vascular injuries in lumbar disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1969;51A:4-19.
3. Birkeland IW, Taylor TKF. Bowel injuries coincident to lumbar disk surgery. A report of four cases and review of literature. *J Trauma* 1970;10:163-8.
4. Borki AA, Smith RA. Ureteral injuries in lumbar disc operations. *J Neurosurg* 1960;17:925-28.
5. Boyd DP, Farha GJ. Arteriovenous fistula and isolated vascular injuries secondary to intervertebral disc surgery. *Ann Surg* 1965;161:524-31.
6. Brewster DC, May A, Darling RC, Abbott WM, Moncure AC. Variable manifestations of vascular injury during lumbar disc surgery. *Arch Surg* 1979;114:1026-1030.
7. Defay P, Lhermite J, Wiederkehr P, Raul P, Guillemin. An unusual ureteral injury. *Br J Urol* 1986;58(5):567.
8. Desassure RL. Vascular injury coincident to disc surgery. *J Neurosurg* 1959;16:22-9.
9. Evans WE. Arteriovenous fistula following disc surgery. *Vasc Surg* 1974;8:33.
10. Fager CA. Ruptured median and paramedian lumbar disc. A review of 243 cases. *Surg Neurol* 1985;23:309-323.
11. Ford LT. Symposium: Complications of lumbar disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1968;50A:418-428.
12. Gangai MP. Ureteral injury incident to lumbar disc surgery. Case report. *J Neurosurg* 1972;36:90-92.
13. Gorombey Z, Gomory A, Bekassy SM. Iatrogenic aortocaval fistula secondary to intervertebral disc surgery. *Acta Chir Scand* 1984;10:585-587.
14. Harbison SP. Major vascular complications of intervertebral disc surgery. *Ann Surg* 1954;140:342-8.
15. Hildreth DH, Turke DA. Postlaminectomy arteriovenous fistula. *Surgery* 1977;81:512-520.
16. Hoilscher EC. Vascular and visceral injuries during lumbar disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1968;383-393.
17. Hoilscher EC. Vascular complications of disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1948;A,30:968-70.
18. Jarstfer BS, Rich NM. The challenge of arteriovenous fistula formation following disc surgery, a collective review. *J Trauma* 1976;16:726-33.
19. Jue-Denis P, Kkiewfer E, Benhaou M, Le-Thoi H, Richard

- T, Natali J. Traumatismes des vaisseaux apres chirurgie de la hernie discale. *Rev Chir Orthop* 1984;70:141-146.
20. Kern HB, Barnes W, Malament M. Lumbar laminectomy and associated ureteral injury. *J Urol* 1969;102:675-7.
 21. Lasoin F, Warenbourg H, Assoman P. Fatal congestive heart failure associated with an iatrogenic caval aortic fistula following surgical removal of a herniated intervertebral disc. Letter to the editor. *Surg Neurol* 1984;22:423.
 22. Linton RR, White PD. Arteriovenous fistula between the right common iliac artery and the inferior vena cava. Report of its occurrence following an operation for a ruptured intervertebral disc with cure by operation. *Arch Surg* 1945;58:6-13.
 23. Mack JR. Major vascular injuries incident to intervertebral disc surgery. *Am Surg* 1956;22:725.
 24. Marcks C, Waner SM, Reyman M. Arteriovenous fistula secondary to intervertebral disc surgery. *J Cardiovasc Surg* 1971;12:417-24.
 25. Mayfield FH. Complications of laminectomy. *Clin Neurosurg* 1975;23:435-9.
 26. McKay WH, Baired HH, Josta HR. Management of ureteral injury. *JAMA* 1954;154:202-5.
 27. Moore CA, Costa A. Combined arterial, venous and ureteral injury complicating lumbar disc surgery. *Am J Surg* 1968;115:574-7.
 28. Nilsson V, Hakelms A. On vascular injury in lumbar disc surgery. *Acta Orthop Scand* 1965;35:329-337.
 29. Guigley TM, Stoney RJ. Arteriovenous fistulas following lumbar discectomy. The anatomy defined. *J Vasc Surg* 1985;2:828-833.
 30. Rossi P, Carillo FJ, Alfidi RJ, Ruzicka Jr. Iatrogenic arteriovenous fistulas. *Radiology* 1974;11:47-51.
 31. Saldino RM, White AA, Palubinskas AJ. Arteriovenous fistula, a complication of lumbar disc surgery. *Diagn Radiol* 1971;98:565-7.
 32. Sandoz I, Hodges CV. Ureteral injury incident to lumbar disc operation. *J Urol* 1965;93:687-89.
 33. Schreppeel B, Segal P, Rousseaux P, Bernard MH, Guyot JF. Complication vasculaires de la chirurgie des hernies discales lombaires. *Neurochirurgie* 1978;4:399-401.
 34. Schreiber MH, Wolma FJ, Morrettin LB. Angiographic findings in arteriovenous fistulas following lumbar disc surgery. *Am J Rontgen Radium Ther Nucl Med* 1967;101:957-60.
 35. Seeley SF, Hughes CVV, Juhnke EJ. Major vessel damage in lumbar disc operation. *Surgery* 1954;35:421-29.
 36. Schumacker HB, King H, Caybell R. Vascular complications following disc operation. *J Trauma* 1961;1:177-185.
 37. Smith RA, Entridge MN. Bowel perforation following lumbar disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1964;46:825-28.
 38. Smith RF, Keillen DA. Arteriovenous fistula and chronic heart failure following intervertebral disc surgery. *South Med J* 1973;66:1301-3.
 39. Solonen KA. Arteriovenous fistula as a complication of operation for prolapsed disc. *Acta Orthop Scand* 1964;34:159-166.
 40. Solonen KA. Perforation of anterior annulus fibrosus during operation for prolapsed disc. *Ann Chir Gynaecol* 1975;64:385-87.
 41. Spittel JA, Palumbo RJ, Love JG, Ellis Jr FH. Arteriovenous fistulas complicating lumbar disc surgery. *N Engl J Med* 1963;268:1162-5.
 42. Staab RC, Stoeve WW, Baldwin H, Hickman L. Arteriovenous fistula complicating lumbar disc surgery. *J Am Osteopath Assoc* 1978;67:1379-81.
 43. Staple DW, Friedenbarg MJ. Illio-iliac arteriovenous fistula following intervertebral disc surgery. *Clin Radiol* 1965;16:248-50.
 44. Stevenson IM, Wake PN, Littler J. Iliac vessel injury complicating lumbar laminectomy. *J R Coll Surg Edin* 1981;26(3):87-8.
 45. Stokes JM. Vascular complications of lumbar disc surgery. *J Bone Joint Surg* 1968;A,50:394-99.
 46. Taylor H, Williams E. Arteriovenous fistula following disc surgery. *Br J Surg* 1962;50:47-50.
 47. Thompson JA, Glauser FL. Postlaminectomy arteriovenous fistula suspected by bedside data from right side heart cathetrization. *Arch Int Med* 1980;140:1168-9.
 48. Ueda H, Tagawa H, Saito S, Nakahara K, Ihori M. A case of arteiovenous fistula following lumbar disc surgery. *J Jpn Soc Int Med* 1964;53:1046-1050.
 49. Vargas CZ, Abugattas R, Santa Mario E, Battilana G, Guibovich C. Arteriovenous fistula between the right common illiac artery and inferior vena cava incident to intervertebral disc surgery. *J Cardiovasc Surg* 1964;5:392-400.

