



Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía presentado por la Clínica Juan N. Corpas Ltda. / 2024-066 / Henry Rodríguez Tique vs. Seguros del Estado S.A.

Desde Willy Chillon <wchillon@arizaygomez.com>

Fecha Vie 27/09/2024 3:28 PM

Para Juzgado 07 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC hrodrigueztique@gmail.com <hrodrigueztique@gmail.com>; adrianam_1512@hotmail.com <adrianam_1512@hotmail.com>; juridica@juanncorpas.edu.co <juridica@juanncorpas.edu.co>; notificacionesjudiciales@keralty.com <notificacionesjudiciales@keralty.com>; abogadosdecolombia@gmail.com <abogadosdecolombia@gmail.com>; Gustavo Andres Castañeda Diaz <gacastaneda@arizaygomez.com>; Rafael Ariza V <rafaelariza@arizaygomez.com>; Jerson Pinchao <jfpinchao@arizaygomez.com>

📎 1 archivos adjuntos (5 MB)

Contestacion de Demanda y del Llamamiento Garantia - Anexos - 2024-066 - Henry Rodriguez Tique RGC.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de wchillon@arizaygomez.com. [Por qué esto es importante](#)

Señores (as):

Juzgado Séptimo (7) Civil del Circuito de Bogotá D.C.

ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

| | |
|-----------------------------|--|
| Proceso: | Responsabilidad civil |
| Radicado: | 110013103007_2024_00066_00 |
| Demandante: | Henry Rodríguez Tique y otro |
| Demandado: | Clínica Juan N. Corpas Ltda. |
| Llamado en garantía: | Seguros del Estado S.A. |
| Asunto: | Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía presentado por la Clínica Juan N. Corpas Ltda. |

Rafael Alberto Ariza Vesga, mayor de edad, y vecino de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.952.462 expedida en Bogotá D.C., y portador de la tarjeta profesional No. 112.914 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como profesional del derecho inscrito en el certificado de existencia y representación legal de **Ariza y Gómez Abogados S.A.S.**, sociedad de servicios jurídicos que actúa en calidad de apoderada de Seguros del Estado S.A. (en adelante la "Aseguradora") según poder debidamente otorgado que apporto a la presente, doy contestación dentro del término legal a la demanda presentada por Henry Rodríguez Tique y otro (en adelante la "Parte Demandante") y frente al llamamiento en garantía presentado por la Clínica Juan N. Corpas Ltda. (en adelante "Clínica Corpas") en contra de la Aseguradora.

Por favor remitirse al documento adjunto, incluirlo en el expediente de referencia y darle el trámite correspondiente.

Atentamente,

a la Parte Demandante a pagar a los demandados una suma equivalente al 10% de la diferencia, tal como lo señala el artículo 206 del Código General del Proceso.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al Despacho que, en caso de encontrar probados los supuestos del artículo 206 del CGP mencionados, aplique la sanción prevista en dicha norma.

Segundo capítulo: contestación al llamamiento en garantía formulado por la Clínica Corpas

En orden de contestar correctamente el llamamiento en garantía realizado por la Clínica Corpas pongo de presente al Despacho que como se manifiesta en los hechos y en general a lo largo del presente documento, se llama a la Aseguradora en virtud de las siguientes Pólizas (en conjunto me referiré a los siguientes contratos de seguro como las “Pólizas”):

- a) Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 64-03-101002280 (en adelante la “Póliza 2280”) la cual fue contratada en la modalidad de “ocurrencia” y estuvo vigente entre el 01 de octubre de 2020 al 01 de octubre de 2021.
- b) Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 55-03-101005831 (en adelante la “Póliza 5831”) la cual fue contratada en la modalidad de “ocurrencia” y estuvo vigente entre el 01 de octubre de 2021 al 01 de octubre de 2022.
- c) Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 21-03-101016976 (en adelante la “Póliza 6976”) la cual fue contratada en la modalidad de “ocurrencia” y estuvo vigente entre el 01 de octubre de 2022 al 01 de octubre de 2023.

Teniendo en cuenta lo anterior, procederé a contestar el llamamiento en garantía realizado a la Aseguradora conforme dichas pólizas aportadas al expediente por la Clínica Corpas.

I. Pronunciamiento expreso frente a los hechos del llamamiento en garantía

Doy respuesta a los hechos del llamamiento en garantía, en el mismo orden en que se encuentran planteados por la Clínica Corpas:

Al 1. Es cierto que entre la Clínica Corpas y la Aseguradora se han celebrado varios contratos de seguro, protocolizados en las respectivas Pólizas, conforme a las vigencias dispuestas y sus respectivos límites, amparos, y condiciones generales y particulares.

Al 2. Es cierto lo relacionado con la definición del amparo de las pólizas, donde se resalta que se brinda cobertura “SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA” como se señala expresamente en el amparo.

Al 3. Es cierto que la Clínica Corpas fue demandada en este proceso, tal como se evidencia en la demanda presentada por la Parte Demandante.

Al 4. Es cierto, la atención medica brindada por la Clínica Corpas a la Sra. Edith Medina ocurrió en vigencia de la Póliza No. 101016976 anexo 1.

Al 5. No es cierto. Pues debe tener en cuenta el Despacho que en el presente asunto se encuentra en discusión la responsabilidad de la Clínica Corpas y de los médicos que participaron en la atención de la Sra. Edith Medina, de considerarse que uno de estos es responsable, nos encontraríamos ante una excepción de la Póliza y por lo tanto no podría la Aseguradora ser condenada.

Al 6. No me consta el poder que haya sido conferido. Dado que se trata de un hecho ajeno al conocimiento de la Aseguradora, me atengo a lo que se pruebe en el presente proceso.

II. Pronunciamiento frente a las pretensiones del llamamiento en garantía

De manera general, actuando en representación de la Aseguradora, me opongo a las pretensiones formuladas por la Clínica Corpas, pues en el presente caso se requiere discutir completamente la responsabilidad de este frente a la demanda originaria y dado que no se

evidencia que hay responsabilidad a su cargo, por lo tanto, no existe siniestro indemnizable por parte de la Aseguradora.

Adicionalmente, se evidencia que la Parte Demandante se encuentra demandando a profesionales médicos que participaron en la atención de la Sra. Edith Medina, por lo cual, si se llegare a configurar alguna responsabilidad en cabeza de estos, nos encontraríamos frente a una excepción de la Póliza y por lo tanto la Aseguradora no sería responsable.

Sin perjuicio de lo anterior, en el remoto evento de que la Clínica Corpas sea encontrada responsable y condenada al pago de los perjuicios cuya indemnización pretende la Parte Demandante, solicito que se respeten los términos de los contratos de seguro a fin de determinar las prestaciones económicas a las que tiene derecho el asegurado, en virtud de las Pólizas que sustentan el llamamiento en garantía a la Aseguradora.

III. Excepciones frente al llamamiento en garantía

Además de las defensas y excepciones planteadas al ofrecer respuesta a los hechos, así como de aquellas que resulten probadas en el proceso y que deben ser declaradas de oficio por el Despacho, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes:

Primera: ausencia de siniestro. – Inexistencia de responsabilidad civil a cargo de la Clínica Corpas y, por ende, de siniestro para las Pólizas.

En las Pólizas expedidas por la Aseguradora se estableció que la cobertura del contrato consistía en lo siguiente:

1. **AMPARO BÁSICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

Ahora bien, teniendo en cuenta la facultad que tienen las aseguradoras conforme el artículo 1056 del Código de Comercio el cual dicta:

“Artículo 1056. Asunción de riesgos. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.” (Negrillas fuera de texto)

Debe tener en cuenta el Despacho que conforme los argumentos que se han expuesto anteriormente y que se demostraran a lo largo del presente proceso, es evidente que no existe responsabilidad alguna que le sea imputable a la Clínica Corpas en los hechos en los cuales se fundamenta la demanda.

En efecto, no existiendo responsabilidad del asegurado, no es posible pretender indemnización asegurativa por aplicación de lo dispuesto en los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio pues en estos se encuentra consagrado el principio indemnizatorio y el alcance específico de las pólizas de responsabilidad civil:

“Artículo 1088. Carácter indemnizatorio del seguro. Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.

Para el caso del seguro paramétrico o por índice, el pago por la ocurrencia del riesgo asegurado se hará efectivo con la realización del índice o los índices definidos en el contrato de seguro.

(...)

Artículo 1127. Definición de seguro de responsabilidad. El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la **obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley** y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055.” (Negrillas fuera de texto)

Por lo anterior, conforme no hay responsabilidad alguna en cabeza de la Clínica Corpas no podrán prosperar pretensiones en contra de la Aseguradora, pues como ya se ha expuesto existen razones que impiden la declaración de responsabilidad respecto del asegurado. Por lo tanto, solicito al Despacho declarar probada la presente excepción.

Segunda: la Póliza 5831 se encuentra actualmente revocada por cambio de la sucursal a cargo de la expedición - En su lugar, se expidió la Póliza de seguro No. 6976

Solicitamos al Despacho tener en cuenta que la Póliza 5831 aportada por la Clínica Corpas fue revocada debido a un cambio de sucursal, por lo que dicha póliza no se encuentra vigente a la fecha, conforme se evidencia en el anexo 1 titulado “revocación”:

| POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN PEREIRA | SUCURSAL PEREIRA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE REVOCACION | POLIZA No. 55-03-101005831 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR DIRECCION | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO DIRECCION | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | |
| 28 / 10 / 2021 | 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 |

No obstante, ante dicha revocación por cambio de sucursal, la Aseguradora expidió la Póliza 6976, la cual tenía el mismo término de cobertura temporal y los mismos amparos, siendo la póliza vigente en esa época:

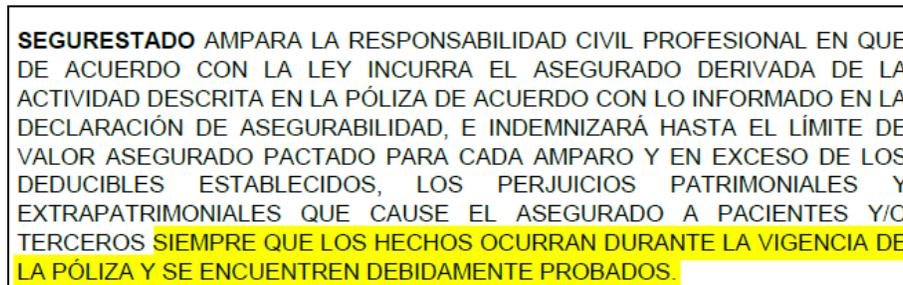
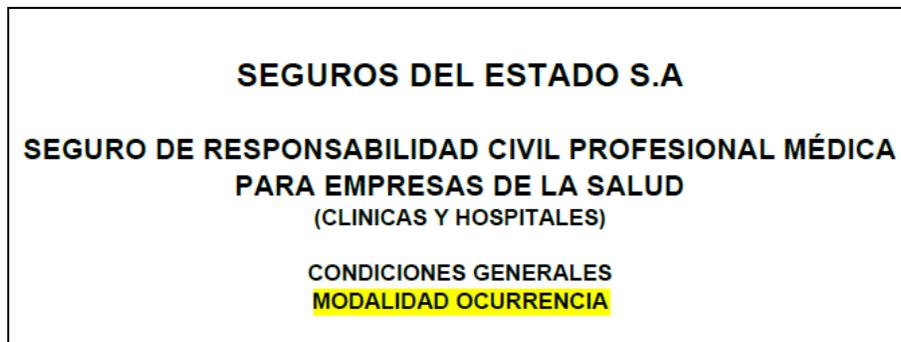
| POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 21-03-101016976 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR DIRECCION | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO DIRECCION | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | |
| 28 / 10 / 2022 | 01 / 10 / 2022 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2023 | 01 / 10 / 2022 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2023 |

Por lo tanto, solicito al Despacho tenga en cuenta que la Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 55-03-101005831 fue legalmente revocada en su momento y en su lugar expedida la Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 21-03-101016976.

Tercera: ausencia de cobertura temporal. – Los hechos base de la demanda ocurrieron por fuera de la vigencia de las Pólizas 2280 y 5831

Teniendo en cuenta que la atención médica de la Sra. Edith tuvo lugar los días 02 al 05 de octubre de 2022, y que es en esas fechas cuando ocurrió el hecho externo imputable al asegurado, es evidente que el hecho ocurrió fuera de la cobertura temporal de las Pólizas 2280 y 5831. Situación que determina la total ausencia de cobertura de las pólizas y la ausencia de responsabilidad a cargo del Asegurador. Lo anterior sin perjuicio de que como se indicó en la excepción anterior, la Póliza No. 5831 fue revocada por cambio de sucursal, siendo reemplazada por la Póliza No. 6976 (vigente para la fecha de los hechos), por lo que bajo ninguna hipótesis puede ser afectada en este caso.

En efecto, las Pólizas contratadas por la Clínica Corpas fueron expedidas en la modalidad de “ocurrencia” la cual implica que los hechos que serán cubiertos por las Pólizas deben ocurrir durante la vigencia de estas:



Teniendo en cuenta ello es necesario que el Despacho constante las vigencias de las Pólizas aportadas por la Clínica Corpas, conforme se evidencia a continuación:

3.1. Póliza 2280:

| SEGUROS DEL ESTADO S.A. PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES | | | | | |
|---|---|---|--|---------------------|------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C. | SUCURSAL NIZA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | PÓLIZA No. 64-03-101002280 | ANEXO No. 7 | |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61 | | CUIDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT | NIT. 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61 | | CUIDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL | NIT. 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS Ó LOS DE LEY | | | SI | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN (d-m-a) 01 / 10 / 2020 | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2020 | | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | | |
| INTERMEDIARIO STARIX ALTAZAR LTDA | | CLAVE 133456 | % PARTICIPACION 100.00 | COMRAJA | COASEGURO CEDIDO |
| | | | | | % PARTICIPACION |

3.2. Póliza 5831:

| SEGUROS DEL ESTADO S.A. PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN PEREIRA | SUCURSAL PEREIRA | TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL | PÓLIZA No. 55-03-101005831 | ANEXO No. 0 | |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CUIDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT | NIT. 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CUIDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL | NIT. 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT. 0-0 | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN (d-m-a) 06 / 10 / 2021 | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | | |
| | | | | | |

Al respecto de la cobertura temporal del seguro, en la sentencia del 19 de julio de 2013 Exp. 25.472 la Sección Tercera del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, precisó lo siguiente:

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y **así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales.**”¹²

Ahora, en el presente caso no hay discusión frente a la atención recibida por la Sra. Edith Medina entre el 02 y el 05 de octubre de 2022, motivo por el cual, es evidente que las Pólizas 2280 y 5831 no están llamadas a cubrir los eventuales siniestros presentados, pues para la fecha de ocurrencia de los hechos, no se encontraba vigente ninguna de dichas pólizas base del llamamiento en garantía.

Por lo tanto, solicito al Despacho declarar probada la presente excepción.

Cuarta: inexistencia de obligación a cargo de la Aseguradora por la configuración de exclusiones pactadas en las Pólizas

En la presente excepción ponemos de presente al Despacho las condiciones generales de los seguros contratados por la Clínica Corpas, condiciones que hacen parte integral de las Pólizas y conforme se evidencia en el clausulado se encuentran las siguientes exclusiones:

49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MÉDICO

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia se ha encargado de definir la figura de las exclusiones en el contrato de seguro, señalando lo siguiente:

“2.2. Sin embargo, la asunción de los riesgos por parte de la aseguradora no es ilimitada, puesto que **existen ciertas circunstancias que, bien sea por mandato legal o por disposición contractual, quedan por fuera del amparo que otorga el contrato. Sobre la limitación de los riesgos asegurados ha dicho la Corte que el mecanismo de transferencia del riesgo no es irrestricto**, pues además de los límites impuestos por el legislador (como el dolo o los actos meramente potestativos del tomador), existen consideraciones cuantitativas y cualitativas que llevan a determinada exclusión, y que responden a justificaciones técnicas que imponen la delimitación contractual de las coberturas.

Es así como, dentro del ejercicio de delimitación de riesgos, deben tenerse en cuenta aquellas circunstancias que, por mandato legal, **no pueden ser objeto de amparo, y aquellas que las partes acuerdan dejar por fuera de la protección acordada. Se trata de las llamadas exclusiones de cobertura, las cuales han sido definidas por la doctrina como aquellos «hechos o circunstancias que, aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obligan la responsabilidad del asegurador.** Afectan, en su raíz, el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro. Tienen carácter impositivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de ese derecho y, por ende, el de la obligación correspondiente».

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 19 de julio de 2013, Exp. 25.472, actor: Hospital San Antonio de Guatavita.

(...) Las exclusiones contractuales, por su parte, encuentran fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio, conforme al cual «**el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**», precepto que refleja los principios de autonomía privada, libertad contractual y de empresa.

2.4. El efecto limitativo de la cobertura ha sido reconocido por la Corte, al señalar que «el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro, ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones» (CSJ SC, 7 oct. 1985, reiterada en SC 3839-2020, 13 oct.)

Así las cosas, es posible que ciertos hechos, conductas o condiciones queden exceptuadas del amparo brindado por el contrato de seguro, bien porque así lo dispone el ordenamiento jurídico o bien porque las partes, lícitamente, han pactado que aquellos eventos se mantengan por fuera del amparo contratado, exclusiones cuya consecuencia es la precisa delimitación de los riesgos que el asegurador se obliga a asumir.”¹³ (Negrillas fuera del texto)

Ahora, conforme se encuentra reglado en el Código de Comercio (C.Com.) la Aseguradora puede decidir a su arbitrio que riesgos desea asumir:

“Artículo 1056. Asunción de riesgos. Con las restricciones legales, **el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.**” (Negrillas fuera del texto)

Lo anterior en línea con las exclusiones que se han pactado válidamente en los contratos de seguro protocolizados en las respectivas Pólizas.

Ahora, dado que en la demanda la Parte Demandante considera que, además de la Clínica Corpas, la médica Martha Milena Alfonso Gamba también es responsable. En caso de que el Despacho encuentre acreditada alguna responsabilidad individual a cargo de la médica, se evidenciaría la operatividad de la exclusión alegada y, por lo tanto, la Aseguradora no sería responsable de ningún pago.

E igualmente si el Despacho llegare a considerar que efectivamente la Parte Demandante no brindo su consentimiento informado para la cirugía realizada, se evidenciaría la operatividad de la exclusión alegada y, por lo tanto, la Aseguradora no sería responsable de ningún pago.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, solicito respetuosamente al Despacho tener en cuenta que en el presente caso no nos encontramos ante un hecho amparado por las Pólizas expedidas por la Aseguradora, en tanto **se encuentra configurada una exclusión** a la cobertura del seguro.

Quinta: aplicación del Deducible a cargo del asegurado.

En caso de una sentencia desfavorable a la Aseguradora, es necesario que el Despacho reconozca, para establecer la suma que tuviere que llegar a reembolsar la compañía asegurada que represento, el deducible pactado en las Pólizas. Este deducible deberá ser asumido por el asegurado de conformidad con las previsiones establecidas en el código de comercio de la siguiente manera:

“Artículo 1103. Deducible. Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original.”

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, sentencia. sept 27/2022, rad. SC2879-2022. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

Para determinar el deducible a aplicar, se deberá establecer el valor total de la condena concreta a cargo del asegurado, sobre dicho monto se deberá aplicar el deducible, que corresponde al siguiente:

- **Póliza 2280:** el 10% del valor de la pérdida y mínimo \$10.000.000 m/cte.
- **Póliza 5831:** el 15% del valor de la pérdida y mínimo \$10.000.000 m/cte. Lo anterior sin perjuicio de que esta póliza fue expresamente **revocada**.
- **Póliza 6976:** el 15% del valor de la pérdida y mínimo 10 SMLMV.

Sexta (subsidiaria): sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones generales y particulares previstas en las pólizas

De manera genera y en caso de no prosperar los anteriores medios exceptivos solicito al Despacho tener en cuenta todos los términos, límites, exclusiones y condiciones particulares y generales establecidos en las Pólizas, en los cuales se determina el alcance de las eventuales responsabilidades u obligaciones de la Aseguradora en el presente caso.

6.1. Limite total del valor asegurado:

El valor asegurado de las Pólizas que nos ocupan en el presente proceso se encuentra definido en la caratula de las mismas y corresponde a la suma máxima por la cual puede llegar a ser condenada la Aseguradora. Este valor se encuentra en la caratula de cada una de las Pólizas base del presente llamamiento en garantía.

Por lo tanto, en concordancia con establecido en el artículo 1079 del Código de Comercio, la Aseguradora no puede ser condenada más allá de los límites y sublímites de valor asegurado previstos en las Pólizas.

6.2. Definición de los amparos:

La definición de los amparos de las Pólizas que nos ocupan, están definidos en las condiciones particulares aplicables a las misma, allí se definen los amparos cubiertos por la presente póliza, lo cual resulta fundamental a efectos de que el Despacho constate y determine la aplicación de alguno de ellos, los términos y condiciones a los cuales debe sujetarse de conformidad con lo pactado por las partes contractuales.

6.3. Exclusiones:

Ruego se tenga en cuenta, las exclusiones que aparecen en el condicionado general de las Pólizas, en la medida en que se encuentren configuradas y probadas las mismas al interior del presente proceso. Lo anterior, en armonía con las condiciones generales y particulares de los seguros.

Séptima: excepción genérica

La cual propongo para que el Despacho de aplicación a lo previsto en el inciso 1 del artículo 282 del Código General del Proceso.

IV. Fundamentos y razones de derecho

Constituyen fundamento de la presente contestación de demanda y llamamiento en garantía, las normas y fundamentos de derecho expuestos al interior de cada excepción, así como las siguientes normas:

- Artículos 1568 y 1616 del Código Civil
- Artículo 1054, 1055, 1092, 1095, 1127-1133 del Código de Comercio.
- Artículos 66, 167, 282 y 306 del Código General del Proceso.

Las demás normas concordantes, afines o complementarias, acorde con la exposición realizada al sustentar las excepciones propuestas.

V. Petición de pruebas

Solicito al Despacho decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto que me reservo el derecho de intervenir en la práctica de las pruebas solicitadas por las partes y en aquellas cuya práctica llegue a decretar de oficio el Despacho.

1. Interrogatorio de parte:

Solicito de manera respetuosa se fije fecha y hora para interrogar al Sr. **Henry Rodríguez Tique** y a la Sra. **Jenny Adriana Rodríguez Medina** con el fin de que contesten las preguntas que les formulare personalmente o mediante escrito presentado ante el Despacho, respecto de los hechos de la demanda y de la presente contestación.

2. Documentales:

- 2.1. Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 64-03-101002280, anexo 7, que corresponde al último certificado y/o renovación de la Póliza.
- 2.2. Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 55-03-101005831, anexo 1 de revocación de la Póliza por cambio de sucursal
- 2.3. Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 21-03-101016976, anexos 0 y 1, este último vigente para la fecha de los hechos objeto de la demanda.
- 2.4. Condiciones generales aplicables a las Pólizas.

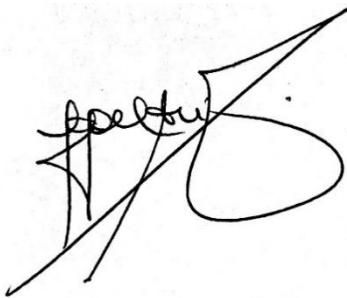
VI. Anexos

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de Seguros del Estado S.A.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de Ariza y Gómez Abogados S.A.S.
3. Poder especial para obrar otorgado por el representante legal de Seguros del Estado S.A.
4. Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

VII. Notificaciones

1. La Parte Demandante en las direcciones registradas en la subsanación de la demanda.
2. La Aseguradora, en la Calle 83 No. 19-10 de Bogotá D.C., correo electrónico para notificaciones: juridico@segurosdelestado.com
3. El suscrito en la carrera 13 N. 29 – 21 Oficina 240 de Bogotá D.C. correo electrónico rafaelariza@arizaygomez.com teléfono Móvil (+57) 3185864291

Atentamente,



Rafael Alberto Ariza Vesga
CC. 79.952.462 de Bogotá
T.P. No. 112.914 del C.S. de la J.



Certificado Generado con el Pin No: 8044374866397552

Generado el 27 de septiembre de 2024 a las 15:11:31

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT: 860009578-6

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPANIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

REPRESENTACIÓN LEGAL: La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, período que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y



Certificado Generado con el Pin No: 8044374866397552

Generado el 27 de septiembre de 2024 a las 15:11:31

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se regirá por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaria 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE

Humberto Mora Espinosa

Fecha de inicio del cargo: 09/12/2021

IDENTIFICACIÓN

CC - 79462733

CARGO

Presidente



Certificado Generado con el Pin No: 8044374866397552

Generado el 27 de septiembre de 2024 a las 15:11:31

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|--|-----------------------|--|
| Santiago Lozano Cifuentes Fecha de inicio del cargo: 31/08/2023 | CC - 79794934 | Primer Suplente del Presidente (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024128369-000 del día 6 de septiembre de 2024 que con documento del 14 de junio de 2024 renunció al cargo de Primer Suplente del Presidente y fue aceptada por la Junta Directiva Acta No. 1007 del 23 de julio de 2024. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional). |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon Fecha de inicio del cargo: 26/07/2023 | CC - 52158615 | Segundo Suplente del Presidente |
| Alvaro Muñoz Franco Fecha de inicio del cargo: 04/08/2023 | CC - 7175834 | Tercer Suplente del Presidente |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal Fecha de inicio del cargo: 04/08/2023 | CC - 52582664 | Cuarto Suplente del Presidente |
| Hernando Gómez Marín Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016 | CC - 70038875 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Marttá Hernández Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016 | CC - 28559781 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016 | CC - 80420757 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018 | CC - 79982889 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019 | CC - 37324800 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019 | CC - 79285281 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019 | CC - 79443951 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Alexandra Juliana Jiménez Leal Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019 | CC - 52886458 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Marmolejo Olaya Oscar Javier Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019 | CC - 80055607 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Viviana Margarita Peñaranda Rosales Fecha de inicio del cargo: 13/11/2019 | CC - 52985512 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Laura Marcela Castellanos Mantilla Fecha de inicio del cargo: 03/02/2020 | CC - 1098660625 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luz Karime Casadiegos Pacheco Fecha de inicio del cargo: 04/11/2020 | CC - 1015421476 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |



Certificado Generado con el Pin No: 8044374866397552

Generado el 27 de septiembre de 2024 a las 15:11:31

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|--|-----------------|---|
| Camilo Matias Medranda Sastoque Fecha de inicio del cargo: 03/01/2023 | CC - 1024519369 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Osorio Laserna Fecha de inicio del cargo: 02/01/2024 | CC - 52527633 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Laura Juliana Alfonso González Fecha de inicio del cargo: 24/04/2024 | CC - 1010224881 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016 | CC - 16073822 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013 | CC - 79626122 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011 | CC - 98561859 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011 | CC - 34566992 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011 | CC - 66996315 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Morales Echeverri Fecha de inicio del cargo: 04/08/2023 | CC - 71677482 | Quinto Suplente del Presidente |

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios



NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55
Recibo No. AB24434914
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: ARIZA Y GOMEZ ABOGADOS SAS
Nit: 900.653.072-7, Regimen Comun
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 02362509
Fecha de matrícula: 9 de septiembre de 2013
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2024
Grupo NIIF: Grupo II.

El empresario se acogió al beneficio que establece el artículo 7 de la Ley 1429 del 29 de diciembre de 2010, y que al realizar la renovación de la matrícula mercantil informó bajo gravedad de juramento los siguientes datos:

El empresario ARIZA Y GOMEZ ABOGADOS SAS realizó la renovación en la fecha: 26 de marzo de 2024.

El número de trabajadores ocupados reportado por el empresario en su última renovación es de: 12.

Que el matriculado tiene la condición de pequeña empresa de acuerdo con lo establecido en el numeral 1 del artículo 2° de la Ley 1429 de 2010.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 13 #29-41 Of. 240
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: rafaelariza@arizaygomez.com
Teléfono comercial 1: 3185864291
Teléfono comercial 2: 3158621048
Teléfono comercial 3: No reportó.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55
Recibo No. AB24434914
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

Dirección para notificación judicial: Calle 46 # 53-56
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: rafaelariza@arizaygomez.com
Teléfono para notificación 1: 3185864291
Teléfono para notificación 2: 3158621048
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado del 4 de septiembre de 2013 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 9 de septiembre de 2013, con el No. 01763513 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada ARIZA Y GOMEZ ABOGADOS SAS.

TÉRMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

La Sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios de consultoría y asesoría legal, mecanismos alternativos de solución de conflictos, apoyo y defensa judicial para personas naturales y jurídicas, con particular énfasis en los sectores asegurador y de seguridad social, sin perjuicio de la posibilidad de prestar servicios de esta misma naturaleza a diferentes sectores de la economía nacional o internacional. Podrá igualmente comercializar bienes y servicios de diferente índole, mejoramiento de procesos, soluciones tecnológicas o comerciales para el sector real, financiero, asegurador o de servicios. Así mismo, podrá realizar

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55

Recibo No. AB24434914

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

cualquier otra actividad económica lícita tanto en Colombia como en el extranjero. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : \$60.000.000,00
No. de acciones : 100,00
Valor nominal : \$600.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : \$12.000.000,00
No. de acciones : 20,00
Valor nominal : \$600.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : \$12.000.000,00
No. de acciones : 20,00
Valor nominal : \$600.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la Sociedad por Acciones Simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, quien tendrá suplente en sus fallas temporales o absolutas, designado para un término de un (1) año por la Asamblea General de Accionistas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

La Sociedad será administrada y representada legalmente ante terceros por el Representante Legal quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55

Recibo No. AB24434914

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el Representante Legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El Representante Legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el Representante Legal. Le está prohibido al Representante Legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales. Existirá un representante legal suplente, quien ejercerá la representación en las faltas temporales o absolutas del principal, quien cuando actúe contará con las mismas facultades del principal.

Por Documento Privado del 3 de mayo de 2023, inscrito el 5 de Mayo de 2023 con el No. 02973241 del Libro IX, de conformidad con el artículo 75 de la Ley 1564 de 2012 (Código General de Proceso) fue inscrito para que actúe como representante de ARIZA Y GOMEZ ABOGADOS SAS en los procesos judiciales en los que esta última sea designada como apoderado de parte a:

Nombre Identificación Tarjeta Profesional

Rafael Alberto Ariza Vesga C.C. No. 79.952.462 112914

Sussan Natalia Gómez López C.C. No. 53.107.475 170531

Víctor Antonio Sosa Castiblanco C.C. No. 72.296.307 248138

Jerson Fernando Pinchao Chingue C.C. No. 1.032.460.455 288413

Daniel Fernando Rodríguez Moyano C.C. No. 1.019.110.810 343831

Juan Diego Bautista Bautista C.C. No. 1.018.460.055 287158

Dayana Vanessa Bello Torres C.C. No. 1.013.669.391 342280

Wylly Andrey Chillón Solano C.C. No. 1.031.161.334 385368

Violeta Viveros Delgado C.C. No. 1.032.493.915 353584

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55
Recibo No. AB24434914
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

Por Documento Privado del 4 de septiembre de 2013, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de septiembre de 2013 con el No. 01763513 del Libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Representante Legal Principal | Rafael Alberto Ariza Vesga | C.C. No. 79952462 |

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|----------|----------------------------|-------------------|
| Suplente | Sussan Natalia Gomez Lopez | C.C. No. 53107475 |

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6910

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55
Recibo No. AB24434914
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria \$ 2.407.626.259

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6910

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 31 de marzo de 2022. Fecha de envío de información a Planeación : 26 de marzo de 2024. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

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

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 13 de septiembre de 2024 Hora: 09:54:55

Recibo No. AB24434914

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B244349144E1A9

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

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

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



CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



Señor
Juzgado Séptimo (7°) Civil del Circuito de Bogotá D.C.
E.S.D.

Proceso: Declarativo verbal.
Demandante: Henry Rodríguez Tique y otros.
Demandado: Clínica Juan N. Corpas y otros.
Llamado en
Garantía: Seguros del Estado S.A.
Radicado: 110013103007 – 2024 – 00066 – 00.
Asunto: **Poder.**

Camilo Enrique Rubio Castiblanco, identificado con cédula de ciudadanía número 79.982.889 de Bogotá D.C., portador de la tarjeta profesional número 197.011 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en este acto como Apoderado General de **Seguros del Estado S.A.**, entidad legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, D.C., según poder general conferido por **Álvaro Muñoz Franco** identificado con Cédula de ciudadanía No 7.175.834 de Tunja, en su calidad de Representante Legal de esta Aseguradora, por medio de escritura pública No 3153 de la Notaría 13 de Bogotá, todo lo cual consta en el Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., el cual se anexa, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la firma **Ariza y Gómez Abogados S.A.S.**, identificada con NIT identificada con NIT No. **900.653.072-7**, para que a través de sus profesionales del derecho inscritos, en nombre de la Sociedad que represento, se notifique, conteste la demanda y/o llamamiento en garantía y, en general, defienda los intereses de mi representada dentro del proceso de la referencia, hasta su culminación.

El apoderado queda facultado para defender nuestros intereses en el presente asunto hasta su culminación con las facultades establecidas en el artículo 77 del CGP y demás normas concordantes, quedando expresamente facultado para contestar la demanda y el llamamiento en garantía formular todas las excepciones principales y subsidiarias relacionadas con el presente asunto. Así mismo, cuenta con las facultades de interponer recursos, conciliar, no conciliar, desistir, transigir, recibir, retirar oficios, copias auténticas, solicitar nulidades y, en general para todas las actuaciones necesarias propias del mandato, conforme al artículo 77 del CGP.

Sírvase reconocerle personería al apoderado en los términos aquí señalados, quien podrá ser notificado electrónicamente al correo rafaelariza@arizaygomez.com y juridico@segurosdelestado.com.

Del Señor Juez,

Camilo Enrique Rubio Castiblanco
C.C. No. 79.982.889.
Representante Legal
juridico@segurosdelestado.com

Acepto,

Rafael Alberto Ariza Vesga
C.C. N° 79.952.462 de Bogotá D.C.
T.P. 112.914 del C.S. de la J.
rafaelariza@arizaygomez.com



María Alejandra Blanco Rodríguez <mblanco@arizaygomez.com>

PROCESO 2024-066 HENRY RODRIGUEZ TIQUE VS CLÍNICA JUAN N. CORPAS - SEGUROS DEL ESTADO

Victor Sosa <vsosa@arizaygomez.com>

6 de septiembre de 2024, 10:30 a.m.

Para: Gustavo Andres Castañeda Diaz <gacastaneda@arizaygomez.com>, María Alejandra Blanco Rodríguez <mblanco@arizaygomez.com>, Willy Chillon <wchillon@arizaygomez.com>, Violeta Viveros Delgado <vviveros@arizaygomez.com>, Dayana Vanessa Bello Torres <vanessabello@arizaygomez.com>, Jerson Fernando Pinchao <jfpinchao@arizaygomez.com>

Apreciados,

Remito poder para los fines pertinentes.

Cordialmente,

Víctor Sosa Castiblanco
Ariza y Gómez Abogados S.A.S.
Carrera 13 # 29-21 Oficina 240
Bogotá D.C. / Colombia
Teléfono: (1)4660134 / 3185864291



----- Forwarded message -----

De: **Juridico** <juridico@segurosdelestado.com>

Date: jue, 5 sept 2024 a la(s) 10:20 a.m.

Subject: RV: PROCESO 2024-066 HENRY RODRIGUEZ TIQUE VS CLÍNICA JUAN N. CORPAS - SEGUROS DEL ESTADO

To: vsosa@arizaygomez.com <vsosa@arizaygomez.com>, Luz Karime Casadiegos Pacheco <Luz.Casadiegos@segurosdelestado.com>, Johann Sebastian Botello Rincon <Johann.Botello@segurosdelestado.com>

Buenos días respetados (as):

Remito correo para su conocimiento y tramite.

Cordialmente.

De: Victor Sosa <vsosa@arizaygomez.com>

Enviado: lunes, 2 de septiembre de 2024 10:12

Para: Camilo Enrique Rubio Castiblanco <Camilo.Rubio@segurosdelestado.com>

Cc: Rafael Ariza V <rafaelariza@arizaygomez.com>; Gustavo Andres Castañeda Diaz <gacastaneda@arizaygomez.com>; María Alejandra Blanco Rodríguez <mblanco@arizaygomez.com>; Luz Karime Casadiegos Pacheco <Luz.Casadiegos@segurosdelestado.com>; Johann Sebastian Botello Rincon <Johann.Botello@segurosdelestado.com>

Asunto: PROCESO 2024-066 HENRY RODRIGUEZ TIQUE VS CLÍNICA JUAN N. CORPAS - SEGUROS DEL ESTADO

[Texto citado oculto]

PODER HENRY RODRIGUEZ TIQUE.pdf
195K

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL NIZA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 64-03-101002280 | ANEXO No. 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 10 / 2020 | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | |
| INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA | CLAVE 133456 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPAÑIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 3,000,000,000.00 | | |
| | | \$ 3,000,000,000.00 | | |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

| | |
|--|---------------------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****3,000,000,000.00 | PRIMA: \$ *****296,195,453.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | IVA: \$ *****56,277,136.00 |
| | TOTAL A PAGAR: \$ *****352,472,589.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 2186977 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

IA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD S.A. - SEGUROS DEL ESTAD
64-03-101002280

FIRMA AUTORIZADA



REFERENCIA
PAGO:
1102130978602-3

(415) 770998021167 (8020) 11021309786023 (3900) 000352472589 (96) 20201115

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL NIZA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 64-03-101002280 | ANEXO No. 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 10 / 2020 | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | |
| INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA CLIENTE | CLAVE 133456 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPañIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****3,000,000,000.00 | PRIMA: | \$ *****296,195,453.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ *****56,277,136.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ *****352,472,589.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 2186977 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO | | |
|------------------|------------|-------|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |
| EFFECTIVO | | |
| CHEQUE | | |
| TOTAL \$ | | |



REFERENCIA PAGO:
1102130978602-3

(415) 770998021167 (8020) 11021309786023 (3900) 000352472589 (96) 20201115

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--|---|-------------------|-----------|
| NIZA | | 64-03-101002280 | 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

265-2020-CYH

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830.113.849-2

ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830.113.849-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES

TIPO DE INSTITUCION: CLINICA

UBICACION DEL RIESGO: CARRERA 111 NO. 159 - A 61 BOGOTA - COLOMBIA

NIVEL DE ATENCION: III

NO. DE CAMAS: 150 - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

NO. DE AMBULANCIAS: CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - PARA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

LIMITE ASEGURADO: \$3.000.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

RELACION DE PROFESIONALES:

ANESTESIOLOGIA 9
 AUXILIAR DE ENFERMERIA 182
 CIRUGIA MAXILOFACIAL 1
 CIRUJANO GENERAL 6
 CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO 3
 ENFERMERA JEFE/PROFESIONAL 64
 FISIOTERAPEUTA 2
 GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA 24
 INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 12
 MEDICINA FAMILIAR 9
 MEDICINA GENERAL 35
 NEONATOLOGIA 2
 PATOLOGIA 3
 PEDIATRIA 7
 TERAPIA RESPITORIA 11
 TOTAL TALENTO HUMANO EN SALUD 370

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|-----------------|---------------|
| NIZA | | 64-03-101002280 | 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

ACTIVIDADES DE LA SALUD:

SON ESTAS LAS ACTIVIDADES DE LA SALUD REPORTADAS POR EL TOMADOR/ASEGURADO PARA LA VIGENCIA 2020/2021, PARA LAS CUALES HABRA COBERTURA POR LOS HECHOS OCURRIDOS DURANTE ESTA VIGENCIA Y RECLAMADOS A LA Y POR LA INSTITUCION DE LA SALUD ASEGURADA. TODAS AQUELLAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON ACTIVIDADES DE LA SALUD QUE NO SE ENCUENTREN DENTRO DE ESTE LISTADO, SE ENTIENDEN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:

A. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A \$100.000.000

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------|---|-----------------|---|
| NIZA | | 64-03-101002280 | 7 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.

SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA
LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO

100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
GASTOS DE DEFENSA POR EVENTO: HASTA 10% DEL LIMITE ASEGURADO
POR VIGENCIA: HASTA 20% DEL LIMITE ASEGURADO

DEDUCIBLES:
GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMÁS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA - MINIMO \$10.000.000

PRIMA ANUAL (INCLUIDO IVA): \$ 352.472.590

EXCLUSIONES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
2. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHA DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
3. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
4. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.
5. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
6. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| NIZA | ANEXO DE RENOVACION | 64-03-101002280 | 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

13. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

15. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

16. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

17. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

18. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

19. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUPTIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?

B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?

C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,

CASO EN EL CUAL SEGURESTADO, SIN QUE SE ENTIENDA COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

20. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.

21. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

22. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

23. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

24. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

25. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

26. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

27. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.

28. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

29. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, ASI COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

30. ORGANISMOS PATOGENICOS.

31. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.

32. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHCC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

33. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

34. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

35. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

36. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

37. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, COMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAIS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACION, REQUISA, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESION SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|-----------------|---------------|
| NIZA | | 64-03-101002280 | 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.

38.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

39.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA

II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

40.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

41.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

42.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

43.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

45.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

46.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO

47.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

48.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

49.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

50.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

51.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO

52.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUROESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

53.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.

B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

54.PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

55.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

56.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.

57.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

58.RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

59.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

60.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

61.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA, TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------|
| SUCURSAL <p style="text-align: center;">NIZA</p> | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 64-03-101002280 | ANEXO No. 7 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | SI | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

REQUISITOS PARA EXPEDICION (SUBJETIVIDADES): LOS TERMINOS AQUI INCLUIDOS ESTAN SUJETOS A RECIBIR LA SIGUIENTE INFORMACION Y SER CONFIRMADA SU ACEPTACION POR PARTE DE SEGUROS DEL ESTADO S.A ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA:
 -COMUNICACION DEL TOMADOR/ASEGURADO ACEPTANDO TERMINOS Y CONDICIONES.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN PEREIRA | SUCURSAL PEREIRA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE REVOCACION | POLIZA No. 55-03-101005831 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 28 / 10 / 2021 | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 |
| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION | COMPAÑIA | COASEGURO CEDIDO |
| SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA AGE | 83059 | 100.00 | | |
| | | | | % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|----------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 0.00 | | |
| | | \$ 0.00 | | |

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------|---------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *** (3,000,000,000.00) | PRIMA: | \$ ***** (384,681,150.00) |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ ***** (73,089,418.00) |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ ***** (457,770,568.00) |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12, TELÉFONO 5124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

IA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD S.A. - SEGUROS DEL ESTAD

55-03-101005831

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN PEREIRA | SUCURSAL PEREIRA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE REVOCACION | POLIZA No. 55-03-101005831 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 28 / 10 / 2021 | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 |
| INTERMEDIARIO SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA CLIENTE | CLAVE AGE 83059 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPañIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Telefono: 2186977

Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente: 008465445
Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio: 47189

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------|---------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *** (3,000,000,000.00) | PRIMA: | \$ ***** (384,681,150.00) |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ ***** (73,089,418.00) |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ ***** (457,770,568.00) |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12, TELÉFONO 5124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

| FORMA DE PAGO | | |
|------------------|------------|-------|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |
| EFFECTIVO | | |
| CHEQUE | | |
| TOTAL \$ | | |

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------|
| SUCURSAL PEREIRA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE REVOCACION | POLIZA No. 55-03-101005831 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR DIRECCION CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO DIRECCION CLINICA JUAN N CORPAS LTDA CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | NIT 830.113.849-2 | TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

REVOCACION

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY | TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL | POLIZA No. 21-03-101016976 | ANEXO No. 0 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 27 / 10 / 2021 | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 |
| INTERMEDIARIO SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA | CLAVE AGE 83059 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPAÑIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 3,000,000,000.00 | | |
| | | \$ 3,000,000,000.00 | | |

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****3,000,000,000.00 | PRIMA: | \$ *****384,681,150.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ *****73,089,418.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ *****457,770,568.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

IA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD - SEGUROS DEL ESTAD
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
IA DEL ESTAD S.A. - SEGUROS DEL ESTAD
21-03-101016976

FIRMA AUTORIZADA



REFERENCIA
PAGO:
1100512797350-9

(415) 770998021167 (8020) 11005127973509 (3900) 000457770568 (96) 20211115

CLIENTE

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY | TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL | POLIZA No. 21-03-101016976 | ANEXO No. 0 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 27 / 10 / 2021 | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2021 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 |
| INTERMEDIARIO SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA CLIENTE | CLAVE AGE 83059 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPañIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

Pagos con convenio



*No aplica para transferencias

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****3,000,000,000.00 | PRIMA: | \$ *****384,681,150.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ *****73,089,418.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ *****457,770,568.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO | | |
|------------------|------------|-------|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |
| EFFECTIVO | | |
| CHEQUE | | |
| TOTAL \$ | | |



REFERENCIA PAGO:
1100512797350-9

(415) 770998021167 (8020) 11005127973509 (3900) 000457770568 (96) 20211115

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TERMINOS Y CONDICIONES 2021 - 2022

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830.113.849

ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830.113.849

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME

TIPO DE INSTITUCION: CLINICA

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI: KR 111 # 159 A 61 BOGOTA - CUNDINAMARCA

NIVEL DE ATENCION: II

NO. DE CAMAS: 206 - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

NO. DE AMBULANCIAS: CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - PARA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

LIMITE ASEGURADO: \$3.000.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

RELACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD:

ANESTESIOLOGIA 14
 AUXILIAR DE ENFERMERIA 228
 CIRUGIA DE TORAX 1
 CIRUGIA MAXILOFACIAL 1
 CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA 1
 CIRUJANO GENERAL 10
 CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO 3
 CITOTECNOLOGO (CITOLOGIA) 1
 ENDODONCIA 1
 ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL 62
 FISIOTERAPEUTA 2
 GINECOBSTERICIA 16
 INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 12
 INTENSIVISTA-UCI 3
 MEDICINA FAMILIAR 16
 MEDICINA GENERAL 46
 NEONATOLOGIA 3
 NEUROCIRUJANO 4
 NEUROLOGIA 4
 NUTRICIONISTA 2
 ODONTOLOGIA 2
 OFTALMOLOGIA 1

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PATOLOGIA 3
 PEDIATRIA 13
 PSICOLOGIA 3
 QUIMICO FARMACEUTICO 1
 RAYOS X AUXILIARES DE RAYOS X 2
 TERAPIA RESPIRATORIA 11
 UROLOGO 1
 HISTOTECNOLOGIA 1
 TOTAL TALENTO HUMANO EN SALUD 468

SE ENCUENTRAN EXCLUIDOS DE COBERTURA LOS EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE LA SALUD, QUE SE ENCUENTRAN HABILITADAS PARA EL PRESTADOR, PERO NO REPORTA TALENTO HUMANO EN SALUD:

CIRUGIA ORTOPEDICA
 CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA
 CIRUGIA DE LA MANO
 CARDIOLOGIA
 GASTROENTEROLOGIA
 ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
 OTORRINOLARINGOLOGIA
 LABORATORIO CLINICO
 TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

ASI COMO DE AQUELLOS SERVICIOS QUE SE PRESTEN SIN LA CORRESPONDIENTE HABILITACION POR PARTE DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y PARA AQUELLOS QUE AUN ESTANDO HABILITADOS NO SE REPORTE TALENTO HUMANO EN SALUD EN ESTA POLIZA.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

A. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
 B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
 C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A \$300.000.000

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.

SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA
 LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO / 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS / 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD / 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL / 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

GASTOS DE DEFENSA

POR EVENTO: HASTA \$15.000.000
 POR VIGENCIA: HASTA \$100.000.000

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
 DEMAS AMPAROS: 15% DE LA PERDIDA - MINIMO \$10.000.000

PRIMA ANUAL (INCLUIDO IVA): \$457.770.569

EXCLUSIONES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------------------------------|--|-----------------|---------------|
| ANTIGUO COUNTRY | | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

3. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

4. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.

5. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

6. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

13. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIETADES MUTANTES.

14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

15. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.
ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

16. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

17. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADAS PARA ESTE FIN.

18. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

19. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?
B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?
C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,
CASO EN EL CUAL SEGUROESTADO, SIN QUE SE ENTIENDA COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUBJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

20. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.

21. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

22. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

23. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

24. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

25. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

26. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

27. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| | | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |
| | | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

28. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

29. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, ASI COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

30. ORGANISMOS PATOGENICOS.

31. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.

32. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHBC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

33. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

34. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

35. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

36. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

37. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, COMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAIS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACION, REQUISIA, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESION SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.

38. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

39. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA

II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

40. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

41. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

42. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

43. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

45. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

46. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO

47. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

48. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

49. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

50. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

51. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO

52. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

53. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENES.

B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101016976 | 0 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

54. PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

55. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

56. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.

57. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

58. RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

59. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

60. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

61. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

62. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

63. EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96

1. ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.

2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:

A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y

II. EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASBOS; O ENTRE ORGANISMOS.

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
 LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA, TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURO ESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE. NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C. | SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 21-03-101016976 | ANEXO No. 1 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 28 / 10 / 2022 | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2023 | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2022 | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2023 |
| INTERMEDIARIO SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA CLIENTE | CLAVE AGE 83059 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPañIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente: 008465445
Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio: 47189

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****3,000,000,000.00 | PRIMA: | \$ *****378,730,129.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ *****71,958,724.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ *****450,688,853.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO | | |
|------------------|------------|-------|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |
| EFFECTIVO | | |
| CHEQUE | | |
| TOTAL \$ | | |



REFERENCIA PAGO:
1100513103735-7

(415) 770998021167 (8020) 11005131037357 (3900) 000450688853 (96) 20221115

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------------------------------|---|-----------------|---------------|
| ANTIGUO COUNTRY | | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830113849

ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA
NIT: 830113849

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A LAS 24 HORAS DE LA ORDEN EN FIRME DEL CLIENTE

TIPO DE INSTITUCION: CENTRO MEDICO

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:
KR 111 # 159 A 61 BOGOTA - CUNDINAMARCA

NIVEL DE ATENCION: III

NO. DE CAMAS: 244 - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

NO. DE AMBULANCIAS: 0 - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - PARA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO
GENERAL: FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

NOTA TECNICA: FORMA 31/03/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01
LIMITE

ASEGURADO: \$3.000.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

RELACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD:

| ESPECIALIDAD | CANTIDAD |
|----------------------------------|----------|
| ANESTESIOLOGIA | 16 |
| CIRUJANO GENERAL | 12 |
| CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO | 3 |
| GINECOBSTERICIA | 18 |
| INTENSIVISTA- UCI | 11 |
| NEUROCIUJANO | 4 |
| MEDICINA FAMILIAR | 13 |
| MEDICINA INTERNA | 1 |
| UROLOGO | 1 |
| NEUROLOGIA | 4 |
| OFTALMOLOGIA | 1 |
| PATOLOGIA | 3 |
| PEDIATRIA | 10 |
| NEONATOLOGIA | 4 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | 191 |
| EPIDEMIOLOGIA | 2 |
| AUXILIAR DE FARMACIA | 1 |
| CAMILLEROS | 8 |
| CITOTECNOLOGO (CITOLOGIA) | 2 |
| ENDODONCIA | 2 |
| ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL | 51 |
| EPIDEMIOLOGIA | 1 |
| FISIOTERAPEUTA | 2 |
| HIGIENISTA ORAL | 1 |
| INSTRUMENTADOR QUIRURGICO | 12 |
| URGENCILOGO | 1 |

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|---|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

| | |
|---------------------------|-----|
| MEDICINA GENERAL | 29 |
| NUTRICIONISTA | 2 |
| ODONTOLOGIA | 2 |
| CIRUGIA PLASTICA | |
| MAXILOFACIAL Y DE LA MANO | 1 |
| PSICOLOGIA | 1 |
| QUIMICO FARMACEUTICO | 1 |
| REGENTE DE FARMACIA | 1 |
| TERAPIA RESPIRATORIA | 12 |
| TOTAL TALENTO HUMANO | 424 |

SE ENCUENTRAN EXCLUIDOS DE COBERTURA LOS EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE LA SALUD, QUE SE ENCUENTRAN HABILITADAS PARA EL PRESTADOR, PERO NO REPORTA TALENTO HUMANO EN SALUD

- CIRUGIA ORTOPEDICA
- CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA
- CIRUGIA DE LA MANO
- CARDIOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA
- ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- DIAGNOSTICO VASCULAR
- IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES

ASI COMO DE AQUELLOS SERVICIOS QUE SE PRESTEN SIN LA CORRESPONDIENTE HABILITACION POR PARTE DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y PARA AQUELLOS QUE AUN ESTANDO HABILITADOS NO SE REPORTE TALENTO HUMANO EN SALUD EN ESTA POLIZA

SE EXCLUYEN RECLAMACIONES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y NO QUIRURGICAS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO. SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|---|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:

- A. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
- B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
- C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A \$300.000.000

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.

SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

GASTOS DE DEFENSA POR

EVENTO: HASTA \$15.000.000.

VIGENCIA: HASTA \$100.000.000

DEDUCIBLES:GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMÁS AMPAROS:15 % DE LA PERDIDA MINIMO 10 SMMLV

PRIMA ANUAL (INCLUIDO IVA):\$ 450.688.854

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA AMPARA LAS RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE TENGAN LOS PROFESIONALES AL PRESTAR LOS SERVICIOS HABILITADOS EN CONSULTA EXTERNA O ASISTENCIAL Y TAMBIEN POR INTERVENCIONES EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICO Y/O RECONSTRUCTIVA SIEMPRE QUE EL/LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES EN LA ATENCION EN SALUD SE ENCUENTREN REPORTADOS EN LA POLIZA. SI ALGUN PROFESIONAL DE LOS MENCIONADOS EN LA RECLAMACION NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LA POLIZA, EL EVENTO SE ENTIENDE EXCLUIDO.

EXCLUSIONES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHAOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| | | TELEFONO | 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |
| | | TELEFONO | 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADAS PARA ESTE FIN.

17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?

B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?

C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,

CASO EN EL CUAL SEGUERESTADO, SIN QUE SE ENTienda COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.

27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, ASI COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29. ORGANISMOS PATOGENICOS.

30. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.

31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHCC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|-----------------|----------------------------|-----------------|---|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000 |
| ASEGURADO | CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | NIT | 830.113.849-2 |
| DIRECCION | CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | NIT | 0-0 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
 33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
 34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
 36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
 I-GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, CONMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAIS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACION, REQUISA, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESION SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.
 II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.

37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA
 II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENGER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO

51. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

52. RECLAMACIONES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y NO QUIRURGICAS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO. SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

53. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.

54. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENES.

B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION | 21-03-101016976 | 1 |
| TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6865000 | |
| ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA | | NIT 830.113.849-2 | |
| DIRECCION CR 111 NRO. 159 A - 61 | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO 6865000 | |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | NIT 0-0 | |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

55. PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

56. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

57. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.

58. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

59. RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

63. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

64. EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96

1. ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.

2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:

A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y

II. EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASOSO; O ENTRE ORGANISMOS.

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA, TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO



SEGUROS DEL ESTADO S.A

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

CONDICIONES GENERALES MODALIDAD OCURRENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARÁ **SEGURESTADO**, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, Y CON SUJECIÓN A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DE LA EMPRESA DE LA SALUD ASEGURADA, LA CUAL DEBE ESTAR CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA REGULAN EN EL TERRITORIO NACIONAL.

SECCIÓN I COBERTURAS

1. AMPARO BÁSICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.



A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRÓNEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCIÓN U OMISIÓN, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTÉ VINCULADO BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACIÓN DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACIÓN (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACIÓN EXPRESA DE **SEGURESTADO** PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA PÓLIZA.

TODA SUMA QUE **SEGURESTADO** DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA PÓLIZA, REDUCIRÁ EN IGUAL PROPORCIÓN EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFOS: **SEGURESTADO**, INDEMNIZARÁ LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PÉRDIDA ECONÓMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACIÓN POR UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2. EXTENSIONES A LA COBERTURA BÁSICA

CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BÁSICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES O TERCEROS A CONSECUENCIA DE Y DE ACUERDO A LA EXTENSIÓN DE COBERTURA AFECTADA, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MÉDICOS

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACIÓN O ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISIÓN DIRECTA DE ÉSTE, ESTÉN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.



NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPÍTULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESIÓN Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA, SIEMPRE QUE DICHS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:

- A.** LA PROPIEDAD, USO O POSESIÓN DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- B.** LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- C.** LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARÁ EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PÉRDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TÉRMINOS DE ESTE SEGURO.



LOS GASTOS DE DEFENSA SERÁN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

SEGURESTADO RECONOCERÁ COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARÁN POR REEMBOLSO POR **SEGURESTADO**, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

SECCIÓN II EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO **SEGURESTADO** NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MÉDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATÓGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.



4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHÓLICAS, TÓXICAS O NARCÓTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACIÓN Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL –INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MÉDICA (SOCIEDADES CIENTÍFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y QUE NO ESTÉN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE –CUPS- (RESOLUCIÓN 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.
8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE TIPO ESTÉTICO O COSMÉTICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA



INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

- I- CUANDO LA CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.
 - II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.
 - III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCIÓN CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACIÓN IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.

ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICIÓN DE PACIENTE.



15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA PÓLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ÉSTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: “CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MÉDICO PODRÁ EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, EN RAZÓN DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
- A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD;
 - B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCIÓN DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA;
 - C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS”,
- CASO EN EL CUAL **SEGURESTADO**, SIN QUE SE ENTIENDA COMO ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BÁSICO, RESPALDARÁ AL ASEGURADO ÚNICAMENTE EN LA EXTENSIÓN DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LÍMITE PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.
20. VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PÉRDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.



22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO. ASÍ, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MÉDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PÓLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACIÓN QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUÍNEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLÍNICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
27. ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
29. ORGANISMOS PATOGENICOS.
30. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS

MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.

31. ATENCIÓN O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD).
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARÍTIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRÁCTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
35. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
 - I- GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BÉLICAS (CON O SIN DECLARACIÓN O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARÁCTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACIÓN MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, CONSPIRACIÓN, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAÍS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACIÓN, REQUISA, NACIONALIZACIÓN O DETENCIÓN POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGÍTIMO O USURPADO, DESTRUCCIÓN DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACIÓN CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE



FACTO O PRESIÓN SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.

- II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.

37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACIÓN HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

- I- LA ACCIÓN DE ENERGÍA ATÓMICA
- II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTIÓN DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
- III- LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASÍ COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASÍ COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARÁCTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PÚBLICOS SEGÚN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.



40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA PÓLIZA.
47. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASÍ COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
48. HURTO, FALSIFICACIÓN, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACIÓN INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.



50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MÉDICO
51. SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
52. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.

S E C C I Ó N III DEFINICIONES GENERALES

Bajo este contrato de seguros se entenderá por cada uno de los términos relacionados a continuación, lo siguiente:

1. **ACTOS MÉDICOS:** Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el asegurado y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la leyes aplicables y especificados en la carátula de la póliza y/o anexos y mediante los cuales se trata de obtener la curación o alivio del paciente. Ellos pueden ser de tipo preventivos, de promoción de la salud, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.

Se entienden por éstos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un paciente.

2. **ACTOS ERRÓNEOS:** Cualquier acto médico real o supuesto, error, omisión o incumplimiento negligente relacionado con los servicios profesionales y/o asistenciales de la salud prestados por el asegurado y por el personal a su servicio y que, conforme a la ley, generan responsabilidad civil del mismo y en consecuencia llevan a una reclamación efectuada por el paciente afectado o tercero afectado o sus causahabientes sobre el procedimiento realizado por el asegurado.
3. **ASEGURADO:** La empresa de la salud (centros médicos, consultorios, clínicas, hospitales y laboratorios) constituida como persona jurídica de derecho público, privado o mixto, titular del interés asegurable objeto del presente contrato de seguro,



debidamente nombrada como tal en la carátula de la póliza, y el personal al servicio del asegurado declarado en el formulario de solicitud de seguro.

4. **DEDUCIBLE:** Es el monto o porcentaje del daño indemnizable determinado en la carátula de la póliza para cada amparo/cobertura, previamente convenido con el tomador, que invariablemente se deduce de la indemnización y siempre queda a cargo del asegurado o del beneficiario.

Si como consecuencia de un solo siniestro se llegaren a afectar varias de las coberturas de los amparos contratados por el tomador, el deducible estipulado en la caratula de la póliza se aplicará para cada amparo por separado.

5. **SINIESTRO:** Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erróneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, súbita e imprevista que haya causado un daño material, lesión personal y/o muerte generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias jurídicas sean reclamadas al asegurado, por vía judicial o extrajudicial durante la vigencia de la póliza o más tardar dentro del periodo de prescripción que tiene el tercero afectado frente al asegurado de acuerdo con lo establecido en la legislación colombiana.

Respecto de la acción directa que tiene el tercero afectado frente a **SEGURESTADO** la prescripción correrá de acuerdo con lo establecido en el código de comercio colombiano.

Así mismo, la serie de actos erróneos que son o están temporal, lógica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán parte de un mismo siniestro y constituirán un solo y único daño y/o costo sin importar el número de reclamantes y/o reclamaciones formuladas. La responsabilidad máxima de **SEGURESTADO** por dicho daño y/o costos, no excederá el límite de responsabilidad por evento / vigencia establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza.

6. **PACIENTE:** Es la persona natural que ingresa a la institución asegurada para recibir asistencia médica y resulta afectada por el hecho de responsabilidad civil profesional imputable al asegurado de acuerdo con la ley y a las condiciones generales de la póliza, siempre que sea con ocasión a dicha asistencia médica.
7. **TERCERO AFECTADO:** Es la persona natural o jurídica que resulta afectada por un hecho de responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado de acuerdo con la ley, por eventos amparados bajo la presente póliza.

Para los efectos de este contrato de seguros, NO se consideran terceros a:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD
(CLINICAS Y HOSPITALES) CONDICIONES GENERALES
FORMA 12/08/2019 – 1329 – P – 06 – 0000000E-RC-004A – D001
FORMA 30/09/2011 – 1329 – NT-9 – 06 – E-RCE-001A



- A. El cónyuge, compañero permanente y los parientes de los funcionarios al servicio del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes de la institución asegurada.
 - B. Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes de la institución asegurada.
- 8. VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA:** Es la suma de dinero señalada en la caratula de la póliza y que corresponde a la máxima responsabilidad de **SEGURESTADO** en caso de un evento amparado a la luz de este contrato de seguro, luego de aplicar el deducible por cada siniestro que pueda ocurrir durante la vigencia de la póliza.

SEGURESTADO no estará obligado, en ningún caso, a pagar daños y/o costos que excedan el límite agregado de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado por el pago de daños y/o costos.

Los sublímites indicados en algunos amparos o coberturas bajo las condiciones del presente contrato de seguro se deben entender incluidos dentro del límite de valor asegurado para la cobertura básica y por lo tanto no incrementan la responsabilidad de **SEGURESTADO**, a menos que se indique lo contrario mediante condición particular en la carátula de la póliza.

- 9. VIGENCIA DEL SEGURO:** Es el periodo de cobertura comprendido entre las fechas de inicio y terminación que aparecen señaladas en la carátula de la póliza, durante las cuales el asegurado realiza las actividades relacionadas con su profesión médica asegurada y entre las cuales debe ocurrir el acto médico o hecho dañoso por el cual se imputa la responsabilidad al asegurado.
- 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Hace referencia al procedimiento mediante el cual el médico comunica e informa a su paciente las diversas opciones y alternativas para el diagnóstico, evolución y tratamiento de la enfermedad, advirtiéndole los riesgos inherentes a los procedimientos, así como los beneficios que se deriven, en forma clara para que le permitan tomar una decisión racional. Este procedimiento es la autorización autónoma de una intervención médica de cada paciente capaz en particular. El consentimiento debe ser libre, autónomo, informado, constante y cualificado, del cual debe quedar constancia expresa.

El asegurado quedará exonerado de advertir los riesgos en los siguientes casos:



- I- Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.
- II- Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.

El médico dejará constancia en la historia clínica del consentimiento informado o de la imposibilidad de hacerlo.

- 11. DISENTIMIENTO INFORMADO:** Es el documento donde se expresa la negación por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.
- 12. EMPRESA DE LA SALUD:** Es la persona jurídica asegurada en la póliza, que pueden ser Centros Médicos, Consultorios, Clínicas, Hospitales, Laboratorios, entre otros aquellos donde se presten servicios profesionales del área de la salud, debidamente autorizados para ello, de acuerdo con la legislación colombiana.
- 13. PERJUICIOS PATRIMONIALES:** Se entiende por perjuicios patrimoniales el daño emergente y el lucro cesante del paciente, tercero afectado y/o sus causahabientes que sea reclamado a **SEGURESTADO** con ocasión a un evento amparado en la póliza.
- 14. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES:** Se entiende por perjuicios extrapatrimoniales el daño moral, daño a la vida en relación, daño fisiológico y/o a la salud, reclamado a **SEGURESTADO** con ocasión a un evento amparado en la póliza, que se reconocerá siempre que se haya generado pérdida económica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnización por un evento amparado por la póliza.
- 15. PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO:** personal médico, odontológico, paramédico, auxiliar, farmacéutico, bacteriólogo, microbiólogo, enfermería o asimilados, vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

SECCIÓN IV OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

1. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO – NOTIFICACIÓN DE SUS CAMBIOS



El asegurado o el tomador, según sea el caso están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a **SEGURESTADO** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan a dicha celebración y que signifiquen un cambio en el estado del riesgo.

La notificación a **SEGURESTADO** deberá hacerse por escrito, con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha en que se dará la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del tomador o del asegurado. Si le es extraña, tal notificación se deberá realizar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de la modificación. Se presume el conocimiento por parte del tomador o del asegurado, transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Una vez notificada la modificación del riesgo en los términos arriba expuestos, **SEGURESTADO** podrá revocar el contrato de seguro o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima o en las condiciones del contrato.

La falta de notificación oportuna a **SEGURESTADO** según los términos antes indicados produce la terminación de este contrato.

2. PAGO DE LA PRIMA – TERMINACIÓN AUTOMÁTICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado a pagar la prima. Salvo disposición contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirán la terminación automática del contrato y dará derecho a **SEGURESTADO** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

3. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO/TERCERO AFECTADO EN CASO DE SINIESTRO

- A.** Cuando ocurra un siniestro que pueda dar lugar a una reclamación por la presente póliza, el asegurado estará obligado a evitar su extensión y propagación y a proveer el salvamento de las cosas aseguradas. Si se incumpliere esta obligación, **SEGURESTADO** podrá deducir de la indemnización, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.
- B.** El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de **SEGURESTADO** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Si se incumpliere esta obligación,



SEGURESTADO solo podrá deducir de la indemnización, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

- C.** Declarar a **SEGURESTADO**, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de los valores asegurados.
- D.** Le corresponde al asegurado – beneficiario acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida para lo cual goza de libertad probatoria. En tal sentido, el asegurado – beneficiario acompañará las pruebas pertinentes tales como dictámenes médicos, historias clínicas, facturas, entre otros, y comunicará por escrito a **SEGURESTADO** todos los detalles y hechos que demuestren plenamente la responsabilidad civil del asegurado, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de los perjuicios causados, así como la relación de causalidad con la prestación del servicio.
- E.** La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

4. CONSENTIMIENTO

Dada la naturaleza de este seguro, el asegurado no podrá admitir su responsabilidad, ni realizar acuerdos de conciliación tendientes a la afectación de la póliza sin el consentimiento escrito de **SEGURESTADO**, quien tendrá derecho en cualquier momento a intervenir en el manejo de la defensa o liquidación del reclamo, si **SEGURESTADO**, así lo considere conveniente.

Si el asegurado se rehusara injustificadamente a prestar su consentimiento en relación con un acuerdo sugerido por **SEGURESTADO**, la responsabilidad de **SEGURESTADO** no excederá en tal caso el monto a cargo previsto en dicho acuerdo, incluyendo los costos incurridos desde el momento en que **SEGURESTADO** solicitó el consentimiento del asegurado hasta la fecha de rechazo.

SECCIÓN V CONDICIONES VARIAS

1. DERECHOS Y DEBERES DE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO:

Cuando ocurra un evento, cubierto por esta póliza **SEGURESTADO** podrá:

- A.** Inspeccionar los edificios, locales o predios en los que ocurrió el siniestro.
- B.** Colaborar con el asegurado para evaluar médica y económicamente los perjuicios efectivamente causados y para determinar la causa y consecuencias de los mismos para la cual, **SEGURESTADO** se reserva el derecho de examinar la víctima, ingresar a los predios mencionados en la carátula de la póliza, examinar los libros, historias clínicas y demás documentos del asegurado relacionados con el reclamo o siniestro.



C. Las facultades conferidas a **SEGURESTADO** por la presente condición podrán ser ejercidas en cualquier momento hasta tanto el asegurado o la víctima le comuniquen por escrito que renuncian y/o desisten de la reclamación presentada judicial o extrajudicialmente.

2. REDUCCIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El valor asegurado se entenderá reducido, desde el momento de ocurrencia del siniestro en el importe de la indemnización pagada por **SEGURESTADO**.

3. GARANTÍAS – DEFINICIÓN Y EFECTOS

Se entiende por garantía, la promesa inequívoca, en virtud de la cual el tomador o el asegurado se obligan a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia, o mediante la cual afirma o niega la existencia de determinada situación de hecho.

La garantía deberá constar en la póliza por escrito o en documentos accesorios a ella, y debe expresar el compromiso claro que adquiere el tomador o el asegurado.

En caso de no cumplirse la garantía, sea o no sustancial respecto del riesgo, el contrato de seguro será anulable. Cuando la garantía se refiere a un hecho posterior a la celebración del contrato, **SEGURESTADO** podrá darlo por terminado desde el momento de la infracción u oponer el incumplimiento de la misma.

4. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro otorgado por la presente póliza podrá ser revocado, en los siguientes casos:

- A. Por **SEGURESTADO** mediante comunicación escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. La revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada.
- B. Por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGURESTADO**. El importe de la prima devengada y de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

5. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza **SEGURESTADO**, se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el formulario de conocimiento del cliente, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y sometidos a la consideración de **SEGURESTADO**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, por lo tanto, se consideran como parte integrante de la misma.

6. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD
(CLINICAS Y HOSPITALES) CONDICIONES GENERALES
FORMA 12/08/2019 – 1329 – P – 06 – 0000000E-RC-004A – D001
FORMA 30/09/2011 – 1329 – NT-9 – 06 – E-RCE-001A



El presente seguro se refiere única y exclusivamente a actividades realizadas en el territorio colombiano, bajo la legislación y jurisdicción colombiana.

7. SUBROGACIÓN

SEGURESTADO, una vez efectuados cualesquiera de las indemnizaciones previstas en esta póliza, se reserva el derecho a la subrogación hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al tomador/asegurado. Éste prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de los documentos que fuesen necesarios para dotar a **SEGURESTADO** de legitimación activa para demandar judicialmente.

Así mismo, **SEGURESTADO** se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

Al asegurado le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza, si el asegurado actuó de mala fe o con dolo, deberá restituir los costos y/o gastos legales que **SEGURESTADO** hubiere pagado de manera anticipada, así como también perderá el derecho a la indemnización.

8. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o modificación que deban hacer las partes en relación con el presente contrato, deberá realizarse por escrito y ser enviada a la última dirección suministrada por ellas.

RAD 11001310300720240006600. DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ TIQUE, DEMANDADA: MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA Y OTROS.

Ana Fuentes <anfuentes@equipojuridico.com.co>

Mar 10/09/2024 2:59 PM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: martha.alfonsog@gmail.com <martha.alfonsog@gmail.com>; abogadosdecolombia@gmail.com <abogadosdecolombia@gmail.com>;

abogadosdecolombia@hotmail.com <abogadosdecolombia@hotmail.com>; juridico@segurosdelestado.com <juridico@segurosdelestado.com>; Estados Judiciales Ospedale <estadosjudiciales@ospedale.com.co>; juridico@segurosdelestado.com <juridico@segurosdelestado.com>

 2 archivos adjuntos (8 MB)

contestación LL.G..pdf; LLAMAMIENTO EN GARANTIA SEGUROS DEL ESTADO.pdf;

Respetado

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL. NO. 11001310300720240006600

DEMANDANTES: HENRY RODRIGUEZ y otro.

DEMANDADOS: Dra. MARTHA ALFONSO y otros.

Me permito adjuntar:

1. contestación al llamamiento en garantía realizado por Clínica Juan N. Corpas
2. LLAMAMIENTO EN GARANTIA DE LA DRA MARTHA ALFONSO A SEGUROS DEL ESTADO.

En cumplimiento de la ley 2213 de 2022 copia de este correo a las partes, incluyendo a SEGUROS DEL ESTADO. de acuerdo con el registrado en camara de comercio.

Cordialmente,

 firma AMFT.png

ANA MARÍA FUENTES TORRES

CC No. 60446494 de Cúcuta

T.P. 183.775 del C.S de la J.

anfuentes@equipojuridico.com.co

Cel: 3212681904

De: Ana Fuentes <anfuentes@equipojuridico.com.co>

Enviado: viernes, 14 de junio de 2024 5:29 p. m.

Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: martha.alfonsog@gmail.com <martha.alfonsog@gmail.com>; abogadosdecolombia@gmail.com <abogadosdecolombia@gmail.com>;

abogadosdecolombia@hotmail.com <abogadosdecolombia@hotmail.com>

Asunto: RAD 11001310300720240006600. DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ TIQUE, DEMANDADA: MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA Y OTROS.

Respetado

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ASUNTO: ALLEGO DICTAMEN PERICIAL

Me permito adjuntar dictamen pericial anunciado en la contestación de la demanda.

Cordialmente,

 firma AMFT.png

ANA MARÍA FUENTES TORRES

CC No. 60446494 de Cúcuta

T.P. 183.775 del C.S de la J.

anfuentes@equipojuridico.com.co

Cel: 3212681904

De: Ana Fuentes <anfuentes@equipojuridico.com.co>

Enviado: jueves, 9 de mayo de 2024 8:03 p. m.

Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: martha.alfonsog@gmail.com <martha.alfonsog@gmail.com>; abogadosdecolombia@gmail.com <abogadosdecolombia@gmail.com>; abogadosdecolombia@hotmail.com <abogadosdecolombia@hotmail.com>

Asunto: RAD 11001310300720240006600. DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ TIQUE, DEMANDADA: MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA Y OTROS.

Respetado

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

me permito adjuntar documetno de la referencia

Cordialmente,

firma AMFT.png

ANA MARÍA FUENTES TORRES

CC No. 60446494 de Cúcuta

T.P. 183.775 del C.S de la J.

anfuentes@equipojuridico.com.co

Cel: 3212681904

De: Ana Fuentes <anfuentes@equipojuridico.com.co>

Enviado: viernes, 12 de abril de 2024 12:09 p. m.

Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: martha.alfonsog@gmail.com <martha.alfonsog@gmail.com>

Asunto: RV: PODER RAD 11001310300720240006600. DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ TIQUE, DEMANDADA: MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA Y OTROS.

Respetado

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ASUNTO: LINK EXPEDIENTE Y NOTIFICACIÓN POR CONDUCTA CONCLUYENTE

adjunto poder para actuar en representación de la dra MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA, por lo que solicito me sea reconocida personería para actuar y se tenga por notificada por medio de conducta concluyente. Adicional solicito link del expediente para conocer la demanda y ejercer nuestro derecho de defensa.

Cordialmente,

firma AMFT.png

ANA MARÍA FUENTES TORRES

CC No. 60446494 de Cúcuta

T.P. 183.775 del C.S de la J.

anfuentes@equipojuridico.com.co

Cel: 3212681904

De: Martha Alfonso <martha.alfonsog@gmail.com>

Enviado: viernes, 12 de abril de 2024 11:55 a. m.

Para: Ana Fuentes <anfuentes@equipojuridico.com.co>

Asunto: Re: PODER RAD 11001310300720240006600

No suele recibir correos electrónicos de martha.alfonsog@gmail.com. [Por qué esto es importante](#)

A continuación adjunto poder firmado

Cirugia General

Universidad del Rosario

El vie, 12 abr 2024 a las 11:38, Ana Fuentes (<anfuentes@equipojuridico.com.co>) escribió:

Dra. Alfonso, buenos días,

De acuerdo con nuestra conversación remito poder para su firma.

Quedo atenta. gracias.

Cordialmente,

 firma AMFT.png

ANA MARÍA FUENTES TORRES

CC No. 60446494 de Cúcuta

T.P. 183.775 del C.S de la J.

anfuentes@equipojuridico.com.co

Cel: 3212681904

Respetado

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL. NO. 11001310300720240006600

DEMANDANTES: HENRY RODRIGUEZ y otro.

DEMANDADOS: Dra. MARTHA ALFONSO y otros.

ASUNTO: CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

ANA MARÍA FUENTES TORRES, identificada como registra al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada judicial de la **DRA. MARTHA ALFONSO**, de conformidad con el poder que se anexa, con todo respeto me permito **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA** realizado a mi representada por parte de la **CLÍNICA JUAN N. CORPAS** en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

1. **NO ME CONSTA** por ser hechos ajenos a mí representado, motivo por el cual me atengo a lo que resulte probado en el proceso, de acuerdo con lo señalado en el artículo 167 del C.G.P.
2. **NO ES CIERTO** como se detalla. Es cierto que entre la clinica Juan N. Corpas se suscribió un contrato de prestación de servicios, pero en fechas diferentes a las registradas. Lo cierto es que para la fecha de los hechos alegados en la acción el contrato estaba vigente.
3. Es cierto.
4. Es cierto.
5. Es cierto.
6. Es cierto.
7. Es cierto.

A LAS PRETENSIONES

A LA PRIMERA: ME OPONGO. NO existe obligación de esta índole entre mi representada y la IPS llamante en garantía motivo por el cual deberá ser denegada la presente pretensión.

A LA SEGUNDA: ME OPONGO. NO existe obligación de esta índole entre mi representada y la IPS llamante en garantía motivo por el cual deberá ser denegada la presente pretensión. Es de aclarar que las actuaciones desarrolladas por la Dra. Martha Alfonso durante la atención de la paciente se ajustaron a los mandatos de la lex artis.

A LA TERCERA: ME OPONGO. NO existe obligación de esta índole entre mi representada y la IPS llamante en garantía motivo por el cual deberá ser denegada la presente pretensión. Es de aclarar que las actuaciones desarrolladas por la Dra. Martha Alfonso durante la atención de la paciente se ajustaron a los mandatos de la lex artis.

EXCEPCIONES DE FONDO

❖ INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR.

De antaño se ha reconocido que la figura del llamamiento en garantía se constituye en un instituto de carácter procesal a través del cual quien es parte dentro del proceso puede vincular

al tercero con el que detenta una relación legal o contractual que le permite exigir de éste la indemnización del perjuicio que llegará a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia.

Con base en el contenido que se desprende del texto literal del artículo 64 del Código General del Proceso, se ha reconocido que la relación subyacente de la cual se desprende el llamamiento en garantía se deposita en estadios de la responsabilidad que no del débito, por lo que ha de considerarse que quien es llamado en garantía ha de responder, en virtud del contrato o de la ley, por el cumplimiento de una obligación propia pero que no encuentra su fuente en el mismo hecho que generó la obligación del garantizado, en atención a que la fuente, origen de la obligación, y, por tanto, del débito primario, no es de su resorte, ni emerge con la confluencia de la voluntad del garante, como en los contratos, ni de la aporte causal a la generación del daño, como en la responsabilidad civil.

Por ello ha sostenido la doctrina en multitud de oportunidades que la relación que vincula al garante con el garantizado, ora en virtud de la ley, o bien en razón del contrato, es anterior al nacimiento de la obligación cuya declaración o cumplimiento se reclama del demandado dentro de un proceso judicial.

Con base en lo anterior es que debe reconocerse que una cosa muy distinta es estar atado al cumplimiento de la prestación derivada de un débito a cargo, que salir a responder, en virtud de la ley o del contrato, por una obligación que el titular del débito no quiso o no pudo satisfacer, porque cuando el garante ejecuta en la prestación debida lo hace en virtud de la imposición derivada de la ley o del contrato que presupone a su vez una relación distinta pero conexa en términos de garantía, con la obligación y las prestaciones en cabeza de la persona titular del débito garantizado.

En conclusión, la obligación que funge como presupuesto del llamamiento en garantía, presupone la existencia de una dualidad de relaciones, una derivada del contrato o del delito que constriñe o ata al cumplimiento a la parte dentro del proceso, y la otra que emerge de ley o del contrato, pero cuyo objeto es salir a responder a título de garante por la indemnización del perjuicio sufrido por el garantizado o efectuar el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia.

En este orden de ideas, fácilmente se puede arribar a la conclusión de que un sujeto no puede ser vinculado al trámite de un proceso judicial a través de la figura del llamamiento en garantía cuando tal solicitud se soporta sobre el aporte de ese tercero en la producción del daño, pues en este, caso, y anticipándose a una hipotética y eventual condena, no se trata de salir en estadios de la responsabilidad a satisfacer una deuda de la que no es titular, como sucede con el garante, sino de verse sujeto al pago de un débito propio derivado del daño que le corresponde satisfacer atado a la solidaridad por pasiva en los términos del artículo 2344 del Código Civil.

Sobre el punto ha resaltado el Consejo de Estado que "que la solidaridad derivada de la concurrencia de causas en la producción del daño, no legitima a los responsables demandados a llamar en garantía a los demás:" (...) Con arreglo al art. 57 del C.P.C. la figura procesal de llamamiento en garantía como su nombre lo indica supone la titularidad en el llamante de un derecho legal o contractual por virtud del cual pueda, quien resulte condenado al pago de suma de dinero, exigir de un tercero, la efectividad de la garantía o el reembolso del pago que tuviere que hacer el demandado, como consecuencia de la sentencia de condena. En otras palabras, el derecho sustancial por virtud del cual se le permite a la parte demandada que se vincule al proceso a un tercero, para que, en caso de sobrevenir sentencia de condena, se haga efectiva la garantía y por lo mismo el tercero asuma sus obligaciones frente al llamante o reembolse el pago a que aquel resultare obligado. **Así las cosas, el llamamiento supone la existencia de una relación jurídico sustancial diferente a la que es objeto de las pretensiones contenidas en la demanda, aunque entre ambas exista una dependencia necesaria, pues claro resulta que solamente cuando se produzca una sentencia de condena, habrá lugar a estudiar si el llamado debe asumir en virtud de la existencia de la garantía, dichas obligaciones objeto de la condena.** Es presupuesto

indispensable para poder hacer efectivos los derechos y las obligaciones objeto de la garantía por virtud de la cual se produjo el llamamiento del tercero garante, el que el llamante resulte condenado al pago de la obligación indemnizatoria originada en el daño antijurídico causado.”¹

De todo lo expuesto puede resaltarse que la figura del llamamiento en garantía aparece como un instituto procesal que tiene como finalidad la vinculación de un tercero al proceso para que, en apoyo del principio de economía procesal, en un mismo momento se defina la controversia que vincula a las partes dentro del proceso y se emita pronunciamiento al respecto de la relación jurídico negocial o legal que ata al garante con el garantizado para el pago de la indemnización o el reembolso de lo que se hubiere pagado en razón de la sentencia, pero no, y en ese se debe ser especialmente claro, para definir el aporte causal que un tercero haya tenido en la generación de un daño para cuya reparación eventualmente surgirá una obligación de carácter solidario.

Por ello señala la doctrina que “el llamamiento tiene por objeto que el tercero se convierta en parte, a fin de que haga valer dentro del mismo proceso su defensa acerca de las relaciones legales o contractuales que lo obligan a indemnizar o a reembolsar, y al igual del denunciado en el pleito, acude no solamente para auxiliar al denunciante, sino para defenderse la obligación legal del saneamiento”.²

ACAECIMIENTO DEL RIESGO PREVISTO.

En la medida en que todo acto médico acarrea beneficios y riesgos, la Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica, por regla general, son de medios y no de resultado. Es decir “*obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado*” (Sentencia del Consejo de Estado, Julio 15 de 1995, Exp. 9220).

Así mismo la ley 1438 de 2011, en su artículo 104, refiere que la obligación del médico es de medios, lo cual indica que no es posible solicitarle al especialista que su obligación sea de resultado, debido a que en todos los procedimientos, los resultados no dependen solo del actuar del médico, sino de circunstancias ajenas a él cómo son las condiciones propias de la paciente, el cumplimiento de esta en las recomendaciones, cuestiones hereditarias, entre otros. Así la mencionada norma refiere:

*ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:
“Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. 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.** (Subrayado y negrilla fuera del texto).*

En el caso en cuestión la Dr. Alfonso y demás personal médico, dispensaron el tratamiento de la manera como lo haría un buen profesional puesto en las mismas circunstancias, tal y como se evidencia de los registros de la historia clínica, notas de enfermería, concepto pericial, en los cuales consta que SIEMPRE se le suministro a la paciente la atención idónea, perita, oportuna y adecuada.

Lastimosamente, el riesgo de lesión de órgano vecino se concretó en esta paciente, sin que puede imputarse a algún tipo de práctica omisiva, descuidada, negligente, imprudente o

¹ (pie de página de la cita) Sentencia de 25 de septiembre de 1997. Expediente radicado al No. 11.514. Consejero Ponente Daniel Suárez H.

² Curso de Derecho Procesal Civil. Parte General. Décima Edición. Editorial ABC. Bogotá. 1988. Páginas 248 y 249.

imperita. Pues dichos riesgos pueden ocurrir aun dentro de una adecuada práctica médica, tal y como lo sostiene la perito experta en cirugía.

Es por ello, que las pretensiones de esta acción deberán ser denegadas y en su lugar deberá declararse probada la presente excepción.