Address reprint requests to

A. Amirjamshidi, MD
Department of Neurosurgery
Sina Hospital
Imam Avenue
Tehran, Iran

Article

Retrieval of a retained broken scalpel blade from lumbar intervertebral disc space - a case report

Yogesh Agrawal, Somnath Sharma, Sanjeev Chopra, Devendra Kumar Purohit
INDIA



Retrieval of a retained broken scalpel blade from lumbar intervertebral disc space - a case report

Yogesh Agrawal, Somnath Sharma, Sanjeev Chopra, Devendra Kumar Purohit

Department of Neurosurgery, Sawai Man Singh Medical College and Hospital Jaipur, Rajasthan, INDIA

Abstract: Lumbar discectomy is a common procedure in neurosurgery, besides the common complications broken scalpel blade during disc removal is a rare event. Usually retrieval of such sharp retained fragments in same sitting is difficult and to prevent further complications another session is warranted [1]. We report a case of broken scalpel blade during L1-L2 lumbar intervertebral disc removal and successful surgical retrieval of that tip of knife with the help of operative microscope under fluoroscopic guidance during same sitting before any hazardous complications develop.

Key words: broken scalpel, fluoroscopy, retrieval

Introduction

Lumbar discectomy is being done in increasing frequency worldwide, one such risk associated with this procedure is breaking of the surgical knife blade during disc removal. The complications caused by iatrogenic foreign bodies are well known, but cases are rarely published because of the medico legal implications [2], early identification and removal of a foreign body can prevent hazardous and detrimental complications [3]. However in a few cases, surgeon's attempts might be successful but Most of the broken blades could not be retrieved during the initial surgery because it is lost in disc space and attempt to remove cause further descent of fragment so

procedure is terminated [1], this retained foreign body in the disc space may remain clinically silent [4] or migration of such foreign body during ambulation might have lead to hazardous complications [3] and removal of such sharp fragment to prevent further complications, another session is warranted usually [1], Literature regarding this issue is scarce, and there are no unique guidelines to address these complications. We are reporting a case in which scalpel blade broken during lumbar intervertebral disc removal and successful surgical retrieval of that tip of knife blade done in same sitting with the help of microscope under fluoroscopic guidance before any hazardous complication develop.

Case summary

A 29 year male presented with complain of back pain for last 6 month and sudden weakness in bilateral lower limb with urinary and fecal incontinence for last 10 days. imaging confirm significant compression of thecal sac and B/L neural foraminas at L1/L2 vertebra level due to intervertebral disc herniation (Figure 1) hence L1 laminectomy and L1/L2 disc removal was planned, While removing the intervertebral disc the tip of no.

15 scalpel blade (Figure 4) snapped off and was jammed in the disc space, attempts to retrieve the tip resulted in a further descend of the knife into the disc space, fluoroscopy revealed that knife was still in the disc space (Figures 2, 3). Owing to the risk of migration further attempt of blind removal was stopped and by using microscope under fluoroscopic guidance we catch the tip and exteriorized successfully before any hazardous complication develop.