LAS OBLIGACIONES MEDICAS SON DE MEDIOS MAS NO DE RESULTADOS

Las actuaciones de la Dra. Alfonso, estuvieron ajustados a la lex artis, toda vez que el pomey se realizó de manera adecuada, no obstante, existía un mínimo margen de riesgo de perforación del colon el cual se concretó, Siendo esta alea inimputable a mi representada, puesto que NO puede obligarse a lo imposible, lo cual es garantizar un resultado.

Así las cosas, según lo expresan la doctrina y la jurisprudencia, no se puede responsabilizar a un profesional de la medicina por qué no se logre evitar el resultado de una patología o un riesgo de ello, cuando el profesional ha actuado de forma diligente y oportuna, como fue el caso de la Dra. Rincón, tal y como lo ha reiterado el H. consejo de Estado, sección tercera, subsección A, del 16 de agosto de 2012, CONSEJERO PONENTE: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA, en el que refirió:

*"Visto todo lo anterior, es preciso insistir en la posición jurisprudencial reiterada por la Corporación, que señala que **“la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que por regla general conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance conforme a la lex artis para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”**(Subrayado y negrilla nuestro).*

Así, al encontrarse demostrado que mi representada realizó todas las conductas de igual forma como lo realizaría un especialista de sus mismas condiciones, es decir con prudencia y diligencia, de acuerdo con los protocolos y técnicas para ello, que demostrado su cumplimiento en las obligaciones que la ley de ética médica indica, evidenciándose un cumplimiento de los medios idóneos y no siendo posible imputarle el resultado, que reitero se debe a un riesgo inherente al procedimiento, ajeno al ámbito de acción de mi representada, es razón fundamental para que prosperen las excepciones de mérito propuestas en la presente acción.

INEXISTENCIA DE CULPA POR PARTE DE LA DRA. ALFOSNO

En el presente caso, adicional a que no se han probado los hechos expuestos, los supuestos no tienen ningún tipo de nexo de causalidad entre estos y los hechos desarrollados por mi representada, no existe adicionalmente culpa en el actuar de la Dra. Alfonso, por el contrario, se ha demostrado que mi representada ha actuado de manera diligente, prudente, oportuna, perita y adecuada.

Adicionalmente, todas las conductas analizadas y realizadas por mi mandante fueron ejecutadas bajo estricto cumplimiento de la lex artis, literatura médica-científica, protocolos de manejo, guías técnicas y demás normas que regulan la materia, tal y como se demostrará.

Así se demuestra que no existe el elemento CULPA dentro de las actuaciones suministradas por mi representada, razón fundamental para impedir imputar responsabilidad a esta, por todos estos argumentos es que esta excepción está llamada a prosperar; pues de lo contrario le corresponde al demandante demostrar la culpa de la Dra. Rincón, en sus actuaciones con el fin de que prosperen sus pretensiones; dado

que como se ha desvirtuado, todas las afirmaciones de actor en contra de mi mandante, son simples apreciaciones subjetivas desprovistas de soporte probatorio.

Los Hermanos MAZEAUD, especialistas en responsabilidad civil, refieren que: “*la culpa es un error de conducta que no hubiera cometido persona prudente y diligente que estuviera en las mismas circunstancias externas en que se halló el Autor*”. De este concepto, puesto en el contexto que hoy se debate, se asegura que no existió culpa de mi representado, ya que diversos colegas lo avalan y coinciden en la necesidad de la cirugía al paciente y su adecuado manejo. DEMOSTRÁNDOSE ASÍ LA AUSENCIA DE CULPA DE MI REPRESENTADO EN LAS CONDUCTAS DESARROLLADAS POR ESTE.

Así mismo, lo ha sostenido en reiteradas oportunidades la corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, Magistrado Ponente: Pedro Octavio Munar Cadena, Bogotá, Distrito Capital, veintiséis (26) de noviembre de dos mil diez (2010). Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01, en el que cita textualmente:

*"En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, **que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.***

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. (Subrayado y negrilla nuestro).

INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD.

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

- 1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser aprobado por la demandante.**
- 2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate no se encuentra vislumbrado, razón por la cual **También compete a la demandante su demostración.**

- 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiriera la categoría de cierto e indemnizable e igualmente que este le **es imputable** a la Dra. Alfonso.

De esta manera la jurisprudencia lo ha sostenido mediante ponencia reciente, radicada bajo el No. 17837 con ponencia de la Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR; en la que señala:

*“De cara a este concepto, tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, **de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones.** En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P.C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, **corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados.**” (Subrayado y negrilla nuestro).*

Así las cosas, le corresponde a la demandante comprobar los 3 elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.

LA INNOMINADA DE QUE TRATA EL ART. 282 DEL C.G.P.

El artículo 282 del C.G.P. respecto de la prueba de las excepciones, menciona:

“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.”

Con base en la norma transcrita solicito al señor juez reconocer oficiosamente en sentencia las excepciones que se hallen probadas.

A LOS MEDIOS DE PRUEBA

A LAS PRUEBAS PRESENTADAS POR LA PARTE ACTORA

NO ME OPONGO, por el contrario las coadyuvo.

PRUEBAS SOLICITADAS Y APORTADAS POR NUESTRA PARTE

Solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes:

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito respetuosamente se decrete el interrogatorio de parte, del llamante en garantía, representante legal de la **CLINICA JUAN N. CORPAS**, en la fecha y hora previamente programada por su despacho, con el fin de que se absuelva el interrogatorio que formulare de

manera personal en la audiencia respectiva, frente a los puntos objetos de este llamamiento y de la demanda.

- **DICTAMEN PERICIAL**

Por medio de la presente me permito adjuntar dictamen pericial de especialista en cirugía general junto con todos sus anexos y requisitos que ordena el art. 226 del CGP

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Arts. 2341, 1604 y siguientes y concordantes del Código Civil. Artículo 177 del Código de Procedimiento Civil y concordantes; Ley 1395 de 2010, Decreto 2463 de 2001 artículo 23, Ley 100 de 1993, Decreto 806 de 1998. Doctrina y Jurisprudencia citadas.

SOLICITUD

1. Se absuelva a la DRA. Martha Alfonso, de cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía por no tener relación legal o contractual de indemnizar con la IPS y por no existir responsabilidad alguna en los hechos objeto de la misma.
2. Se declare a la DRA. Martha Alfonso., exenta de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda y del llamamiento en garantía, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa generadora de los supuestos perjuicios creados a la demandante.
3. Se condene en costas y agencias en derecho a la demandante.

NOTIFICACIONES

A mi representado y a la suscrita en anfuentes@equipojuridico.com.co

Cordialmente,



ANA MARIA FUENTES TORRES
C.C. No. 60.446.494 de Cúcuta
T.P. No. 183.775 del C.S. de la J.

Santiago de Cali, Mayo 14 del 2024.

Señor:

JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTA.

E. S. D.

REFERENCIA: DICTAMEN PERICIAL
PROCESO: PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA
RADICADO: 1100 1310 300 7-2024-00066-00
DEMANDANTE: Sr. HENRY RODRIGUEZ TIQUE Y OTROS
DEMANDADO: Dra. MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA.

MOTIVO DEL DICTAMEN:

Se solicitó al suscrito opinión técnico-científica especializada sobre la atención dispensada por la Dra. MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA, Cirujana General, a la paciente EDITH MEDINA, con cc 41761580, el día 04 de Octubre del año 2022.

IDENTIDAD DEL PERITO:

Yo, **CARLOS EDUARDO GALLEGO ACHITO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.486.501 de la ciudad de Buenaventura (Valle del Cauca), y con Registro Médico No. 011306-92, en calidad de Médico Especialista en Cirugía General de la Universidad del Valle, Cali (Colombia); con entrenamiento durante más de 20 años en el área de la Cirugía de Trauma y Emergencias del Hospital Universitario del Valle, Cali (Colombia) y 12 años en la Clínica Centro Imbanaco, Cali (Colombia) como Cirujano de Emergencias y Magister en Ciencias de la Educación de la Universidad ICESI, de la ciudad de Cali, Docente Contratista de la Universidad del Valle, Facultad de Salud, Sección Departamento de Cirugía General, desde el año 2008, rindo el siguiente dictamen pericial a solicitud de la abogada, Dra. ANA MARÍA FUENTES TORRES,

manifestando previamente bajo la gravedad del juramento, que mi opinión es independiente, corresponde a mi real convicción, producto de mi formación académica y experiencia profesional.

DIRECCIÓN PARA CITACIONES

En el evento de citaciones con motivo de esta pericia, me pueden ser enviadas a la dirección Calle 19 No 158-135 Casa No 3 Conjunto Residencial Aguascalientes I, Barrio Pance. Sector La Viga, Santiago de Cali (Valle del Cauca). Teléfono celular: 3117499844 Correo electrónico: cega1965@gmail.com.

IDONEIDAD DEL PERITO

Para comprobar mi idoneidad como perito, me permito anexar al presente informe mi hoja de vida con los documentos que acreditan mi academia y experticia como médico especialista en Cirugía General.

JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la suscripción de este informe, declaro que no me hallo incurso en cualquiera de las causales de exclusión contenidas en el artículo 50 del CGP, que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional y que las conclusiones fueron producto del análisis objetivo realizado como médico especialista en Cirugía General, la cual ejerzo desde el año 1999. Asimismo, manifiesto que no he sido perito ni he participado en la elaboración de otros dictámenes periciales en este proceso ni para la misma parte solicitante.

CAUSALES DE EXCLUSIÓN

Me permito certificar que no me encuentro incurso en las causales de exclusión descritas en el Acuerdo No. 1518 de 2002 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura o la norma que lo sustituya, de conformidad a lo establecido en el numeral 3 del artículo 219 de la Ley 1437 de 2011.

TÉCNICAS EMPLEADAS

Para realizar el presente dictamen pericial procedí al análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos como mi formación y experiencia en la especialidad de Cirugía General, haciendo una revisión comparativa y contrastante de guías de manejo y literatura científica especializada en la materia frente al caso médico, paso seguido, procedí a emitir mi opinión técnico - científica del caso.

DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ANALIZADOS

- 1.- Historia Clínica Corpas.pdf
- 2.- Caso EDITH MEDINA CC 41761580.zip
- 3.- 04 Anexos(1).pdf
- 4.-HISTORIA CLINICA.pdf
- 5.- 02HistoriaClínica.pdf

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA ANALIZADA

El caso trata de la paciente EDITH MEDINA, 63 años al momento de los hechos, cc 41761580, procedente de la ciudad de Bogotá, usuaria de la EPS Sanitas SAS, quien el 02 de octubre del 2022 ingresó a la IPS Clínica Juan N Corpas de la ciudad de Bogotá, hacia las 14:38:10. horas por el servicio de urgencias con cuadro de Dolor en el hemiabdomen superior de 1 año de evolución, que se había agudizado en los 3 días previos, intensidad 7/10, sin mejoría a pesar del uso de analgésicos y antiinflamatorios (Diclofenaco y Dipirona), acompañado de náuseas y alteración en el color de la orina, sin fiebre. La paciente relató que tenía el antecedente de cálculos en la vesícula biliar y que había venido siendo manejada de forma ambulatoria (tercer episodio de valoración y atención por urgencias por el mismo cuadro clínico).

Dentro de los antecedentes importantes se destacaba una H.T.A manejada con Losartán 50 mgr V.O. /día, Hipotiroidismo manejo con Levotiroxina 150 mcg VO/día, Apendicetomía con peritonitis en el 2013 y Salpingectomía 30 años atrás y Cesárea previa (fecha no especificada).

Al examen físico de ingreso afebril, hidratada, anictérica, signos vitales normales con dolor al palpar el epigastrio y signo de Murphy presente. Se dejó en Observación, sin vía oral, analgesia, medicación de base y toma de paraclínicos. Hemograma normal, Hb 13,9 normal Plaquetas 275000 (normales), Pruebas de función hepática (Bilirrubinas, fosfatasa

alcalina, y transaminasas normales), Uroanálisis bien, Función renal ok, Amilasas normal, Ecografía de Abdomen con vesícula biliar adecuadamente distendida, paredes delgadas, múltiples imágenes ecogénicas en su interior con sombra acústica posterior, móviles, de diferentes diámetros compatibles con cálculos, Signo de Murphy ecográfico negativo, vía biliar intra y extrahepática normal (pág. 8/54 Folio 5). Se pidió la valoración por el Especialista en Cirugía General de turno, siendo evaluada por el Dr. Jorge Andrés Castro Vargas el mismo día a las 23:10:36 horas (Folio 9, pág. 11 a 13/54), en ese momento signos vitales normales, sin dolor al evaluar el abdomen por lo que hizo una Impresión diagnóstica de Cólico biliar, Colelitiasis sin Colecistitis, HTA e Hipotiroidismo x HC, consideró que por ser reincidente en sus síntomas, se debía pasar turno a cirugía, (Colecistectomía por vía Laparoscópica), consideró baja probabilidad de cálculos en el colédoco (Coledocolitiasis) y sugirió evaluación por el Anestesiólogo, toma de otros exámenes prequirúrgicos (TSH, para estudio de la tiroides y EKG, electrocardiograma); la evaluación preanestésica se realizó el 03 de Octubre de 2022 (Dr. Carlos Villamizar Folio 20 pág., 25-26/54), consideró que se trataba de un ASA 2 (bajo riesgo quirúrgico) por lo que a las 14:29:40 horas del 03 de Octubre/ 2022 (Folio 21) se pasó el turno quirúrgico para cirugía como urgencias.

Hacia las 16:08:43 horas de este mismo día fue evaluada por otra cirujana, la Dra. MARTHA MILENA ALFONSO GAMBA (Folio 22 pág. 27/54), la paciente en ese momento, se encontraba en buen estado clínico y general, en vista de que no tenía ayuno (última ingesta 11:30 horas de ese día) difirió la cirugía para el día siguiente. Fue llevada a cirugía el 04 de Octubre del 2022 hacia el mediodía, previa firma y entendimiento de los riesgos inherentes a la cirugía dentro de los que se mencionó: Infección, Sangrado, lesión de estructuras vecinas, fístula, obstrucción y muerte (pág. 9/18 H.C FISICA EDITH MEDINA. CASO EDITH MEDINA CC 41761580.zip). Hora de inicio de la cirugía 12:13 horas, Cirujana Principal Dra. Martha Milena Alfonso G, Ayudante Estudiante de medicina (Folio 37 pág. 37/54 Nota de Auxiliar de Enfermería Fabián Suazo), Anestesióloga Dra. Ana Carolina Duarte B; Hallazgos quirúrgicos: Múltiples adherencias del epiplón a la pared abdominal en todo el hemiabdomen superior, Vesícula biliar de paredes engrosadas con barro biliar, Conducto cístico de 3mms. arteria cística anterior y posterior y vía biliar normal . La cirugía terminó a las 13:00 horas (Duración 47 minutos), técnica de 4 puertos, se envió la vesícula biliar a Patología y luego trasladada a la sala de Recuperación anestésica a las 13:36:23 horas (Folio 47 pág. 39/54) y posteriormente a salas de Hospitalización a las 16:02:10 (Folio 51 pág. 41/54); durante el primer día postoperatorio, dolor moderado y controlado con Dipirona y acetaminofén, pasó buena noche (Folio 55 y 57 pág. 44/54), recibió y toleró la vía oral esa noche y a la mañana siguiente.

Al día siguiente 05 de Octubre del 2022, hacia las 13:03 horas por la evolución clínica favorable, buen control del dolor, buena tolerancia a la V.O y signos vitales normales se le dio el egreso por el cirujano de turno ese día, con analgesia (acetaminofén) y recomendaciones para reconsultar en caso de signos y síntomas de alarma, antibióticos

orales (Sultamicilina), además de Cita de Control ambulatoria con la Dra. Alfonso en 10 días.

La paciente reconsultó el 08 de Octubre del 2022 (3 días después) al servicio de urgencias de la Clínica Fundación Santa Fe de Bogotá por presencia de vómito bilioso, dolor, distensión abdominal, hiporexia, disnea (dificultad para respirar), deposición escasa líquida y presencia de flatos. TA 78/53 (baja), FC 114 (alta), FR 20 rpm, Temperatura 36,5°C SaO₂ 835 (al aire ambiente) con eritema en el flanco derecho que se extendía hacia la región lumbar derecha, lesiones papulares en la cara lateral del tórax derecho (Dermatoma T8), abdomen distendido, timpánico, heridas quirúrgicas sin signos de infección local, sin sangrado, sin signos de irritación peritoneal con dolor al palpar la mitad derecha del abdomen, frialdad distal, mal llenado capilar y somnolienta pero despertable. Se efectuó una impresión diagnóstica de Choque séptico de posible origen en los tejidos blandos de la pared abdominal vs Colección intrabdominal, Síndrome postcolecistectomía, Herpes Zoster de pared toracoabdominal derecha, HTA e Hipotiroidismo x HC. Paraclínicos iniciales mostraron un trastorno del equilibrio ácido base compatible con acidosis metabólica, Lactato sérico alto (2,2) Trastorno de la oxigenación (Hipoxemia), Rx de Tórax con atelectasia de lóbulo derecho del pulmón, mala condición clínica y general; se inició apoyo vasopresor con Norepinefrina, Vasopresina, luego dobutamina, Ecografía de los tejidos blandos de la pared abdominal que reveló importante enfisema subcutáneo entre flanco y fosa iliaca derecha, Ecografía de Abdomen total Neumobilia (aire dentro de la vía biliar) con líquido libre y posible colección intrabdominal; TAC de Abdomen Burbujas de gas debajo de la piel de la pared abdominal (fascitis necrotizante), signos inflamatorios asociados a un asa intestinal en contacto con la pared del abdomen (posible fístula del asa a la pared abdominal) y distensión de las asas intestinales (Evolución No 18 del 8 de Octubre del 2022 pág. 29/1415), con este reporte se pasó turno a cirugía a Laparotomía Exploradora como Urgencia Vital; hallazgos: Perforación intestinal en el orificio del puerto umbilical asociado a sutura de la fascia (Pexia Intestinal con perforación), salida del contenido intestinal al tejido celular subcutáneo, fascitis necrotizante en el hemiabdomen inferior con extensión al flanco y región lumbar derecha, adherencias de las asas intestinales a la pared e interesas, cambios de necrosis en el epiplón mayor y gran dilatación de las asas intestinales delgadas proximales. Se efectuó Laparotomía exploradora, Resección de 60 cms. del intestino delgado (íleon), cirugía de control de daños (ligadura intestinal), desbridamiento amplio de la pared abdominal, lavado y se dejó sistema de VAC (Cirujano principal Dr. Diaz Cuervo, Anestesiólogo Dr. Cortés).

Se trasladó luego a la UCI, en muy malas condiciones clínicas, pronóstico sombrío, monitoria invasiva (Soporte de Ventilación Mecánica, soporte vasopresor, soporte dialítico, Nutrición parenteral, antibióticos de amplio espectro, etc.), estando en ese lugar, se le efectúan más o menos otros once (11) nuevos procedimientos quirúrgicos para nuevo desbridamiento de la pared abdominal, ileostomía, traqueostomía, lavados de cavidad abdominal, cierre de pared abdominal, corrección de defectos de pared abdominal, en conjunto con la especialidad de cirugía plástica, deterioro neurológico, transfusiones,

diálisis, etc., y luego de una estancia prolongada en UCI de casi 60 días, fallece el 9 de Diciembre del 2022 a las 20:55 horas.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO DEL PACIENTE

Tenemos el caso de una paciente adulta mayor, con una patología que afecta al tracto gastrointestinal, la enfermedad litiasica de la vesícula biliar, la que se constituye en una patología quirúrgica de alta frecuencia en nuestro país y el mundo entero, que origina un alto número de intervenciones quirúrgicas (único manejo efectivo probado de utilidad en el momento actual), tanto en pacientes de cirugía electiva como de urgencia.

La vesícula biliar es un pequeño órgano ubicado debajo y adherido al hígado, su función en condiciones normales, es la de almacenar una sustancia producida en el hígado (la bilis), fundamental y necesaria para el proceso de la digestión de algunos alimentos (los alimentos grasos), me explico, cuando comemos e ingerimos ciertos alimentos (grasas) la vesícula biliar se contrae y expulsa la bilis que ha almacenado en su interior hacia el intestino, a través de un pequeño conducto (colédoco), para que cuando el alimento haga contacto con dicha secreción en el intestino delgado proximal (duodeno) que es el lugar donde se encuentran ambas (la bilis y el alimento), se inicie la digestión y absorción de dichos nutrientes; por razones metabólicas, hereditarias, de alteración en la motilidad de dicho órgano y otras causas, en ocasiones dicha bilis no fluye de forma correcta posterior a la ingesta alimentaria (estasis biliar) y empieza a sedimentarse dentro de la vesícula biliar, desencadenándose la producción de los cálculos dentro de la vesícula biliar (Colelitiasis). Ver figura 1 y 2. Bibliografía No 1.

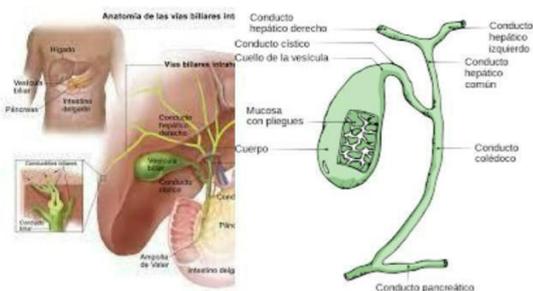


Figura No 1: Anatomía normal del Hígado y las vías biliares.

Figura No 2. Anatomía Vías biliares.

Se estima que a la edad de los 75 años, el 35% de las mujeres y el 20% de los hombres normalmente han desarrollado la colelitiasis (cálculos dentro de la vesícula biliar), pero la existencia de los cálculos dentro de la vesícula no garantiza la generación del cólico biliar, se estima que sólo la tercera parte de los pacientes con cálculos en la vesícula biliar desarrollan síntomas. La colelitiasis asintomática, tampoco genera alteraciones en los

exámenes de laboratorio y la ecografía del hígado y de la vesícula biliar demuestra los cálculos dentro de la vesícula, pero las paredes de la vesícula son delgadas y no hay presencia de líquido inflamatorio alrededor de ella (Colelitiasis sin Colecistitis).

Al existir los cálculos dentro de la vesícula, si la persona ingiere un alimento con contenido graso, la vesícula empieza a contraerse para expulsar la bilis almacenada en su interior, en muchos casos la bilis se evacúa y no hay presencia de dolor (colecistitis asintomática), pero en otros, dichos cálculos pueden obstruir la salida de la bilis, generándose el dolor abdominal conocido como cólico biliar (dolor tipo retortijón ubicado en el cuadrante superior derecho del abdomen, que en ocasiones se irradia a la espalda, acompañado de náuseas y vómito de características biliosas).

Cuando dicho cólico biliar se torna repetitivo se desencadena la inflamación de la vesícula (Colecistitis Aguda), donde el paciente además del cólico, puede tener fiebre, escalofríos, dolor intenso al palpar el abdomen, acompañado de signos de respuesta inflamatoria (taquicardia, taquipnea, fiebre, leucocitosis y ya la ecografía hepatobiliar nos va a mostrar líquido inflamatorio alrededor de la vesícula.); con el tiempo (varios meses o años después), si la paciente no consulta o no se realiza ningún tipo de manejo se desarrolla también la colecistitis crónica (que ya son cambios en la morfología del órgano como consecuencia de múltiples episodios dolorosos), presenta igualmente los cólicos biliares, pero aquí ya las paredes de la vesícula a la ecografía, se encuentran engrosadas, la vesícula biliar puede disminuir de tamaño -vesícula escleroatrófica- y con múltiples adherencias con los órganos vecinos; otras complicaciones de la colelitiasis con el tiempo cuando no se opera son: el desplazamiento de los cálculos desde la vesícula biliar hasta el conducto colédoco (coledocolitiasis), la inflamación e infección del páncreas (pancreatitis), la acumulación de bilis infectada dentro de la vesícula biliar y/o vías biliares (pilocolecisto y/o colangitis aguda) y finalmente el caso más avanzado de la enfermedad que es el Choque séptico con la presencia de Abscesos dentro del Hígado.

Esta secuencia de complicaciones es gradual y progresiva y con alta morbilidad y mortalidad, por ello la Evidencia sostiene hoy en día que una vez un paciente tenga un cólico biliar (presentación más leve de la enfermedad), el paciente debe ser llevado a cirugía, siendo la Colecistectomía por vía Laparoscópica desde el año de 1990 la mejor opción quirúrgica (Ver Bibliografía No 2 Documento de la SAGES).

Existe también en la literatura médica, discusiones sobre cuando el paciente debe ser llevado mejor a cirugía, cuando asiste por urgencias y operarlo de una vez (cirugía de urgencia) o esperar 4-6 semanas, esperando que la inflamación de la vesícula ceda, para operarlo de forma diferida (cirugía electiva), algunos investigadores abogan para que la cirugía se haga de una vez y otros que se debe esperar a que el proceso inflamatorio ceda para evitar complicaciones, la evidencia actual apunta a que se defina la cirugía cuando el paciente asista agudo por urgencias con el cuadro de la Colecistitis aguda (Ver Bibliografía No 3, ¿Cuándo es mejor operar al paciente?).

Cuando la Vesícula biliar está con Colecistitis Aguda y/o crónica, es decir, con su pared inflamada; los órganos vecinos a ella (el estómago, el duodeno, el conducto colédoco, el hígado, el colon, etc.), pueden empezar a adherirse a ella y formar en ocasiones (no siempre) una masa inflamatoria (“un pegote”), que es lo que denominamos el plastrón vesicular y dichas adherencias en ocasiones pueden ser laxas (fáciles de liberar en cirugía) o firmes y fibrosas, difíciles de liberar con riesgo al intentar separarlas de lesionar los órganos comprometidos en dicho proceso inflamatorio (dicha laceración o lesión de dichas vísceras no significa mala praxis sino que es el resultado del procedimiento quirúrgico y se considera un riesgo inherente a la cirugía).

El mejor examen para diagnosticar los cálculos dentro de la vesícula biliar es la Ecografía de Abdomen con énfasis en la región Hepatobiliar (superior a la Escanografía del Abdomen para la detección de los cálculos; sensibilidad 98-99% especificidad 95-96%) y el radiólogo informa en ella de la presencia de los cálculos, a veces de la inflamación aguda o crónica del órgano, pero excepcionalmente, casi nunca, manifiesta que existe un Píocolecisto, que existe un Plastrón vesicular, que existen adherencias, etc. y más bien éste último hallazgo casi siempre se hace durante el Acto Quirúrgico, por tanto dicho reporte es un Hallazgo intraoperatorio que es difícil de predecir prequirúrgicamente.

La Evidencia de la SAGES (Sociedad Americana de Cirugía Endoscópica y Gastrointestinal, máxima autoridad en el protocolo de manejo de las patologías quirúrgicas gastrointestinales), define que independiente de la fase inflamatoria en que se encuentre la vesícula y la Vía Biliar (cólico biliar, colelitiasis sin colecistitis o colelitiasis con colecistitis), el mejor abordaje para intervenir una vesícula biliar enferma, es la Colecistectomía por Vía Laparoscópica y es potestad del cirujano según su experiencia y habilidad, definir que si encuentra un proceso inflamatorio severo (Plastrón Vesicular) o un Síndrome Adherencial perivesicular serio (Colecistectomía difícil) convertir el abordaje de vía laparoscópico al abordaje tradicional (vía abierta) Bibliografía No 3 . Colecistectomía Segura (Bibliografía No 4).

Siempre que se efectúa una Colecistectomía, por cualquiera de las 2 vías o abordajes, existen unos riesgos inherentes al procedimiento como son: la lesión de la vía biliar (0,3-0,8%), lesión de órganos y/o estructuras vecinas (vísceras como el intestino delgado, colon, estómago, hígado, etc.), estructuras vasculares vecinas (arteria hepática y/o sus ramas, vena porta, aorta, vena cava inferior, etc.). Ver Bibliografía No 5 Complicaciones de la Cirugía Laparoscópica.

En la Bibliografía No. 4, explico el paso a paso del procedimiento quirúrgico, en donde enfatizo que existen 2 fases dentro de la cirugía como tal: A.- La posición del paciente y la posterior introducción de los 4 trócares (T1 y T2 de 10 mm cada uno, umbilical y región subxifoidea y T3 y T4 subcostales derechos de 5 mms cada uno), luego la introducción de un gas a la cavidad abdominal (CO2), para generar el Neumoperitoneo, que es el que nos va a permitir ampliar el campo de trabajo y B.- la segunda fase que son los 6 pasos descritos en el artículo, hago énfasis en el paso 6 , ya que en el caso que estamos

analizando fue donde se presentó el incidente, es decir, cuando ya se ha “liberado” la vesícula biliar de su lecho, se ha extraído la vesícula del cuerpo humano en una bolsa y se ha extraído el neumoperitoneo de la cavidad abdominal, se procede a cerrar las estructuras de la pared abdominal (fascia y piel) que se abrieron al comenzar la cirugía, para evitar la formación futura de las hernias incisionales y fue en este punto donde al realizar dicho paso, con el material de sutura, se puncionó la víscera intestinal (el ileon), dejando a ese segmento intestinal pegado a la pared del abdomen a través del punto de sutura (Pexia intestinal), favorecido lo anterior quizás por el otro hallazgo descrito en la cirugía como fue: “...múltiples adherencias del epiplón a la pared abdominal en todo el hemiabdomen superior...”, donde quizás también se encontraba un asa intestinal adherida (recordemos que la paciente tenía antecedente de varias cirugías abdominales, una de ellas apendicectomía con drenaje de peritonitis en el 2013; como las asas intestinales se mueven (peristaltismo), el orificio por donde pasó la aguja que inicialmente es pequeño (del tamaño de la misma aguja o del material de sutura, 1 a 3 mms), va aumentando su tamaño con el transcurso de las horas, favoreciendo la descarga del líquido intestinal hacia las estructuras de la pared del abdomen y/o de la cavidad abdominal; generándose así la infección de las estructuras de la pared del abdomen (celulitis, infección necrotizante de los tejidos blandos y/o la fascitis necrotizante) o de la cavidad abdominal (peritonitis), con posterior choque séptico, disfunción múltiples de los órganos y finalmente la muerte.

Esta lesión intestinal secundario a una pexia intestinal al intentar cerrar las estructuras de la pared abdominal, es un riesgo inherente a cualquier procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica, y es muy, pero muy infrecuente, aunque fue descrito en el Consentimiento informado (“... lesión de estructuras vecinas e infección”).

A nivel mundial y en Colombia, se han publicado trabajos serios (Ver Bibliografía No 6), en los que se demuestra que la Colectomía por vía laparoscópica es una cirugía segura, que puede hacerse de forma ambulatoria y que los principales síntomas presentes en el postoperatorio (dolor y vómito), después de una buena técnica anestésica y quirúrgica, no es un obstáculo para dicho manejo y que las potenciales complicaciones presentes en el postoperatorio tampoco son una limitante.

La lesión intestinal posterior a la laparoscopia es muy infrecuente, puede producirse por varias razones: al acceder con los trócares de laparoscopia a la cavidad abdominal y puncionar las asas intestinales (forma más frecuente), por medio del electrocauterio y la más rara de todas al intentar cerrar los orificios de la pared abdominal, por donde se introdujeron las pinzas, ésta última es tan rara e inusual que es difícil encontrar literatura científica al respecto (Ver Bibliografía No 7 y 8); en general su frecuencia es tan baja como 4-6 lesiones por cada 10000 procedimientos .

RESPUESTA A CUESTIONARIO

1.- ¿Qué es la Colelitiasis?

Respuesta: Es la presencia de cálculos dentro del árbol biliar, es decir, dentro de la vesícula biliar y/o conductos biliares.

2.- ¿Cuál es el mejor examen para diagnosticar la Colelitiasis?

Respuesta: El diagnóstico generalmente se efectúa en un paciente con presencia de un Cólico biliar y una Ecografía de Hígado y Vías biliares (sensibilidad del estudio 98-99% especificidad 95-96%), que demuestre la presencia de imagen(es) radiodensas en su interior, que pueden estar fijas o ser móviles y que generan una sombra acústica; la sensibilidad de este estudio es superior en Costo/Efectividad a la Tomografía y Resonancia del Hígado y vías biliares, para la detección de los cálculos.

3. ¿El diagnóstico de Colelitiasis fue oportuno?

Respuesta: La paciente según la historia clínica revisada ya tenía el diagnóstico previo de la Colelitiasis ya que había consultado según ella en 2 ocasiones previas por el servicio de urgencias (no está reportado en cual IPS), pero el enfoque inicial realizado en la IPS Clínica Juan N Corpas fue adecuado y oportuno (el mismo día de la consulta se confirmó el diagnóstico de la paciente; el cual fue el origen de su causa de consulta).

4.-¿Qué es la Colectomía por vía Laparoscópica?

Respuesta: Es un procedimiento consistente en retirar la vesícula biliar del cuerpo humano, este consta de varias etapas: a.- la posición y ubicación del paciente en la mesa de operaciones, la introducción de los elementos que nos van a permitir realizar el procedimiento (trócares, pinzas, monitores, etc.); b.- Introducción a la cavidad abdominal de un gas (CO₂). que permite la distensión de la cavidad abdominal y favorece el trabajo a realizar; c.- liberarla de las estructuras vecinas a las que normalmente se encuentra adherida (órganos vecinos); d.- identificar las estructuras que normalmente la une a la vía biliar principal (arteria y conducto cístico), ligar y seccionar dichas estructuras y sacarla del cuerpo humano; e.- cerrar los orificios en la pared abdominal por donde se introdujeron los trócares y pinzas.

En la cirugía laparoscópica las heridas en la pared abdominal por donde se introdujeron los elementos de trabajo, son unas pequeñas incisiones en el cuerpo humano, la más grande de 1 cm (10 mms) en el ombligo y otra del mismo tamaño en la región subxifoidea y otras 2 más pequeñas subcostales derecha de 0,5 cm (5 mms).

5.- ¿Cuándo está indicado realizar la Colectomía Laparoscópica?

Respuesta: Según la evidencia actual, a la fecha, el mejor tratamiento para la presencia de cálculos en la vesícula biliar, en una paciente sintomática por los mismos, es la Cirugía y desde el año 1990, la Colectomía por vía laparoscópica, es el mejor de los tratamientos hasta la fecha ofrecidos al paciente (recuperación más rápida, menos mórbida, más estética y los riesgos inherentes por el procedimiento son similares al abordaje quirúrgico tradicional o colectomía por vía abierta).

Si no se opera el paciente corre otros riesgos como son el desplazamiento de los cálculos a la vía biliar principal(coledocolitiasis), infección seria y grave de la bilis por dicha obstrucción (Colecistitis, colangitis y choque séptico), pancreatitis biliar; todas ellas con un riesgo más grave de complicaciones y altas tasas de mortalidad si el paciente no es sometido a la cirugía. Por eso la cirugía es la mejor opción de manejo.

Las indicaciones de la Colectomía Laparoscópica, son las mismas de la Colectomía por vía abierta o tradicional, dentro de las que pueden considerarse (Colectomía Laparoscópica Consenso Nacional. Universidad Javeriana. Bogotá Mayo 2000. ISBN 958-683-276-7).

A. Colelitiasis sintomática: La cirugía es la mejor opción para el control de los síntomas y para evitar complicaciones potencialmente inherentes a la colelitiasis. (Guías SAGES 2010 Recomendación Nivel 2, grado A) Colecistitis Aguda, Gangrenosa y Acalculosa (Guías SAGES 2010 Recomendación Nivel 2, grado B)

B. Colecistosis y Disquinesias vesiculares: en pacientes que no responden al tratamiento médico inicial (Guías SAGES 2010 Recomendación Nivel 2, grado B). Pólipos vesiculares, con pólipos que midan más de 10 mm de diámetro por su riesgo potencial de malignidad. (Guías SAGES 2010 Recomendación Nivel 2, grado B).

C. Pancreatitis Aguda de origen biliar, cuando la inflamación del páncreas esté resuelta. (Guías SAGES 2010 Recomendación Nivel 2, grado B).

D. Colelitiasis asintomática, la Colectomía profiláctica se recomienda en pacientes con colelitiasis asintomática, solo en casos seleccionados (diabéticos, inmunocomprometidos, niños, astronautas, militares, etc.).

La Colectomía vía Laparoscópica, es una técnica quirúrgica segura para la extracción de la vesícula biliar y a medida que pasa el tiempo y se adquiere más experiencia y los avances tecnológicos mejoran, las contraindicaciones para la realización del procedimiento son más escasas, dentro de ellas tenemos:

Absolutas

- Inexperiencia del cirujano con el procedimiento.

Falta de infraestructura en la Institución de salud donde se va a practicar el procedimiento.

Pacientes que no toleran la Anestesia general o presenten elevado riesgo quirúrgico.

Relativas (Nivel de Evidencia 2 Grado A)

Coagulopatía intratable en el paciente.

Abdomen Hostil

Falla Hepática avanzada y Cirrosis.

Hipertensión Portal y Cirrosis.

6. ¿Cuáles son los riesgos inherentes descritos en la literatura médica para un procedimiento de Colecistectomía Laparoscópica?

Respuesta: La Colecistectomía Laparoscópica presenta unos riesgos que son inherentes al procedimiento, los cuales están descritos en la literatura, dentro de los que destacan:

Riesgos inherentes intraoperatorios:

Ruptura de la vesícula con escape de bilis y cálculos

- Sangrado (lecho vesicular, arteria cística, pared abdominal, grandes vasos).

- Lesión de la vía biliar

Lesión de vísceras huecas vecinas (Estómago, Intestino Delgado, Colon) o sólidas (Hígado) y grandes vasos (aorta abdominal, Vena Cava Inferior).

Escape de bilis por el conducto cístico o conductos accesorios (Fístula biliar).

Hipercapnia

Embolismo aéreo

Muerte

Riesgos inherentes postoperatorios:

Infección de sitio operatorio (superficial, profunda o intrabdominal).

Colecciones intrabdominales (Hematomas, Abscesos).

Pancreatitis.

Litiasis residual.

Estenosis benigna de la vía biliar.

Sangrado.

Hernia incisional

Hernia interna

Adherencias intrabdominales

Trombosis venosa profunda y/o Tromboembolismo pulmonar.

Atelectasias pulmonares.
Infarto agudo del miocardio
Muerte
Otras complicaciones

7. ¿Se explicaron todos los riesgos al paciente?, ¿El descrito como lesión de órganos vecinos es el relacionado con la complicación de la paciente?

Respuesta: En la Bibliografía No 1 (Anatomía de la Vesícula y de las Vías Biliares) vimos que la vesícula biliar se encuentra unida al tracto gastrointestinal por unos vasos sanguíneos y conductos, adherida normalmente a una Viscera sólida (Hígado) por el peritoneo y la rodean una serie de vísceras huecas (Estómago, Colon, Intestino delgado) que dependiendo del grado y severidad de la inflamación, pueden formarse adherencias entre ellos y la vesícula biliar; además en la Bibliografía No 6 (Colecistectomía Segura), detallamos el paso a paso del procedimiento que consiste en separarla y liberarla de los órganos vecinos; pues resulta que todos y c/u de esos órganos que la rodean pueden ser lastimados, lesionados o seccionados durante el procedimiento (éstos son riesgos inherentes al procedimiento).

La descripción de lesión de los órganos vecinos en el Consentimiento Informado, si corresponde a la lesión que se presentó en la paciente, que fue el intestino delgado y al lesionarse dicho órgano, el líquido intestinal que se ubica dentro de éste se riega a la cavidad abdominal y a la pared abdominal generándose una Infección de la Pared Abdominal (Fascitis Necrotizante) y/o una peritonitis severa (Infección de la cavidad abdominal).

8.- ¿La Indicación de la cirugía y el procedimiento como tal fue correcto?

Respuesta: La Indicación de la cirugía fue correcta (Colelitiasis sintomática, que había consultado en otras ocasiones por urgencias por lo mismo) y la técnica quirúrgica empleada igual de correcta, además ajustada a la Lex Artis.

La mayoría de las Colecistectomías Laparoscópicas se manejan de forma ambulatoria, sin embargo, a la paciente a pesar de ello, se dejó hospitalizada por 24 horas postquirúrgicas, período de tiempo en el que se observó a la paciente y durante dicho período de tiempo,

la paciente no presentó ningún signo o síntoma de alarma, que indicara alguna evolución clínica irregular.

9.- Conforme la historia clínica que se le anexó a usted, ¿Se registró alguna complicación en el procedimiento de Colecistectomía Laparoscópica ¿

Respuesta: Durante el Acto Operatorio y según la descripción operatoria del procedimiento, efectuada por la Dra Martha Alfonso, no se registró ningún tipo de evento adverso, ni complicación. Debemos recordar que la incisión en la fascia por donde se introduce el Trócar 1 (T1), es una herida de 1 cm de longitud y realmente muy difícil de producir una lesión a ese nivel (la lesión presentada en la paciente es muy infrecuente; 4 -5 casos por cada 10000 Colelap efectuada) y en caso de haberse producido fue una lesión tan pequeña, en la que incluso no hubo derrame macroscópico del contenido intestinal, para haber sido detectada.

10.- ¿La perforación del intestino por sutura se debió a una negligencia, impericia o inexperiencia de la afiliada?

Respuesta: No conozco a la Dra. Martha Alfonso, desconozco su experiencia como cirujana y su entrenamiento en cirugía laparoscópica para emitir este tipo de calificativo, pero de lo que sí estoy seguro, es que ningún cirujano actúa con el fin de producirle un daño al paciente y la lesión intestinal por un punto de sutura al momento del cierre de la pared abdominal es muy raro e infrecuente, quizás la favoreció las adherencias descritas del epiplón a la pared abdominal anterior en el hemiabdomen superior (hallazgo quirúrgico), donde quizás se encontraba también un asa intestinal adherida; puede ser considerado como un riesgo inherente del mismo (no sólo de la Colecistectomía laparoscópica, sino de cualquier intervención quirúrgica que se realice en el abdomen, sea por vía abierta o por laparoscopia).

11. ¿Esta perforación del intestino delgado (íleon), fue la causa de la fascitis necrotizante? ¿Ella también está cobijado en el CI al advertir riesgo de infección?

Respuesta: Es correcto; como mencioné anteriormente, al terminarse la extracción de la vesícula, el pequeño orificio que se hace en el ombligo (que es por donde se introduce el trócar para la cámara), debe ser siempre cerrado (si no se hace, se genera otra patología llamada hernia incisional); por ser un orificio pequeño (1 cm) al intentar cerrarlo con puntos de sutura en dicha maniobra de forma accidental y muy rara, se puede puncionar el intestino delgado (ubicado debajo de la estructura a la que se le está colocando el punto), esto creo que fue lo que sucedió; siendo así, el intestino digámoslo, queda “anclado” por la sutura a la parte interna de la pared abdominal (es una herida muy pequeña, quizás de 1 a 2 mms, que es más o menos el diámetro de la aguja y de la sutura, cuadro denominado "pexia intestinal" al ser puncionado con la sutura, cuando el intestino

recupera su movimiento (peristaltismo), dicho orificio por los movimientos intestinales aumenta de tamaño y el contenido intestinal que tiene miles y hasta millones de bacterias, se riega hacia la pared y/o hacia la cavidad abdominal, generándose una infección que puede ser de la cavidad del abdomen (peritonitis), o de la pared abdominal (celulitis. infección necrotizante de los tejidos blandos de la pared abdominal y/o fascitis necrotizante de dicha pared del abdomen).

12.¿La Colectomía por Laparoscopia es un procedimiento, que se puede hacer sin ayudante?

Respuesta: No, la Colelap o Colectomía por Laparoscopia no es una cirugía menor y debe ser siempre realizada con un ayudante o asistente quirúrgico, lo ideal es que fuera otro cirujano; pero es un procedimiento que se puede hacer con médico general y/o un estudiante de medicina en formación como en realidad se efectuó; lo que sucede es que por no ser personal de la institución de salud, su nombre no está registrado como tal en el sistema, ya que no pertenece a la nómina de la institución; una Nota en la H.C realizada por el Auxiliar de Enfermería Sr. Fabián Enrique Suazo Folio 37, pág. 39/61, confirma lo que estoy diciendo, además quiero anotar que la complicación se presentó en el cierre de la pared abdominal (la parte final del procedimiento), donde creo que el factor ayudante no es tan trascendente para ser el factor contribuyente del daño.

CONCLUSIONES

Tenemos el caso clínico de una paciente femenina adulta mayor, séptima década de la vida, con dos comorbilidades serias e importantes (hipertensión arterial e hipotiroidismo) y además tres cirugías previas (apendicetomía con peritonitis, cesárea y salpingectomía), con una indicación clara para ser llevada a cirugía (episodios previos de cólico biliar que se habían agudizado días antes de su consulta), es decir, Colelitiasis con Colecistitis sintomática por historia clínica; por dicha razón, la cirugía se programó como un procedimiento urgente, previa toma de exámenes y valoración preanestésica (en ese momento no existía ninguna indicación para que el procedimiento se efectuara como una emergencia).

La Colectomía se realizó con abordaje por Laparoscopia como dicen las Guías de la SAGES para el manejo de las patologías de la vesícula biliar, el procedimiento en sí se efectuó según las guías y el paso a paso adecuado según lo dicta el procedimiento quirúrgico; pero desafortunadamente en la parte final del procedimiento, cuando ya se estaba cerrando las heridas de la pared abdominal con el material de sutura, con la que se suturó la fascia de los músculos de la pared abdominal, se punciona un asa intestinal (íleon terminal), se produce una pexia intestinal y ésta desarrolla posteriormente una infección seria de la pared abdominal (fascitis necrotizante) y una peritonitis, por contaminación de éstas estructuras, con el contenido intestinal que se vertió; obviamente esto hizo que la

paciente desarrollara un Choque séptico, disfunción múltiple de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, donde a pesar del excelente manejo dado en una Clínica de Nivel 4 de la ciudad de Bogotá, la paciente finalmente fallece.

PERITAJES ANTERIORES

He sido designado como perito en los siguientes procesos:

- ▮ Proceso Verbal CGP. Radicación 201500559. Juzgado Civil del Circuito Oral 7 de Cali.
- ▮ Proceso Administrativo Ordinario. Radicación 2016 00085. Juzgado Administrativo Oral 5 de Cali.
- ▮ Proceso Verbal C.G.P. Radicación 201700231. Juzgado Civil del Circuito Oral 6 de Cali.
- ▮ Proceso Civil Ordinario. Radicación 201200387. Juzgado Civil 17 de Cali.
- ▮ Proceso Ético. Radicación 193013. Tribunal de Ética Médica. Valle del Cauca.
- ▮ Proceso Civil Ordinario. Radicación 2012301. Juzgado Civil del Circuito 19 de Cali.
- ▮ Proceso Civil Ordinario. Radicación 201500096. Juzgado Civil del Circuito 2 de Cali.
- ▮ Proceso Civil Ordinario. Radicación 201400117. Tribunal Superior del Distrito Judicial. Sala civil de Buga.
- ▮ Proceso Civil Ordinario. Radicación 201500062. Juzgado Civil del Circuito 3 de Buga.
- ▮ Proceso Civil ordinario de reparación Directa. Radicación 270013333003201700320-00
- ▮ Juzgado Sexto Administrativo del Circuito Judicial de Quibdó (Chocó).

ANEXOS

Hoja de vida y copia de títulos profesionales para efectos de sustentar idoneidad y experticia profesional.

Cordialmente,

CARLOS EDUARDO GALLEGO ACHITO

C. C. No. 16.486.501 de Buenaventura (V)

Registro Médico No. 011306-92

A handwritten signature in black ink, reading "Gallego Achito" with the number "1122492" written below it. The signature is enclosed in a thin black rectangular border.

BIBLIOGRAFIA

1.- ANATOMIA QUIRÚRGICA DE VIAS BILIARES

Vicente Carlos Mitidieri Profesor Adjunto, III Cátedra de Anatomía, Fac. de Medicina, UBA Doctor en Ciencias Bioestructurales, UBA Alejandro Mitidieri Médico Cirujano del Servicio de Coloproctología Hospital Churrucá, Bs As.

La vía biliar (Fig. 1) es la encargada de transportar la bilis elaborada por el hígado hasta el tubo digestivo. Se inicia en pleno parénquima hepático. El hepatocito segrega las sales biliares que se van reuniendo en canalicúlos que confluyen progresivamente hasta

alcanzar la vía biliar principal que desagua en el duodeno. Se puede considerar una porción intrahepática, ubicada en el espesor de este órgano, y una porción extrahepática. La vía biliar intrahepática está formada por los canalículos segmentarios, que se originan a partir de cada uno de los segmentos hepáticos. La vía biliar extrahepática consta de un conducto que reúne la bilis proveniente de todos esos segmentos y se dirige hacia el duodeno. Una porción accesoria, la vesícula biliar, no es más que un divertículo que actúa como reservorio de bilis en los períodos interdigestivos. Para estudiar la conformación de la vía biliar se puede recurrir a la disección anatómica o al estudio radiológico mediante una colangiografía. La disección anatómica permite conocer el origen, trayecto y MITTIDIERI VC, MITTIDIERI A: Anatomía quirúrgica de vías biliares. En F. Galindo y colab. Enciclopedia Cirugía Digestiva. www.sacd.org.ar 2017; Tomo IV-437: pág. 1- 18 Figura Nro. 1. Conformación de la vía biliar. Correlación entre imagen colangiografía y cadavérica. Conductos hepático derecho (CHD) e izquierdo (CHI) y los distintos canalículos segmentarios (CS). relaciones del pedículo hepático. Para el estudio la vía biliar intrahepática la colangiografía es el método de elección, ya que permite identificar la mayoría de los canalículos segmentarios. Para la denominación de las distintas secciones y segmentos hepáticos utilizaremos la nomenclatura acordada en Brisbane en el año 2000, en una reunión realizada al efecto (3,5) . 2 1.- LA VIA BILIAR INTRAHEPATICA Clásicamente, la vía biliar principal se forma por la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Se describe en el lado derecho dos conductos, anterior y posterior, que reciben la bilis de las secciones hepáticas homónimas, y confluyen para formar el conducto hepático derecho (CHD). El conducto hepático izquierdo (CHI) se forma por la confluencia de los canalículos de los segmentos (CS) 2; 3 y 4. Ambos conductos se unen en la cara visceral del hígado para formar el conducto hepático (CHD y CHI "típicos"). Sin embargo, sus componentes pueden llegar separadamente a la vía biliar principal, ya sea la rama anterior o la posterior en CHD o los canalículos segmentarios en el CHI (conducto "dividido"). Por último, puede haber un conducto "central" que reúna la bilis de ambas secciones paramedianas, mientras que las secciones posterior derecha y lateral izquierda desaguan separadamente. Estas variaciones dieron lugar a múltiples clasificaciones (10, 12,14, 27) . La confluencia de ambos se realiza en la cara inferior del hígado, donde se ubican superficialmente. Se encuentran cubiertos por la placa hiliar, engrosamiento de la cápsula de Glisson que resulta de la coalescencia de las fascias vasculares del pedículo hepático y el epiplón menor. La placa hiliar debe ser disecada y retraída para poder abordar la confluencia de los conductos hepáticos. También presenta variaciones. Si ambos conductos hepáticos son típicos, la confluencia también será típica. Si uno de ellos o ambos están "divididos",

habrá tres o más conductos que deben unirse para formar la vía biliar principal. Si lo hacen en un mismo punto, es una "tripe confluencia"; si lo hacen en puntos diferentes, será una "confluencia escalonada", más aún si algún canalículo segmentario desagua directamente a la vía biliar principal. Cabe la pregunta si debería llamarse "hepático común" a la confluencia del CHI y las ramas anterior o posterior del CHD aislados. En rigor, solamente se debería hablar de conducto hepático común una vez que hayan confluido todos los canalículos segmentarios. Se prefiere llamar vía biliar principal al eje sobre el cual van desembocando los diferentes conductos provenientes de ambos hemihígados. 1 a.- Identificación de los canalículos biliares segmentarios Figura Nro. 2. Colangiografía. Vía biliar dilatada por obstrucción coledociana. Se observan los canalículos segmentarios: Dos hacia la derecha y abajo: CS 5 el medial, CS 6 el lateral. Dos hacia la derecha y arriba: CS 7 el lateral, CS 8 el medial, que alcanza el domo hepático. Tres hacia la izquierda: dos laterales (CS 2 el superior, CS 3 el inferior) y uno

medial (CS 4) Es conveniente sistematizar este reconocimiento, a fin de evitar confundirlos; un método es el siguiente (24) (Fig. 2). Comenzando por el extremo izquierdo del hígado, se visualizan dos canalículos: uno de ellos, superior, corresponde al CS 2; el inferior, al CS 3. En el otro extremo, en el ángulo inferior derecho se ubica el segmento 6, de tal modo que su canalículo es el más externo y extenso de los que se dirigen lateralmente; la rama que lo acompaña medialmente es la correspondiente al CS 5. Siguiendo a ambos canalículos cranealmente, se reconocen los de los segmentos 7 y 8; en caso de variaciones, debe recordarse que el segmento 8 es el que se ubica más cranealmente no alcanzando la cara inferior hepática, siendo su canalículo por lo tanto el de mayor extensión hacia el diafragma. Hacia la izquierda de estos últimos canalículos, se ubica el CS 4. Este presenta una gran 3 variabilidad, ya que su desembocadura puede ser única, múltiple, u ocasionalmente en las ramas anterior o posterior del hepático derecho. Los canalículos dirigidos al lóbulo caudado (segmento 1) tienen origen en el hepático derecho, izquierdo o ambos; por su corta longitud la identificación es a veces imposible. 1 b.- CHD y sus afluentes: Ramas anterior y posterior El CHD se ubica ventralmente a la rama derecha de la vena porta. Se forma por la confluencia de sus dos ramas, anterior y posterior, y luego de un trayecto de aproximadamente un cm, se une con el CHI. Esta descripción se observa entre el 55 y el 72% de los casos (10; 16; 19; 21; 22; 27) . (Fig.3) Figura Nro. 3. Conducto hepático derecho clásico CHD. Se observa la rama anterior (en rojo) y la posterior (en azul) formando el CHD (en amarillo) 1 b 1.- Rama anterior. CS 5 y 8 Transcurre a la izquierda y por delante de la rama portal homónima. En el 20% de los casos puede tener una ubicación retroportal. Recibe un afluente superior, del CS 8, y otro inferior del CS 5. Sin embargo, la rama anterior del CHD no siempre está completa. Se ha hallado al CS 5 desaguando en la rama posterior del CHD (11%), o mediante dos canalículos separados (2%). En el 3% de los casos se ha observado un canalículo segmentario, presumiblemente de este mismo segmento, desaguando en la vía biliar principal. En estos casos, el CHD no se encuentra completo, sino que está "ausente" (10) o "dividido" en sus componentes (27) (Fig 4, 5). Figura Nro. 4 Conducto hepático derecho "dividido" (CHD). No se forma el CHD. Se observa la rama anterior (en rojo) desaguando en el CHI, mientras que la posterior (en azul) lo hace separadamente. Solamente después de la unión de todos estos dos conductos con el CHI se forma la vía biliar principal. Figura Nro. 5 Colangiografía intraoperatoria. CHD "dividido". No se forma el CHD Se observa la rama anterior desaguando en el CHI, mientras que la posterior lo hace separadamente. Solamente después de la unión de

todos estos dos conductos con el CHI se forma la vía biliar principal. 4 1 b 2.- Rama posterior. CS 6 y 7 Tiene un trayecto horizontal, de dirección anteroposterior, de mayor longitud que la anterior. Cruza entre la rama derecha de la vena porta o de su rama anterior y la posterior en el 80% de los casos. En el 20% lo hace por debajo de la posterior. Recibe dos afluentes: uno superior, proveniente del CS 7, y otro inferior, del CS 6. Ocasionalmente, el CS 6 o 7 pueden desaguar en la rama anterior del CHD. También pueden hacerlo directamente en el CHD (2-4%) o en la vía biliar principal (24%) (16; 18). En estos pacientes el CHD tampoco llega a formarse completamente, por lo tanto podemos hablar de "CHD ausente" (10) o "dividido" (27). El término "duplicación" no se ajustaría a la realidad, ya que no hay dos conductos hepáticos derechos sino que no se ha conformado siquiera uno. (Fig 4, 5) 1. c.- CHI y sus afluentes. CS 2, 3 y 4 El drenaje biliar del hemihígado izquierdo también presenta variaciones de importancia. El CS 3 es generalmente más largo. Se une con el del CS 2 ya sea a la derecha o a la izquierda de la fisura umbilical. El segmento 4 es drenado por un canalículo de naturaleza variable. Es múltiple (14 26) , dado que la sección paramediana izquierda presenta dos segmentos

claramente diferenciados, 4a y 4b (8; 18) . Sin embargo, habitualmente presenta un canalículo dominante. Todos éstos confluyen para constituir el CHI en el 80% de los casos(27). La unión entre los canalículos segmentarios que drenan el hemihígado izquierdo puede no realizarse, y ambos conductos llegar separadamente a la vena biliar principal. Esta variación fue observada entre un 2% y un 16,8% de los casos (13,16, 27) . Resulta razonable decir que, en rigor, no se forma el CHI, es decir, no existe un conducto único que resuma todo el drenaje biliar del hemihígado izquierdo, sino que este conducto está "dividido". Se han presentado múltiples clasificaciones; cuando más completas, más complejas (7, 8, 10; 11, 13, 14, 16, 19, 21,; 22) . Si bien son de utilidad para aquellos casos en que se conoce de antemano la arborización biliar de cada paciente, resulta difícil de aplicar cuando la colangiografía se realiza durante el acto operatorio. Para ello se ha propuesto una clasificación más sencilla, que permite rápidamente identificar cada variante (27) . 1. c. 1.- CHI "típico". Se reconocen dos posibilidades: a.- El CS 2+3 confluye con el CS 4 para formar el CHI, (Fig 6; 7) Figura Nro. 6. Conducto hepático izquierdo clásico (CHI). El CS 2 forma un tronco común con el CS 3, donde desemboca el CS 4 Figura Nro. 7 Colangiografía intraoperatoria. CHI clásico. El CS 2 forma un tronco común con el CS 3, donde desemboca el CS 4 5 b .- El CHI se forma por la confluencia de los CS 3+4 con el CS 2. (Fig 8) Figura Nro. 8 CHI clásico. En este caso el CHI se forma por la confluencia del CS 2 con el tronco formado por el CS 3 y CS 4 El CHI típico se ubica por delante de la porción transversal de la vena porta izquierda; la confluencia de los CS 2 y 3 puede producirse proximalmente a la fisura umbilical o distal a la misma. En el primer caso, el CHI se presenta como tal en toda la extensión de la placa hiliar (Fig. 6 y 7); si la confluencia se produce alejada de la fisura umbilical, solo habrá un verdadero CHI en el sector distal a la confluencia, cuya longitud dependerá del nivel en que ésta se produzca (Fig. 9). Figura Nro. 9 CHI clásico. La confluencia entre los CS 2; 3 y 4 se produce lejos de la fisura umbilical. El CHI solo está completo en su porción distal Este dato, de relativa importancia anatómica, adquiere relevancia en el caso de un tumor de la confluencia biliar que, de llegar hasta la unión de estos canalículos, podría dividir el flujo biliar del hemihígado izquierdo. En estos casos, colocar un drenaje en un canalículo segmentario no drena la totalidad de este hígado, comportándose como un CHI dividido. 1. c. 2.- CHI "dividido" Los canalículos segmentarios izquierdos desembocan separadamente en la vena biliar principal, ya sea que el CS 2 llega en forma

separada al CS 3+4 (Fig. 10), o que el que desemboca directamente en la vena biliar sea el CS 4, mientras los CS 2+3 forman un conducto común. (Fig. 11) Figura Nro.10 CHI dividido. El CS (3+4) desemboca separadamente del CS2 Cuando se encuentra dividido, el canalículo que drena el segmento 4 (o 3+4) es anterior a la rama portal; en cambio, el que drena el segmento 2 (o 2+3) suele ser retroportal (14; 27; 33). En estos casos, el CHI como tal no existe, ya que no hay conducto alguno que drene la totalidad del hígado izquierdo. Es de notar que el CS 3 siempre drena dos segmentos, mientras que los CS 4 o 2, pueden eventualmente abarcar a uno solo. 6 Figura Nro. 11 CHI dividido. El CS (2+3) desemboca separadamente del CS4. Se forma un conducto hepático central que drena el Segmento 4 y la sección anterior del hígado derecho. 1 d.- Conducto hepático "central" Este conducto se produce cuando un conducto proveniente del hemihígado izquierdo desemboca en una rama de derecho. Esto se da cuando uno o ambos conductos hepáticos se encuentran divididos. En estos casos, un drenaje colocado en estos canalículos podría drenar una porción importante de parénquima hepático. (Fig 11 y 12) Figura Nro. 12 Conducto Hepático Izquierdo dividido. El CS (2+3) desemboca separadamente del CS4. Se forma un conducto hepático central que drena el Segmento 4 y la sección anterior del hígado derecho. 1. e. Confluencia. Típica, triple y escalonada Habitualmente la vena biliar

principal se forma por la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. La llegada por separado de canalículos segmentarios a la vña biliar principal, ya sea por la presencia de conductos hepáticos divididos o por la llegada aislada de canalículos segmentarios, puede configurar una confluencia escalonada ("convergence étagée", "selved confluence") (Fig. 13). Choi ha descrito un 19% de pacientes con drenaje anómalo de un conducto hepático derecho, ya sea que la rama anterior o la posterior sea la que se une primariamente con el CHI. Si la rama anterior del CHD confluye en un mismo punto con la rama posterior y el CHI (10 a 15% de los casos) existe una "triple confluencia" (21; 22; 27). Este tipo de variación anatómica no debe confundirse con un "conducto hepático accesorio". El cirujano encuentra tres conductos emergiendo de la cara inferior hepática: el anterior, el posterior y el izquierdo. En rigor, ninguno de ellos es accesorio, sino que adoptan un trayecto distinto al clásico; en todo caso, podríamos decir que se trata de un conducto hepático "aberrante".

Figura Nro.13 Confluencia escalonada. Se ve un canalículo segmentario desaguando directamente en la vña biliar principal. Se ha descrito en un 2% de los casos (12) a la rama posterior del CHD o a sus canalículos segmentarios 6 o 7 desembocando en el conducto cístico. En realidad, debería considerarse que es el conducto cístico el que 7 desagua en un conducto seccional o segmentario, ya que éste tiene una mayor jerarquía anatómica.

1. f.- Drenaje Biliar del sector dorsal. Ramas a CHD y CHI Se reconoce en el sector dorsal del hígado tres porciones: lóbulo caudado, la porción paracava y el proceso caudado, que no sería más que su cara inferior. El drenaje biliar del sector dorsal se realiza mediante dos, tres o más canalículos; éstos pueden drenar en: el conducto hepático izquierdo exclusivamente (15%), el conducto hepático derecho exclusivamente (7%), o, más frecuentemente, en ambos conductos (78%). En este último caso, cada porción del sector dorsal suele tener un drenaje diferente. Mientras que el proceso caudado en la mayoría de los casos drena hacia el conducto hepático derecho (85%), el lóbulo caudado lo hace hacia el hepático izquierdo (93%), mientras que el sector paracava puede drenar prácticamente en iguales proporciones al derecho o al izquierdo. (18; 28)

1. g.- Conductos accesorios: conductos de Luschka y conducto subvesicular Se han descrito pequeños canalículos drenando porciones

subsegmentarias de parénquima hepático y desembocando en la vesícula biliar. Son los conductos "de Luschka", llamados "vasa aberrantia" por Champetier (11). El término "aberrantia" no parece adecuado, ya que aberrante se refiere a un conducto normal que presenta un trayecto diferente. Deben llamarse "accesorios" ya que drenarían una porción no definida de parénquima hepático. La lesión de estos conductos derivaría en pequeñas bilirragias postoperatorias que habitualmente se agotarían espontáneamente. Sin embargo, Healey y Schroi en 97 especímenes (18) y Cayetano Farina en 120 (16) no hallaron ningún conducto drenando directamente en la vesícula biliar. La existencia de conductos accesorios drenando directamente en la vesícula no está bien documentada y, de hecho, algunos autores cuestionan su existencia (1; 30). En las disecciones anatómicas y en nuestra experiencia personal en más de 200 colecistectomías consecutivas operadas entre noviembre de 2003 y marzo de 2017 utilizando el plano subfascial (29) no fue hallado ningún canalículo desembocando en la vesícula biliar. En cambio, se ha descrito con una frecuencia aproximada al 30% un conducto subvesicular que transcurre entre la cara visceral del hígado y la vesícula biliar (10; 16; 18; 27), denominado "ductus subvesicalis" por Champetier (11). Lo hemos hallado en dos de diez disecciones cadavéricas. La frecuencia de bilirragias en las colecistectomías en que la disección se realiza en íntima relación a la cara visceral del hígado, podría explicarse por la lesión del conducto subvesicular. (Fig 14)

Figura Nro. 14 Conducto subvesicular. Fotografía cadavérica y esquema. En rojo se representa la cara inferior hepática. Entre ésta y la

vesícula biliar se extiende el conducto subvesicular en el 30% de los casos 2.- LA VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA La vía biliar extrahepática se origina habitualmente por la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo en la cara inferior del hígado para formar el conducto hepático común (Ver Fig 1). Éste recibe al conducto cístico a partir del cual cambia su denominación por conducto colédoco. Dado que la altura de la desembocadura del cístico es muy variable, nos referiremos a todo este trayecto como “vía biliar principal”. Normalmente tiene un calibre inferior a 7mm. (8mm en los colecistectomizados). Se dirige hacia la segunda porción del duodeno, donde desagua conjuntamente con el conducto excretorio del páncreas. Puede hacerlo en una localización distal a lo habitual, ya sea en la parte más baja de la segunda o aún en la tercera porción duodenal. 2.a.- Porciones de la vía biliar principal. En la vía biliar principal, tomando como tal a la sumatoria del conducto hepático y el colédoco, podemos reconocer distintas porciones (Fig. 15 - 16) Figura Nro. 15 Colangiografía. Porciones de la vía biliar. 2 a.1.- Porción supraduodenal. Pedículo hepático Se extiende desde la formación del conducto hepático común hasta el cruce por detrás de la primera porción del duodeno. Esta es la porción en que se lo explora quirúrgicamente para realizar las colédocotomías. Sin embargo, considerando que la rodilla Figura Nro. 16 Se observa el conducto colédoco con todas sus porciones. Se forma el triángulo interportoduodenocolédociano en cuya área nace la arteria gastroduodenal. superior del duodeno se encuentra en contacto con la cara inferior del hígado, y que la vía biliar se extiende por detrás, resulta claro que para visualizar esta porción es necesario retraer el hígado hacia arriba y el duodeno hacia abajo. Por lo tanto, la porción supraduodenal en sentido estricto es un artefacto creado por el cirujano o el anatomista (9) . Sin embargo, será descripta en detalle, más allá de discusiones semánticas, por ser la porción en que se la explora quirúrgicamente. La vía biliar principal se ubica por delante de la vena porta y a la derecha de la arteria hepática. Desde su origen, la vena porta tiene un trayecto oblicuo de abajo hacia arriba y de medial a lateral; se pone en

contacto con la vía biliar al alcanzar el tercio superior de la cabeza pancreática. Más adelante transcurre entre las hojas del epiplón menor hasta alcanzar la cara inferior del hígado, donde se divide en sus ramas derecha e izquierda. En su trayecto a través del epiplón gastrohepático se relaciona por delante con la vía biliar principal y con la arteria hepática que, luego de realizar su cayado, se ubica ventral a la porta y medial a la vía biliar. Entre la arteria hepática, el colédoco y la primera porción duodenal se establece un triángulo, interportoduodenocolédociano (Fig. 16), en cuya área se encuentra el origen de la arteria gastroduodenal. 9 Por detrás, la vena porta se relaciona con la vena cava inferior, que se encuentra por detrás del peritoneo parietal posterior, en el retroperitoneo. Entre ambos vasos se establece un espacio virtual que permite introducirse en la trascavidad de los epiplones: es el hiato de Winslow. La ubicación de la vía biliar por delante de la vena porta es constante, aunque se han descripto casos aislados de vena porta precoledociana. Esta porción es la que más fácilmente se explora en las ecografías, donde se visualiza la imagen “en caño de escopeta”, con la vena porta por detrás y la vía biliar por delante. La ventana acústica es proporcionada por el hígado, de tal forma que lo que en realidad se está mostrando es la porción de la vía biliar que apenas emerge de la cara inferior del hígado. Ya por detrás del duodeno, porción retroduodenal, la vía biliar no siempre puede estudiarse ecográficamente, dado que en la primera porción duodenal se encuentra habitualmente una burbuja de aire. La ingesta de líquido permite en ocasiones desplazar el aire y estudiarla en forma completa. (Fig 17 - 18) Figura Nro. 17 Corte ecográfico sagital que pasa por la vía biliar principal. Se observa el duodeno ocupado por líquido que nos permite diferenciar las porciones supraduodenal y retroduodenal. Figura Nro. 18

Corte ecográfico axial que pasa por el páncreas. Se observa el estómago ocupado por líquido que nos permite visualizar el páncreas y la porción retropancreática de la vna biliar principal. A esta altura, la vna biliar principal se encuentra recubierta por una fascia que no es más que el extremo derecho del epiplón gastrohepático, y que contiene en su espesor a la rica red anastomótica que lo irriga. Tanto la arteria hepática como la vena porta se encuentran a su vez recubiertas por sus propias fascias., por lo cual si la disección se realiza en el plano ubicado entre la fascia pericoledociana y la vna biliar se minimizará el riesgo de lesión tanto de la vena porta como de la arteria hepática.

2. a. 1. a.- Variaciones La arteria hepática presenta variaciones de importancia para la cirugía biliar que han sido objeto de múltiples clasificaciones (20, 33, 31). Habitualmente se bifurca poco antes de alcanzar la cara inferior del hígado. La rama derecha se ubica entre la vena porta y el conducto hepático en el 85% de los casos (“el cigarrillo entre los dedos”); en el 15% restante de los casos pasa por delante la vna biliar. Este dato puede conocerse previamente mediante la ecografía.

10 La arteria hepática derecha, o aún la hepática común, pueden originarse de la mesentérica superior entre el 10 y 25% de los casos, y luego de un trayecto retroportal, ubicarse a la derecha de la vna biliar (Fig 19) Figura Nro. 19 Fotografía cadavérica. Se ha reclinado la vna biliar principal y seccionado la vena porta. Se observa la arteria hepática derecha, proveniente de la mesentérica superior, en posición retroportal. Más frecuentemente, una arteria cística proveniente de la Gastroduodenal o de la pancreático duodenal superior derecha puede también ubicarse lateralmente al colédoco, en un plano anterior (recuérdese la arteria gastroduodenal es precoledociana). La lesión de esta arteria cística, si bien habitualmente no causa dificultades desde el punto de vista hemodinámico, produce una hemorragia que dificulta las maniobras de disección quirúrgica. Cabe recordar que los vasos principales

pericoledocianos tienen una dirección longitudinal, en hora 3 y hora 9, así como un eventual vaso posterior. En caso de que existiera una arteria hepática derecha proveniente de la mesentérica superior, o una cística de la Gastroduodenal, también presentan una dirección vertical. Por lo tanto, la realización de la coledocotomía en esa dirección solo podría lesionar los pequeños vasos transversales de los plexos pericoledocianos, minimizando la posibilidad de sangrado.

2. a.2.- Porción retroduodenal. La porción retroduodenal se extiende por detrás de la primera porción del duodeno. En esta porción se separa de la vena porta que se dirige hacia la izquierda para dividirse en sus ramas de origen. Por su cara lateral izquierda se encuentra en relación con la arteria gastroduodenal que proporciona la rama pancreático duodenal superior derecha. Esta arteria cruza por delante del colédoco de izquierda a derecha y proporciona ramas para su irrigación y otras ramas cortas y delgadas para la primera porción duodenal, lo que hace que su disección deba ser muy cuidadosa para evitar la hemorragia. Por detrás se relaciona con la vena cava inferior, de la que no está separado más que por la fascia de coalescencia de Treitz, retroduodenopancreática. Esta fascia se produce como consecuencia del adosamiento de la cara derecha del duodeno y la cabeza pancreática fetal con el peritoneo parietal primitivo posterior que recubre los órganos retroperitoneales. Es una adherencia laxa, que puede ser fácilmente decolada con maniobras manuales y devolver la ubicación fetal de estos órganos, de manera que se puede explorar el duodeno páncreas hacia adelante y el retroperitoneo hacia atrás (maniobra de Vautrin Kocher)

2. a.3.- Porción retropancreática Al atravesar el borde inferior duodenal, la vna biliar se ubica por detrás de la cabeza pancreática, que a veces le labra un verdadero canal. Es la porción retropancreática, o a veces intrapancreática. Esto determina que las afecciones de este órgano involucren a la vna biliar. Puede ser estudiada ecográficamente ya que la cabeza pancreática actúa como ventana acústica. Sigue un trayecto descendente hasta que se incurva hacia la derecha y

atrás para desembocar en la 2da. porción del duodeno conjuntamente con el conducto pancreático de Wirsung en la ampolla de Vater. Por detrás, se encuentra la vena cava inferior, separado también por la fascia de coalescencia retroduodenopancreática. El decolamiento de esta fascia permite explorar palpatoriamente la vía biliar en toda su extensión. 2. a. 4.- Porción intramural Se ubica en el espesor de la pared duodenal, rodeada por el esfínter de Oddi, que regula el flujo de la vía biliar y pancreático. Dada la doble curvatura que presenta la parte distal de la porción retropancreática, esta porción debe instrumentarse cuidadosamente para evitar la formación una falsa vía mediante el uso intempestivo de canastillas u otros instrumentos que penetren en la luz duodenal por fuera de la ampolla de Vater. Cuando hay un conducto común, el colédoco desemboca en el Wirsung formando una "Y" asimétrica, ya que éste es más rectilíneo. El conducto común atraviesa en forma oblicua la pared duodenal para abocarse en la papila, que habitualmente está ubicada en la parte media de la segunda porción, pero puede estarlo en su parte superior o inferior, o aún en la 3ra porción duodenal. Si abocan separadamente, ambos conductos tienen un trayecto paralelo antes de desaguar en el vértice papilar. En su porción terminal, tanto la vía biliar como el conducto de Wirsung presentan vellosidades en mucosa, que pueden evidenciarse en los estudios radiológicos. 2. b.- Irrigación de la vía biliar principal Figura Nro. 20 Irrigación de la vía biliar mediante ramos provenientes de la arteria gastroduodenal y la hepática derecha, formando ricos plexos. El colédoco se encuentra ricamente vascularizado; sin embargo, se ha postulado a la isquemia como la causa de la estrechez postquirúrgica que ocurre

con alguna frecuencia en la cirugía de la vía biliar principal, incluyendo los trasplantes hepáticos. Una red anastomótica con ramas provenientes de la cística, la hepática derecha y la pancreática duodenal superior derecha. Esta arteria transcurre por detrás de la primera porción duodenal, por delante del colédoco, y da una serie de ramas que se anastomosan entre sí y ascienden para tapizar la superficie coledociana y anastomosarse con las ramas provenientes de la cística y la hepática derecha, Esta red anastomótica se resume en dos arterias longitudinales, una a cada lado, comúnmente llamadas en hora 3 y hora 9 (Fig 20) en ocasiones, puede existir una tercera rama longitudinal en la cara posterior. Existen además otras dos redes anastomóticas, una intramural y otra submucosa (32) . Cuando hay dificultades para diferenciar el cístico del colédoco, la visualización de estas arterias longitudinales permite sospechar fuertemente que el elemento que estamos examinando es precisamente la vía biliar principal. Nuevos estudios al respecto que incluyan la dirección del flujo en la pared coledociana podrán aclarar este punto. 3.- EL ESFÍNTER DE ODDI El esfínter de Oddi es más que un simple anillo muscular que abre o cierra la salida de un conducto. Se trata de un complejo sistema esfinteriano cuya función está influenciada por mecanismos hormonales y nerviosos que le permiten regular la evacuación de la vía biliar principal y el conducto de Wirsung. En el último centímetro antes de su abocamiento al duodeno, la vía biliar principal tiene un trayecto contiguo al conducto pancreático, para desembocar en forma separada o mediante un conducto común en la 2da porción duodenal. La frecuencia en que ocurre una u otra forma de terminación es muy variable. 3. a .- Niveles: superior, medio e inferior Se describen tres niveles del esfínter (4) (Fig 21): - el superior, que al contraerse ocluye totalmente el flujo y puede relajarse completamente. No se percibe al paso de un catéter. Se lo denomina como esfínter propio. 12 - el medio, infundibular, tiene una pared muscular débil y se dilata rápidamente ante el aumento de presión; - el inferior forma parte de la papila. El inferior es el más fuerte y estrecho de estos esfínteres. Está rodeado por la muscularis mucosae y la mucosa del duodeno que se sobreeleva; de tal forma que una buena porción de ella es submucosa. Es lo que se conoce como "papila". Cuando está abierta, mide hasta

2mm. Figura Nro.21 El Esfínter de Oddi. Se observa un esfínter superior, circular y un esfínter inferior en el espesor de la muscularis mucosae. Entre ambos se encuentra una zona de paredes débiles. La contracción de ambos esfínteres provoca localmente aumento de la presión y la eyacuación de la bilis hacia el duodeno. 3. b.- Funcionalidad Considerando que el orificio papilar mide 2mm de diámetro, cálculos que no superaran ese teneño podrán atravesarla, mientras que los de mayor tamaño deberán quedar atrapados entre los distintos fascículos del esfínter. Mecanismos nerviosos y humorales actúan sobre la función esfinteriana. Puede ser modificada con antiespasmódicos y en forma más evidente con glucagon. Sin embargo, se han recuperado cálculos de 7mm de la materia fecal de pacientes con litiasis coledociana, así como han persistido cálculos más pequeños en otros; se han postulado complejos mecanismos regulatorios de la apertura papilar. Estudios experimentales manométricos muestran que a baja presión en la vía biliar principal, el esfínter proximal permite el pasaje de la bilis hacia el sector infundibular, para luego cerrarse y actuar como una bomba que expulsa el contenido hacia el duodeno mediante movimientos peristálticos. En caso de hipertensión biliar, la simple diferencia de presión entre la vía biliar y el duodeno sería suficiente para permitir el flujo transpapilar (17) También se ha postulado que pacientes con laxitud del esfínter de Oddi pueden relajar exageradamente el orificio papilar, permitiendo el reflujo y de

tal manera dando una mayor probabilidad de colédocolitiasis primaria o recurrente (35) . El estudio radioscópico demuestra que efectivamente el sistema esfinteriano de Oddi presenta un mecanismo eyaculatorio para evacuar la bilis: en primer término se relaja el esfínter superior para permitir el pasaje de la bilis hacia la zona infundibular. Posteriormente, éste se contrae cerrando el infundíbulo por arriba, mientras permanece cerrado el esfínter inferior. Esto determina una zona de alta presión a nivel infundibular, donde se almacena una pequeña cantidad de bilis. Por último, se relaja el esfínter inferior al tiempo que se produce la contracción en masa del resto del aparato esfinteriano, eyacuando la bilis hacia el duodeno. Disfunciones en este mecanismo explicarían la persistencia de cálculos pequeños en la vía biliar principal. Si el cálculo es algo mayor a 2mm atraviesa el esfínter superior, pero es retenido en el canal papilar; la contracción esfinteriana crea alta presión, lo que se evidencia por la dilatación de las débiles paredes del infundíbulo; se ha postulado que en ocasiones el cálculo permanece un tiempo hasta que horada la pared duodenal formada a esta altura solamente por mucosa, y es eliminado. 4.-. VÍA BILIAR ACCESORIA: VESICULA BILIAR Se llama vía biliar accesoria a la vesícula biliar con su conducto excretorio, el cístico. Embriológicamente, se origina en un esbozo sacular endodérmico ventral al tubo digestivo, pasa por un período inicial tubular en la 5ta semana, para luego hacerse sólida y posteriormente vacuolizarse en forma definitiva en la 12a semana. En 13 esta etapa, múltiples canalículos que posteriormente se obliteran la comunican con el parénquima hepático. 4. a.- Descripción: fondo, cuello y Cuerpo En la vesícula biliar pueden reconocerse tres porciones: fondo, cuerpo y cuello. - El fondo vesicular es la estructura sacular que excede el borde anterior hepático; se proyecta en superficie a la altura del extremo anterior de la 10a costilla, donde puede ser palpado en caso de aumento del tamaño vesicular en el curso de una colecistitis. - El cuerpo se relaciona con la cara inferior del hígado por su cara profunda, poniéndose en contacto con la rodilla superior del duodeno por su cara inferior. - El cuello vesicular es la porción que une al cuerpo con el conducto cístico. Presenta una prominencia sacular, la bolsa de Hartmann, que se dirige hacia abajo y atrás. Esta puede desarrollarse considerablemente ante la presencia de litiasis y ubicarse en posición retrohiliar, donde suele adherirse a las paredes del hiato de Winslow; en ocasiones comprime la vía biliar principal, ocasionando colestasis en ausencia de litiasis coledociana. El ecografista debe

estar advertido de esta eventualidad para no tomar por colédoco a la bolsa de Hartmann y por litiasis coledociana a los cálculos alojados en ella; el cirujano deberá desplegar la vesícula e identificar el cístico y la vía biliar principal que recién ahora podrá ser explorada con seguridad. 4.- b.- Conducto cístico El conducto cístico es el conducto excretorio de la vesícula. Se origina a continuación del cuello vesicular, con una longitud de unos 2 ó 3 cm, y 2 a 3 mm. de diámetro. En su capa muscular se describe el esfínter de Lutkens La mucosa presenta una serie de pliegues irregulares que actúan como un mecanismo valvular (válvulas de Heister) que en ocasiones impiden el pasaje de cálculos y de las sondas para realizar colangiografías. Esto lleva a la necesidad de “dilatar” el conducto o pasar algún instrumental rígido para vencer esas irregularidades. Sin embargo, con la magnificación de la imagen que se obtiene con las técnicas laparoscópicas es posible en algunos casos visualizar externamente esas válvulas como una línea blanquecina transversal y escoger el sitio más adecuado para la colocación de la sonda de colangiografía. 4. c.- Triángulo de las vías biliares Entre el conducto cístico por debajo, la vía biliar principal hacia la izquierda y la cara inferior del hígado hacia arriba, se delimita un triángulo, llamado "de las vías

biliares" o de Buddé, en cuya área se encuentra la arteria cística y un ganglio linfático, de ubicación constante. A su vez, la arteria cística, con el conducto homónimo y el borde derecho del conducto hepático, constituyen el triángulo de Calot, descrito por este autor en 1891. Si bien fue delimitado originalmente por el conducto cístico, la vía biliar principal y la arteria cística, actualmente los cirujanos extienden su límite superior hasta la cara inferior del hígado, confundiéndolo con el llamado triángulo de las vías biliares. Usualmente contiene la arteria hepática derecha, la arteria cística, el ganglio cístico, tejido conectivo y vasos linfáticos. Ocasionalmente puede contener arterias o conductos biliares accesorios o aberrantes. En rigor, el triángulo de Calot es solamente un espacio que adquiere la forma triangular mediante la tracción ejercida durante la disección quirúrgica. Mediante ésta, se observa que la arteria cística lo divide en dos sectores diferentes: por debajo de ella, se identifica el ganglio cístico y una pequeña rama de la arteria cística destinada a irrigar el conducto homónimo; por encima de la cística, se ubican la arteria hepática derecha y la vía biliar con sus variaciones. El espacio interhepatovesicular tiene un espesor variable; en ocasiones la vesícula puede estar separada del hígado al adosarse entre sólo las hojas peritoneales de cubierta vesicular (vesículas “con meso”) o adentrarse en el espesor del parénquima hepático (“encastillada”) o ser cubierta por la cara inferior hepática. (“intraparenquimatoso”). 14 4. d.- Fascia vascular de la cística El cuello y el cuerpo vesicular están separados del hígado por una fascia vascular que une entre sólo las ramas de la arteria cística (2,29) . Una correcta identificación de esta fascia permite elegir el lugar donde trabajar con mayor comodidad. La disección en la unión cístico-bacinetete permite acceder al plano entre la vesícula y la fascia. La sección de una pequeña rama directa de la cística dirigida al conducto homónimo permite una mayor longitud del cístico para seccionarlo con mayor comodidad. Usualmente, la arteria cística da origen a una rama anterior y una posterior, y se ramifica cerca de la vesícula; si la disección es cercana a la vesícula, o la bifurcación es muy proximal, quedan a la vista ambas ramas (30) . La maniobra que determina el plano en que se va a realizar la disección es la sección o no de la arteria. De ese modo, se puede ingresar al plano por encima de la fascia, o por debajo de la misma, en el plano subfascial. (Fig 22) Figura Nro. 22 Colecistectomía laparoscópica. Plano subfascial ubicado entre la fascia vascular de la arteria cística y la pared vesicular. 4. d. 1.- Espacio subfascial En este plano no se encuentran elementos nobles, Solo podrán seccionarse algunas ramas venosas de la cística que se dirigen al hígado atravesando tanto el plano subfascial como el plano por encima de la fascia. Estas

venas solamente adquieren importancia en casos de hipertensión portal. Los discutidos conductos de Luschka también atravesarían ambos planos en su trayecto hacia la vesícula. 4. d. 2.- Espacio entre la fascia y la cara inferior del hígado En este espacio se encuentran múltiples estructuras vasculares y biliares se ubican en íntima relación a la vesícula biliar y pueden ser lesionadas dando lugar a múltiples complicaciones. (Fig 23) Figura Nro. 23 Entre la fascia vascular de la arteria cística y la cara inferior del hígado se encuentran elementos vasculares y biliares que pueden dar lugar a bilirragia y hemorragia. 4. d. 2. a Arteria hepática derecha; ramas anastomóticas En un estudio destinado a investigar la causa del sangrado arterial, Bergamaschi (6) estudió el lecho vesicular en 50 disecciones cadavéricas. Encontró en relación a la cara inferior del hígado, en un 12% de los especímenes, anastomosis entre la arteria cística y la hepática derecha o izquierda. Cuando son seccionados, estos vasos sangran desde ambos cabos de sección. Halló además un 4% de arterias císticas largas, ubicadas entre la vesícula y el lecho hepático,