Figure 1 – Sagittal T2w MRI of dorso-lumbar region showing L1/L2 inter-vertebral disc protrusion with thecal sac compression



Fig 2; Intraoperative fluoroscopic AP view of lumbar spine showing tip of knife in disc space with marker hook seen right lateral and superior to knife



Fig 3: fluoroscopy lateral view dorsolumbar spine region showing tip of broken knife is seen in disc space with flat dissector present postero-superiorly as a marker



Fig 4: retrieved tip of knife

Discussion

Among common complications that occur during intervertebral disc removal, retained foreign body like broken scalpel blade are rare, very few cases are reported in literature. First case series of four cases on Retained foreign body (broken knife) within the disc space and migration towards abdominal cavity and viscera was published by Amirjamshidi et al in 1994. The no 15 knife blade with narrow junction is more prone to break during cutting of firm and calcified annulus and posterior longitudinal ligament. The broken fragment may be seen within disc space and can be removed in same setting. However attempts to remove it, can cause further descent of fragment in deep disc space and fluoroscopy and better illumination is required for removal of such fragment ,if such facility in operative room is not available, surgeon should close the wound and refer the patient to center where these facilities are available. In that cases patient should be informed and kept under close observations. Retrieval of a broken knife blade buried in the intervertebral disc space can be a challenge and even impossible to achieve despite hours of attempts hence second surgery is recommended in most of case [1].

Migration these foreign bodies during intra-operative surgical manipulation or ambulation in postoperative period could lead to serious complications and the clinical manifestation of these foreign body depends upon their locations and vicinity to the vital structures, anterior migration of the knife could cause gut and retroperitoneal viscera injury or vascular complications like injury to large vessels, on the other hand posterior migration into the spinal canal could cause injury to spinal cord and neurological deficit [1, 3, 5].

Complications due to broken scalpels and migration into the blood circulation or heart has been described by Herbert De Praetere et al (5). A broken sharp scalpel left in an intervertebral space and slipped to pelvic cavity during an operation of intervertebral disc also reported by LE wang et al [6]

In our case we need to respond the question whether the object should be retrieved or not?, conservative treatment is an option in asymptomatic foreign bodies without associated risks, particularly if they are small, smooth, rounded, blunt and minimal contaminated and embedded in and paraspinal muscles. Patients in whom the blade is within a collapsing disc space or is pointing towards the vertebral body secondary intervention can be postponed [1]. Intervention is necessary if symptomatic, irrespective of their location or asymptomatic patients with sharp foreign body with associated risk factors and possible complications [5].

Owing to the risk of hazardous complications, removal was the only option in our case and blind procedure was not appropriate due to the nature of the object. Therefore successful localization under

fluoroscopic guidance and removal of tip of knife was done with the help of operative microscopic in our patient in same sitting.

Conclusion

Because of the potential hazards of migration and late serious complications, removal of sharp retained fragment in same or another session is recommended and we have to be cautious while using 15 no surgical knife in narrow disc space.

Correspondence

Dr. Yogesh Agrawal

MBBS, MS, 3rd year Mch resident

Address: Department of neurosurgery, Sawai Man Singh medical college and hospital Jaipur, Rajasthan, India

Phone: 08955560199

E-mail: agrawaly_2k@yahoo.co.in

References

1. Amirjamshidi A, Mehrazin M, Abbassioun K, Ketabchi E. Retained broken knife blades within the disc space. *Spine* 1994;19:981-4.
2. Karcnik TJ, Nazarian LN, Rao VM, Gibbons GE Jr. Foreign body granuloma simulating solid neoplasm on MR. *Clin Imaging* 1997;21:269-72
3. Alexander PH Chan, KM sieh, SM Leung, KY Cheung, KY Fung- Extacorporeal foley catheter spring device mimicking an intervertebral foreign body in transforaminal lumbar interbody fusion surgery. *Hongkong Med j* vol no. 5, oct 2009
4. Okten AI, Adam M, Gezeran Y. Textiloma: a case of foreign body mimicking a spinal mass. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 5:626S-629S.
5. Migration of a broken scalpel into the heart after spine surgery Herbert De Praetere, Caroline Vanden Eycken, Bart Meuris, and Paul Herijgers *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014Apr;18(4): 527-529
6. A broken sharp scalpel left in an intervertebral space and slipped to pelvic cavity during an operation of intervertebral disc displacement H Li, W Wang, A He - *Hunan yi ke da xue xue bao Hunan yike*, 1997 - europepmc.org

Case Report

Robot-Assisted Removal of a Broken Scalpel Blade following Discectomy

**Christos Koutserimpas¹,^{ID} Argyrios Ioannidis²,^{ID} Michael Konstantinidis,²
Panagiotis Athanasopoulos,² Fotios Antonakopoulos,² and Konstantinos Konstantinidis²**

¹Department of Orthopaedics and Traumatology, “251” Hellenic Air Force General Hospital of Athens, Greece

²Department of General, Bariatric, Laparoscopic and Robotic Surgery, Athens Medical Center, Athens, Greece

Correspondence should be addressed to Christos Koutserimpas; chrisku91@hotmail.com

Received 12 December 2018; Accepted 19 May 2019; Published 4 June 2019

Academic Editor: Yoshiharu Kawaguchi

Copyright © 2019 Christos Koutserimpas et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The risk of a broken scalpel blade during discectomy is considered extremely rare, while no guidelines exist regarding this complication. We report a case of a robotic broken blade removal following lumbar discectomy. A 52-year-old female was subjected to L4-L5 discectomy. During the annulus resection, the scalpel blade broke and was retained within the disc space. The broken blade migrated towards the abdominal cavity and viscera. Emergency CT angiography scan revealed that the main vessels were intact, while the broken surgical knife was located anterior to the lumbar spine at the L4/L5 level, to the left of the aorta and superiorly of the left common iliac artery. At that point, robot-assisted laparoscopy was performed. The broken instrument was located and carefully removed. It seems more proper that such foreign bodies should be removed, while robotic surgery may play a significant role in cases that the foreign body is near major vessels.