y sindicaron a ambos patrones de distribución como causa de sangrado en las colecistectomías laparoscópicas. 15 La arteria hepática derecha puede hacer un cayado muy cercano a la vesícula biliar y al conducto cístico hasta el 50% de los casos (1) . En estos casos la arteria cística es muy corta, y puede ser confundida con la arteria hepática derecha, que corre riesgo de ser lesionada y su sangrado a su vez predisponer a la lesión de la vena biliar (30) . Mientras la disección se mantenga por debajo de la fascia, esta arteria queda fuera del campo operatorio. Una excepción a esta regla sería la presencia de una arteria cística que cruce por delante del cístico desde la gastroduodenal, o excepcionalmente una hepática derecha prevesicular (25) . 4. d. 2. b.- Ramas posterior de la Porta derecha La rama posterior de la porta derecha se encuentra a unos pocos milímetros de profundidad de la superficie hepática. En un alto porcentaje, es posible ver un surco accesorio de dirección anteroposterior en el segmento 7 en el fondo del cual se ve el latido de la rama posterior de la arteria hepática derecha apoyada sobre la rama portal. Pequeñas cantidades de líquido hemático o biliar que se produzca durante la disección vesicular ocupan este surco poniendo en riesgo las estructuras descritas. 4. b. 2. c.- Vena hepática media La vena hepática media se encuentra en la cisura interlobar, es decir, precisamente en el lecho vesicular, a una profundidad no mayor de 1cm de su superficie, de tal forma que una lesión medianamente profunda en la disección puede ocasionar sangrado profuso (30) . 4. d. 2. e.- Vena biliar Las lesiones quirúrgicas de las venas biliares constituyen un accidente gravísimo. Se atribuye como una de sus causas a que las variaciones en la conformación de la vena biliar principal son muy frecuentes. La realización de una colangiografía intraoperatoria como primer gesto exploratorio a través de la unión cístico-bacínete permitiría reconocer algunas de estas variaciones. Sin embargo, la colangiografía no siempre es correctamente interpretada particularmente en la porción intrahepática de las venas biliares; puede no delinear todos los conductos, y además no brinda información sobre las variaciones arteriales (30) . Ya se hizo referencia a los llamados conductos de Luchka. Debe recordarse la presencia de un conducto paralelo a la vesícula biliar, en inmediata relación con la superficie hepática, el conducto subvesicular ya descrito, presente en un 30-35% de los casos (11; 18; 27) . 4. e. - Variaciones de la vesícula biliar y el conducto cístico Un inadecuado proceso de vacuolización pareciera dar origen a alguna de las variedades de vesícula biliar. Se ha descrito su ausencia y atresia. La presencia de vesículas dobles y de tabiques longitudinales también se explican por una vacuolización incompleta (Fig 24). Los tabiques transversales completos, en cambio, no son más que artefactos de la ecografía ya que un tabique completo impediría el relleno de la porción distal al mismo. Por variaciones en los procesos embriológicos de rotación, la vesícula puede adherirse con el

hígado a la izquierda del ligamento falciforme. Figura Nro. 24 Variaciones anatómicas de la vesícula biliar. 16 Figura Nro. 25 Fotografía de vesícula biliar doble. Habitualmente el conducto cístico es único. Se describe su duplicación y su ausencia. En ocasiones se forma una amplia comunicación entre la vesícula y la vía biliar principal, asociada a litiasis vesicular de larga data, comportándose como una verdadera fístula colecistocolédociana: son las vesículas “asentadas”. En cuanto a su terminación, el cístico habitualmente desemboca luego de un trayecto variable en la cara derecha en la vía biliar principal. A nivel de la unión de ambos conductos se identifica el tabique cistohepático. Este tabique tiene una longitud variable, de tal modo existe una diferencia entre el origen aparente del colédoco, observable externamente, y el origen real, limitado por el borde inferior de este tabique. Puede alcanzar a 3 o 4 cm. de

longitud, determinando una terminación del cístico “en caño de escopeta”. Puede desaguar en la cara anterior, posterior o izquierda (cístico “en bandolera”) en el 8 a 10% de los casos, en los que sufre una gran angulación. En estos casos, debe ser muy cuidadosa la instrumentación de la vía biliar a través del cístico; forzar el pasaje de una sonda o canastilla puede perforar el conducto, requiriendo después una completa disección hasta la izquierda de la vía biliar para su reparación. (Fig 26, 27) Figura Nro. 26 Esquema. Variaciones del conducto cístico. Figura Nro. 27 Variaciones del conducto cístico por colangiografía. 17 4. f. Irrigación e inervación La irrigación de la vesícula biliar está dada por la arteria cística. Habitualmente es rama de la hepática derecha. De una longitud y calibre variable, puede originarse en la rama izquierda de la hepática, en cuyo caso su longitud es mayor, atravesando la vía biliar por delante. Si lo hace a partir de la gastroduodenal o la mesentérica superior, también tiene mayor longitud, y suele ubicarse a la derecha de la vía biliar y del conducto cístico. Sin embargo, en estos casos existe además una segunda rama originada en alguna de las hepáticas que se ubica en el triángulo de Buddé. En ocasiones la arteria cística es doble (Fig 28), de corta longitud, o múltiple. Si se trabaja sobre la arteria cística en su sector troncular deben extremarse las medidas Figura Nro. 28 Fotografía cadavérica. Arteria cística doble, una de ella proveniente de la arteria hepática derecha y la otra, de la izquierda. BIBLIOGRAFIA 1. ADAMS DB: The importance of the extra hepatic biliary anatomy in preventing complications at laparoscopic cholecystectomy. Surg Clin N America 1993;73:861-871 2. ALBANESE A, ALBANESE A, ALBANESE E. Colecistomía, nueva técnica. Pren Med Argent, 1966, 53: 1993-1997 conveniente alejarse de la hepática; el uso de coagulación bipolar representa en estos casos un claro beneficio. Trabajar la arteria cística en su porción distributiva, es decir, a la altura de sus ramas, aleja el riesgo de lesionar la hepática derecha. El drenaje venoso se realiza mediante algunas vénulas que pasan directamente a la cara inferior del hígado, formando parte del sistema porta accesorio, que se define como un conjunto de venas que llegan al hígado sin pasar por la vena porta. No existe entonces una vena cística satélite de la arteria; la sección de las venas císticas se hace durante la disección del cuerpo vesicular del lecho hepático, de allí que en casos de hipertensión portal ésta sea tan sangrante y compleja. La inervación vesicular proviene del sistema nervioso autónomo. Su porción simpática llega a través de la adventicia de las arterias císticas, mediante fibras aportadas por el plexo celíaco. La parasimpática, a través de los ramos hepáticos del neumogástrico, que antes de adherirse a la curvatura menor gástrica donde distribuye sus ramas terminales, emite una serie de filetes delgados que transcurren por el borde superior (pars nervosa) del epiplón gastrohepático para alcanzar la vesícula biliar rodeando al conducto cístico. 3. ANDRIANI, O. C. LA TORRE DE BABEL, PARÍS Y BRISBANE: Un recorrido sobre sus influencias en la terminología de la segmentación hepática. Rev. Argent. Anat. Online, 1(3):84-9, 2000. 4. BARRAYA L,

VERGNEAUX J: Surgery of the sphincter of Oddi. En Digestive Surgery, EMC, Lausanne, 1972: 10930. 5. BELGHITI J, CLAVIEN PA. GADZIJEV E, GARDEN JO. LAU WY, MAKUUCHI M, STRONG W: The Brisbane 2000 Terminology of Liver Anatomy and Resections Terminology Committee of the 18 International Hepato-Pancreato-Biliary Association: Chairman, SM Strasberg (USA). HPB (Oxford), 2:333-9, 2000. 6. BERGAMASCHI R, IGNJATOVIC D. Anatomic Rationale for arterial bleeding from the liver bed during and/or after laparoscopic cholecistectomy: A postmortem study. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. 9 (4):267, August 1999. Lippincott Williams & Wilkins 7. BIANCHI H F, ALGIERI RD. SANJURJO D, OTTONE, NE,

FUENTES R: Multiple anatomical variations of the hepatic pedicle: case report and clinical application. Int. J. Morphol., 32(3):782-5, 2014. 8. BISMUTH H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. World J. Surg., 6(1):3-9, 1982. 9. CASIRAGHI J Y COLS. Anatomía funcional y quirúrgica. Ed El Ateneo, Bs As, 1967 10. CASTAING, D. Surgical anatomy of the biliary tract. HPB (Oxford),10 (2):72-6, 2008. 11. CHAMPETIER J, DAVIN JL, LETOUBLON C, LABORDE Y, YVER R, COUSSET F: Aberrant biliary ducts (vasa aberrantia): Surgical implications. Anat. Clin., 4(2):137-45, 1982. 12. CHOI B I, TAKAYASU, K. HAN, MC: Small hepatocellular carcinomas and associated nodular lesions of the liver: pathology, pathogenesis, and imaging findings. AJR Am. J. Roentgenol., 160(6):1177-87, 1993. 13. COUINAUD C: Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris; Masson & Cie., 1957. 14. COUINAUD C. Exposure of the left hepatic duct through the hilum or in the umbilical of the liver: anatomic limitations. Surgery, 105(1):21-27, 1989. 15. COUINAUD C. Lobes et segments hépatiques. Notes sur l'architecture anatomique et chirurgicale du foie. Presse Med., 62(33):709-12, 1954. 16. Farina C. Estudio de las vías biliares intrahepáticas. Rev. Argent. Cirug., 34:268-71, 1978. 17. GRIVELL M, WOODS C, GRIVELL A, NEILD T, CRAIG A, TOULI J, SACCONI G. The possum sphincter of Oddi pumps or resist flow depending on common bile duct pressure: a multilumen manometric study. J. Physiol 558.2 (2004) 611-622 18. HEALEY J E. SCHROY PC. Anatomy of the biliary ducts within the human liver; analysis of the prevailing pattern of branchings and the major variations of the biliary ducts. AMA Arch. Surg., 66(5):599-616, 1953. 19. HEALEY JE. Vascular anatomy of the liver. Ann. N. Y. Acad. Sci., 170:8-17, 1970. 20. HIATT JR: Gabbay, J.; Busuttil, R.W. Surgical anatomy of the hepatic arteries in 1000 cases. Ann. Surg. 1994; 220(1):50-52.

2. Colecistectomía Laparoscópica (Extracción de Vesícula Biliar): Información Para el Paciente de Parte de Su Médico y de SAGES Una Técnica Innovadora Con Grandes Ventajas . RECOMENDACIONES DE LA SAGES (Sociedad Americana de Cirugía Endoscópica y Gastrointestinal).

En el pasado... Cuando su cirujano recomendaba una operación de la vesícula biliar, quizás usted pensaba acerca de la experiencia de un familiar o amigo que se había sometido a esta cirugía años atrás. Estas personas tenían una gran incisión y probablemente habían tenido mucho dolor después de la cirugía. Ellos estuvieron en el hospital por una semana y no regresaron a sus actividades normales alrededor de seis

semanas. Usted puede estar preocupado por una experiencia similar. Quizás usted no puede darse cuenta del lujo de estar ausente de su trabajo, y está preocupado de no estar totalmente funcional en el hogar por un mes o más. Hoy... Existe una técnica innovadora con grandes ventajas. La extracción de la vesícula biliar es una de las cirugías más frecuentes realizadas a cabo en Estados Unidos. Hoy, la mayoría de las cirugías de vesículas se realizan laparoscópicamente. El nombre médico de este procedimiento es Colecistectomía Laparoscópica. En vez de una incisión de cinco a siete pulgadas (13 – 18 cm), la operación requiere solamente cuatro pequeñas aperturas en el abdomen. El paciente usualmente tiene mínimo dolor postoperatorio. 2/5 El paciente usualmente experimenta una recuperación más rápida que los pacientes operados con la cirugía tradicional de vesícula. La mayoría de los pacientes regresan a su hogar en un día y disfrutan de un rápido retorno a las actividades normales. ¿Qué es la vesícula biliar? La vesícula biliar es un órgano en forma de pera que descansa debajo del lado derecho del

hígado. Su función principal es la recolección y concentración de un líquido digestivo (bilis) producido por el hígado. La bilis es liberada por la vesícula después de comer, ayudando a la digestión. La bilis viaja a través de unos tubos delgados (vía biliar) hacia el intestino delgado. En la mayoría de los pacientes la extracción de la vesícula biliar no se asocia a ningún daño de la digestión. ¿Cuales Son Las Causas de Los Problemas de La Vesícula? Los problemas de la vesícula biliar son usualmente causados por la presencia de cálculos, los cuales son pequeñas piedras compuestas principalmente de colesterol y sales biliares, y se forman en la vesícula o en la vía biliar. No sé porque algunas personas hacen cálculos. No se conoce alguna medida para prevenir los cálculos. Estos cálculos pueden obstruir la salida de la bilis de la vesícula, provocando su inflamación y produciendo dolor abdominal agudo, vómito, indigestión y ocasionalmente fiebre. Si el cálculo obstruye el colédoco, se puede producir ictericia (color amarillo en la piel). ¿Como Se Encuentran y Tratan Estos Problemas? Después de que el paciente tiene síntomas... El ultrasonido (ecografía) es el método más usado para encontrar los cálculos. En pocos casos más complejos, otros exámenes con rayos-X pueden ser usados para evaluar la vesícula. Los cálculos no son excluidos por sí mismos. Algunos pueden ser manejados temporalmente con drogas o con dietas especiales, para suspender la absorción de grasa. Este tratamiento tiene a corto tiempo una baja tasa de éxito y los síntomas continuarán hasta que la vesícula se extraiga. La extracción quirúrgica de la vesícula biliar es el tratamiento más reconocido a través del tiempo y seguro para la patología de la vesícula biliar. ¿Qué preparación es requerida? 3/5 Antes de la cirugía, usted debe permanecer en ayuno de líquidos y sólidos desde la media noche del día anterior. Usted debe bañarse la noche anterior o en la mañana de la cirugía. Si usted tiene dificultad para sus movimientos intestinales, un enema o alguna preparación similar podrá usarse después de consultar con su cirujano. Algún examen preparatorio puede ser requerido de acuerdo a su condición médica. Si toma algún medicamento diariamente, discuta con su cirujano si él desea que tome algún medicamento en la mañana de la cirugía con un sorbo de agua. Si usted toma aspirina, adelgazantes de la sangre o medicación para artritis, usted necesita discutir con su cirujano el tiempo apropiado para suspender estas drogas antes de la cirugía. ¿Como Se Realiza La Extracción Laparoscópica de La Vesícula Biliar? Bajo anestesia general, el paciente va estar dormido durante la cirugía. Usando una cánula (tubo delgado) el cirujano entra al abdomen en la región del ombligo. Un laparoscopio (un fino telescopio) conectado a una cámara especial se introduce a través de la cánula, dando al cirujano una imagen magnificada de los órganos internos del paciente sobre una pantalla de televisión. Otras cánulas son insertadas para permitirle a su cirujano separar delicadamente la vesícula de sus adherencias y extraerla a través de una de las aperturas.

Muchos cirujanos realizan una radiografía, llamada colangiografía, para identificar cálculos los cuales pueden estar localizados en la vía biliar o asegurar que las estructuras anatómicas han sido identificadas. Si el cirujano encuentra uno o más cálculos en el colédoco, él puede extraer(los) usando un endoscopio especial, puede decidir extraerlos después usando otro procedimiento mínimamente invasivo o puede convertirla a una cirugía abierta con el objeto de extraer todos los cálculos en esta cirugía. . Después de que el cirujano ha extraído la vesícula, las pequeñas incisiones son cerradas con un punto o dos, o con una cinta quirúrgica. ¿Qué Ocurre Si La Cirugía no Se Puede Realizar Por Medio de La Laparoscópica? En un número pequeño de pacientes el método laparoscópico no es posible por la incapacidad de visualizar o manejar los órganos efectivamente. Cuando el

cirujano decide que es más seguro convertir la cirugía laparoscópica a cirugía abierta, esto no es una complicación. Esta decisión significa buen juicio quirúrgico. Algunos factores que aumentan el riesgo de conversión a cirugía abierta, incluyen la obesidad, antecedentes de cirugías abdominales previas que causan cicatrices densas, o sangrado durante la cirugía. La 4/5 decisión de ejecutar un procedimiento abierto es una decisión de juicio realizada por su cirujano antes o durante la cirugía. La decisión de convertir a cualquier procedimiento abierto se basa estrictamente en la seguridad del paciente. ¿Cuanto Tiempo Permanecera En El Hospital? La mayoría de los pacientes regresan a su hogar al día siguiente de la Colectomía Laparoscópica. Algunos pacientes incluso pueden regresar el mismo día de la cirugía, en comparación a cinco días después de un procedimiento tradicional abierto. ¿Cuanto Puede Regresar a Trabajar? La mayoría de los pacientes pueden regresar a trabajar dentro de siete días después del procedimiento laparoscópico. Por supuesto, esto depende de la naturaleza de su empleo. Pacientes con trabajos administrativos o de escritorio usualmente regresan en pocos días, mientras los que tienen trabajos manuales o que tienen que levantar objetos pesados pueden demorarse un poquito más. Los pacientes que sufren procedimientos tradicionales no pueden regresar a sus actividades normales por cuatro a seis semanas. ¿Usted tendrá una gran cicatriz? No. Utilizando las técnicas laparoscópicas, el cirujano puede evitar una gran incisión, dejando al paciente solo con unas cuatro pequeñas marcas. ¿La Cirugía Laparoscópica de La Vesícula Es Segura? Numerosos estudios médicos muestran que la tasa de complicaciones de la cirugía laparoscópica de vesícula es comparable a la tasa de complicaciones de la cirugía tradicional de la vesícula cuando se realiza por un cirujano adecuadamente entrenado. ¿Existen Riesgos Relacionados a La Colectomía Laparoscópica? Existen riesgos relacionados a cualquier clase de operación, la gran mayoría de los pacientes de colectomía laparoscópica experimentan pocas o no complicaciones, y rápidamente regresan a sus actividades normales. Es importante recordar que antes de sufrir cualquier tipo de cirugía (bien sea laparoscópica o abierta), usted debe preguntar a su cirujano acerca de su experiencia y entrenamiento. Los riesgos de colectomía laparoscópica son menores que los riesgos de dejar una condición sin tratamiento. Las complicaciones de la Colectomía Laparoscópica son infrecuentes, pero pueden incluir sangrado, infección, neumonía, coágulos de sangre o problemas cardíacos. Una lesión inadvertida de una estructura adyacente como el colédoco o el duodeno puede ocurrir y 5/5 puede requerir otro procedimiento para repararla. Han sido descritas fugas de bilis al abdomen provenientes de los conductos que llevan la bilis desde el hígado hasta el duodeno. ¿Qué Ocurre Después De La Cirugía De La Vía Biliar? La extracción de la vesícula biliar es una cirugía abdominal mayor y cierta cantidad de dolor se puede sentir. La náusea y el vómito no son infrecuentes. Una vez los líquidos o la dieta son tolerados, los pacientes abandonan el hospital el mismo o al otro día de la cirugía

laparoscópica de la vesícula biliar. La actividad depende de cómo se sienta el paciente. El caminar es aconsejado. Los pacientes pueden retirar sus vendajes y bañarse al día siguiente de la cirugía. Los pacientes probablemente serán capaces de regresar a sus actividades normales dentro de una semana, incluyendo, conducir carro, subir escaleras, levantar objetos livianos y trabajar. En general, la recuperación es progresiva desde cuando el paciente regresa a su hogar. La presencia de fiebre, color amarillo en los ojos o la piel, empeoramiento del dolor abdominal, distensión, náuseas y vómito persistente, o drenaje por alguna de las heridas son indicaciones de que alguna complicación puede haber ocurrido. Usted debe contactar a

su cirujano en estas circunstancias. Usted puede solicitar una cita de control dentro de dos semanas después de la cirugía, incluso si su postoperatorio ha cursado sin problemas. ¿La Extracción Laparoscópica de La Vesícula Es La Indicada Para Usted? Aunque hay muchas ventajas de la laparoscopia, el procedimiento puede no ser apropiado para algunos pacientes que han tenido cirugías abdominales previas o que tienen alguna condición médica previa. A través de una evaluación hecha por su médico personal, y consultando un cirujano general con entrenamiento en laparoscopia, se puede determinar si la extracción laparoscópica de la vesícula es apropiada para usted. 844.965

3.- COLECISTECTOMIA DIFERENCIAS ENTRE CIRUGIA URGENTE VS DIFERIDA

Cochrane Evidencia fiable. Decisiones informadas. Mejor salud. Cochrane Evidence Synthesis and Methods ►

Colecistectomía laparoscópica temprana versus diferida para personas con colecistitis aguda El hígado produce bilis que tiene muchas funciones como ayudar en la eliminación de los desechos procesados por el órgano y la digestión de las grasas. La bilis se almacena temporalmente en la vesícula biliar (un órgano situado debajo del hígado) antes de alcanzar el intestino delgado. Las concreciones en la vesícula biliar se llaman cálculos biliares. Entre el 10% y el 15% de la población occidental adulta presenta cálculos biliares. Entre un 1% y un 4% se tornan sintomáticos en un año. Los síntomas incluyen dolor relacionado con la vesícula biliar (cólico biliar), inflamación de la vesícula biliar (colecistitis), obstrucción del flujo de la bilis del hígado y la vesícula biliar al intestino delgado lo que provoca ictericia (coloración amarillenta del organismo, generalmente más prominente en la parte blanca del ojo, que se vuelve amarilla), infección biliar (colangitis) e inflamación del páncreas, un órgano que secreta los jugos digestivos y contiene las células que producen la insulina, que mantiene los niveles de azúcar en sangre (pancreatitis). La extracción de la vesícula biliar (colecistectomía) se considera actualmente la mejor opción de tratamiento para los pacientes con cálculos biliares sintomáticos. Generalmente, esta extracción se realiza mediante la intervención quirúrgica a través de un orificio pequeño (colecistectomía laparoscópica). La colecistitis (inflamación) de la vesícula biliar es una de las indicaciones para la colecistectomía laparoscópica. La colecistitis puede producirse repentinamente, con síntomas como fiebre junto con dolor intenso en la parte superior derecha del estómago. Esto se llama colecistitis aguda. En comparación, la colecistitis crónica es una inflamación latente de la vesícula biliar que presenta un dolor menos intenso en la parte superior derecha del estómago. Durante muchos años, los cirujanos han preferido realizar la colecistectomía

laparoscópica una vez que la inflamación se asienta por completo (lo que suele llevar unas seis semanas) por temor a que se produzcan mayores tasas de complicaciones, incluida la lesión del conducto biliar (un tubo a través del cual la bilis fluye desde la vesícula biliar hasta el intestino delgado). La lesión del conducto biliar es una afección potencialmente mortal y que requiere una operación correctiva urgente en la mayoría de los casos. A pesar de la cirugía correctiva, las personas tienen una mala calidad de vida varios años después de la operación debido a los repetidos casos de infección biliar causados por la obstrucción del flujo de bilis en el intestino delgado. Otra razón por la que los cirujanos prefieren retrasar la operación es para evitar una operación abierta, ya que se ha percibido que una operación temprana aumenta el riesgo de una operación abierta. Sin embargo, el retraso de la cirugía expone a los pacientes al riesgo de complicaciones relacionadas con los cálculos biliares. Los autores de la revisión se propusieron determinar si es preferible realizar la colecistectomía laparoscópica temprana (en el transcurso de los siete días desde que el paciente se presenta a consulta con síntomas) o la colecistectomía laparoscópica diferida (más de seis semanas después del ingreso inicial). Se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía médica para identificar estudios que proporcionaran información sobre la pregunta anterior. Los autores de la revisión obtuvieron solamente información de ensayos aleatorios, ya que este tipo de ensayos proporciona la mejor información si están bien realizados. Dos autores de la revisión, de forma independiente, identificaron los ensayos y extrajeron la información. Se identificaron seis ensayos que proporcionaron información sobre la cuestión de la revisión. Se incluyó un total de 488 personas con colecistitis aguda. La colecistectomía laparoscópica se realizó de manera temprana (dentro de los siete días siguientes a la presentación de los síntomas al médico) en 244 personas, mientras que en las 244 personas restantes se realizó después de al menos seis semanas. La proporción de mujeres osciló entre el 43,3% y el 80% en los ensayos que proporcionaron esta información. El promedio de edad de los participantes osciló entre 40 y 60 años. Todos los ensayos tenían un alto riesgo de sesgo (y podrían haber sobrestimado los beneficios o subestimado los efectos perjudiciales de la colecistectomía laparoscópica temprana o la colecistectomía laparoscópica diferida). Todas las personas incluidas en los ensayos fueron dadas de alta con vida después de la operación en los cinco ensayos de los que se disponía de esta información. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la proporción de personas que desarrollaron lesiones en los conductos biliares, complicaciones quirúrgicas o que requirieron la conversión de una operación de mínimo acceso a una operación abierta. Ninguno de los ensayos informó sobre la calidad de vida desde el momento de la aleatorización. La estancia total en el hospital fue cuatro días más corta en el grupo inicial que en el grupo diferido. No hubo diferencias significativas en la duración de la cirugía entre los dos grupos. Sólo un ensayo informó del tiempo que tardan las personas con empleo en volver al trabajo. Las personas pertenecientes al grupo de colecistectomía laparoscópica temprana volvieron a trabajar 11 días, en promedio, antes que el grupo de colecistectomía laparoscópica diferida. Cuatro ensayos no informaron de ninguna complicación relacionada con los cálculos biliares durante el período de espera. Un ensayo informó de cinco complicaciones relacionadas con los cálculos biliares, incluyendo dos personas con colangitis. No hubo informes de pancreatitis durante el tiempo de espera. En los ensayos restantes no se informó sobre la morbilidad relacionada con cálculos biliares. Los síntomas de aproximadamente una sexta parte de las personas pertenecientes al grupo diferido no se resolvieron o reaparecieron antes de la operación prevista y tuvieron que someterse a una colecistectomía laparoscópica de urgencia en cinco ensayos. Sobre la base de la información proporcionada por un número variado de participantes, así como de ensayos con alto riesgo de sesgo, la colecistectomía

laparoscópica temprana durante la colecistitis aguda parece segura y acorta la estancia total en el hospital. La mayoría de los resultados importantes se produjeron en raras ocasiones y, por lo tanto, no se puede descartar que en futuros ensayos se pueda demostrar que un tratamiento u otro puede ser mejor en cuanto a las complicaciones. Sin embargo, el tamaño del ensayo requerido para mostrar tales diferencias implica un ensayo clínico en más de 50 000 personas, por lo que es poco probable que se realicen ensayos tan grandes. Varios ensayos aleatorizados más pequeños pueden responder a las preguntas a través de metanálisis. Si esta evidencia le ha resultado útil, considere la posibilidad de hacer una donación a Cochrane. Somos una organización benéfica que produce evidencia accesible para ayudar a las personas a tomar decisiones sobre salud y asistencia. Donar

Conclusiones de los autores: No se encontró ninguna diferencia significativa entre la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía en los resultados primarios. Sin embargo, los ensayos con alto riesgo de sesgo indican que la colecistectomía laparoscópica temprana durante la colecistitis aguda parece segura y puede acortar la estancia total en el hospital. La mayoría de los resultados importantes se produjeron con muy poca frecuencia, por lo que los intervalos de confianza son amplios. Es poco probable que, en el futuro, los ensayos clínicos aleatorizados tengan la potencia para medir las diferencias en las lesiones de los conductos biliares y otras complicaciones graves, ya que esto podría implicar la realización de un ensayo con más de 50 000 personas, pero varios ensayos aleatorizados más pequeños podrían responder a las preguntas a través de metanálisis.

4.- COLECISTECTOMIA SEGURA. ¿QUÉ ES Y CÓMO SE HACE?

Chama, N Alfredo et al. Colecistectomía segura: ¿Qué es y como hacerla? Revista Colombiana de Cirugía (2021), Vol. 36 (2). 324-33.
<https://doi.org/10.30944/201117582.733>

COLECISTECTOMIA SEGURA. ¿QUÉ ES Y CÓMO SE HACE? ARTÍCULO DE REVISIÓN Fecha de recibido: 24/06/2020 - Fecha de aceptación: 13/09/2020 - Fecha de publicación en línea: 11/02/2021 Correspondencia: Alfredo Chama Naranjo, Anillo Periférico 4091, Fuentes del Pedregal, Tlalpan, 14140, Ciudad de México, México. Teléfono: +52 5581 007189. Correo electrónico: alfredchamaa@gmail.com Citar como: Chama-Naranjo A, Farrell RJ, Cuevas VJ. Colecistectomía segura: ¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33. <https://doi.org/10.30944/201117582.733> Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/deed.es> Colecistectomía segura: ¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? Safe cholecystectomy: What is it and how to do it? How do we do it? Alfredo Chama-Naranjo¹, Jorge Farrell R², Víctor José Cuevas O³ 1 Médico, residente de Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de México; Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, Ciudad de México, México. 2 Médico, especialista en Cirugía General, encargado del departamento de Cirugía General; profesor titular, Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de México; Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, Ciudad de México, México. 3 Médico especialista en Cirugía General, adscrito del departamento de Cirugía General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, Ciudad de México, México.

RESUMEN La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos más realizados a nivel mundial. La técnica laparoscópica se considera el estándar de oro para la resolución de la patología de la vesícula biliar secundaria a litiasis, y aunque es un procedimiento seguro, no se encuentra exenta de complicaciones. La complicación más grave es la lesión de la vía biliar, que, aunque es poco frecuente, con una incidencia de 0,2 a 0,4%, conduce a una disminución en la calidad de vida y contribuye a un aumento en la morbi-mortalidad. El objetivo de este artículo es reportar nuestra técnica quirúrgica, enfatizando los principios del programa de cultura para una colecistectomía segura, propuesta y descrita por the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), para minimizar los riesgos y obtener un resultado quirúrgico satisfactorio.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica; procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos; conducto colédoco; visión crítica de seguridad; seguridad del paciente; complicaciones intraoperatorias.

INTRODUCCIÓN La enfermedad por cálculos biliares es muy frecuente a nivel mundial. Afecta a la población del continente americano con una prevalencia que oscila entre un 11 y un 35 %; en Estados Unidos se ha descrito una prevalencia de 10 a 15 %, con una frecuencia de 750.000 colecistectomías al año¹, mientras México presenta una prevalencia de 14,3 %, una distribución más alta que en otros países desarrollados². Es una de las principales causas de consulta en cirugía general y se considera la enfermedad quirúrgica más prevalente en México, con 69 mil intervenciones al año^{3,4}. Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica (CL) por Lagenbuch en los años 80's, la CL ofrece ventajas en comparación con la colecistectomía abierta, debido a que presenta una mejor visibilidad quirúrgica, disminución del dolor postquirúrgico y mejor control con analgésicos de uso común, lo que se traduce en una menor estancia hospitalaria y una recuperación más temprana por parte del paciente, además de un mejor resultado estético, por lo que fue considerada como el estándar de oro en el consenso de Bethesda en 1992^{5,6}. Aunque la CL se considera un procedimiento seguro, no está exenta de complicaciones, de las cuales las más frecuentes son sangrado, seroma, biloma, fuga biliar e infección del sitio operatorio, que causan un 7 % de morbilidad, con una tasa de mortalidad de 1,2 %⁷. La complicación más compleja es la lesión de la vía biliar (LVB), con una incidencia de 0,2 a 0,4 %⁸, que generalmente se debe a una identificación errónea de las estructuras anatómicas principales y se asocia con una serie de eventos que disminuyen la calidad de vida de los pacientes, con la necesidad de intervenciones y procedimientos adicionales, que contribuyen al aumento en la mortalidad y costos en salud^{9 y 10}. Se han propuesto varios métodos para realizar una colecistectomía segura. La visión crítica de seguridad, adoptada por Steven Strassberg desde 1995, ha sido una herramienta útil para la correcta identificación de las estructuras anatómicas¹¹. The Society of Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) en el año de 2014, con el objetivo de mejorar la seguridad de la CL y reducir la tasa de lesiones biliares, formó la cultura de colecistectomía segura en torno a este procedimiento¹². El principal objetivo de este artículo es transmitir cómo el servicio quirúrgico en nuestro hospital practica la colecistectomía laparoscópica segura. Preparación preoperatoria El American Collage of Surgeons (ACS) promueve un programa de calidad para cirugías electivas, en hospitales y clínicas, para optimizar la salud de los pacientes previo a la cirugía. STRONG for SURGERY es un programa que permite integrar una lista de verificación en la fase preoperatoria para identificar factores de riesgo que pueden conducir a complicaciones postoperatorias. El propósito es proporcionar intervenciones apropiadas para garantizar

un resultado exitoso posterior a la cirugía. La lista de verificación se integra por 8 áreas que son determinantes para los resultados de la cirugía¹³: 1) Nutrición, 2) Control glicémico, 3) Manejo de medicamentos, 4) Suspensión del tabaco, 5) Manejo seguro y efectivo del dolor postquirúrgico, 6) Medidas anti-delirium, 7) Rehabilitación, 8) Educación para el paciente. 326 Chama-Naranjo A, Farrell R J, Cuevas VJ Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33 En nuestra institución los pacientes se presentan en consulta externa para valoración preoperatoria y programación quirúrgica, con estudios de biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea con pruebas de función hepática y ecografía hepatobiliar. Se evalúa el riesgo de coledocolitiasis según los criterios de ASGE¹⁴. Recomendamos el uso de antibiótico profiláctico para prevenir infecciones postoperatorias, además del uso de medidas antitromboembólicas^{15,16}. La inserción de sonda nasogástrica intraoperatoria no se recomienda de rutina, excepto en los casos de distensión gástrica, para mejor la identificación del campo quirúrgico¹⁷. La sonda Foley no se usa de forma rutinaria.¹⁸ Si alguna de las sondas es utilizada durante el preoperatorio, se recomienda su retiro antes del término de la cirugía, debido a que favorece una recuperación más rápida para el paciente. En el escenario de una colecistectomía difícil, previo a la cirugía el cirujano debe considerar diversas opciones para optimizar el resultado. Se conocen varios factores predictores de colecistectomía difícil, como son género masculino, edad mayor a 70 años, obesidad, antecedente de diabetes mellitus, colecistitis aguda, cirugía abdominal previa y el **factor cirujano**. Otros predictores menos importantes son historia prolongada de enfermedad vesicular (más de un año del diagnóstico), leucocitosis y signos sistémicos de sepsis. Con la ayuda de la ecografía, otros factores predictores son engrosamiento de la pared vesicular (más de 4 mm), líquido perivesicular, vesícula calcificada o escleroatrófica, cálculos grandes o impactados en la bolsa de Hartmann y dilatación de la vía biliar. Otras situaciones que pueden condicionar a una colecistectomía difícil son un hígado grande, alteraciones anatómicas, cirrosis hepática, presencia de fístulas colecisto-intestinales y cáncer de vesícula biliar¹⁹.

TÉCNICA QUIRÚRGICA Acceso abdominal y colocación de puertos El paciente se coloca en posición supina con el brazo izquierdo plegado, para facilitar la colangiografía transoperatoria (CTO) en caso de ser necesario durante el procedimiento. El cirujano se ubica a la izquierda del paciente y el primer asistente a la derecha, para acceder a la cavidad abdominal y realizar el neumoperitoneo (figura 1).

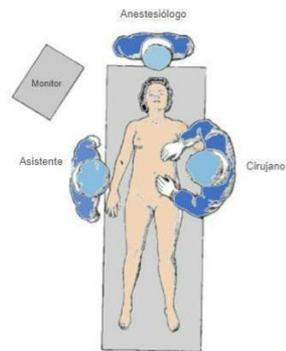


Figura 1. Posición del paciente para colecistectomía laparoscópica.

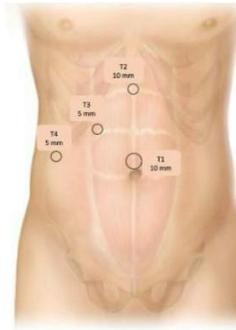


Figura 2. Posición de los trocares para colecistectomía laparoscópica.

El acceso al abdomen para colocar el primer puerto de trabajo de 10 mm (T1) puede lograrse por medio de una técnica abierta o cerrada. En pacientes que presentan cicatrices sobre la línea media o periumbilicales se debe optar por un acceso alternativo, con una aguja de Veress en el cuadrante superior izquierdo (punto de Palmer) o mediante una incisión epigástrica abierta²⁰. En los pacientes con obesidad, se puede obtener acceso por técnica cerrada con aguja de Veress, justo a la derecha de la línea media, 15 cm por debajo de la apófisis xifoides, debido a que el ombligo es desplazado hacia abajo en estos pacientes, y se debe de optar por el acceso más familiarizado por parte del cirujano. Figura 1. Posición del paciente para colecistectomía laparoscópica. Cirujano Asistente Anestesiólogo Monitor 327 Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33 Colecistectomía laparoscópica segura Después de la creación del neumoperitoneo y la laparoscopia diagnóstica, se procede a colocar el segundo puerto de trabajo de 10 mm (T2), 2 cm por debajo de la apófisis xifoides y en el borde derecho del ligamento falciforme. Dos puertos de trabajo de 5 mm son colocados en la línea clavicular media subcostal derecha (T3) y la posición subcostal lateral derecha (T4). Previo a la colocación de los trocares, sugerimos la infiltración con ropivacaína al 0,75 %, 5 mililitros en cada puerto de trabajo, para disminuir el dolor postoperatorio²¹. Los trócares de trabajo que utiliza el cirujano son T2 y T3 (figura 2).

PROCEDIMIENTO: Paso 1. Disección del triángulo hepatocístico. Una vez que se han reconocido las estructuras anatómicas, la vesícula biliar (VB) se eleva y retrae sobre el hígado, mediante tracción del fondo en sentido cefálico, con una pinza a través del puerto T4. La tracción lateral del cuello o el infundíbulo de la VB se aplica con la ayuda de otra pinza, a través del puerto T3. El ayudante quirúrgico generalmente mantiene una tensión constante en T4. Recomendamos como primer paso la búsqueda del surco de Rouviere, ya sea en forma de cicatriz, hendidura o surco, para iniciar la disección por arriba de este surco, evitando cualquier disección por debajo de este punto de referencia, para eliminar cualquier peligro de LVB ²² (figura 3).



Figura 4. Visión crítica de seguridad. 1) El triángulo hepatocístico se ha diseccionado sin grasa ni tejido fibroso, no se muen conducto biliar principal. 2) La base de la vesícula biliar se ha diseccionado en su tercio inferior exponiendo la placa cística. Dos y solo dos estructuras ingresan a la vesícula biliar y pueden verse circunferencialmente.

La mano del cirujano, a través de T3, puede manipular el cuello de la VB para exponer la cara anterior (medial) y posterior (lateral), según sea necesario. Si la VB se encuentra a tensión, se recomienda descomprimirla con un dispositivo de aspiración con aguja, para evitar perforaciones con derrames de bilis y cálculos biliares. Si hay adherencias, se eliminan con tracción o con corte frío, evitando el uso de energía cerca del duodeno y de la vía biliar principal. La disección comienza incidiendo el peritoneo visceral, a lo largo del borde de la VB en ambos lados (anterior y posterior), para abrir el peritoneo que recubre el triángulo hepatocístico. Esto debe llevarse hacia arriba a lo largo de la VB, y hacia el fondo vesicular, en su interfaz con el hígado. Se necesita una combinación de disección roma y uso cauteloso de electrocauterio (20 W), con el objetivo de limpiar el triángulo de tejido graso y fibroso, a consideración del cirujano. Figura 2. Posición de los trocares para colecistectomía laparoscópica Figura 3. Surco de Rouviere. Punto de referencia para iniciar la disección en la colecistectomía laparoscópica. 328 Chama-Naranjo A, Farell R J, Cuevas VJ Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33 **Paso 2. Visión crítica de seguridad.** La visión crítica de seguridad requiere que se cumplan tres criterios: 1) El triángulo hepatocístico (formado por el conducto cístico, el conducto hepático común y el borde inferior del hígado) debe estar limpio de todo el tejido graso y fibroso. El conducto biliar común y el conducto hepático común se buscan, pero no se exponen para su disección. 2) El tercio inferior de la VB se separa hasta en un 30 % del hígado, para exponer la placa cística. La placa cística se define como el lecho hepático adherido a la VB y representa la fosa de la VB. 3) Deben observarse dos, y solo dos estructuras que ingresen a la VB, que representan el conducto y la arteria císticos, en una vista anterior y posterior⁹. Una vez establecida esta visión, recomendamos una pausa y una confirmación entre el cirujano y el ayudante quirúrgico, antes de cortar cualquier estructura (figura 4). En esta pausa, la identificación de la anatomía aberrante es crítica,

una comprensión profunda y una apreciación de la anatomía aberrante es importante para minimizar el riesgo de una LVB. Una consideración común es asegurar que la arteria hepática derecha no se confunda con la arteria cística o la rama accesoria posterior en el área de la placa cística. En este punto se puede considerar el uso de CTO, en caso de ser necesario. **Paso 3.** La arteria cística se secciona y se divide. En nuestra institución, para minimizar los costos, para la arteria cística se utiliza una engrapadora reutilizable con grapas de 8 mm, utilizando dos grapas en el lado proximal y una grapa en el lado distal (pieza quirúrgica), con un espacio que permita el corte entre ambos. Las tijeras laparoscópicas se usan para cortar la arteria. Se debe tener cuidado durante este proceso para no desplazar las grapas proximales. Nuestro equipo quirúrgico deja una pequeña banda de tejido más allá del borde de las grapas, para evitar el desplazamiento accidental durante la manipulación del conducto cístico. Si se planea la CTO, se coloca una grapa en el cuello de la VB, en el extremo superior de la unión del conducto cístico con la VB; esta división de la grapa puede garantizar que la muestra distal se desaloje. **Paso 4. Colangiografía transoperatoria (CTO) y división del conducto cístico.** Es nuestra práctica quirúrgica no realizamos de forma rutinaria la CTO. Generalmente, la CTO se realiza de forma selectiva y las indicaciones son la sospecha de cálculos en la vía biliar (por alteración de las pruebas de función hepática o antecedente de pancreatitis de origen biliar), un colédoco o conducto biliar común dilatado (más de 6 mm), la duda en la anatomía o preocupación por lesión de la vía biliar, y el antecedente de baipás gástrico en Y de Roux, que impide la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) posterior²³. Para realizar una CTO se coloca una sola grapa en la unión del conducto cístico y el infundíbulo de la VB. El conducto cístico se incide parcialmente con tijera laparoscópica y se procede a dilatar las válvulas espirales de Heister del conducto cístico Figura 4. Visión crítica de seguridad. 1) El triángulo hepatocístico se ha diseccionado sin grasa ni tejido fibroso, no se muestra el conducto biliar principal. 2) La base de la vesícula biliar se ha diseccionado en su tercio inferior exponiendo la placa cística. 3) Dos y solo dos estructuras ingresan a la vesícula biliar y pueden verse circunferencialmente. 329 Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33 Colecistectomía laparoscópica segura con el disector laparoscópico. Luego se inserta una sonda 4 French en el conducto cístico, usando una pinza con clamp para asegurar el catéter. Para realizar la CTO, las capturas de imagen se hacen en un solo punto, ajustando la posición del arco en C de modo que el árbol biliar y el duodeno se puedan visualizar en el centro del marco. Nosotros utilizamos dos jeringas de 20 ml, una contiene solución salina y la otra una mezcla 50-50 de solución salina y medio de contraste yodado, conectados a través de una llave de tres vías para aplicarlo. Inicialmente se aplica solución salina en el conducto cístico y luego la mezcla con medio de contraste, para visualizar con fluoroscopia. Se debe observar el llenado retrógrado del conducto hepático común, así como de las ramas derecha e izquierda en el hígado, y el contraste debe fluir libremente hacia el duodeno, asegurando una vía biliar sin defecto de llenado. Si se encuentra dificultad con el llenado retrógrado del conducto, se debe colocar al paciente en Trendelenburg y comprimir suavemente el conducto distal con una pinza. Si se visualiza un cálculo en el conducto biliar, se debe tomar la decisión de intentar una exploración transcística del conducto biliar común, una coledocotomía laparoscópica o una derivación para después llevar a CPRE postoperatoria, de acuerdo con la experiencia y preferencia del cirujano y con los recursos disponibles de la institución. Una vez que se obtiene una colangiografía libre de defectos de llenado, se retira la sonda, se colocan las grapas, se corta y divide el conducto cístico. Si no se realiza CTO, en el conducto cístico se aplican tres grapas, dos en el lado proximal y una en el lado de la pieza quirúrgica, y con la ayuda de la tijera laparoscópica se realiza la división de la estructura. Cuando el conducto cístico se encuentre dilatado o engrosado, recomendamos usar una sutura

absorbible (2-0), para realizar un nudo extracorpóreo, o utilizar un endoloop, para asegurar el conducto en el lado proximal. **Paso 5. Separación de la vesícula biliar del lecho hepático.** Después de dividir el conducto cístico, se realiza una disección retrógrada de la VB del lecho hepático. En nuestro centro, generalmente utilizamos un dispositivo de energía monopolar con un gancho en forma de L (hook) para disecar la vesícula biliar del hígado. Debe de mantenerse en el plano entre la vesícula biliar y el lecho hepático para evitar la perforación de la VB y riesgo de bilis o litos en la cavidad abdominal. El derrame de bilis y cálculos no debería tener consecuencias adversas, siempre que se eliminen del campo. La entrada al lecho hepático puede provocar sangrado o fuga de bilis desde un conducto superficial subhepático. La adecuada manipulación de la VB, para mantener una tracción moviendo el cuello de la VB hacia adelante y hacia atrás, optimiza la visualización y ayuda a mantener la tensión en la línea de disección, lo que facilita este paso en la cirugía. En el contexto de una VB difícil por colecistitis aguda, el uso de un dispositivo de energía avanzado, como un coagulador ultrasónico, ayuda a mantener una mejor hemostasia y producir menos humo, lo que hace que la disección sea más fácil y eficiente. Después de dividir la VB de la placa, se debe de realizar la hemostasia necesaria para prevenir riesgo de sangrado. El lecho hepático se irriga y cualquier componente de sangre, bilis o litos se deben de retirar. En caso de colecistitis aguda, la VB se coloca dentro de una bolsa de pieza quirúrgica y se retira por el puerto de 10 mm, para disminuir el riesgo de infección del sitio operatorio. En casos selectivos, la bolsa de pieza quirúrgica puede no ser necesaria, y no hay evidencia que justifique su uso de forma rutinaria²⁴. **Paso 6. Extracción de pieza quirúrgica y retiro de puertos.** En nuestra institución, con fines de disminuir costos de material, se puede utilizar un guante estéril número 8 confeccionado en el extremo distal con una sutura anudada para la extracción de la pieza quirúrgica (figura 5). Una vez que la pieza quirúrgica está en la bolsa, se debe extraer por el puerto de 10 mm, ya sea en el ombligo o en la región epigástrica (T1 o T2). En algunas ocasiones es necesario extender la incisión de la piel y la apertura de la fascia, especialmente si hay múltiples cálculos, un cálculo grande o una VB engrosada. Después de retirar la muestra, se verifica hemostasia del lecho quirúrgico y se considera la necesidad de colocar un drenaje, solo ante sospecha de fuga biliar. Los puertos se ventilan para eliminar el gas CO₂ residual. **La fascia en el sitio de los puertos de 10 mm debe cerrarse con una sutura absorbible (0) o una sutura similar, para prevenir una hernia postincisional²⁵. La piel se cierra con una sutura subcuticular de monofilamento absorbible.**

POSTOPERATORIO Durante este periodo generalmente se maneja al paciente con analgésicos intravenosos a demanda del paciente y se recomienda continuar con Paracetamol o antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ²¹. Consideramos la escala simplificada de Apfel para administrar antieméticos²⁶. Se reinicia la vía oral tan rápido como sea tolerada por el paciente y la estancia hospitalaria generalmente es de 2,4 días²⁷. La administración de analgésicos se continua vía oral durante 3 a 4 días posterior a la cirugía²⁸. Se hace el seguimiento por consulta externa en 10 días para valorar la evolución del postquirúrgico y posible alta médica. Colecistectomía segura La CL es el estándar de oro para la patología de vesícula biliar secundario a litiasis, debido a los beneficios que presentan los pacientes²⁹. Sin embargo, desde la introducción de la laparoscopia, la LVB se incrementó, ocurriendo en 3 de cada 1000 procedimientos³⁰. Desde 1990, SAGES ha aplicado pautas para realizar una colecistectomía segura, que se actualizan periódicamente. En el consenso de Delphi en 2015, SAGES publicó las siguientes estrategias como parte del programa de cultura para colecistectomía segura y minimizar el riesgo de LVB³¹: 1. Establecer la identificación

de la visión crítica de seguridad: La VCS puede ser comprobada usando una doble visión, anterior y posterior, de las estructuras (figura 6). 2. Comprender la anatomía aberrante potencial en todos los casos. 3. Tener presente el uso de colangiografía o cualquier otro método de imagen para valorar la vía biliar en el transoperatorio. Los estudios han demostrado que el uso de CTO disminuye la incidencia de LVB32. 4. Realizar un “tiempo de espera” durante el procedimiento, previo a cortar o seccionar cualquier estructura ductal, para confirmar que se ha logrado una VCS con doble visión y descartado anatomía aberrante. 5. Reconocer cuando la disección se encuentra en una zona de riesgo y terminar el procedimiento con un método seguro: El criterio del cirujano es indispensable cuando no se obtiene una exposición adecuada de la VCS, Figura 6. Doble visión para establecer la visión crítica de seguridad. A) Vista anterior B) Vista posterior. Flecha verde: Conducto cístico. Flecha roja: Arteria cística Figura 5. Guante estéril número 8, confeccionado para la extracción de la pieza quirúrgica. 331 Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33

Colecistectomía laparoscópica segura se presenta sagrado, extensa fibrosis o inflamación. Se debe considerar la colecistectomía subtotal (CST) o la conversión de la cirugía abierta, basado en la experiencia del cirujano. 6. Tener presente la necesidad de pedir ayuda a otro cirujano en caso de presentar dificultad. El consejo de un segundo cirujano es muy útil cuando las condiciones de la disección se complican, la anatomía no se encuentra clara o en condiciones difíciles consideradas por el cirujano¹². Colecistectomía difícil El término de colecistectomía difícil hace referencia a la extracción quirúrgica de la vesícula biliar, cuando existen algunas condiciones asociadas del mismo órgano, que no permiten una disección fácil, rápida y cómoda de la vesícula biliar, lo que se traduce en prolongación del tiempo quirúrgico y aumento en el riesgo de complicaciones para el paciente³³. Dentro de los elementos que se toman en cuenta para la definición de colecistectomía difícil están utilizar más de dos intentos con aguja de Veress o algún otro método alternativo, como la técnica abierta, disección de adherencias con uso de electrocauterio, necesidad de instrumentos especiales para el manejo de la vesícula biliar, más de 20 minutos de disección para identificar el triángulo de Calot, disección del lecho hepático que requiere más de 20 minutos o perforación de la vesícula biliar. Otras dificultades que definen una colecistectomía difícil incluyen aumentar la incisión inicial de la piel durante la extracción de la vesícula biliar o que ocurra derrame de cálculos o bilis hacia la cavidad abdominal, el tiempo de extracción mayor a 60 minutos desde la inserción de la aguja de Veress y la presencia de variantes anatómicas o la falla en la identificación de estructuras, que requiere algún otro método de salvamento para finalizar la cirugía¹⁹. En estas circunstancias, cuando durante una colecistectomía no puede visualizarse el triángulo de Calot, se debe optar por un procedimiento de salida, de los cuales se han descrito dos vías alternas para el término de la cirugía, lo que se ha añadido como “punto de inflexión”.ó Estas son la colecistectomía subtotal (CST) “fenestrada” y “reconstructiva” ³⁴. En casos especiales, como cuando durante el procedimiento quirúrgico se encuentra fibrosis del cístico, lito impactado en el cístico o sangrado, o cuando es técnicamente insegura, no se puede llevar a cabo la colecistectomía total. Nosotros sugerimos realizar un procedimiento de Estes³⁵, el cual consiste en dividir la vesícula biliar desde el fondo hasta la bolsa, a un cm del conducto cístico, ligando este último conducto. Se intenta obtener el efecto de una colecistectomía completa. Se retiran los litos, dejando la vesícula abierta en toda su extensión y una porción de vesícula biliar unida al hígado, y posteriormente se colocan drenajes. La CST reconstructiva deja un remanente de vesícula biliar, creando una neovesícula. Tiene riesgo de fuga biliar y de presentar recurrencia de colelitiasis sintomática. En casos de mayor riesgo de sangrado, como en pacientes con cirrosis o coagulopatías, se recomienda no quitar la pared posterior de la vesícula para disminuir la probabilidad de sangrado y acortar el tiempo quirúrgico³⁶. En la CST

fenestrada se cierra el conducto cístico por medio de una sutura absorbible (2-0). Al reseca la mayor parte de vesícula biliar, no suele estar asociada con recurrencia de colelitiasis, sin embargo, presenta mayor riesgo de fuga biliar. Si después de 7 días persiste la fuga biliar, generalmente se considera necesario el apoyo terapéutico con el servicio de endoscopia, para realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el tratamiento de la complicación. Las fugas biliares con CST se presentan con una incidencia de alrededor de un 20 %, mientras en nuestro centro se ha reportado una incidencia de fuga biliar para la CST fenestrada y reconstructiva de un 2,2 %. El riesgo para los pacientes con CST es la necesidad de intervenciones secundarias en casi el 40 % de los casos³⁷. Estas intervenciones incluyen CPRE, drenajes percutáneos o realizar colecistectomía completa. La CST laparoscópica requiere de habilidades laparoscópicas avanzadas para un tratamiento exitoso³⁸. 332 Chama-Naranjo A, Farell R J, Cuevas VJ Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33

Conclusión La colecistectomía es un procedimiento frecuente para el cirujano general, por lo que es fundamental que todo médico residente de cirugía general tenga una formación óptima y especializada para el manejo de los distintos escenarios con los que se presentan las enfermedades de la vesícula biliar, con la finalidad de resolver de forma segura la patología que aqueja a los pacientes. Cumplimiento de normas éticas Consentimiento informado. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. También declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes, por lo tanto, no se requiere diligenciamiento de consentimiento informado. Se han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes. Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Fuentes de financiación: Este estudio se realizó con recursos de los autores. Contribución de los autores: - Concepción y diseño del estudio: Alfredo Chama- Naranjo y Víctor José Cuevas-Osorio. - Adquisición, análisis e interpretación de datos: Alfredo Chama-Naranjo. - Redacción del manuscrito: Alfredo Chama-Naranjo y Jorge Farell-Rivas. - Revisión crítica: Alfredo Chama-Naranjo, Jorge Farell-Rivas y Víctor José Cuevas-Osorio. Referencias 1. Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States Part III: Liver, biliary tract, and pancreas. *Gastroenterology*. 2009;136:1134-44. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.02.038> 2. Granados-Romero JJ, Cabal-Jiménez KE, Martínez-Carballo G, Nieva-Kehoe R, Londaiz-Gómez R. Colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel. *Cir Cir*. 2001;69:271-5. 3. Osuna-Rubio J, Hermosillo-Sandoval JM, López-Guillén G, Maciel-Miranda A, Fuentes-Orozco C, Álvarez-Villaseñor AS, et al. Efecto del tamaño de la incisión en la gravedad de la lesión de la vía biliar iatrogénica posterior a colecistectomía abierta. *Gac Med Mex*. 2008;144:213-8. 4. CENETEC. Guía de referencia rápida: Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis. Guía de práctica clínica. México; 2011. Fecha de consulta: 02-04-2020. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/237_IMSS_09_Colecistitis_Colelitiasis/GRR_IMSS_237_09.pdf 5. Majumder A, Altieri MS, Brunt LM, How do I do it: laparoscopic cholecystectomy. *Ann Laparosc Endosc Surg*. 2020;5:15 <https://doi.org/10.21037/ales.2020.02.06> 6. Novitsky YW, Kercher KW, Czerniach DR, Kaban GK, Khera S, Gallagher-Dorval KA, et al. Advantages of mini-laparoscopic vs conventional laparoscopic cholecystectomy. Results of a prospective randomized trial. *Arch Surg*. 2005;140:1178-83. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.12.1178> 7. Harris HW. Biliary system. In: Norton J, Barie PS, Bollinger RR, Chang AE, Lowry S, Mulvihill SJ, et al. (eds.). *Surgery. Basic science and clinical evidence*. 2nd edition. Springer: New York; 2008. P. 911-42. 8. Pucher PH, Brunt LM, Davies N, Linsk A, Munshi A, Rodriguez HA, et al. Outcome trends and safety measures after 30 years of laparoscopic

cholecystectomy: a systematic review and pooled data analysis. *Surg Endosc.* 2018;32:2175-83 <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5974-2> 9. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg.* 1995;180:101-25. 10. Kern KA. Malpractice litigation involving laparoscopic cholecystectomy: Cost, cause, and consequences. *Arch Surg.* 1997;132:392-8. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1997.01430280066009> 11. Strasberg SM, Brunt LM. Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg.* 2010;211:132-8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.053> 12. Gómez D, Hernández JD, Caycedo N, Larios GL, Quintero DC. Colectistomía total en colecistitis complicada: ¿es una conducta segura? *Rev Colomb Cir.* 2019;34:29-36. <https://doi.org/10.30944/20117582.95> 13. American College of Surgeons. Strong for surgery. Fecha de consulta: 12-03-2020. Disponible en: <https://www.facs.org/qualityprograms/strong-for-surgery> 14. ASGE Standards of Practice Committee, Buxbaum JL, Fehmi SMA, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ, Cortessis VK, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.* 2019;89:1075-1105.e15. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.001> 15. Matsui Y, Satoi S, Kaibori M, Toyokawa H, Yanagimoto H, Matsui K, et al. Antibiotic prophylaxis in laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2014;9:e106702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106702> 333 *Rev Colomb Cir.* 2021;36:324-33

Colectistomía laparoscópica segura 16. Lindberg F, Bjorck M, Rasmussen I, Bergqvist D. Current use of thromboembolism prophylaxis for laparoscopic cholecystectomy patients in Sweden. *Surg Endosc.* 2005;19:386-8. <https://doi.org/10.1007/s00464-004-9095-3> 17. Mehrotra S, Patnaik PK. Nasogastric decompression in cholecystectomy, is it necessary? *Med J Armed Forces India.* 2000;56:17-20. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(17\)30082-5](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(17)30082-5) 18. Hata T, Noda T, Shimizu J, Hatano H, Dono K. Omitting perioperative urinary catheterization in laparoscopic cholecystectomy: a single institution experience. *Surg Today.* 2017;47:928-33. <https://doi.org/10.1007/s00595-016-1454-x> 19. Gupta AK, Shiwach N, Gupta S, Gupta S, Goel A, Bhagat TS. Predicting difficult laparoscopic cholecystectomy. *Int Surg J.* 2018;5:1094-109. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20180837> 20. Becker OM, Azevedo JL, Azevedo OC, Mendes-Hypólito OH, Miyahira SA, Soares-Miguel GP, et al. Veress needle insertion into the left hypochondrium for creation of pneumoperitoneum: diagnostic value of test to determine the position of the needle in unselected patients. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011;38:28-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912011000100006> 21. Barazanchi AWH, MacFater WS, Rahiri JL, Tutone S, Hill AG, Joshi GP, on behalf of the PROSPECT collaboration. Evidence-based management of pain after laparoscopic cholecystectomy: a PROSPECT review update. *Br J Anaesth.* 2018;121:787e803. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.06.023> 22. Singh M, Prasad N. The anatomy of Rouviere's sulcus as seen during laparoscopic cholecystectomy: A proposed classification. *J Minim Access Surg.* 2017;13:89-95. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.201731> 23. Thacoor A, Pike TW, Pathak S, Dixon J, Macutkiewicz C, Smith AM. The role of intraoperative cholangiography in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis: is magnetic resonance cholangiopancreatography needed? *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101:428-31. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2019.0049> 24. La Regina D, Mongelli F, Cafarotti S, Saporito A, Ceppi M, Di Giuseppe M, et al. Use of retrieval bag in the prevention of wound infection in elective laparoscopic cholecystectomy: is it evidence-based? A meta-analysis. *BMC Surg.* 2018;18:102. <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0442-z> 25.

Bunting DM. Port-site hernia following laparoscopic cholecystectomy. *JLS*. 2010;14:490-7. <https://doi.org/10.4293/108680810X12924466007728> 26. Gan TJ, Meyer T, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, Habib AS, et al. Society for ambulatory anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2007;105:1615-28. 27. Siada SS, Schaetzel SS, Chen AK, Hoang HD, Wilder FG, Dirks RC, et al. Day versus night laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a comparison of outcomes and cost. *Am J Surg*. 2017;214:1024-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.08.027> 28. Bisgaard T, Wartier DC. Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy: a critical assessment of the evidence. *Anesthesiology*. 2006;104:835-46. <https://doi.org/10.1097/0000542-200604000-00030> 29. Cano-Zepeda NI, De Gante-Aguilar JM. Cultura de seguridad, estrategia para prevenir la disrupción de la vía biliar. *Cir Gen*. 2018;40:179-83. 30. Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006:CD006231. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006231> 31. Buddingh KT, Weersma RK, Savenije RAJ, van Dam GM, Nieuwenhuijs VB. Lower rate of major bile duct injury and increased intraoperative management of common bile duct stones after implementation of routine intraoperative cholangiography. *J Am Coll Surg*. 2011;213:267-74. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.03.004> 32. Traverso LW. Intraoperative cholangiography lowers the risk of bile duct injury during cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2006;20:1659-61. <https://doi.org/10.1007/s00464-006-0122-4> 33. Alvarez LF, Rivera D, Esmeral ME, García MC, Toro DF, Rojas OL. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. *Rev Colomb Cir*. 2013;28:186-95. 34. Strasberg SM. A three-step conceptual roadmap for avoiding bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy: an invited perspective review. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2019;26:123-7. <https://doi.org/10.1002/jhbp.616> 35. Estes WL. Acute gangrenous cholecystitis and the use of partial cholecystectomy in its treatment. *Am J Surg*. 1939;40:197-204. 36. Shin M, Choi N, Yoo Y, Kim Y, Kim S, Mun S. Clinical outcomes of subtotal cholecystectomy performed for difficult cholecystectomy. *Ann Surg Treat Res*. 2016;91:226-32. <https://doi.org/10.4174/astr.2016.91.5.226> 37. Lidsky ME, Speicher PJ, Ezekian B, Holt EW, Nussbaum DP, Castleberry AW, et al. Subtotal cholecystectomy for the hostile gallbladder: failure to control the cystic duct results in significant morbidity. *HPB*. 2017;19:547–56. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2017.02.441> 38. Strasberg SM, Pucci MJ, Brunt LM, Deziel DJ. Subtotal cholecystectomy-“fenestrating” vs “reconstituting”ó subtypes and the prevention of bile duct injury: definition of the optimal procedure in difficult operative conditions. *J Am Coll Surg*. 2016;222:89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.09.019>.

5.- COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA

Complicaciones de la cirugía laparoscópica F. Delgado Gomis*, F. Blanes Masson**, S. Gómez Abril***, J. Richart Aznar**** y R. Trullenque Juan***** *Jefe de Servicio. Profesor asociado. **Jefe de Sección. Profesor asociado. ***Médico residente. ****Médico especialista. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Resumen e Introducción. La gran difusión de la cirugía laparoscópica y la adaptación de los cirujanos a la misma ha supuesto la aparición de nuevas complicaciones que deben

ser perfectamente conocidas para poder evitar en lo posible las causas que las desencadenan. **Objetivos.** En el presente trabajo se pretende analizar las complicaciones que pueden darse en la cirugía laparoscópica, tanto las inherentes a la técnica laparoscópica en sí como a las propias de cada una de las técnicas que son aplicadas para el tratamiento de las distintas afecciones. **Material y métodos.** Se realiza una revisión de la bibliografía a la vez que se revisa la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Peset desde la puesta en marcha de esta nueva forma de abordar los problemas quirúrgicos. **Resultados.** Se analizan los resultados obtenidos con las distintas técnicas empleadas en cirugía biliar, gastroesofágica, cólica, etc., haciendo hincapié en la manera de evitar las complicaciones propias de esta forma de aplicar la técnica quirúrgica. **Conclusiones.** La cirugía laparoscópica se encuentra en pleno desarrollo aunque aún son limitadas las indicaciones en las que se acepta de forma universal su utilización. Es necesario que las tasas de morbilidad sean iguales o inferiores a las de cirugía convencional para que los pacientes se beneficien de las ventajas que comporta esta cirugía menos agresiva. Palabras clave: Complicaciones. Cirugía laparoscópica. (Cir Esp 2001; 69: 330-336)

COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY Introduction. The extended use of laproscopic surgery and the adaptation of surgeons to this technique has entailed new complications that should be understood so as to avoid their causes in as much as possible. Objectives. The aim of the present study was to analyze complications which may occur in laproscopic surgery, those inherent to laproscopic technique itself as well as those associated with each of the techniques employed in the treatment of the different pathologies. Material and methods. A literature review was carried out as well as a review of the experience of the Surgery Unit at the Dr. Peset Hospital since the introduction of this new surgical approach. Results. An analysis was made of the results obtained with the different techniques employed in biliary surgery, gastroesophageal surgery, colon surgery, etc. Special emphasis was given to methods of avoiding those complications specific to this surgical technique. Conclusions. While laproscopic surgery is developing rapidly, there remain few indications in which its use is universally accepted. Morbidity rates must be equal to or less than those for conventional surgery for patients to fully benefit from this less aggressive surgery. Key words: Complications. Laparoscopic surgery. Correspondencia: Dr. F. Delgado Gomis. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Dr. Peset. Gaspar Aguilar, 90. 46017 Valencia.

cuentas que pueden aparecer en cada una de las técnicas específicas utilizadas para el tratamiento de las diferentes enfermedades, y que si bien no todas son consideradas todavía como la intervención patrón sí constituyen un bazo importante en el arsenal terapéutico de muchos grupos de trabajo. Complicaciones propias de la laparoscopia²⁻⁸ Derivadas de la introducción de la aguja de insuflación y de los trocares Lesión de los vasos de la pared abdominal. Esta complicación es relativamente frecuente, se produce fundamentalmente con la introducción de los trocares y en especial con aquellos que poseen aristas cortantes, que por otra parte tienen la ventaja de requerir una menor presión para su introducción en la cavidad abdominal que los de punta cónica, menos causantes de esta complicación. La solución de la misma suele ser la compresión de la pared, bien directamente con la vaina, bien con la introducción de la camisa fijadora de la vaina que posee un mayor diámetro. Es infrecuente que se tenga que ampliar la herida para realizar una hemostasia directa del vaso sangrante. Es aconsejable la transiluminación de la pared para visualizar los vasos de mayor calibre con el fin de evitar su lesión así como la punción en el trayecto teórico de la arteria epigástrica. En nuestra experiencia de más de 2.500 procedimientos laparoscópicos en tres ocasiones la lesión de estos vasos ha condicionado una reintervención en el postoperatorio inmediato por hemorragia, que en todos los casos se ha llevado a cabo por vía laparoscópica, y ha sido solucionada con

pequeñas ampliaciones de la herida correspondiente al punto de hemorragia. Lesión de grandes vasos. La aparición de esta temida complicación suele ser debida a lesiones sobre la bifurcación aórtica o la cava produciéndose un gran hematoma retroperitoneal que obliga a la laparotomía urgente. La incidencia de esta complicación es afortunadamente baja, cifrándose en 0,05% en las grandes series multicéntricas pero frecuentemente mortal, por ello la introducción de la aguja y del primer trocar debe hacerse con sumo cuidado y con maniobras suaves. En la laparotomía hay que comprobar la existencia de herida vascular en la cara posterior del vaso a la altura de la herida anterior, y suturarla en su caso. No tenemos complicaciones de este tipo en nuestra serie. Lesión de víscera hueca. Ésta puede ser en estómago, intestino delgado o colon. Puede producirse con mayor frecuencia cuando existe una cirugía previa abdominal, que implica la posible existencia de adherencias del tubo digestivo a la pared anterior, lo que aconseja la punción con la aguja de Veress lejos de la cicatriz laparotómica, en un cuadrante superior, normalmente el izquierdo o mejor, la colocación de un trocar de Hasson bajo visión directa. Esta lesión puede pasar desapercibida, lo que aumenta su gravedad al ser diagnosticada tardíamente. Nosotros hemos tenido un caso de lesión de este tipo, que se identificó y fue suturada por vía laparoscópica, en una paciente con laparotomía media y una lesión tardía de intestino delgado que drenó por el orificio umbilical, en una enferma sin cuadro adherencial, probablemente una lesión por bisturí eléctrico. Lesión de víscera maciza. Es infrecuente, se descubre una vez introducida la óptica y no suele revestir gravedad ya que suele tratarse de punciones superficiales del hígado, que paran espontáneamente de sangrar. Hernias de los orificios de los trocares. Complicación poco frecuente en los orificios de 5 y 10 mm en situación lateral, sobre todo si se han realizado de forma oblicua. Pueden aparecer si es necesaria la ampliación del orificio para la extracción de la pieza, sobre todo en la zona umbilical, por lo que aconsejamos la sutura de la aponeurosis de los trocares de la línea media. Hemos tenido cuatro eventraciones por trocares. En resumen, la utilización de trocares de un solo uso con dispositivo de seguridad que salta en cuanto cesa la resistencia que ofrecen los tejidos y el sumo cuidado en la punción con la aguja de Veress favorecen la disminución de todo este grupo de complicaciones. Derivadas del neumoperitoneo Insuflación del gas en la pared abdominal, mesenterio, epiplón o retroperitoneo. La insuflación del CO₂ en el epiplón, mesenterio o retroperitoneo produce un enfisema que no tiene mayor repercusión y que desaparece rápidamente. Cuando esta insuflación se produce en la pared abdominal causa un enfisema subcutáneo, que si bien no tiene trascendencia clínica sólo puede dificultar la consecución del neumoperitoneo. Es conveniente estar muy atentos a las presiones que marca el insuflador y que nos advierten de la incorrecta colocación de la aguja. Dolor en los hombros. Parece estar relacionado con la irritación de los diafragmas por el CO₂, y por la rápida insuflación del mismo en la cavidad abdominal; por ello se aconseja no utilizar flujos en la instauración del neumoperitoneo superiores al 1 o 1,5 l por minuto, y a ser posible no superar los 13 mmHg de presión. Este dolor es fácilmente combatible con analgésicos y desaparece en 48 h. Embolia gaseosa. Producida por la insuflación directa en un vaso venoso de gran calibre, o por la existencia de boquillas venosas producidas en las amplias disecciones, se trata de una grave complicación que se produce en uno de cada 65.000 procedimientos laparoscópicos y que obliga a una rápida descompresión de la cavidad abdominal seguida de las maniobras de recuperación cardiorrespiratorias. Neumotórax. Se presenta en un 4% de los pacientes a los que se les ha sometido a un procedimiento por vía laparoscópica. Su mecanismo de aparición no está claro, se invoca tanto al barotrauma de la insuflación del neumoperitoneo, como a posibles defectos diafragmáticos que posibilitan su establecimiento. En la gran mayoría de las ocasiones no precisan de terapéutica alguna. Problemas respiratorios. La

hipercapnia que tiene lugar durante la cirugía laparoscópica se debe a la suma de dos factores: el aumento del espacio muerto, debido a la existencia de alvéolos bien ventilados pero deficitariamente perfundidos y a la absorción del CO₂ a través del neumoperitoneo. La medición del CO₂ expirado (ETCO₂) será un buen método de control no invasivo. La saturación de O₂ no parece estar alterada por el neumoperitoneo; por otra parte, sólo se encuentra elevada la presión-pico (máxima presión producida en la vía aérea en cada ciclo respiratorio). Delgado Gomis et al. – Complicaciones de la cirugía laparoscópica 145 331 (ratorio). Asimismo, se produce una discreta acidosis metabólica, que se hace más evidente cuanto mayor es la repercusión hemodinámica. Repercusiones hemodinámicas. Al inicio de la insuflación se produce un aumento de la presión venosa central (PVC), de la presión arterial media y del débito cardíaco, pero una vez establecida la presión media de trabajo (12-14 mmHg) ésta es superior a la de la vena cava, con lo que la PVC disminuye al igual que el débito cardíaco. La hipoxia, la hipercapnia y la disminución del gasto cardíaco pueden constituir los factores más importantes en la aparición de trastornos del ritmo cardíaco. Un adecuado control de la ventilación ayuda a minimizar estos problemas. Complicaciones derivadas del uso del material quirúrgico laparoscópico La utilización de instrumental dentro de la cavidad abdominal debe realizarse siempre bajo visión de la ó

todo su recorrido desde su entrada en la cavidad. Las lesiones producidas por un incorrecto uso o movilización incontrolada del instrumental quirúrgico pueden pasar desapercibidas con lo que aumenta su gravedad. Comentario aparte merece la electrocoagulación, que se utiliza con el disector, la tijera o las pinzas de hemostasia. Su uso inadecuado puede producir lesiones térmicas en lugares no deseados (diafragma, tubo digestivo, vía biliar, etc.). Es importante comprobar la integridad del aislante en toda la longitud del instrumental para evitar lesiones de electrocoagulación fuera del campo visual de la óptica, y tener en el mínimo la potencia de corte del electrobisturó para evitar lesiones agudas. Complicaciones específicas de cada técnica Complicaciones en la cirugía de la litiasis biliar 9-19 Dentro de este apartado vamos a distinguir dos grupos de complicaciones. En primer lugar, las complicaciones más frecuentes que se producen durante el desarrollo de una colecistectomía y un segundo grupo, que recoge las de aquellas que se presentan en el transcurso de la cirugía de la litiasis de la vía biliar principal. Complicaciones de la colecistectomía – Lesión de la vía biliar principal. Es sin duda la complicación más grave que se puede presentar al realizar una colecistectomía. El mecanismo por el que se produce puede ser diverso, por lo que pasaremos a exponer las causas más frecuentes: 1. Clipaje y sección total o parcial del colédoco. Esta complicación tiene lugar al traccionar excesivamente del cístico angulando el colédoco y colocando el clip de forma que se secciona la vía biliar principal en lugar del cístico, extrayendo un segmento del colédoco con la vesícula. En ocasiones el clip afecta la unión cisticocolédocal ocluyendo parcialmente la luz del colédoco. Otras veces se confunde en la disección el cístico con el colédoco distal, clipando y seccionándolo en su totalidad. 2. Hemorragia en el triángulo de Calot. El intento de hemostasia de forma incontrolada, sin buena visualización del vaso sangrante y con la colocación de innumerables clips, puede traer como consecuencia la oclusión total o parcial de la vía biliar. 3. Lesión con el electrocauterio. Se pueden producir zonas de necrosis o retracciones que condicionen posteriormente una estenosis de la vía biliar. Estas complicaciones pueden presentarse como bilomas, fístulas, ictericia, peritonitis, etc., dependiendo de la lesión causada, y que haya pasado desapercibida en el acto operatorio. Las lesiones de la vía biliar principal han supuesto desde la aparición de la era laparoscópica la mayor de las preocupaciones de los diferentes autores, unos para desprestigiar la técnica y otros para intentar que las cifras de dichas lesiones no sobrepasaran las consideradas como patrón en las grandes series de la

cirugía laparotómica y que oscilan entre el 0,1 y el 0,5%. En las primeras series publicadas parece que estas cifras eran superiores, pero descienden a porcentajes comparables con la cirugía tradicional en cuanto aumenta la experiencia de los cirujanos. En nuestra experiencia con más de 1.800 colecistectomías, contabilizamos seis bilomas que han necesitado de drenaje percutáneo y dos lesiones de la vía biliar principal, diagnosticadas en el período operatorio y tratadas ambas con derivación biliodigestiva. En ambos casos el mecanismo de producción fue la excesiva tracción de la vesícula y el acodamiento del colédoco. Se realizaron en los 2 casos colangiografías peroperatorias que demostraron la sección del colédoco. Creemos que son varias las precauciones que tiene que tomar el cirujano para evitar las lesiones de la vía biliar. En primer lugar, hay que evitar la tracción hacia el diafragma y ejercerla lateralmente, con lo que el triángulo de Calot queda mejor expuesto. En segundo lugar, se deben identificar el cístico, la arteria y la vía biliar, con el fin de no clipar ninguna estructura que no haya sido reconocida. La realización de la colangiografía peroperatoria de forma sistemática, si bien no evita la lesión, sí ayuda a reconocerla y a poner remedio a la misma en el acto operatorio. – Hemorragia. Las dos causas más frecuentes de hemorragia en el transcurso de la colecistectomía laparoscópica son las lesiones de la arteria cística y el sangrado del lecho vesicular. Son complicaciones que suponen un importante trastorno en los comienzos, pero que son habitualmente superadas cuando el cirujano tiene experiencia. En ocasiones la hemorragia del lecho vesicular puede ser muy molesta, siendo el riesgo y la dificultad de hemostasia mayor en los pacientes cirróticos, por lo que recomendamos pegarse lo más posible a la pared de la vesícula aun a costa de producir pequeñas perforaciones de vesícula que no tienen mayor trascendencia, y que no obligan más que a un correcto lavado de los espacios subhepático y subfrénico. Cuando la hemorragia es “en sábana” también como en la cirugía abierta es útil el bisturí de argón con terminal en bola. En caso de lesión de la arteria cística, se debe realizar una hemostasia de la misma con una pinza de forma temporal, de modo que nos permita el aspirado de la sangre y la perfecta visualización del vaso que vamos a clipar. Cuando la hemorragia se produce en el período postoperatorio inmediato la indicación de revisión quirúrgica se impone, comenzando por la vía laparoscópica que nos permite el lavado-aspiración de coágulos y sangre de la cavidad abdominal, fiCIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Marzo 2001, Número 3 332 146 nalizando una vez comprobado que no existe hemorragia activa con la colocación de un tubo de drenaje de silicona multiperforado. – Cálculos olvidados. Con relativa frecuencia se perfora la vesícula y los cálculos caen a la cavidad peritoneal, lo que implica tener que retirar éstos bien con el aspirador en caso de que sean de pequeño tamaño o mediante

unas pinzas a través de las vainas de 10 mm, gesto que puede convertirse en complicado en caso de no visualizar fácilmente los cálculos. Por ello, en algunas ocasiones quedan en cavidad peritoneal cálculos que sólo de forma excepcional ocasionan problemas en forma de absceso. – Coleperitoneo. Hemos tenido 2 casos de coleperitoneo, uno diagnosticado en el tercer día del postoperatorio y otro diagnosticado más tardíamente tras una colecistectomía por colecistitis aguda; en ambos casos la evolución fue favorable. En el primer caso, el tratamiento fue la reintervención por vía laparoscópica, con lavado de cavidad, nuevas colangiografías transcísticas y tras comprobar la existencia de una fuga se drenó el espacio subhepático con un tubo siliconado, dejando la sonda utilizada para las colangiografías y extrayéndola por otra contravertura para la posterior comprobación de la vía biliar. El segundo caso se solucionó con drenaje percutáneo con control ecográfico, manteniéndose el débito de la fístula biliar durante 20 días. Complicaciones en la cirugía de la coledocolitiasis. El manejo por vía laparoscópica de la coledocolitiasis, al igual que en la cirugía laparotómica, implica una correcta exposición de la vía biliar

principal y es en este momento en el que se pueden producir los más frecuentes problemas durante el período peroperatorio. – Hemorragia. La mayoría de las ocasiones como consecuencia de la lesión de los vasos pericoledocales, y que si bien no suele ser importante sólo dificulta la correcta visualización del colédoco, por lo que obliga a su hemostasia con un punto de sutura, o de forma muy cuidadosa con el uso del electrocauterio para no producir lesiones térmicas que condicionen posteriores estenosis. Es importante, como ya comentamos, la identificación de las estructuras, así como tener presentes las posibles variaciones anatómicas con el objeto de no lesionarlas. – Bilirragia. La pérdida de bilis por el drenaje subhepático no suele plantear problemas. Es frecuente que los pacientes sometidos a una coledocorrafia primaria presenten un débito de 300-400 cm de bilis por el drenaje subhepático durante las primeras 24-48 h, reduciéndose de forma drástica en las siguientes horas, por lo que el drenaje se puede retirar entre el tercer y cuarto día de postoperatorio. – Litiasis residual. Se trata sin duda de la complicación que más afecta al enfermo, pues va a dar lugar a un nuevo procedimiento al que se tendrá que someter, sea quirúrgico, endoscópico o radiológico según el momento de su diagnóstico y si el enfermo es portador o no de un tubo en T de Kehr. En nuestra serie de 93 pacientes intervenidos por coledocolitiasis 3 enfermos fueron diagnosticados de litiasis residual en el período postoperatorio, dos de ellos portadores de tubo de Kehr y solucionados por radiografía (dilatación de papila y empujando el cálculo a duodeno) y el tercero transcurridos 14 meses y al que se le practicó una esfinterotomía endoscópica. Estos 3 enfermos suponen el 3,2%, cifra que esperamos poder disminuir con el uso del coledocoscopio del que disponemos últimamente junto con el amplificador de imágenes aunque ya son cifras comparables a las publicadas en la bibliografía. En nuestra casuística de litiasis de la vía biliar principal no hemos tenido otras complicaciones dignas de mención atribuibles a la técnica realizada por vía laparoscópica, pues un caso de coleperitoneo que precisó de laparotomía fue causado por la retirada temprana, de forma accidental, de un tubo de Kehr. Complicaciones de la cirugía del reflujo gastroesofágico y de la acalasia²⁰⁻²⁵ Perforación del esófago. Supone la complicación más grave, sobre todo si pasa desapercibida, y que puede poner en peligro la vida del enfermo. Su mecanismo de producción es diferente, por lo que creemos oportuna su descripción: –ó Perforación con la bujía de dilatación. En casos de esofagitis importante o por una incorrecta tracción sobre estómago, que produce una angulación esofagogástrica, por lo que la bujía no se

desliza bien al interior del estómago. Esta lesión se produce casi siempre en la cara anterior y el cirujano se percata habitualmente de ella. – Perforar el esófago al crear la ventana posterior. Se produce por un error técnico al iniciar la disección posterior prácticamente sobre la pared esofágica; en esta ocasión es más fácil que la lesión no sea vista por el cirujano con lo que la sintomatología tendrá lugar en el período postoperatorio y revestirá una mayor gravedad. – Perforaciones tardías. Parecen tener relación, según la bibliografía, con pequeños desgarros de suturas del manguito a la pared del esófago. Existen factores que facilitan la aparición de las lesiones del esófago como son la obesidad, las grandes hernias y la pequeña hemorragia que dificulta una buena visión del campo operatorio. En nuestra experiencia (140 intervenciones sobre el hiato esofágico) hemos tenido una perforación. El mecanismo de la lesión fue instrumental, al pasar la bujía de dilatación en la paciente 26 de la serie (por tener la bujía la punta doblada por repetidas esterilizaciones con esta postura), tratada con una sutura y posterior funduplicatura, fue dada de alta sin problemas postoperatorios. Desde este caso todas las demás intervenciones han sido llevadas a cabo sin la colocación de bujía, sin que tengamos una mayor incidencia de disfagia ni estenosis, dado que se realiza la

funduplicatura sin tensión y de unos 3-4 cm. Cuando se diagnostica la perforación en el postoperatorio, con clínica de dolor abdominal, sepsis o distrés respiratorio, la mortalidad aumenta de forma alarmante, llegando a cifras del 17%. Al igual que con las lesiones de la vía biliar en la colecistomía laparoscópica, la mejor forma de evitar las complicaciones es la correcta disección de las estructuras y la identificación de las mismas. En este caso la identificación de los pilares y el inicio de la disección del borde posterior del esófago de forma progresiva de atrás hacia delante hasta la visualización de la pared esofágica nos prevendrá la posible iatrogenia. Al consultar la bibliografía las cifras de perforaciones esofágicas ocurridas durante la cirugía laparoscópica no difieren de las publicadas en cirugía abierta, salvo cirujanos con series muy cortas. Neumotórax. El mecanismo de producción es al iniciar la liberación esofágica sin haber identificado el pilar izquierdo y su unión con el derecho, con lo que la disección se prolonga hacia arriba lesionando la pleura mediastínica izquierda. Por lo general, no tiene mayor trascendencia, no teniendo que realizar la F. Delgado Gomis et al.- Complicaciones de la cirugía laparoscópica 147 333 sutura de la pleura; un aumento de la presión de insuflación normaliza la situación, de no ser así el diafragma del lado lesionado desciende y empeora la visión. La correcta disección del pilar izquierdo evita este contratiempo. La realización de una radiografía de tórax es obligatoria, y será la que nos informe sobre la necesidad de colocar un drenaje torácico. En nuestra casuística se contabilizan 5 lesiones pleurales, sin que haya existido la necesidad de drenar el tórax en ninguno de ellas. Hematomas. En los casos de grandes hernias en las que la disección del saco herniario es dificultosa, se pueden producir hematomas mediastínicos que nos obliguen a drenarlos en el período postoperatorio. En 2 casos de nuestra serie de 21 pacientes ocurrió esta complicación que fue resuelta por vía laparoscópica aspirando el hematoma y dejando un drenaje de Penrose. En los 2 casos no se objetivó perforación del esófago con las pruebas diagnósticas practicadas, y el curso postoperatorio fue satisfactorio. Lesiones esplénicas. Es de destacar la ausencia de lesiones esplénicas en la cirugía laparoscópica del hiato esofágico, complicación no desdeñable en la cirugía laparotómica, y que obligaba a un número no deseable de esplenectomías. El motivo parece estar relacionado con la delicada disección del fundus gástrico y del clipaje de los vasos cortos con la mínima tracción sobre la cápsula esplénica. La utilización del bisturó