1. Introduction

Robotic, computer-assisted, or robot-assisted surgery are similar terms for the use of robotic systems aiding in various surgical procedures. Robotic surgery has been developed in order to overcome limitations of minimally invasive surgery and to increase the capabilities of open surgery [1, 2].

The main advantages of computer-assisted surgery for the surgeon are as follows: greater visualization, enhanced dexterity in which dissections can be performed, and greater precision. Since its introduction, robotic surgery rapidly expanded in a plethora of surgical subspecialties, as well as operations. It has been estimated that over 3 million patients have been operated since the early 2000s with the introduction of the da Vinci® device [1].

There have been a few cases reported in the literature so far, describing the use of robotic surgery for iatrogenic complications, such as foreign body removals and the cement removal following percutaneous vertebroplasty [3]. The risk of a broken scalpel blade during discectomy is considered

extremely rare, while no guidelines exist regarding this complication, since such cases are rarely published due to medicolegal implications [4]. The robot-assisted removal of such iatrogenic foreign bodies has not been described so far.

A case of a foreign body removal (a broken no. 11 scalpel blade), during a lumbar discectomy, with the use of the “da Vinci® Robotic System” is presented, exhibiting the advantages of computer-assisted surgery for the surgeon.

2. Case Presentation

A 52-year-old female, with an unremarkable medical history, with the exception of lumbar herniation, was subjected, under general anesthesia and in a genupectoral position, to L4-L5 discectomy. During the annulus resection, the no. 11 scalpel blade broke and it was retained within the disc space. Attempts to remove the foreign body were performed under fluoroscopy. However, the broken blade migrated towards the abdominal cavity and viscera. Immediately, a CT angiography scan was performed, in order to locate the broken

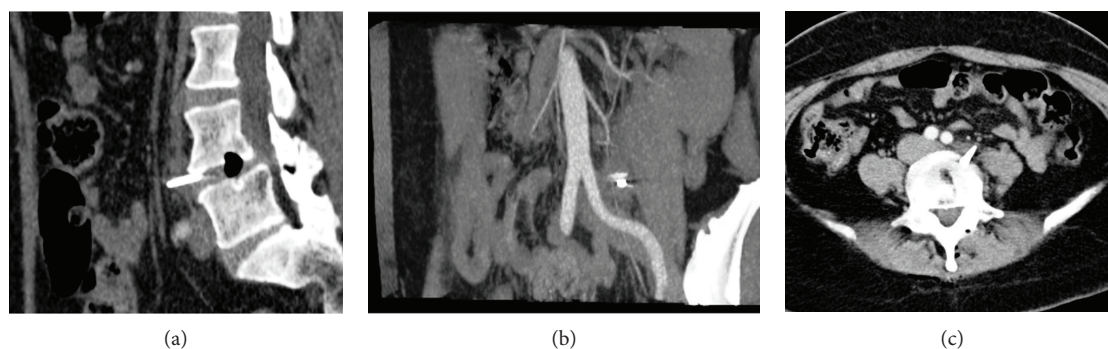


FIGURE 1: (a) Sagittal, (b) coronal, and (c) axial computer tomography angiography views, revealing the broken no. 11th scalpel blade in front of the L4/L5 intervertebral space.

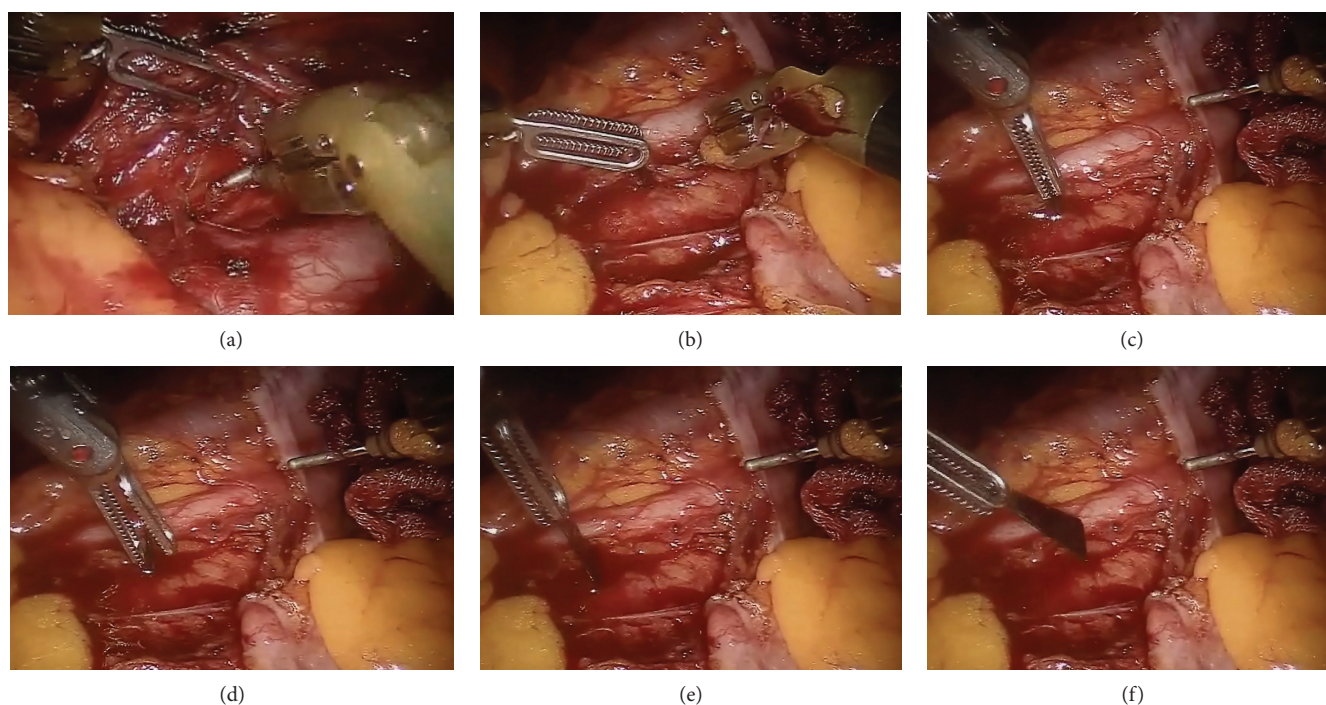


FIGURE 2: Intraoperative pictures of the robot-assisted removal of the broken blade.

instrument (Figure 1). CT angiography revealed that the main vessels were intact, while the broken surgical knife was located anterior to the lumbar spine at the L4/L5 level and to the left of the aorta.

The patient remained during this procedure stable, at all times. Urgently, the patient was placed in a supine position and a robot-assisted laparoscopy was initiated. Under general endotracheal anesthesia, the da Vinci® platform was brought to the operating table between the patient's legs. The camera port was inserted inferior and to the right of the umbilicus using the Hasson technique. Under direct vision, two additional robotic arm trocars were inserted at the right and left iliac fossa, respectively. Once the robot was docked, an exploration of the peritoneal cavity was performed. With the patient tilted to the right, the small intestine was transferred to the right abdominal cavity so that the retroperitoneum below the level of the left kidney could be exposed. The retroperitoneum was carefully dissected using bipolar Cadier for-

ceps on the left arm and monopolar scissor and hook on the second arm. After the access to the abdominal aorta was gained, the broken scalpel was identified in close distance to the aorta and the left common iliac artery with no signs of active bleeding. The scalpel was slowly removed with extreme care not to traumatize the vessels (Figure 2). A final abdominal exploration was performed before the platform was removed (Video 1). The patient was deintubated without complications and was transferred to the recovery room.

The patient had an uneventful hospitalization and was discharged at the 3rd postoperative day. At follow-up, 2 years after the operation, she remains without any signs or symptoms of disease.

3. Discussion

Breaking of the surgical scalpel blade during lumbar discectomy has already been described as associated with the

procedure risk [4]. Lumbar discectomy has become a common operation, and its incidence is increasing. Such iatrogenic complications may have a higher incidence than the one reported so far in the literature, since they are rarely published. Medicolegal implications prohibit surgeons from reporting such cases [5]. Therefore, there is a lack of data regarding this complication. Literature is scarce, and no clear guidelines exist regarding the management of such cases. However, the present case is the first description in the literature of a robot-assisted removal of such an object.

Amirjamshidi et al. in 1994 was the first one to report 4 cases of a broken scalpel blade within the intervertebral disc space and migration towards the abdominal cavity and viscera [6]. The authors concluded that the no. 15 surgical knife was more prone to break during the cutting of firm and calcified annulus and posterior longitudinal ligament [6]. Attempts to remove the broken instrument were encouraged in cases that the surgeon was able to see the broken fragment within the disc space. However, such attempts may cause the further descent of the foreign body in deep disc space. In such cases, fluoroscopy was necessary. Therefore, when this is not available, the patient should be kept in close monitoring and immediately referred to a center with those facilities [6].

Complications due to broken blades and spontaneous migration have already been reported by De Praetere et al. [7], while a broken sharp scalpel left in an intervertebral space and slipped to pelvic cavity was also reported by Li et al. [8].

This may lead to serious complications, depending upon the location of the broken scalpel blade. The risk of intra-abdominal visceral and vascular injuries is high [6–8]. In the reported case, the broken scalpel blade migrated anterior of the L4/L5 disc space just about 1 cm left of the abdominal aorta, which could lead to extremely serious complications. The decision to approach the foreign object through the abdomen was made due to its location. Considering the enhanced dexterity which robotic surgery offers when compared to laparoscopic techniques and the great experience of our center, the decision to perform the removal robotically assisted was made.

Due to lack of data, there are not clear guidelines regarding this iatrogenic complication. There are still many issues that need to be clarified, such as whether conservative treatment is an option for asymptomatic foreign bodies without associated risks and whether it is better to remove the foreign body in a second intervention and not during the initial operation [6, 7]. It seems more proper that due to the high risk of visceral injuries, such objects should be removed.

Furthermore, other options for removal of the broken scalpel should be mentioned. In the present case, the part of the broken blade remained in the intervertebral disc space; therefore, if the operating room was equipped with intraoperative CT, CT-guided removal of the broken scalpel blade through disc space could be a feasible option. The main advantage of this approach would be the avoidance of repositioning the patient from prone to supine positions which could lead to surrounding tissue injuries. Additionally, an issue that should be considered is whether insufflation of the abdominal cavity may have risk for injury of tissues sur-

rounding the broken blade. Hence, open procedure should always be kept in mind.