ultrasónico favorece aún más la disección del fundus y la hemostasia de los vasos cortos. Disfagia. Se presenta en un número elevado de los enfermos en el período postoperatorio inmediato y desaparece espontáneamente en el transcurso de las 4-6 primeras semanas. Tres de nuestros enfermos han presentado una disfagia importante sin tener que realizar dilataciones para su solución, en el resto las ligeras molestias al tragar ceden al mes y aparecen en un 70% de los casos. Recidiva de la sintomatología. El 92% de los enfermos de nuestra serie se encuentran dentro de los grupos Visick I y II. Todos los pacientes han sido estudiados pre y postoperatoriamente con manometría, pHmetría y endoscopia. La vía laparoscópica mejora los resultados a largo plazo de la funduplicatura ya que facilita la realización de la técnica. Las complicaciones en la cirugía de la acalasia son comunes a las del reflujo gastroesofágico salvo en el mecanismo de producción de las perforaciones del esófago. En este caso al realizar la miotomía de la pared esofágica el riesgo de perforación de la mucosa es mayor, pero con la visión que proporciona la óptica es sumamente difícil que pase desapercibida para el cirujano. Nosotros utilizamos una sonda con balón, que se hincha a baja presión y pone de manifiesto las fibras musculares que no han sido seccionadas, herniando la mucosa a través de la miotomía; en ningún caso debe utilizarse la electrocoagulación en esta zona. En caso de perforación de la mucosa, que en nuestra serie de 30 enfermos ha sido en tres ocasiones, se procede a la sutura de la

misma con poliglicólico de 4/0 y aguja cilíndrica, confeccionando posteriormente la funduplicatura para evitar el reflujo. En los 15 últimos casos la técnica de elección antirreflujo es la funduplicatura de 360º, que ha mejorado los resultados con menor número de pirosis y sin aumento de la disfagia. Se convirtió a cirugía abierta en un enfermo por hemorragia del lóbulo hepático izquierdo por lesión con el separador que impedía una visión correcta y no cedió con maniobras de compresión. Un paciente del grupo con perforaciones presentó un absceso subfrénico izquierdo, demostrándose una pequeña fístula esofágica ciega, que se solucionó con un drenaje colocado por punción percutánea. Hemos tenido un caso de neumotórax con neumomediastino que evolucionó satisfactoriamente sin necesidad de drenaje torácico, y que es realmente la única complicación propia del abordaje laparoscópico reflejada en nuestra casuística. Complicaciones en la esplenectomía 26-30 La esplenectomía laparoscópica es la técnica de elección en el caso de enfermedades hematológicas como las anemias hemolíticas, púrpuras trombopénicas y linfoma de Hodgkin, todas ellas con bazo de tamaño normal y en los dos primeros grupos susceptibles de fragmentación esplénica para su extracción, con lo que los beneficios de la cirugía laparoscópica son completos. Existen otro grupo de patologías que cursan con bazo de gran tamaño, como ciertas leucosis, que también pueden ser tributarias de la laparoscopia, aunque finalizemos la intervención con una laparotomía transversa infraumbilical de extracción de menor tamaño y menos dolorosa que la necesaria para realizar una esplenectomía abierta. Las complicaciones en la esplenectomía laparoscópica durante el período operatorio son fundamentalmente hemorrágicas, normalmente por lesiones parenquimatosas, que si bien no revisten gravedad van a dificultar la buena visualización, con lo que pueden suponer un factor importante de conversión a cirugía abierta. El uso del bisturí de ultrasonidos ha facilitado la disección de los vasos cortos y del ligamento esplenocólico, reduciendo el número de episodios hemorrágicos, con lo que ha disminuido el porcentaje de conversiones a laparotomía. Por otra parte, la correcta disección e identificación de los elementos hiliares son la base, como venimos repitiendo, para evitar lesiones vasculares y de la cola del páncreas. En

el período postoperatorio las complicaciones son escasas según los diferentes autores, así como la mortalidad, que está directamente relacionada con la enfermedad hematológica de base, dado el deterioro del estado general e inmunitario de algunos de estos pacientes. Nosotros realizamos la esplenectomía con abordaje anterior, estando el paciente con un ligero decúbito lateral derecho, que una vez ligados los vasos cortos y disecado el pedículo, aumentamos con giro lateral de la mesa quirúrgica hasta 45º. En nuestra serie hemos tenido 3 casos de hemorragia parenquimatosa que han sido motivo de conversión a laparotomía, tuvieron que ser convertidos así mismo 2 pacientes con grandes bazo de naturaleza tumoral y un caso de periesplenitis importantísima tras fracaso de embolización esplénica. Todos los casos se encontraban entre los primeros 15 de nuestra casuística, que suma actualmente 41 enfermos. Hemos recogido 2 casos de colección subfrénica necesitando uno de ellos una punción percutánea guiada con ultrasonidos (el paciente era portador de una tricoleucemia). Un paciente que presentaba una cardiopatía hipertensiva grave falleció por insuficiencia cardíaca en el período postoperatorio. Complicaciones en la cirugía del colon 31-38 Lesión ureteral. Es la lesión típica de la cirugía pélvica, siendo los ginecólogos los que con mayor frecuencia la publican. Su prevención radica en una buena disección anatómica del CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Marzo 2001, Número 3 334 148 campo. En casos difíciles, como algunas sigmoiditis, puede ser útil la cateterización del uréter con un catéter especial que posee unas ventanas iluminadas a lo largo de los primeros 10 cm, al estar ocupada su luz por fibra de

vidrio, con lo que tendremos localizado el uréter. Nuestra experiencia abarca 153 intervenciones de colon y recto teniendo que contabilizar una lesión ureteral en una amputación de recto, que obligó a una reinserción del uréter en vejiga. Hemorragia. La disección del meso, sobre todo del sigma, puede acarrear un hematoma en el mismo que imposibilite una correcta identificación de los vasos y su hemostasia. Por ello, recomendamos traccionar del meso de forma que identifiquemos la arteria mesentérica inferior y tras una disección del tejido graso circundante realicemos la ligadura y sección de los vasos creando una ventana que nos permite avanzar la disección por una zona prácticamente avascular hacia el espacio presacro. Hemos tenido un caso de hemoperitoneo por hemorragia de una puerta de entrada que se resolvió con una reintervención por vía laparoscópica. Dehiscencia de anastomosis. La complicación postoperatoria menos deseada de la cirugía cólica, que puede suponer una reintervención y que grava las estadísticas con un aumento de la mortalidad. Hemos tenido seis dehiscencias diagnosticadas, de las cuales sólo una precisó de una nueva intervención realizando una colostomía de descarga; las demás evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento conservador. El resto de las complicaciones de menor importancia que hemos tenido no han sido consecuencia de la utilización de la vía laparoscópica, como tampoco las anteriormente descritas, pero dada su mayor importancia las hemos querido describir de forma individual. Implantes en las puertas de entrada. Mención especial merece esta complicación de la cirugía oncológica del colon, que supone la necesidad de demostrar que no existe una diferencia con respecto a la cirugía convencional y que su utilización entra en las más estrictas normas oncológicas. Desde que se describió la aparición de metástasis en las puertas de entrada, algunos autores creen que las células exfoliadas con el traumatismo quirúrgico junto con las corrientes que genera el neumoperitoneo son las causantes de los implantes en los orificios de los trocares, lo que ha llevado a publicar el tratamiento con quimioterapia intraperitoneal a los enfermos sometidos a resecciones oncológicas por vía

laparoscópica. Un estudio reciente de la Cleveland Clinic demuestra que no existe un mayor riesgo de exfoliación celular en la resección laparoscópica del cáncer de colon. Las cifras de recurrencia en las puertas de entrada han sido muy dispares, y oscilan entre el 0 y el 21%, pero parece que los últimos estudios aportan cifras muy alentadoras, por lo que habrá que esperar a la publicación de seguimientos a largo plazo que demuestren esta tendencia. Nosotros hemos tenido 3 casos de 76 enfermos intervenidos por enfermedad neoplásica del colon. Dos de ellos estaban en estadio C y en el momento de la recidiva en la puerta de entrada, la reintervención objetivó la existencia de una carcinomatosis peritoneal. El tercer caso presentó un implante en la puerta de entrada y una metástasis hepática en el segmento VI, ambas lesiones fueron resecadas y el enfermo está actualmente libre de enfermedad. La extracción de la pieza protegiendo la incisión con algún sistema impermeable y la extracción del CO₂ antes de retirar las vainas de los trocares, son las medidas que colaboran a limitar los implantes a la mismas cifras que la cirugía abierta. Complicaciones de la cirugía de la hernia inguino-crural³⁹⁻⁴² Aunque las posibilidades de riesgos de iatrogenia en esta cirugía parecen ser lógicamente la hemorragia por lesión de los vasos epigástricos, las series publicadas no hacen especial mención a este problema. Aunque la colocación de la malla sea preperitoneal en las dos técnicas, los trabajos publicados demuestran que las tratadas por vía transperitoneal presentan un mayor número de complicaciones a la vez que más severas (oclusión y perforación intestinal), que cuando el acceso es totalmente preperitoneal. En nuestra serie de pacientes diagnosticados de hernia inguinal y tratados por laparoscopia, no hemos tenido complicaciones serias, si bien un porcentaje elevado de enfermos ha presentado en

el postoperatorio una tumoración similar a la de la hernia debida a una pequeña colección en el espacio correspondiente al saco o a la parte distal de éste cuando ha sido seccionada y abandonada. En cuanto a las recidivas parece que su aparición está relacionada con el tamaño y colocación de la malla, que debe ser lo suficientemente grande y fijada para evitar su desplazamiento. Nosotros colocamos la malla de 13 × 8 cm. Las cifras publicadas son equiparables o inferiores a las referidas en la cirugía convencional (hernioplastia sin tensión). Complicaciones en la cirugía de la glándula suprarrenal⁴³⁻⁴⁶ La patología suprarrenal es una de las claras indicaciones de la vía laparoscópica. Las principales complicaciones peroperatorias van a ser derivadas de dificultades en la hemostasia de las propias venas suprarrenales y de lesiones de la vena cava en el caso de la glándula derecha o de la vena renal en el de la suprarrenal izquierda. Nosotros realizamos el abordaje de las suprarrenales por vía anterior, posición semisentada e inclinación al lado contrario de la glándula afectada de 45°. La suprarrenal izquierda la abordamos por vía supramesocólica e infrapancreática, técnica que limita la disección al campo operatorio y reduce el tiempo quirúrgico a menos de 75 min. Como cabe esperar, la correcta exposición del borde lateral de la cava nos dejará ver con facilidad la vena suprarrenal, que puede ser extremadamente corta, pero ayudándonos de un separador como que rechace la cava hacia la línea media nos permitirá el clipaje de la vena suprarrenal derecha, con lo que finalizará la parte más comprometida de la disección. Por el contrario, la vena suprarrenal izquierda suele ser larga y su clipaje menos dificultoso. De 22 enfermos intervenidos con un total de 28 glándulas extirpadas, sólo hemos tenido un caso de hemorragia por una pequeña vena que abocaba directamente en la cava que obligó a convertir a laparotomía y poner un punto de sutura sobre la cara lateral de la cava, el resto de los enfermos no presentaron complicaciones. Parece que la cirugía laparoscópica presenta un índice de

complicaciones inferior al de la cirugía abierta. Complicaciones en la cirugía de la obesidad⁴⁷ La gastroplastia con banda elástica de silicona se ha convertido en una opción para el tratamiento de la obesidad, funda F. Delgado Gomis et al.– Complicaciones de la cirugía laparoscópica ^{149 335} mentalmente por la posibilidad de retirada posterior de la banda al no haber realizado una cirugía compleja y exéctica. Las complicaciones más frecuentes de esta intervención son la posible perforación de la cara posterior gástrica y sobre todo el desplazamiento de la banda. En nuestra casuística de 27 pacientes hemos tenido una perforación gástrica resuelta con un punto de sutura y un caso de vómitos que obligó a retirar la prótesis. Dos pacientes solicitaron a los 2 meses que les fuera retirada la banda sin que presentaran problemas, hecho que se repite en otras series. Complicaciones de la apendicectomía^{48,49} Estudios aleatorizados demuestran que la apendicectomía laparoscópica es una técnica que no presenta mayor morbimortalidad que la realizada por laparotomía, sin que se den complicaciones propias de utilizar la vía laparoscópica en la realización de la técnica de la apendicectomía. Bibliografía 1. Parrilla Paricio P, Luján Monpean JA, Robles Campos R. Complicaciones en la cirugía laparoscópica. En: Laporte Roselló, E, editor. Cirugía laparoscópica. Barcelona: Pulso, 1993. 2. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14. 3. Baasgard SE. Major vascular injury during gynecologic laparoscopy. Report of case and review of published cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 283-285. 4. Voyles C, Petro A, Meena AL, Haice AJ, Koury AM. A practical approach to laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 365-370. 5. Ponsky JL. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 393-395. 6. Hyness SR, Marshall RL. Venous gas embolism during

Gynaecological laparoscopy. *Can J Anaesth* 1992; 39: 748-749. 7. Seller J, Pertusa V, Bellver J, Barberá M. La anestesia en cirugía laparoscópica. En: Delgado F, editor. *Cirugía laparoscópica para cirujanos generales*. Madrid: Acirhospe, 1995. 8. Harris MNE, Planterin OM, Crowther A. Cardiac arrhythmias during anaesthesia for laparoscopy. *Br J Anaesth* 1984; 56: 1213-1216. 9. González Martínez J. Reintervenciones en las vías biliares. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1982; 61: 485-490. 10. The Southern Surgeous Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med* 1991; 324: 1073-1078. 11. Cuschieri A, Dubois F, Moniel GH. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-387. 12. Airan M, Appel M, Berci G, Coburg AJ, Cohen M, Cuschieri A et al. Retrospective and prospective multi-institutional laparoscopic cholecystectomy study organized by the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 1992; 6: 169-176. 13. Blanes Masson F, Delgado Gomis F, Martín Delgado J. *Cirugía biliar laparoscópica*. En: Delgado F, editor. *Cirugía laparoscópica para cirujanos generales*. Madrid: Acirhope, 1995. 14. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Grating of privileges for laparoscopic general surgery. *Am J Surg* 1991; 161: 324-331. 15. Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. *Colecistectomía laparoscópica: La técnica de Dundee*. *Br J Surg* (ed. esp.) 1991; 5: 175-180. 16. Berci G, Jackier JM. The Los Angeles experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 382-384. 17. Olsen D. Laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 339-344. 18. Reddick EJ, Olse D, Spaw A, Baird D, Asbun H, O'Reilly M et al. Safe performance of difficult laparoscopic cholecystectomies. *Ann Surg* 1991; 161: 377-381. 19. Lanffer JM, Krahenbuhl L, Baer HV, Matter M, Buchler MW. Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic

cholecystectomy: a case report with review of the literature. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 103-112. 20. Schaver PR, Meyers WC, Eubanks S, Norem RF, Franklin M, Pappas TN et al. Mechanisms of gastric and esophageal perforations during laparoscopic Nissen fundoplication. *Ann Surg* 1996; 223: 43-52. 21. Cadière GB, Himpens J, Bruyys J. How to avoid esophageal perforation while performing laparoscopic dissection of the hiatus. *Surg Endosc* 1995; 9: 450-452. 22. Collet D, Cadière GB. The formation for the development of laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux disease group. Conversions and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Surg* 1995; 169: 622-626. 23. Hunter JG, Swanson L, Waring P. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. The impact of operative technique. *Ann Surg* 1996; 224: 51-57. 24. Brenmelhof R, Fellingner HW, Ulasblom V, Jansen A, Smout AJPM. Dysphagia after Nissen fundoplication. *Dysphagia* 1991; 6: 6-10. 25. Urschel JD. Complications of antireflux surgery. *Am J Surg* 1993; 165: 68-70. 26. Gossot D, Fritsch S, Celerier M. Laparoscopic splenectomy: optimal vascular control using the lateral approach and ultrasonically assisted dissection. *Surg Endosc* 1999; 13: 21-25. 27. Szold A, Sagi B, Merhav H, Klansner JM. Optimizing laparoscopic splenectomy, technical details and experience in 59 patients. *Surg Endosc* 1998; 12: 1078-1081. 28. Katkhouda N, Hurwitz MB, Rivera RT, Chadra M, Waldres DJ, Gugenheim J et al. Laparoscopic splenectomy: outcome and efficacy in 103 consecutive patients. *Ann Surg* 1998; 228: 568-578. 29. Lozano Salazar RR, Herrera MF, Vargas Vorackova F, López Karpovitch X. Laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Am J Surg* 1998; 176: 366-369. 30. Decker G, Millat B, Guillon F, Atger J, Linon M. Laparoscopic splenectomy for benign and malignant hematologic diseases cases. *World J Surg* 1998; 22: 62-68. 31. Fouler DL, White SA. Laparoscopic assisted sigmoid resection. *Surg Laparosc Fundusc* 1991; 1: 183-188. 32. Jacobs M, Verdgia JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc*

1991; 1: 138-143. 33. Hiroshi T, Marcello PW, Milsom JW. Laparoscopic Surgery of the Colon and Rectum. *World J Surg* 1991; 23: 397-405. 34. Bokey EL, Moore WE, Keating JP, Zelas P, Chapuis PH, Newland RC. Laparoscopic resection of colon and rectum for cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 822-825. 35. Khalili TM, Fleshner PR, Hiatt JR, Sokol TP, Manookian C, Tsushina G et al. Colorectal cancer. Comparison of laparoscopic with open approaches. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 832- 838. 36. Pahlman L. The problem of port-site metastases laparoscopic cancer surgery. *Ann Med* 1997; 29: 477-481. 37. Kim SH, Milsom JW, Gramlich TL, Toody SM, Shore GI, Okuda J et al. Does laparoscopic vs. convencional surgery increase exfoliated cancer cells in the peritoneal cavity during resection of colorrectal caner? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 971-978. 38. Lacy AM, Delgado S, García-Valdecasas JC, Castells A, Piqué JM, Grande L et al. Port-site metastases and recurrence after laparoscopic colectomy. A randomized trial. *Surg Endosc* 1998; 12: 1039-1042. 39. Ger R. Historical aspects of laparoscopic hernie repair. *Semin Laparosc Surg* 1998; 5: 212-216. 40. Felix EL, Harbertson N, Valianan S. Laparoscopic hernioplasty. Significant complications. *Surg Endosc* 1999; 13: 328-331. 41. Klein AM, Bernaver TC. Enterocutaneous fistula as a postoperative complication of laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Laparosc Endosc* 1999; 9: 60-62. 42. Wriqth D, O'Dwyer PJ. Totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair. *Semin Laparosc Surg* 1998; 5: 217-223. 43. Fernández-Cruz L, Benarroch G, Torres E, Martínez Martín M, Sáenz A. Laparoscopic remoral of an adrenocortical adenomes. *Br J Surg* 1993; 80: 874. 44. Suzuki K, Ushiyama T, Ihara H, Kayeyama S, Mugiya S, Fujita K. Complications of laparoscopic adrenalectomy in 75 patients treated by the same surgeon. *Eur Urol* 1999;

36: 40-47. 45. Dudley NE, Harrison BS. Comparison of open posterior versus transperitoneal laparoscopic adrenalectomy. *Br J Surg* 1999; 85: 656-660. 46. Delgado Gomis F, Ponce Marco JL, Estevan Estevan R. Cirugía laparoscópica de las suprarrenales. En: Delgado Gomis F, editor. *Cirugía laparoscópica para cirujanos generales*. Madrid: Acirhope, 1995. 47. Abu-Abeid S, Szold A. Results and complications of laparoscopic adjustable gastric banding: an early and intermediate experience. *Obes Surg* 1999; 9: 188-190. 48. Hellberg A, Rudberg C, Kullman E, Enochson L, Fenyo G, Graffner H et al. Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open appendicectomy. *Br J Surg* 1999; 86: 48-53. 49. Barrat C, Champault G, Catheline JM, Rizk N, Ziol M, Guettier C. La laparoscopie reduit-elle l'incidence des appendicectomies inutilis? *Ann Chir* 1998; 52: 963-69

6.- ¿La Colecistectomía Laparoscópica es un Procedimiento Quirúrgico que puede hacerse de forma Ambulatoria?

▮ CIRUGÍA. 19 NO. 1

Colecistectomía Laparoscópica Ó Ambulatoria

▮  Asociación Colombiana de Cirugía

Modelo de Programa Costo-Eficiente de Cirugía Laparoscópica

John Henry Moore, MD, MACC*, Sandra Rodríguez, MD**, Alberto Roa, MD**, Mauricio Girón, MD**, Álvaro Sanabria, MD**, Pilar Rodríguez, RN**, Andrés Isaza, MD**, Guillermo García, MD**.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica, cirugía ambulatoria, análisis de costo efectividad, modelos financieros.

Resumen

La colecistectomía laparoscópica es el patrón oro en el tratamiento de la enfermedad de la vesícula biliar y se ha demostrado una mejor relación costo –efectividad– eficiencia frente a la cirugía abierta.

En Latinoamérica la colecistectomía se continúa practicando de manera abierta en la mayoría de instituciones y en las que se hace por laparoscopia se realiza en el ambiente hospitalario.

El principal argumento para no hacer colecistectomías por laparoscopia es el alto costo y para no realizarlas ambulatorias son los potenciales riesgos y temor a acciones médico-legales. La experiencia del Centro de Cirugía Ambulatoria de Bogotá, en Colombia, ha demostrado que la práctica de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una excelente opción, tiene la misma efectividad que se obtiene en un hospital, pero con mayores ventajas médicas, sociales y financieras para el sistema. El presente trabajo muestra las características de este nuevo modelo y las compara con el modelo hospitalario actual.

Planteamiento del Problema

Se acepta que en la actualidad el procedimiento quirúrgico de elección para el manejo de la enfermedad no complicada de la vesícula biliar es la colecistectomía laparoscópica (1-4; 7; 10; 12-16). En Norteamérica y Europa este procedimiento está disponible para la mayoría de la población, mientras que en Latinoamérica los escasos datos recolectados indican que la accesibilidad a esta técnica es muy baja. La Encuesta Latinoamericana de Cirugía Laparoscópica del año 2002, realizada por la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC), demostró que la frecuencia del procedimiento laparoscópico puede ser tan baja como el 14% (Colombia) de todas las colecistectomías.

La justificación más empleada para no aplicar el patrón oro ha sido el “alto costo del procedimiento, imposible de asumir por la limitación económica existente en nuestros países” y principalmente la posición de los gobiernos, al dejar que sean las condiciones de negociación entre los aseguradores y prestadores las que definen los procedimientos y técnicas realizables, teniendo en cuenta fundamentalmente el concepto de “tarifa”. Estos argumentos parecen no tener justificación, cuando la enfrentamos a la experiencia del Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA), donde se realiza un programa de alto volumen de cirugía mayor ambulatoria.

El presente estudio muestra la factibilidad de realizar colecistectomía laparoscópica en los países latinoamericanos, a los precios que pueden pagar los sistemas de seguridad social y además obtener rentabilidad social y económica, poniendo al alcance de la comunidad el tratamiento que el imperativo ético exige en la actualidad.

Objetivo

Presentar un modelo de atención costo-efectivo, aplicable en cualquier país latinoamericano para desarrollar programas de cirugía laparoscópica ambulatoria, fundamentado en la experiencia de ocho años del CCA IPS.

Materiales y Métodos

Se diseñó un estudio prospectivo de cohorte de inserción y análisis de minimización de costos.

Hipótesis de trabajo

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una alternativa tan buena como la realizada con hospitalización y supera a la colecistectomía abierta en términos de calidad de resultados. No hay diferencia en cuanto a la aparición y manejo de complicaciones, morbilidad y mortalidad, la seguridad es similar y además ofrece una reducción significativa de los costos.

Población

Pacientes con enfermedad no complicada de la vesícula biliar, con clasificación ASA I y II, que viven en el área metropolitana de la ciudad de Bogotá y que consultan al CCA de la ciudad de Bogotá, Colombia. El 97% de los pacientes pertenecen al Sistema de Seguridad Social (Plan Obligatorio de Salud – POS).

Descripción institucional

El Centro es una organización privada de segundo nivel de complejidad, adscrita al sistema nacional de salud de Colombia que realiza de manera ambulatoria o con esquemas de cuidado en casa cirugías que anteriormente requerían hospitalización, además de múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El principal propósito es efectuar procedimientos quirúrgicos de complejidad mediana y mayor, bajo anestesia local, regional y general, en un medio seguro, donde el paciente es recibido, intervenido, recuperado y regresado a su casa en el mismo día. La infraestructura incluye dos quirófanos, dos torres para cirugía endoscópica, una sala de procedimientos quirúrgicos menores, una unidad de recuperación con ocho camas con monitoría no invasiva, una unidad de vídeo endoscopia intervencionista y diez consultorios para consulta especializada.

El protocolo que se sigue es el siguiente:

Los pacientes son remitidos por aseguradores en su mayoría. Se recogen inicialmente los datos demográficos, de identificación y se asigna a la consulta de uno de nuestros cirujanos. Después de la elaboración de la historia clínica se decide sobre la elegibilidad del caso para el procedimiento ambulatorio. Si existen contraindicaciones, tales como imposibilidad de comunicación en el postoperatorio, condiciones inadecuadas de

vivienda, carencia de ayuda calificada en casa, retardo mental, enfermedad sistémica descompensada, etc. se remite para hospitalización. El especialista debe descartar la posibilidad de coledocolitiasis u otra complicación de la colelitiasis para lo cual están disponibles los recursos bioquímicos radiológicos y endoscópicos convencionales. Cerca de la mitad de los pacientes son intervenidos por cirujanos adscritos, contratados por el asegurador de manera directa. A éstos los acompaña como primer ayudante durante la cirugía uno de los cirujanos de nuestra organización con experiencia en laparoscopia. Se informa a los pacientes y familiares del riesgo quirúrgico al igual que de las opciones de conversión, hospitalización en casa o institucional, si el desarrollo del caso lo requiere. Entre dos y cinco días antes del procedimiento se realiza una valoración preanestésica, donde se clasifica el estado fisiológico (ASA) y se entrega un instructivo sobre las normas generales y particulares del caso en el que se incluyen datos para contactar al tratante y a la institución. Se entrega el consentimiento informado que debe ser llenado en casa con la familia y entregado el día de la cirugía. La intervención se realiza en la mañana, con el fin de completar el período de observación antes de las 7 p.m. El equipo quirúrgico está conformado por un anestesiólogo, una enfermera profesional con capacitación en el manejo de equipo de endoscopia y monitoría operatoria, dos cirujanos con capacitación en cirugía laparoscópica y un médico general con capacitación en ayudantía quirúrgica y una instrumentadora. Como elemento de seguridad siempre el primer ayudante es un cirujano experto y los procedimientos son grabados en vídeo y archivados. Se realiza la vigilancia anestésica de presión arterial, cardioscopia, oximetría de pulso y capnografía. Para la cirugía se utilizan cuatro puertos, dos de 10 mm y dos de 5 mm. El primer puerto se inserta a través del ombligo con técnica abierta. La presión intraabdominal usada promedio es de 12 mm Hg. La colecistectomía se realiza por la técnica cístico-fúndica convencional y la vesícula se extrae usualmente sin bolsa por el puerto epigástrico.

En caso de emergencia o ante una situación no deseada durante la permanencia en el Centro, existen los recursos para dar la solución en nuestro quirófano y se cuenta con laboratorio, banco de sangre, transporte, cuidado domiciliario y hospitalización contratados con grupos especializados.

El proceso de recuperación es responsabilidad del anestesiólogo. El paciente permanece en la institución entre seis y ocho horas y es dado de alta según los criterios de la escala Modified Post-anesthesia Discharge Scoring System (PADSS). Luego es acompañado al medio de transporte y se registra el tiempo, forma y persona con quien sale.

Una vez dado de alta, el paciente es seguido telefónicamente durante las primeras 24 horas por auxiliares administrativas capacitadas para este efecto. Ellas se encargan de clasificar la asistencia telefónica con base en la complejidad de los requerimientos del paciente que clasificamos así:

- Tipo 0: el paciente evoluciona normalmente y no refiere signos de alarma.
- Tipo I: solicita asistencia rutinaria (inyecciones, curaciones, dieta, etc.) respondida y manejada por enfermería.
- Tipo II: se sugiere la presencia de una complicación o aparece algún signo o síntoma de alarma, es respondida por el médico de apoyo.
- Tipo III: existe una complicación evidente y/o cualquier situación que genera angustia. Siempre son atendidos por un cirujano, idealmente el tratante, quien toma la decisión que el caso requiera.

El control clínico rutinario se hace a los ocho y treinta días postoperatorios. Al mes se contactan telefónicamente para determinar la evolución y nivel de satisfacción con el servicio recibido y los resultados adversos son analizados con fines de retroalimentación del grupo.

Datos

Las fuentes de datos utilizadas para el desarrollo de este estudio fueron el registro de colecistectomía laparoscópica del CCA IPS, para medir la efectividad en términos de complicaciones intra y postoperatorias; la estrategia que se utilizó fue la comparación contra revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados en la literatura, y cifras demográficas del Departamento Administrativo de Planeación Nacional (DANE), el manual de tarifas del Instituto de Seguros Sociales de Colombia (41) como referencia de la tarifa nacional que es pagada por el asegurador para este tipo de cirugías y el análisis de control de costos del CCA. Los datos sobre evaluación de satisfacción son proporcionados por un contratista externo de la empresa aseguradora Susalud EPS.

Resultados

Datos de efectividad

Se incluyeron 829 procedimientos consecutivos realizados entre el 16 de enero de 1996 y el 15 de diciembre del 2003. El 98% de los pacientes tuvieron un seguimiento telefónico y presencial 30 días después de la cirugía. Para los pacientes que presentaron complicaciones, el seguimiento se extiende a un año. En total, 638 pacientes eran mujeres (77%) y 191 hombres (23%). La edad promedio del grupo fue de $40,3 \pm 12,5$ años (rango 16-86 años). El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue colecistitis crónica y coleditiasis en 792 pacientes (tabla 1).

TABLA 1
Diagnóstico preoperatorio

| Diagnóstico | Total |
|-------------------------------------|-------|
| Colecistitis crónica - coleditiasis | 802 |
| Pancreatitis biliar | 2 |
| Discinesia biliar | 5 |
| Pólipo vesicular | 6 |
| Pólipo vesicular - hemoperitoneo | 2 |
| Colecistitis aguda | 12 |
| Total general | 829 |

En todos los pacientes se realizó la colecistectomía. El tiempo quirúrgico promedio de duración de la cirugía fue de 50 minutos (rango 20-140 minutos). El diagnóstico postoperatorio se observa en la tabla 2. Se presentaron situaciones no previstas y/o complicaciones en 24 pacientes (3%), de los cuales 15 (2,1%) requirieron hospitalización (tablas 3 y 4)

No se presentó mortalidad en esta serie de pacientes.

Los datos de efectividad de la colecistectomía laparoscópica hospitalizada y abierta se tomaron del meta-análisis de Shea (17).

Los porcentajes comparativos de morbilidad global para cirugía laparoscópica ambulatoria, hospitalizada y abierta se observan en la tabla 8. Se nota que los de la cirugía laparoscópica ambulatoria son iguales a los reportados en la literatura, por lo que puede adoptarse el modelo de minimización de costos. Éste se basa en el supuesto de que la efectividad (eficacia) es similar en las intervenciones pues todas solucionan el problema y por lo tanto tendrá “mejor valor” la menos costosa, considerado el valor la relación establecida entre los resultados a corto y largo plazo (calidad) y los gastos requeridos para obtención del resultado (eficiencia).

Costos

Se tuvieron en cuenta los “costos fijos” que corresponden a valores del funcionamiento del Centro. Éstos se presentan como “no operacionales”, aquellos relacionados con el área administrativa y el personal de soporte no inherente a la actividad médica y “operacionales”, los que tienen que ver con el área quirúrgica y de atención a los pacientes. De la sumatoria de estos divididos por el número de horas/quirófano disponible, se obtiene la cifra de costo/hora/quirófano, aplicada a todos los procedimientos que se realizan en el CCA. Las demás tablas corresponden a los costos variables en los cuales se relacionan los insumos promedio que se requieren para cada procedimiento quirúrgico. El promedio de gastos de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria se obtuvo de hojas de registro de costos del CCA (tablas 6 a, b, c y d).

Los costos de referencia de la colecistectomía laparoscópica hospitalizada y abierta fue el valor que establece el Manual de Tarifas del Instituto de Seguros Sociales de Colombia por conjuntos de atención integral, que es de \$2,005,403 y \$1,483,548 respectivamente. El sistema de conjuntos de atención integral incluye el valor de las actividades, intervenciones, procedimiento quirúrgico e insumos necesarios para la solución integral y en las mejores condiciones de calidad de un problema específico de salud en el paciente y también los honorarios profesionales (tabla 7).

7.- Lesiones del Intestino posterior a procedimientos Laparoscópicos.

Complicaciones de la cirugía laparoscópica, *Cir Esp* 2001; 69: 330-336

F. Delgado Gomis*, F. Blanes Masson, S. Gómez Abril***, J. Richart Aznar**** y R. Trullenque Juan*******

*Jefe de Servicio. Profesor asociado. **Jefe de Sección. Profesor asociado. ***Médico residente. ****Médico especialista. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Resumen

Introducción. La gran difusión de la cirugía laparoscópica y la adaptación de los cirujanos a la misma ha supuesto la aparición de nuevas complicaciones que deben ser perfectamente conocidas para poder evitar en lo posible las causas que las desencadenan.

Objetivos. En el presente trabajo se pretende analizar las complicaciones que pueden darse en la cirugía laparoscópica, tanto las inherentes a la técnica laparoscópica en sí como a las propias de cada una de las técnicas que son aplicadas para el tratamiento de las distintas afecciones.

Material y métodos. Se realiza una revisión de la bibliografía a la vez que se revisa la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Peset desde la puesta en marcha de esta nueva forma de abordar los problemas quirúrgicos.

Resultados. Se analizan los resultados obtenidos con las distintas técnicas empleadas en cirugía biliar, gastroesofágica, cólica, etc., haciendo hincapié en la manera de evitar las complicaciones propias de esta forma de aplicar la técnica quirúrgica.

Conclusiones. La cirugía laparoscópica se encuentra en pleno desarrollo aunque aún son limitadas las indicaciones en las que se acepta de forma universal su utilización. Es necesario que las tasas de morbilidad sean iguales o inferiores a las de cirugía convencional para que los pacientes se beneficien de las ventajas que comporta esta cirugía menos agresiva.

Palabras clave: *Complicaciones. Cirugía laparoscópica. (Cir Esp 2001; 69: 330-336)*

Introducción

La aceptación por los cirujanos, de forma universal, de la laparoscopia para la realización cada vez de un mayor número de procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de las diferentes enfermedades, hace que a las clásicas publicaciones en las que se enumeraban las complicaciones derivadas de la técnica laparoscópica, tengamos que añadir las complicaciones

Correspondencia: Dr. F. Delgado Gomis.
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Dr. Peset. Gaspar Aguilar, 90. 46017 Valencia.

COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Introduction. The extended use of laproscopic surgery and the adaptation of surgeons to this technique has entailed new complications that should be understood so as to avoid their causes in as much as possible.

Objectives. The aim of the present study was to analyze complications which may occur in laproscopic surgery, those inherent to laproscopic technique itself as well as those associated with each of the techniques employed in the treatment of the different pathologies.

Material and methods. A literature review was carried out as well as a review of the experience of the Surgery Unit at the Dr. Peset Hospital since the introduction of this new surgical approach.

Results. An analysis was made of the results obtained with the different techniques employed in biliary surgery, gastroesophageal surgery, colon surgery, etc. Special

emphasis was given to methods of avoiding those complications specific to this surgical technique.

Conclusions. While laproscopic surgery is developing rapidly, there remain few indications in which its use is universally accepted. Morbidity rates must be equal to or less than those for conventional surgery for patients to fully benefit from this less aggressive surgery.

Key words: *Complications. Laparoscopic surgery.*

específicas que se producen en cada uno de los procedimientos practicados, y cuya descripción y posibles soluciones son el objeto del presente artículo.

La cirugía laparoscópica tiene unas características, como son la visión bidimensional, la utilización de instrumental muy largo y la ausencia de tacto directo de los tejidos, que la diferencian básicamente de la cirugía convencional y que obligan al cirujano a un proceso de adaptación y aprendizaje; la falta de éste es lo que ha llevado a responsabilizar a la técnica de complicaciones debidas a sus ejecutores .

Vamos a dividir el artículo en dos grandes apartados, el primero dedicado a las complicaciones derivadas de la técnica laparoscópica, y que repasaremos de forma resumida. En el segundo apartado describiremos las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en cada una de las técnicas específicas utilizadas para el tratamiento de las diferentes enfermedades, y que si bien no todas son consideradas todavía como la intervención patrón son constituyen un bazar importante en el arsenal terapéutico de muchos grupos de trabajo.

Complicaciones propias de la laparoscopia *Derivadas de la introducción de la aguja de insuflación y de los trocares*

Lesión de los vasos de la pared abdominal. Esta complicación es relativamente frecuente, se produce fundamentalmente con la introducción de los trocares y en especial con aquellos que poseen aristas cortantes, que por otra parte tienen la ventaja de requerir una menor presión para su introducción en la cavidad abdominal que los de punta cónica, menos causantes de esta complicación. La solución de la misma suele ser la compresión de la pared, bien directamente con la vaina, bien con la introducción de la camisa fijadora de la vaina que posee un mayor diámetro. Es infrecuente que se tenga que ampliar la herida para realizar una hemostasia directa del vaso sangrante. Es aconsejable la transiluminación de la pared para visualizar los vasos de mayor calibre con el fin de evitar su lesión así como la punción en el trayecto teórico de la arteria epigástrica. En nuestra experiencia de más de 2.500 procedimientos laparoscópicos en tres ocasiones la lesión de estos vasos ha condicionado una reintervención en el postoperatorio inmediato por hemorragia, que en todos los casos se ha llevado a cabo por vía laparoscópica, y ha sido solucionada con pequeñas ampliaciones de la herida correspondiente al punto de hemorragia.

Lesión de grandes vasos. La aparición de esta temida complicación suele ser debida a lesiones sobre la bifurcación aórtica o la cava produciéndose un gran hematoma retroperitoneal que obliga a la laparotomía urgente. La incidencia de esta complicación es afortunadamente baja, cifrándose en 0,05% en las grandes series multicéntricas pero

frecuentemente mortal, por ello la introducción de la aguja y del primer trocar debe hacerse con sumo cuidado y con maniobras suaves. En la laparotomía hay que comprobar la existencia de herida vascular en la cara posterior del vaso a la altura de la herida anterior, y suturarla en su caso. No tenemos complicaciones de este tipo en nuestra serie.

Lesión de víscera hueca. Ésta puede ser en estómago, intestino delgado o colon. Puede producirse con mayor frecuencia cuando existe una cirugía previa abdominal, que implica la posible existencia de adherencias del tubo digestivo a la pared anterior, lo que aconseja la punción con la aguja de Veress lejos de la cicatriz laparotómica, en un cuadrante superior, normalmente el izquierdo o mejor, la colocación de un trocar de Hassan bajo visión directa. Esta lesión puede pasar desapercibida, lo que aumenta su gravedad al ser diagnosticada tardíamente. Nosotros hemos tenido un caso de lesión de este tipo, que se identificó y fue suturada por vía laparoscópica, en una paciente con laparotomía media y una lesión tardía de intestino delgado que drenó por el orificio umbilical, en una enferma sin cuadro adherencial, probablemente una lesión por bisturí eléctrico. suele tratarse de punciones superficiales del hígado, que paran espontáneamente de sangrar.

Hernias de los orificios de los trocares. Complicación poco frecuente en los orificios de 5 y 10 mm en situación lateral, sobre todo si se han realizado de forma oblicua. Pueden aparecer si es necesaria la ampliación del orificio para la extracción de la pieza, sobre todo en la zona umbilical, por lo que aconsejamos la sutura de la aponeurosis de los trocares de la línea media. Hemos tenido cuatro eventraciones por trocares.

En resumen, la utilización de trocares de un solo uso con dispositivo de seguridad que salta en cuanto cesa la resistencia que ofrecen los tejidos y el sumo cuidado en la punción con la aguja de Veress favorecen la disminución de todo este grupo de complicaciones.

Derivadas del neumoperitoneo
Insuflación del gas en la pared abdominal, mesenterio, epiplón o retroperitoneo. La insuflación del CO en el epiplón, mesenterio o retroperitoneo produce un enfisema que no tiene mayor repercusión y que desaparece rápidamente. Cuando esta insuflación se produce en la pared abdominal causa un enfisema subcutáneo, que si bien no tiene trascendencia clínica sólo puede dificultar la consecución del neumoperitoneo. Es conveniente estar muy atentos a las presiones que marca el insuflador y que nos advierten de la incorrecta colocación de la aguja.

Lesión de víscera maciza. Es infrecuente, se descubre vez introducida la óptica y no suele revestir gravedad ya una que

lizar flujos en la instauración del neumoperitoneo superiores al 1 o 1,5 l por minuto, y a ser posible no superar los 13 mmHg de presión. Este dolor es fácilmente combatible con analgésicos y desaparece en 48 h.

Embolia gaseosa. Producida por la insuflación directa en un vaso venoso de gran calibre, o por la existencia de boquillas venosas producidas en las amplias disecciones, se trata de una grave complicación que se produce en uno de cada 65.000 procedimientos laparoscópicos y que obliga a una rápida descompresión de la cavidad abdominal seguida de las maniobras de recuperación cardiorrespiratorias.

Neumotórax. Se presenta en un 4% de los pacientes a los que se les ha sometido a un procedimiento por vía laparoscópica. Su mecanismo de aparición no está claro, se invoca tanto al barotrauma de la insuflación del neumoperitoneo, como a posibles defectos diafragmáticos que posibilitan su establecimiento. En la gran mayoría de las ocasiones no precisan de terapéutica alguna.

Problemas respiratorios. La hipercapnia que tiene lugar durante la cirugía laparoscópica se debe a la suma de dos factores: el aumento del espacio muerto, debido a la existencia de alvéolos bien ventilados pero deficitariamente perfundidos y a la absorción del CO₂ a través del neumoperitoneo. La medición del CO₂ expirado (ETCO₂) será un buen método de control no invasivo.

La saturación de O₂ no parece estar alterada por el neumoperitoneo; por otra parte, sólo se encuentra elevada la presión-pico (máxima presión producida en la vía aérea en cada ciclo respiratorio).

Dolor en los hombros. Parece estar relacionado con la irritación de los diafragmas por el CO₂, y por la rápida insuflación del mismo en la cavidad abdominal; por ello se aconseja no rutinario. Asimismo, se produce una discreta acidosis metabólica, que se hace más evidente cuanto mayor es la repercusión hemodinámica.

Repercusiones hemodinámicas. Al inicio de la insuflación se produce un aumento de la presión venosa central (PVC), de la presión arterial media y del débito cardíaco, pero una vez establecida la presión media de trabajo (12-14 mmHg) ésta es superior a la de la vena cava, con lo que la PVC disminuye al igual que el débito cardíaco.