Robotic surgery is an advanced form of minimally invasive or laparoscopic (small incision) surgery where surgeons use a computer-controlled robot to assist them in certain surgical procedures [9, 10]. The robot's "hands" have a high degree of dexterity, allowing surgeons the ability to operate in very tight spaces in the body that would otherwise only be accessible through open (long incision) surgery. Robotic assisted surgery has offered some major advantages for surgeons as well, such as greater visualization, enhanced dexterity, and greater precision [1, 2, 9–11].

The main advantages of computer-assisted surgery over classical surgery regarding the patient are decreased blood loss, smaller incisions, less pain and hospital stay, and quicker healing, while the main criticism regarding this type of surgery is the increased cost per operation [3, 4], whereas the main disadvantages are the high cost (\$1.25 million for the da Vinci® Robotic System as of 2004 [3]), the size of the system, prohibiting its use in small operating rooms, and the longer operative times when compared to similar laparoscopic approaches [4].

4. Conclusion

The presented case is the first case reporting the robot-assisted removal of a broken blade following discectomy. The high-quality visualization and the enhanced dexterity were of utmost importance for the removal of the potentially life-threatening foreign body. Such cases should be reported, since no clear guidelines exist for their management. It seems more proper that broken blades should be removed. If the broken scalpel blade is near major vessels or in difficult-to-approach regions, the use of robot-assisted surgery by experienced surgeons could be an option.

Consent

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report/any accompanying images. A copy of the written consent is available for review by the Editor-in-Chief of this journal.

Conflicts of Interest

All authors declare no conflict of interest.

Supplementary Materials

Video 1: robotic assisted removal of the broken blade. (*Supplementary Materials*)

References

- [1] B. Namdarian and P. Dasgupta, "What robot for tomorrow and what improvement can we expect?," *Current Opinion in Urology*, vol. 28, p. 1, 2018.
- [2] L. Lorenzon, F. Bini, G. Balducci, M. Ferri, P. F. Salvi, and F. Marinozzi, "Laparoscopic versus robotic-assisted colectomy and rectal resection: a systematic review and meta-analysis,"

- International Journal of Colorectal Disease*, vol. 31, no. 2, pp. 161–173, 2016.
- [3] T. Molloy, A. Kos, and A. Piwowarski, “Robotic-assisted removal of intracardiac cement after percutaneous vertebroplasty,” *The Annals of Thoracic Surgery*, vol. 101, no. 5, pp. 1974–1976, 2016.
 - [4] T. J. Karcnik, L. N. Nazarian, V. M. Rao, and G. E. Gibbons Jr, “Foreign body granuloma simulating solid neoplasm on MR,” *Clinical Imaging*, vol. 21, no. 4, pp. 269–272, 1997.
 - [5] A. I. Okten, M. Adam, and Y. Gezerkan, “Textiloma: a case of foreign body mimicking a spinal mass,” *European Spine Journal*, vol. 15, Supplement 5, pp. 626–629, 2006.
 - [6] A. Amirjamshidi, M. Mehrazin, K. Abbassioun, and E. Ketabchi, “Retained broken knife blades within the disc space,” *Spine*, vol. 19, no. 8, pp. 981–984, 1994.
 - [7] H. De Praetere, C. Vanden Eycken, B. Meuris, and P. Herijgers, “Migration of a broken scalpel into the heart after spine surgery,” *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, vol. 18, no. 4, pp. 527–529, 2014.
 - [8] H. Li, W. Wang, and A. He, “A broken sharp scalpel left in an intervertebral space and slipped to pelvic cavity during an operation of intervertebral disc displacement,” *Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao*, vol. 23, no. 6, p. 614, 1998.
 - [9] A. Ioannidis, K. Kontzoglou, G. Kouraklis et al., “Short-term outcomes in patients with colon cancer treated with robotic right colectomy,” *Journal of BUON*, vol. 23, no. 2, pp. 317–321, 2018.
 - [10] E. P. Estey, “Robotic prostatectomy: the new standard of care or a marketing success?,” *Canadian Urological Association Journal*, vol. 3, no. 6, pp. 488–490, 2009.
 - [11] F. Corcione, C. Esposito, D. Cuccurullo et al., “Advantages and limits of robot-assisted laparoscopic surgery: preliminary experience,” *Surgical Endoscopy*, vol. 19, no. 1, pp. 117–119, 2005.

CASE REPORT

Transforaminal Retrieval of Intradiscal Retained Broken Surgical Knife Blade

Abolfazl Rahimizadeh, MD,* Erfan Ghorbani, MD,* and Shaghayegh Rahimizadeh†

Study Design. Case report.

Objective. To report a middle-aged female in whom a knife blade was broken and lodged in the disc space during lumbar discectomy. Transforaminal route as an alternative corridor for its removal is proposed.

Summary of Background Data. Lumbar discectomy is being done in increasing frequency worldwide. One risk associated with this procedure is breaking of the surgical knife during discectomy. Most of the broken blades can be removed during the initial surgery. However, in a few cases, surgeon's attempts might be unsuccessful, resulting in retained foreign body in the disc space. Literature regarding this issue is scarce, and there are no unique guidelines to address this complication.

Methods. A 69-year-old female in whom a surgical knife blade was inadvertently broken and retained in the disc space during lumbar discectomy. The broken blade could not be removed during the first surgery. In the second surgery, it was retrieved through the initial midline incision but *via* transforaminal route.

Results. The patient was discharged a day after blade removal and is doing well now.

Conclusion. Retrieval of a broken knife blade unintentionally buried in the intervertebral disc space can be a challenge and even impossible to achieve, despite hours of attempts. In the second surgery, the retained blade in the disc space is traditionally removed *via* the anterior approach. The transforaminal corridor might be a simple alternative route that does not carry inherent difficulties and risks associated with the anterior corridor. Eventually, removal of a broken blade *via* this route does not require the collaboration of an access surgeon.

Key words: complication, lumbar discectomy, transforaminal lumbar interbody fusion, transforaminal.

Spine 2013;38:E1278-E1281

Blade knife may be infrequently broken during disc surgery, but it can be removed in the majority of the cases. However, in rare instances, it cannot be found and retrieved after several hours allocated for this purpose. In such instances, the anterior or anterolateral corridor is used for its removal to prevent untoward complications and subsequent medicolegal consequences.¹

The literature has not addressed this complication sufficiently, and only 1 set of guidelines has been written about the retrieval of retained surgical blade, proposing the anterior approach.

Herein, we present a case in which retrieval of the broken blade could be easily achieved *via* the transforaminal route. We hope that this corridor can be used for all other intradiscal foreign bodies such as broken disc forceps, curette tips, or even the bullets.¹⁻⁵

CASE REPORT

A 69-year-old female underwent a 2-level laminectomy for lumbar canal stenosis and 1-level discectomy for L4–L5 disc herniation. The knife blade was broken in the disc space and could not be found despite 3 hours spent on its attempted removal by her surgeon. She was transferred to our center 3 days after surgery.

Plain radiographs disclosed that the blade was embedded far laterally in the disc space in the left side (Figure 1A, B). The extreme far lateral location of the blade was determined more precisely in axial and reconstructed sagittal and coronal computed tomographic scans (Figure 2A–C).

The next day, the original incision was reopened until the L4–L5 disc space could be reached through the left transforaminal route. Because of hypertrophy of the facet joints, small parts of corresponding joints were drilled, whereas the pars was left intact (Figure 3). Then, the appropriate annulus was excised where the inspection of the disc contents could become feasible under magnification provided by a surgical microscope. The broken blade was clearly seen

From the *Pars Hospital Tehran, Iran; and †Saint James School of Medicine, Chicago, IL.

Acknowledgment date: December 12, 2012. First revision date: February 20, 2013. Second revision date: May 13, 2013. Acceptance date: June 1, 2013.

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

No funds were received in support of this work.

No relevant financial activities outside the submitted work.

Address correspondence and reprint requests to Abolfazl Rahimizadeh, MD, Pars Hospital, 83 Keshavarz Blvd, Tehran, Iran; E-mail: a_rahimizadeh@hotmail.com.

DOI: 10.1097/BRS.0b013e31829ef4d7

E1278 www.spinejournal.com

September 2013

Copyright © 2013 Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.



(A)



(B)

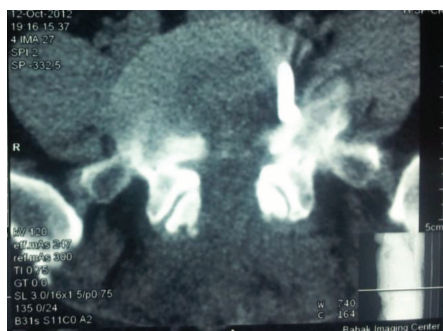
Figure 1. (A and B) Lumbar plain radiographs showing the broken blade.

at this moment and subsequently it was grasped and withdrawn using a bayonet forceps (Figure 4). Notably, the broken blade probably made of substandard alloy was completely discolored (Figure 5). Later, the wound was closed properly.

The patient was discharged a day after surgery and was doing well a month after surgery.

DISCUSSION

The frequency of retained broken blade during lumbar disc surgery is difficult to estimate because of the paucity of the literature on this topic. Moreover, spine surgeons have very limited experience with its removal.^{1,2,3} Actually, management of this unusual injury that can pose serious medicolegal consequences requires a thorough discussion.



(A)



(B)

Figure 2. (A) Axial computed tomographic scan revealing the left-sided position of the broken blade. (B and C) Sagittal and coronal views of reconstructed computed tomographic scans demonstrating the broken blade located in far lateral left of the disc space.



(C)

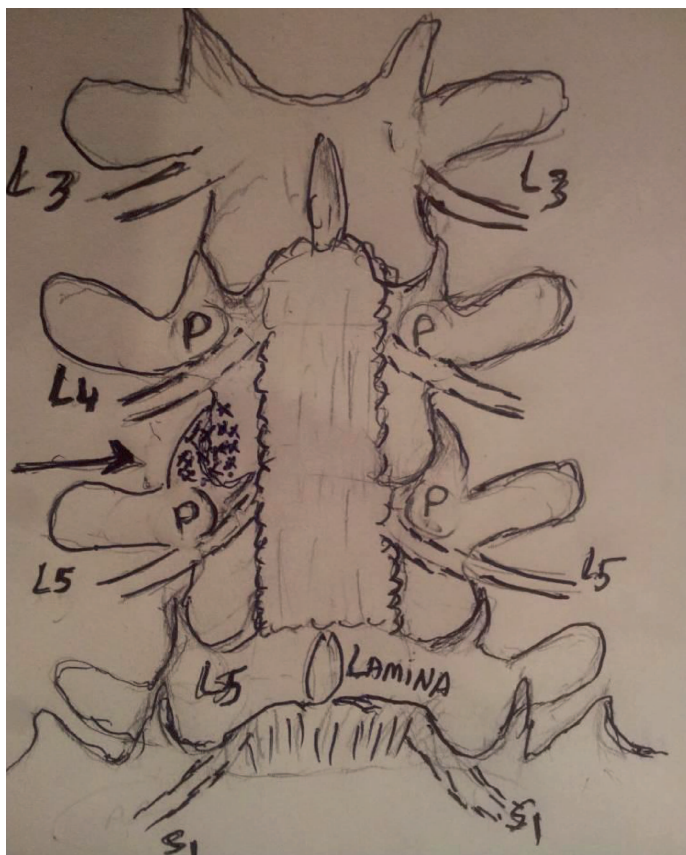


Figure 3. Schematic view of operative field; the part of the superior facet joint of the lower vertebra that should be drilled is marked. The pars remains intact.

Despite lack of sufficient knowledge about the natural history of retained intradiscal surgical blade in the literature, gradual migration of the broken blade toward the retroperitoneal space or to the spinal canal with possibility of serious inadvertent consequences is postulated.¹ On the contrary, the surgical blade is not an inert alloy and might undergo chemical changes inside the disc, which may result in severe granulomatous reaction.

A broken blade can usually be retrieved if the surgeon allocates enough time and patience to the effort. However, despite

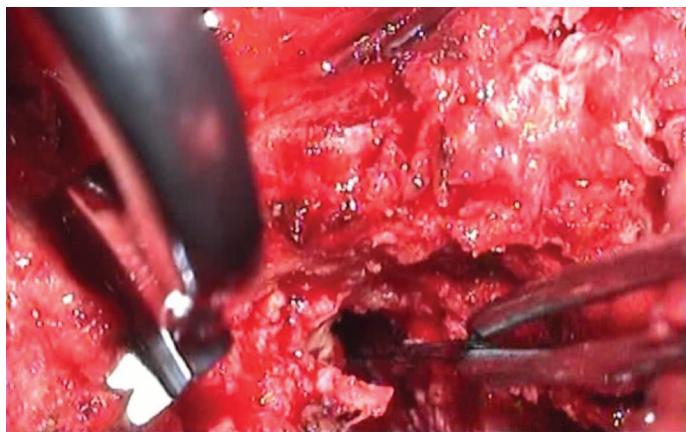


Figure 4. Intraoperative view showing the grasped broken blade during its retrieval.



Figure 5. Comparing a surgical knife that is used in our hospital with substandard broken blade with narrow junction. Note the discoloration of the broken blade after 3 days.

all efforts, the broken blade might be impossible to locate and remove.

There is currently no published guideline describing how to withdraw an intradiscal retained broken blade. The only article that exists proposes the anterior strategy. Apparently, an additional anterior incision is hardly acceptable to the patient or the relatives. Another drawback is that an access surgeon is required for that procedure. Therefore, the posterior transforaminal corridor might be an appropriate option for retrieval of a broken blade. The advantage of this approach is that all spine surgeons are familiar with, preventing lengthening time in initial surgery, reducing the likelihood of psychological consequences and averting unnecessary anterior procedure. Eventually, with the application of this route, foreign objects other than a broken surgical blade can be removed.^{4,5}

Preoperatively, a computed tomographic scan is of great help in defining the exact location of the blade and the appropriate side that should be selected for its withdrawal.

A simple extraction is sufficient for the management of all retained intradiscal foreign bodies if the integrity of the pars is preserved. However, once for better exposure of intradiscal contents, resection of the pars becomes necessary and then transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF), in combination with pedicle screw instrumentation, will be required.^{6,7} Withdrawal of a broken blade or a disc forceps by the aid of a magnet and endoscopic transforaminal retrieval of intradiscal foreign bodies remain open for discussion.

CONCLUSION

The transforaminal route might be a safe and easy alternative corridor for all intradiscal retained foreign bodies including a broken blade. If the latter is removed early, good outcome ensues. An abnormal decision making for its retrieval might be associated with adverse outcome due to gradual movement of the blade toward the retroperitoneal cavity or the spinal cord. Another possibility is severe adhesion caused by granulomatous tissue, which might hamper removal of the blade.

➤ Key Points

- ❑ A surgical blade broken in the disc space during discectomy can usually be removed with sufficient time and patience during the initial surgery.
- ❑ The transforaminal route might be considered as an alternative corridor for removal of a broken blade and other intradiscal foreign bodies.
- ❑ The transforaminal approach offers a number of advantages compared with anterior approaches. In particular, it avoids entering the abdominal cavity and does not require an access surgeon.

References

1. Amirjamshidi A, Mehrazin M, Abbassian K, et al. Retained broken knife blade within the disc space. *Spine* 1994;19:981–4.
2. Ford LT. Complications of lumbar disc surgery, prevention and treatment. Local complications. *J Bone Joint Surg* 1968;50A:418–28.
3. Mayfield FH. Complications of laminectomy. *Clin Neurosurg* 1975;23:435–9.
4. Cristante AF, de Souza FI, Barros Filho TEP, et al. Lead poisoning by intradiscal firearm bullet. A case report. *Spine* 2010;35:E140–3.
5. Grogan DP, Bucholz RW. Acute lead intoxication from a bullet in an intervertebral disc space. A case report. *J Bone Joint Surg Am* 1981;63:1180–2.
6. Lowe T, Tahernia AD, Obrein ME, et al. Unilateral transforaminal posterior lumbar interbody fusion (TLIF): indications, technique and 2-year results. *J Spinal Disorder Tech* 2002;15:31–8.
7. Lee JC, Jang HD, Shin BJ. Learning curve and clinical outcome of minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion, our experience in 86 consecutive cases. *Spine* 2012;37:1548–57.