La hipoxia, la hipercapnia y la disminución del gasto cardíaco pueden constituir los factores más importantes en la aparición de trastornos del ritmo cardíaco. Un adecuado control de la ventilación ayuda a minimizar estos problemas.

Complicaciones derivadas del uso del material quirúrgico laparoscópico

La utilización de instrumental dentro de la cavidad abdominal debe realizarse siempre bajo visión de la óptica, para evitar lesiones en los distintos órganos abdominales, por lo que seguiremos todo su recorrido desde su entrada en la cavidad. Las lesiones producidas por un incorrecto uso o movilización incontrolada del instrumental quirúrgico pueden pasar desapercibidas con lo que aumenta su gravedad.

Comentario aparte merece la electrocoagulación, que se utiliza con el disector, la tijera o las pinzas de hemostasia. Su uso inadecuado puede producir lesiones térmicas en lugares no deseados (diafragma, tubo digestivo, vía biliar, etc.). Es importante comprobar la integridad del aislante en toda la longitud del instrumental para evitar lesiones de electrocoagulación fuera del campo visual de la óptica, y tener en el mínimo la potencia de corte del electrobisturión para evitar lesiones agudas.

Complicaciones específicas de cada técnica

Complicaciones en la cirugía de la litiasis biliar

Dentro de este apartado vamos a distinguir dos grupos de complicaciones. En primer lugar, las complicaciones más frecuentes que se producen durante el desarrollo de una colecistectomía y un segundo grupo, que recoge las de aquellas que se presentan en el transcurso de la cirugía de la litiasis de la vía biliar principal.

Complicaciones de la colecistectomía

– Lesión de la vía biliar principal. Es sin duda la complicación más grave que se puede presentar al realizar una colecistectomía. El mecanismo por el que se produce puede ser diverso, por lo que pasaremos a exponer las causas más frecuentes:

1. Clipaje y sección total o parcial del colédoco. Esta complicación tiene lugar al traccionar excesivamente del cístico angulando el colédoco y colocando el clip de forma que se secciona la vía biliar principal en lugar del cístico, extrayendo un segmento del colédoco con la vesícula. En ocasiones el clip afecta la unión cisticocolédocal ocluyendo parcialmente la luz del colédoco. Otras veces se confunde en la disección el cístico con el colédoco distal, clipando y seccionándolo en su totalidad.

2. Hemorragia en el triángulo de Calot. El intento de hemostasia de forma incontrolada, sin buena visualización del vaso sangrante y con la colocación de innumerables clips, puede traer como consecuencia la oclusión total o parcial de la vía biliar.

3. Lesión con el electrocauterio. Se pueden producir zonas de necrosis o retracciones que condicionen posteriormente una estenosis de la vía biliar.

Estas complicaciones pueden presentarse como bilomas, fístulas, ictericia, peritonitis, etc., dependiendo de la lesión causada, y que haya pasado desapercibida en el acto operatorio.

Las lesiones de la vía biliar principal han supuesto desde la aparición de la era laparoscópica la mayor de las preocupaciones de los diferentes autores, unos para desprestigiar la técnica y otros para intentar que las cifras de dichas lesiones no superaran las consideradas como patrón en las grandes series de la cirugía laparotómica y que oscilan entre el 0,1 y el 0,5%. En las primeras series publicadas parece que estas cifras eran superiores, pero descienden a porcentajes comparables con la cirugía tradicional en cuanto aumenta la experiencia de los cirujanos.

En nuestra experiencia con más de 1.800 colecistectomías, contabilizamos seis bilomas que han necesitado de drenaje percutáneo y dos lesiones de la vía biliar principal, diagnosticadas en el período operatorio y tratadas ambas con derivación biliodigestiva. En ambos casos el mecanismo de producción fue la excesiva tracción de la vesícula y el acodamiento del colédoco. Se realizaron en los 2 casos colangiografías peroperatorias que demostraron la sección del colédoco.

Creemos que son varias las precauciones que tiene que tomar el cirujano para evitar las lesiones de la vía biliar. En primer lugar, hay que evitar la tracción hacia el diafragma y ejercerla lateralmente, con lo que el triángulo de Calot queda mejor expuesto. En segundo lugar, se deben identificar el cístico, la arteria y la vía biliar, con el fin de no clipar ninguna estructura que no haya sido reconocida. La realización de la colangiogra-

fía peroperatoria de forma sistemática, si bien no evita la lesión, s̄ayuda a reconocerla y a poner remedio a la misma en el acto operatorio.

– Hemorragia. Las dos causas más frecuentes de hemorragia en el transcurso de la colecistectomía laparoscópica son las lesiones de la arteria cística y el sangrado del lecho vesicular. Son complicaciones que suponen un importante trastorno en los comienzos, pero que son habitualmente superadas cuando el cirujano tiene experiencia. En ocasiones la hemorragia del lecho vesicular puede ser muy molesta, siendo el riesgo y la dificultad de hemostasia mayor en los pacientes cirróticos, por lo que recomendamos pegarse lo más posible a la pared de la vesícula aun a costa de producir pequeñas perforaciones de vesícula que no tienen mayor trascendencia, y que no obligan más que a un correcto lavado de los espacios subhepático y subfrénico. Cuando la hemorragia es “en sábana”ó también como en la cirugía abierta es útil el bisturí de argón con terminal en bola. En caso de lesión de la arteria cística, se debe realizar una hemostasia de la misma con una pinza de forma temporal, de modo que nos permita el aspirado de la sangre y la perfecta visualización del vaso que vamos a clipar.

Cuando la hemorragia se produce en el período postoperatorio inmediato la indicación de revisión quirúrgica se impone, comenzando por la vía laparoscópica que nos permite el lavado-aspiración de coágulos y sangre de la cavidad abdominal, finalizando una vez comprobado que no existe hemorragia activa con la colocación de un tubo de drenaje de silicona multiperforado.

– Cálculos olvidados. Con relativa frecuencia se perfora la vesícula y los cálculos caen a la cavidad peritoneal, lo que implica tener que retirar éstos bien con el aspirador en caso de que sean de pequeño tamaño o mediante unas pinzas a través de las vainas de 10 mm, gesto que puede convertirse en complicado en caso de no visualizar fácilmente los cálculos. Por ello, en algunas ocasiones quedan en cavidad peritoneal cálculos que sólo de forma excepcional ocasionan problemas en forma de absceso.

– Coleperitoneo. Hemos tenido 2 casos de coleperitoneo, uno diagnosticado en el tercer día del postoperatorio y otro diagnosticado más tardíamente tras una colecistectomía por colecistitis aguda; en ambos casos la evolución fue favorable. En el primer caso, el tratamiento fue la reintervención por vía laparoscópica, con lavado de cavidad, nuevas colangiografías transcísticas y tras comprobar la existencia de una fuga se drenó el espacio subhepático con un tubo siliconado, dejando la sonda utilizada para las colangiografías y extrayéndola por otra contrabertura para la posterior comprobación de la vía biliar. El segundo caso se solucionó con drenaje percutáneo con control ecográfico, manteniéndose el débito de la fístula biliar durante 20 días.

Complicaciones en la cirugía de la coledocolitiasis. El manejo por vía laparoscópica de la coledocolitiasis, al igual que en la cirugía laparotómica, implica una correcta exposición de la vía biliar principal y es en este momento en el que se pueden producir los más frecuentes problemas durante el período peroperatorio.

– Hemorragia. La mayoría de las ocasiones como consecuencia de la lesión de los vasos pericoledocales, y que si bien no suele ser importante s̄dificulta la correcta visualización del colédoco, por lo que obliga a su hemostasia con un punto de sutura, o de forma muy cuidadosa con el uso del electrocauterio para no producir lesiones térmicas que condicionen posteriores estenosis. Es importante, como ya comentamos, la iden-

tificación de las estructuras, así como tener presentes las posibles variaciones anatómicas con el objeto de no lesionarlas.

– Bilirragia. La pérdida de bilis por el drenaje subhepático no suele plantear problemas. Es frecuente que los pacientes sometidos a una coledocorrafia primaria presenten un débito de 300-400 cm de bilis por el drenaje subhepático durante las primeras 24-48 h, reduciéndose de forma drástica en las siguientes horas, por lo que el drenaje se puede retirar entre el tercer y cuarto día de postoperatorio.

– Litiasis residual. Se trata sin duda de la complicación que más afecta al enfermo, pues va a dar lugar a un nuevo procedimiento al que se tendrá que someter, sea quirúrgico, endoscópico o radiológico según el momento de su diagnóstico y si el enfermo es portador o no de un tubo en T de Kehr.

En nuestra serie de 93 pacientes intervenidos por coledocolitiasis 3 enfermos fueron diagnosticados de litiasis residual en el período postoperatorio, dos de ellos portadores de tubo de Kehr y solucionados por radiografía (dilatación de papila y empujando el cálculo a duodeno) y el tercero transcurridos 14 meses y al que se le practicó una esfinterotomía endoscópica. Estos 3 enfermos suponen el 3,2%, cifra que esperamos poder disminuir con el uso del coledocoscopio del que disponemos últimamente junto con el amplificador de imágenes aunque ya son cifras comparables a las publicadas en la bibliografía.

En nuestra casuística de litiasis de la vía biliar principal no hemos tenido otras complicaciones dignas de mención atribuibles a la técnica realizada por vía laparoscópica, pues un caso de coleperitoneo que precisó de laparotomía fue causado por la retirada temprana, de forma accidental, de un tubo de Kehr.

Complicaciones de la cirugía del reflujo gastroesofágico y de la acalasia

Perforación del esófago. Supone la complicación más grave, sobre todo si pasa desapercibida, y que puede poner en peligro la vida del enfermo. Su mecanismo de producción es diferente, por lo que creemos oportuna su descripción:

– Perforación con la bujía de dilatación. En casos de esofagitis importante o por una incorrecta tracción sobre estómago, que produce una angulación esofagogástrica, por lo que la bujía no se desliza bien al interior del estómago. Esta lesión se produce casi siempre en la cara anterior y el cirujano se percata habitualmente de ella.

– Perforar el esófago al crear la ventana posterior. Se produce por un error técnico al iniciar la disección posterior prácticamente sobre la pared esofágica; en esta ocasión es más fácil que la lesión no sea vista por el cirujano con lo que la sintomatología tendrá lugar en el período postoperatorio y revestirá una mayor gravedad.

– Perforaciones tardías. Parecen tener relación, según la bibliografía, con pequeños desgarros de suturas del manguito a la pared del esófago.

Existen factores que facilitan la aparición de las lesiones del esófago como son la obesidad, las grandes hernias y la pequeña hemorragia que dificulta una buena visión del campo operatorio.

En nuestra experiencia (140 intervenciones sobre el hiato esofágico) hemos tenido una perforación. El mecanismo de la lesión fue instrumental, al pasar la bujía de dilatación en la paciente 26 de la serie (por tener la bujía la punta doblada por repetidas esterilizaciones con esta postura), tratada con una sutura y posterior funduplicatura, fue dada de alta sin problemas postoperatorios. Desde este caso todas las demás intervenciones han sido llevadas a cabo sin la colocación de bujía, sin que tengamos una mayor incidencia de disfagia ni estenosis, dado que se realiza la funduplicatura sin tensión y de unos 3-4 cm.

Cuando se diagnostica la perforación en el postoperatorio, con clínica de dolor abdominal, sepsis o distrés respiratorio, la mortalidad aumenta de forma alarmante, llegando a cifras del 17%.

Al igual que con las lesiones de la vía biliar en la colecistectomía laparoscópica, la mejor forma de evitar las complicaciones es la correcta disección de las estructuras y la identificación de las mismas. En este caso la identificación de los pilares y el inicio de la disección del borde posterior del esófago de forma progresiva de atrás hacia delante hasta la visualización de la pared esofágica nos prevendrá la posible iatrogenia.

Al consultar la bibliografía las cifras de perforaciones esofágicas ocurridas durante la cirugía laparoscópica no difieren de las publicadas en cirugía abierta, salvo cirujanos con series muy cortas.

Neumotórax. El mecanismo de producción es al iniciar la liberación esofágica sin haber identificado el pilar izquierdo y su unión con el derecho, con lo que la disección se prolonga hacia arriba lesionando la pleura mediastínica izquierda. Por lo general, no tiene mayor trascendencia, no teniendo que realizar la sutura de la pleura; un aumento de la presión de insuflación normaliza la situación, de no ser así el diafragma del lado lesionado desciende y empeora la visión. La correcta disección del pilar izquierdo evita este contratiempo. La realización de una radiografía de tórax es obligatoria, y será la que nos informe sobre la necesidad de colocar un drenaje torácico. En nuestra casuística se contabilizan 5 lesiones pleurales, sin que haya existido la necesidad de drenar el tórax en ninguno de ellas.

Hematomas. En los casos de grandes hernias en las que la disección del saco herniario es dificultosa, se pueden producir hematomas mediastínicos que nos obliguen a drenarlos en el período postoperatorio. En 2 casos de nuestra serie de 21 pacientes ocurrió esta complicación que fue resuelta por vía laparoscópica aspirando el hematoma y dejando un drenaje de Penrose. En los 2 casos no se objetivó perforación del esófago con las pruebas diagnósticas practicadas, y el curso postoperatorio fue satisfactorio.

Lesiones esplénicas. Es de destacar la ausencia de lesiones esplénicas en la cirugía laparoscópica del hiato esofágico, complicación no desdeñable en la cirugía laparotómica, y que obliga a un número no deseable de esplenectomías. El motivo parece estar relacionado con la delicada disección del *fundus* gástrico y del clipaje de los vasos cortos con la mínima tracción sobre la cápsula esplénica. La utilización del bisturí ultrasónico favorece aún más la disección del *fundus* y la hemostasia de los vasos cortos.

Disfagia. Se presenta en un número elevado de los enfermos en el período postoperatorio inmediato y desaparece espontáneamente en el transcurso de las 4-6 primeras semanas. Tres de nuestros enfermos han presentado una disfagia importante sin tener que realizar dilataciones para su solución, en el resto las ligeras molestias al tragar ceden al mes y aparecen en un 70% de los casos.

Recidiva de la sintomatología. El 92% de los enfermos de nuestra serie se encuentran dentro de los grupos Visick I y II. Todos los pacientes han sido estudiados pre y postoperatoriamente con manometría, pHmetría y endoscopia.

La vía laparoscópica mejora los resultados a largo plazo de la funduplicatura ya que facilita la realización de la técnica.

Las complicaciones en la cirugía de la acalasia son comunes a las del reflujo gastroesofágico salvo en el mecanismo de producción de las perforaciones del esófago. En este caso al realizar la miotomía de la pared esofágica el riesgo de perforación de la mucosa es mayor, pero con la visión que proporciona la óptica es sumamente difícil que pase desapercibida para el cirujano. Nosotros utilizamos una sonda con balón, que se hincha a baja presión y pone de manifiesto las fibras musculares que no han sido seccionadas, herniando la mucosa a través de la miotomía; en ningún caso debe utilizarse la electrocoagulación en esta zona. En caso de perforación de la mucosa, que en nuestra serie de 30 enfermos ha sido en tres ocasiones, se procede a la sutura de la misma con poliglicólico de 4/0 y aguja cilíndrica, confeccionando posteriormente la funduplicatura para evitar el reflujo. En los 15 últimos casos la técnica de elección antirreflujo es la funduplicatura de 360°, que ha mejorado los resultados con menor número de pirosis y sin aumento de la disfagia.

Se convirtió a cirugía abierta en un enfermo por hemorragia del lóbulo hepático izquierdo por lesión con el separador que impedía una visión correcta y no cedió con maniobras de com-

presión. Un paciente del grupo con perforaciones presentó un absceso subfrénico izquierdo, demostrándose una pequeña fístula esofágica ciega, que se solucionó con un drenaje colocado por punción percutánea. Hemos tenido un caso de neumotórax con neumomediastino que evolucionó satisfactoriamente sin necesidad de drenaje torácico, y que es realmente la única complicación propia del abordaje laparoscópico reflejada en nuestra casuística.

Complicaciones en la esplenectomía

La esplenectomía laparoscópica es la técnica de elección en el caso de enfermedades hematológicas como las anemias hemolíticas, púrpuras trombopénicas y linfoma de Hodgkin, todas ellas con bazo de tamaño normal y en los dos primeros grupos susceptibles de fragmentación esplénica para su extracción, con lo que los beneficios de la cirugía laparoscópica son completos.

Existen otro grupo de patologías que cursan con bazo de gran tamaño, como ciertas leucosis, que también pueden ser tributarias de la laparoscopia, aunque finalicemos la intervención con una laparotomía transversa infraumbilical de extracción de menor tamaño y menos dolorosa que la necesaria para realizar una esplenectomía abierta.

Las complicaciones en la esplenectomía laparoscópica durante el período operatorio son fundamentalmente hemorrágicas, normalmente por lesiones parenquimatosas, que si bien no revisten gravedad van a dificultar la buena visualización, con lo que pueden suponer un factor importante de conversión a cirugía abierta.

El uso del bisturí de ultrasonidos ha facilitado la disección de los vasos cortos y del ligamento esplenocólico, reduciendo el número de episodios hemorrágicos, con lo que ha disminuido el porcentaje de conversiones a laparotomía. Por otra parte, la correcta disección e identificación de los elementos hiliares son la base, como venimos repitiendo, para evitar lesiones vasculares y de la cola del páncreas.

En el período postoperatorio las complicaciones son escasas según los diferentes autores, así como la mortalidad, que está directamente relacionada con la enfermedad hematológica de base, dado el deterioro del estado general e inmunitario de algunos de estos pacientes.

Nosotros realizamos la esplenectomía con abordaje anterior, estando el paciente con un ligero decúbito lateral derecho, que una vez ligados los vasos cortos y disecado el pedículo, aumentamos con giro lateral de la mesa quirúrgica hasta 45°.

En nuestra serie hemos tenido 3 casos de hemorragia parenquimatosa que han sido motivo de conversión a laparotomía, tuvieron que ser convertidos asimismo 2 pacientes con grandes bazos de naturaleza tumoral y un caso de periesplenitis importantísima tras fracaso de embolización esplénica. Todos los casos se encontraban entre los primeros 15 de nuestra casuística, que suma actualmente 41 enfermos.

Hemos recogido 2 casos de colección subfrénica necesitando uno de ellos una punción percutánea guiada con ultrasonidos (el paciente era portador de una tricoleucemia). Un paciente que presentaba una cardiopatía hipertensiva grave falleció por insuficiencia cardíaca en el período postoperatorio.

Complicaciones en la cirugía del colon

Lesión ureteral. Es la lesión típica de la cirugía pélvica, siendo los ginecólogos los que con mayor frecuencia la publican. Su prevención radica en una buena disección anatómica del campo. En casos difíciles, como algunas sigmoiditis, puede ser útil la cateterización del uréter con un catéter especial que posee unas ventanas iluminadas a lo largo de los primeros 10 cm, al estar ocupada su luz por fibra de vidrio, con lo que tendremos localizado el uréter. Nuestra experiencia abarca 153 intervenciones de colon y recto teniendo que contabilizar una lesión ureteral en una amputación de recto, que obligó a una re inserción del uréter en vejiga.

Hemorragia. La disección del meso, sobre todo del sigma, puede acarrear un hematoma en el mismo que imposibilite una correcta identificación de los vasos y su hemostasia. Por ello, recomendamos traccionar del meso de forma que identifiquemos la arteria mesentérica inferior y tras una disección del tejido graso circundante realicemos la ligadura y sección de los vasos creando una ventana que nos permite avanzar la disección por una zona prácticamente avascular hacia el espacio presacro.

Hemos tenido un caso de hemoperitoneo por hemorragia de una puerta de entrada que se resolvió con una reintervención por vía laparoscópica.

Dehiscencia de anastomosis. La complicación postoperatoria menos deseada de la cirugía cólica, que puede suponer una reintervención y que grava las estadísticas con un aumento de la mortalidad. Hemos tenido seis dehiscencias diagnosticadas, de las cuales sólo una precisó de una nueva intervención realizando una colostomía de descarga; las demás evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento conservador.

El resto de las complicaciones de menor importancia que hemos tenido no han sido consecuencia de la utilización de la vía laparoscópica, como tampoco las anteriormente descritas, pero dada su mayor importancia las hemos querido describir de forma individual.

Implantes en las puertas de entrada. Mención especial merece esta complicación de la cirugía oncológica del colon, que supone la necesidad de demostrar que no existe una diferencia con respecto a la cirugía convencional y que su utilización entra en las más estrictas normas oncológicas.

Desde que se describió la aparición de metástasis en las puertas de entrada, algunos autores creen que las células exfoliadas con el traumatismo quirúrgico junto con las corrientes que genera el neumoperitoneo son las causantes de los implantes en los orificios de los trocares, lo que ha llevado a publicar el tratamiento con quimioterapia intraperitoneal a los enfermos sometidos a resecciones oncológicas por vía laparoscópica. Un estudio reciente de la Cleveland Clinic demuestra que no existe un mayor riesgo de exfoliación celular en la resección laparoscópica del cáncer de colon.

Las cifras de recurrencia en las puertas de entrada han sido muy dispares, y oscilan entre el 0 y el 21%, pero parece que los últimos estudios aportan cifras muy alentadoras, por lo que habrá que esperar a la publicación de seguimientos a largo plazo que demuestren esta tendencia. Nosotros hemos tenido 3 casos de 76 enfermos intervenidos por enfermedad neoplásica del colon. Dos de ellos estaban en estadio C y en el momento de la recidiva en la puerta de entrada, la reintervención objetivó la existencia de una carcinomatosis peritoneal. El tercer caso presentó un implante en la puerta de entrada y una metástasis hepática en el segmento VI, ambas lesiones fueron reseca- das y el enfermo está actualmente libre de enfermedad. La extracción de la pieza protegiendo la incisión con algún sistema imperme-

able y la extracción del CO antes de retirar las vainas de los 2

149

trocars, son las medidas que colaboran a limitar los implantes a la mismas cifras que la cirugía abierta.

Complicaciones de la cirugía de la hernia inguinocrural

Aunque las posibilidades de riesgos de iatrogenia en esta cirugía parecen ser lógicamente la hemorragia por lesión de los vasos epigástricos, las series publicadas no hacen especial mención a este problema.

Aunque la colocación de la malla sea preperitoneal en las dos técnicas, los trabajos publicados demuestran que las tratadas por vía transperitoneal presentan un mayor número de complicaciones a la vez que más severas (oclusión y perforación intestinal), que cuando el acceso es totalmente preperitoneal.

En nuestra serie de pacientes diagnosticados de hernia inguinal y tratados por laparoscopia, no hemos tenido complicaciones serias, si bien un porcentaje elevado de enfermos ha presentado en el postoperatorio una tumoración similar a la de la hernia debida a una pequeña colección en el espacio correspondiente al saco o a la parte distal de éste cuando ha sido seccionada y abandonada.

En cuanto a las recidivas parece que su aparición está relacionada con el tamaño y colocación de la malla, que debe ser lo suficientemente grande y fijada para evitar su desplazamiento. Nosotros colocamos la malla de 13 × 8 cm. Las cifras publicadas son equiparables o inferiores a las referidas en la cirugía convencional (hernioplastia sin tensión).

Complicaciones en la cirugía de la glándula suprarrenal

La patología suprarrenal es una de las claras indicaciones de la vía laparoscópica. Las principales complicaciones peroperatorias van a ser derivadas de dificultades en la hemostasia de las propias venas suprarrenales y de lesiones de la vena cava en el caso de la glándula derecha o de la vena renal en el de la suprarrenal izquierda.

Nosotros realizamos el abordaje de las suprarrenales por vía anterior, posición semisentada e inclinación al lado contrario de la glándula afectada de 45°. La suprarrenal izquierda la abordamos por vía supramesocólica e infrapancreática, técnica que limita la disección al campo operatorio y reduce el tiempo quirúrgico a menos de 75 min. Como cabe esperar, la correcta exposición del borde lateral de la cava nos dejará ver con facilidad la vena suprarrenal, que puede ser extremadamente corta, pero ayudándonos de un separador como que rechaza la cava hacia la línea media nos permitirá el clipaje de la vena suprarrenal derecha, con lo que finalizará la parte más comprometida de la disección. Por el contrario, la vena suprarrenal izquierda suele ser larga y su clipaje menos dificultoso.

De 22 enfermos intervenidos con un total de 28 glándulas extirpadas, sólo hemos tenido un caso de hemorragia por una pequeña vena que abocaba directamente en la cava que obligó a convertir a laparotomía y poner un punto de sutura sobre la cara lateral de la cava, el resto de los enfermos no presentaron complicaciones. Parece que la cirugía laparoscópica presenta un índice de complicaciones inferior al de la cirugía abierta.

Complicaciones en la cirugía de la obesidad

La gastroplastia con banda elástica de silicona se ha conver-

tido en una opción para el tratamiento de la obesidad, funda- 335

F. Delgado Gomis et al. – Complicaciones de la cirugía laparoscópica

CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Marzo 2001, Número 3

mentalmente por la posibilidad de retirada posterior de la banda al no haber realizado una cirugía compleja y exéctica.

Las complicaciones más frecuentes de esta intervención son la posible perforación de la cara posterior gástrica y sobre todo el desplazamiento de la banda. En nuestra casuística de 27 pacientes hemos tenido una perforación gástrica resuelta con un punto de sutura y un caso de vómitos que obligó a retirar la prótesis. Dos pacientes solicitaron a los 2 meses que les fuera retirada la banda sin que presentaran problemas, hecho que se repite en otras series.

Complicaciones de la apendicectomía

Estudios aleatorizados demuestran que la apendicectomía laparoscópica es una técnica que no presenta mayor morbimortalidad que la realizada por laparotomía, sin que se den complicaciones propias de utilizar la vía laparoscópica en la realización de la técnica de la apendicectomía.

Bibliografía

1. Parrilla Paricio P, Luján Monpean JA, Robles Campos R. Complicaciones en la cirugía laparoscópica. En: Laporte Roselló, E, editor. Cirugía laparoscópica. Barcelona: Pulso, 1993.
2. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14.
3. Baasgard SE. Major vascular injury during gynecologic laparoscopy. Report of case and review of published cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 283-285.
4. Voyles C, Petro A, Meena AL, Haice AJ, Koury AM. A practical approach to laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 365-370.
5. Ponsky JL. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 393-395.
6. Hyness SR, Marshall RL. Venous gas embolism during Gynaecological laparoscopy. *Can J Anaesth* 1992; 39: 748-749.
7. Seller J, Pertusa V, Bellver J, Barberá M. La anestesia en cirugía laparoscópica. En: Delgado F, editor. Cirugía laparoscópica para cirujanos generales. Madrid: Acirhospe, 1995.
8. Harris MNE, Planterin OM, Crowther A. Cardiac arrhythmias during anaesthesia for laparoscopy. *Br J Anaesth* 1984; 56: 1213-1216.
9. González Martínez J. Reintervenciones en las vías biliares. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1982; 61: 485-490.
10. The Southern Surgeous Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med* 1991; 324: 1073-1078.
11. Cuschieri A, Dubois F, Moniel GH. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-387.
12. Airan M, Appel M, Berci G, Coburg AJ, Cohen M, Cuschieri A et al. Retrospective and prospective multi-institutional laparoscopic cholecystectomy study organized by the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 1992; 6: 169-176.

13. Blanes Masson F, Delgado Gomis F, Martín Delgado J. Cirugía biliar laparoscópica. En: Delgado F, editor. Cirugía laparoscópica para cirujanos generales. Madrid: Acirhope, 1995.
14. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Grating of privileges for laparoscopic general surgery. *Am J Surg* 1991; 161: 324-331.
15. Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. Colectomía laparoscópica: La técnica de Dundee. *Br J Surg* (ed. esp.) 1991; 5: 175-180.
16. Berci G, Jackier JM. The Los Angeles experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 382-384.
17. Olsen D. Laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 339-344.
18. Reddick EJ, Olse D, Spaw A, Baird D, Asbun H, O'Reilly M et al. Safe performance of difficult laparoscopic cholecystectomies. *Ann Surg* 1991; 161: 377-381.
19. Lanffer JM, Krahennbuhl L, Baer HV, Matter M, Buchler MW. Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy: a case report with review of the literature. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 103-112.
20. Schaver PR, Meyers WC, Eubanks S, Norem RF, Franklin M, Pappas TN et al. Mechanisms of gastric and esophageal perforations during laparoscopic Nissen fundoplication. *Ann Surg* 1996; 223: 43-52.
21. Cadière GB, Himpens J, Bruyts J. How to avoid esophageal perforation while performing laparoscopic dissection of the hiatus. *Surg Endosc* 1995; 9: 450-452.
22. Collet D, Cadière GB. The formation for the development of laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux disease group. Conversions and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Surg* 1995; 169: 622-626.
23. Hunter JG, Swanstom L, Waring P. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. The impact of operative technique. *Ann Surg* 1996; 224: 51-57. Brennelhof R, Fellingner HW, Ulasblom V, Jansen A, Smout AJPM. Dysphagia after Nissen fundoplication. *Dysphagia* 1991; 6: 6-10.
24. Urschel JD. Complications of antireflux surgery. *Am J Surg* 1993; 165: 68-70. Gossot D, Fritsch S, Celerier M. Laparoscopic splenectomy: optimal vascular control using the lateral approach and ultrasonography dissection. *Surg Endosc* 1999; 13: 21-25.
25. Szold A, Sagi B, Merhav H, Klansner JM. Optimizing laparoscopic splenectomy, technical details and experience in 59 patients. *Surg Endosc* 1998; 12: 1078-1081. Katkhouda N, Hurwitz MB, Rivera RT, Chadra M, Waldres DJ, Gugenheim J et al.

26. Lozano Salazar RR, Herrera MF, Vargas Vorackova F, López Karpovitch X. Laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Am J Surg* 1998; 176: 366-369.
- Decker G, Millat B, Guillon F, Atger J, Linon M. Laparoscopic splenectomy for benign and malignant hematologic diseases cases. *World J Surg* 1998; 22: 62-68.
27. Fowler DL, White SA. Laparoscopic assisted sigmoid resection. *Surg Laparosc Fundusc* 1991; 1: 183-188.
- Jacobs M, Verdgia JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 138-143.
- Hiroshi T, Marcello PW, Milsom JW. *Laparoscopic Surgery of the Colon and Rectum*. *World J Surg* 1991; 23: 397-405.
28. Bokey EL, Moore WE, Keating JP, Zelas P, Chapuis PH, Newland RC. Laparoscopic resection of colon and rectum for cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 822-825.
- Khalili TM, Fleshner PR, Hiatt JR, Sokol TP, Manookian C, Tsushina G et al. Colorectal cancer. Comparison of laparoscopic with open approaches. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 832-838.
29. Pahlman L. The problem of port-site metastases laparoscopic cancer surgery. *Ann Med* 1997; 29: 477-481.
- Kim SH, Milsom JW, Gramlich TL, Toody SM, Shore GI, Okuda J et al. Does laparoscopic vs. conventional surgery increase exfoliated cancer cells in the peritoneal cavity during resection of colorectal cancer? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 971-978.
30. Lacy AM, Delgado S, García-Valdecasas JC, Castells A, Piqué JM, Grande L et al. Port-site metastases and recurrence after laparoscopic colectomy. A randomized trial. *Surg Endosc* 1998; 12: 1039-1042.
- Ger R. Historical aspects of laparoscopic hernia repair. *Semin Laparosc Surg* 1998; 5: 212-216.
31. Felix EL, Harbertson N, Valianan S. Laparoscopic hernioplasty. Significant complications. *Surg Endosc* 1999; 13: 328-331.
- Klein AM, Bernaver TC. Enterocutaneous fistula as a postoperative complication of laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Laparosc Endosc* 1999; 9: 60-62.
32. Wrigth D, O'Dwyer PJ. Totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair. *Semin Laparosc Surg* 1998; 5: 217-223.
- Fernández-Cruz L, Benarroch G, Torres E, Martínez Martín M, Sáenz A. Laparoscopic removal of an adrenocortical adenoma. *Br J Surg* 1993; 80: 874.
33. Suzuki K, Ushiyama T, Ihara H, Kayeyama S, Mugiya S, Fujita K. Complications of laparoscopic adrenalectomy in 75 patients treated by the same surgeon. *Eur Urol* 1999; 36: 40-47.
- Dudley NE, Harrison BS. Comparison of open posterior versus transperitoneal laparoscopic adrenalectomy. *Br J Surg* 1999; 85: 656-660.
34. Delgado Gomis F, Ponce Marco JL, Estevan Estevan R. Cirugía laparoscópica de las suprarrenales. En: Delgado Gomis F, editor. *Cirugía laparoscópica para cirujanos generales*. Madrid: Acirhope, 1995.
- Abu-Abeid S, Szold A. Results and

complications of laparoscopic adjustable gastric banding: an early and intermediate experience. *Obes Surg* 1999; 9: 188-190.

35. Hellberg A, Rudberg C, Kullman E, Enochson L, Fenyo G, Graffner H et al. Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open appendicectomy. *Br J Surg* 1999; 86: 48-53.
Barrat C, Champault G, Catheline JM, Rizk N, Ziol M, Guettier C. La laparoscopie reduit-elle l'incidence des appendicectomies inutiles? *Ann Chir* 1998; 52: 963-969.

8. Clases de Residentes 2021 Complicaciones de la laparoscopia



UGC Ginecología y Obstetricia

COMPLICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA.

María Lorén Vargas 11/11/2021

INTRODUCCIÓN.



En la actualidad, en cirugía se tiende a ser cada vez menos invasivo; hecho que podemos constatar en la elección de la técnica laparoscópica frente a la laparotómica, siempre que ésta sea posible. Concretamente en ginecología, la cirugía laparoscópica se utiliza para muchos procedimientos que tradicionalmente se realizaban mediante laparotomía, tanto para enfermedades benignas como malignas¹.

A pesar de los múltiples beneficios, ya conocidos y discutidos, de la cirugía laparoscópica frente a la abierta, ésta primera no se encuentra exenta de complicaciones que, aunque menores que las que encontramos en la cirugía abierta, son de necesario conocimiento para su prevención y consecuente disminución.

Para el estudio de las complicaciones más características que los cirujanos encontramos en la cirugía laparoscópica, gran parte de la literatura que las discute se extrae de la literatura ginecológica, que ha proporcionado el estudio más completo de estas lesiones.

La tasa de complicaciones graves asociadas específicamente con un abordaje laparoscópico es, en general, baja. Hasta la mitad de las complicaciones ocurren en el momento del acceso abdominal. Las complicaciones también pueden surgir de la insuflación abdominal, la disección de tejidos y la hemostasia. Puede ser necesaria la conversión a un procedimiento abierto para manejar las complicaciones que se han identificado

intraoperatoriamente, mientras que otras pueden no reconocerse hasta el período posoperatorio. Las complicaciones graves, aunque muy infrecuentes, como la lesión vascular y la perforación intestinal, pueden ser catastróficas y son la principal causa de morbilidad y mortalidad específicas del procedimiento relacionadas con la cirugía laparoscópica.

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.

A menudo, la aplicación de nuevas técnicas sobre conocidos campos quirúrgicos conduce a un aumento en el número de eventos adversos y complicaciones. Una revisión hacia referencia a la aparición de complicaciones en el 0,1 al 10% de los procedimientos laparoscópicos, en alrededor de unos 1,5 millones de pacientes intervenidas. No obstante, la laparoscopia ginecológica ha alcanzado en la actualidad un grado suficiente de madurez y permite realizar más de la mitad de la cirugía ginecológica que se hacía por vía abierta, incluida la oncológica, por vía laparoscópica, beneficiándose de las dos vías de abordaje del aparato genital menos invasivas: la laparoscópica y la histeroscópica.

La cirugía mínimamente invasiva (CMI) tiene unas complicaciones que no son superponibles a la cirugía abierta, sino que son específicas de la mismas: las relacionadas con el acceso abdominal, las relacionadas con las condiciones quirúrgicas como la posición de la paciente, la utilización de un gas para inducir un neumoperitoneo, la utilización de orificios pequeños donde se introducen trócares para acceder a las vísceras abdominales...

Por último, el número de complicaciones está asociado de forma inversamente proporcional a la experiencia del cirujano, dada por el número de intervenciones realizadas.

Factores de riesgo:

Las pacientes que han tenido una cirugía previa por enfermedad intraabdominal o pélvica (p. ej. diverticulitis, enfermedad pélvica inflamatoria)

tienen un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con las adherencias en comparación con los pacientes que no tienen estos antecedentes. Otras afecciones que aumentan el riesgo de complicaciones incluyen distensión intestinal extensa, masa abdominal o pélvica muy grande y hernia diafragmática. Además, los pacientes con reserva cardiopulmonar deficiente pueden no ser candidatos para la insuflación abdominal dados los cambios fisiológicos relacionados con el neumoperitoneo.

Para los pacientes con factores de riesgo de complicaciones, es necesario planificar cuidadosamente el abordaje laparoscópico, habiendo ocasiones en los que se llegue a preferir un enfoque abierto.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ACCESO ABDOMINAL.

Son las complicaciones laparoscópicas más habituales, siendo aun así

3 infrecuentes, ya que ocurren en menos del 1% de los pacientes .

La incidencia de lesiones en el acceso abdominal se sitúa entre 5-30 por cada 10.000 procedimientos. El tipo y la proporción de lesión de órganos durante el acceso abdominal fueron los siguientes^{2,4,5}:

- ▣ Intestino delgado (25%)
- ▣ Arteria ilíaca (19%)
- ▣ Colon (12%)
- ▣ Vena ilíaca u otra vena retroperitoneal (9%)
- ▣ Ramas secundarias de un vaso mesentérico (7%)
- ▣ Aorta (6%)

- ▣ Vena cava inferior (4%)
- ▣ Vasos de la pared abdominal (4%)
- ▣ Vejiga (3%) Hígado (2%)

Una revisión de los procedimientos ginecológicos realizados entre 1975 y 2002 informó que las lesiones intestinales relacionadas con el acceso ocurrieron en 4.4 de cada 10,000 procedimientos y las lesiones vasculares relacionadas con la entrada ocurrieron en 3.1 de cada 10,000 procedimientos. La inserción de la aguja de Veress, es el método más rápido y comúnmente usado para establecer el neumoperitoneo en cirugía laparoscópica ginecológica. Además de en la región umbilical, la aguja de Veress se puede introducir a nivel del cuadrante superior izquierdo del abdomen (punto de Palmer) que se considera un punto anatómico seguro, ya que raramente está afectado por cuadros adherenciales.

Otras técnicas de acceso abdominal como la técnica abierta (Hasson) o la inserción del primer trocar de forma directa sin neumoperitoneo, no mejoran la tasa de complicaciones, siendo importante el manejo de más de una técnica de entrada con el objetivo de poder individualizar en función de las características de la paciente y contar con una alternativa en caso de fallo repetido en la entrada.

Lesión de los vasos de la pared abdominal.

La lesión de estos vasos es una complicación característica de las cirugías laparoscópicas relativamente frecuente. Se habla de una incidencia en torno al 0,2-5%, según los autores.

La manera de evitar que esto suceda es conociendo la anatomía de la pared abdominal. Aunque en muchas ocasiones hay distorsiones de la anatomía normal, por ello son medidas de seguridad en cirugías laparoscópicas la transiluminación de la pared en la entrada de los trócares

accesorios, que permite ver las ramas superficiales de los vasos epigástrico inferiores en un 64% de los casos y entrada de los trócares accesorios bajo visión directa lo que nos permite ver el tronco de la epigástrica inferior en un

64,5% de las pacientes .

Diagnóstico

Tenemos diversas maneras de advertir una hemorragia de los vasos de la pared abdominal:

- Sangrado a través del trócar.
- Hemorragia subcutánea en el caso de lesión de los vasos superficiales.
- Hemorragia preperitoneal en el caso de la lesión de vasos más profundos.

Incluso podría pasar inadvertida debido a la presión del trócar y el neumoperitoneo.

Tratamiento.

- Compresión con el trócar, sonda de Foley o trócar con balón.
- Ligadura del vaso con electrocoagulación o punto transfixiante

abdominal.

- Revisión de cavidad mediante laparotomía.

Lesión de grandes vasos.

Tiene una incidencia un poco mayor a la lesión de vasos de la pared abdominal (0,4-6,4/1000 laparoscopias). Tiene una elevada mortalidad (9- 17%). La gran parte de estas lesiones ocurre en el momento de la entrada a la cavidad abdominal para establecer el neumoperitoneo (aguja de Veress), especialmente pero con mayor frecuencia en el momento de entrada de los

trócares, especialmente el trócar primario. La localización y la frecuencia de estas lesiones es:

- Arteria iliaca (41%).
 - Vasos mesentéricos (17%).
 - Arteria aorta (16%). Vena iliaca (15%).
 - Vena cava inferior (11%).

Existen una serie de medidas para la prevención de estas complicaciones :

- ▣ Introducción de aguja de Veress a través del punto de Palmer.
- ▣ Incisión cutánea amplia.

- ▣ Aumentar la presión del neumoperitoneo a 20-22mmHg.
- ▣ Introducir los trócares con el ángulo correcto (45º en pacientes delgadas y 90º en obesas).

- ▣ Entrada a la cavidad abdominal en posición de decúbito supino, nunca en Trendelenburg, ya que en esta posición la bifurcación aórtica se acerca al eje de inserción del trocar umbilical.

Diagnóstico.

Sangrado a través de la aguja o trocar.

- ▣ Inestabilidad hemodinámica tras inserción de aguja o trocar.
- ▣ Sangre libre en la cavidad.
- ▣ Hematoma retroperitoneal.

Es muy importante tener en cuenta que tras una complicación vascular mayor el cirujano no se puede olvidar de buscar otras lesiones asociadas.

Ante el diagnóstico de esta complicación el primer paso es dar la voz de alarma y avisar al cirujano vascular. Otras medidas importantes son minimizar la pérdida hemática con gestos como mantener Veress o trocar en el mismo

sitio, compresión directa de la lesión a través del trocar o a través de la piel, aunque por norma general, la aparición de este tipo de complicación obliga a

convertir la laparoscopia a laparotomía .

Lesión de víscera hueca.

Los órganos más afectados son estómago, intestino delgado, colon y vejiga. Para evitar la lesión vesical es recomendable el vaciado previo mediante micción o sondaje y la introducción de trócares accesorios, especialmente en localización suprapúbica bajo visión directa. Además, se recomienda ser

especialmente cuidadoso en el caso de laparotomías previas mediante incisión de Pfannenstiel, en los que la cúpula vesical puede estar desplazada cranealmente. La punción accidental del estómago es más frecuente si se realiza entrada a través del punto de Palmer, aunque se han descrito punciones a nivel umbilical en casos de importante distensión del mismo. Es importante la exploración del abdomen para la detección de distensión abdominal y timpanismo a nivel de hipocondrio izquierdo,

especialmente cuando la intubación ha sido difícil, por la posible entrada de aire a través del esófago en las maniobras de ventilación. Algunos autores aconsejan el vaciado sistemático mediante sonda nasogástrica previamente a la realización del neumoperitoneo, aunque se han descrito punciones accidentales, incluso tras esta maniobra. Habitualmente, la

punción con la aguja de Veress no requiere de sutura. Las lesiones intestinales serán más frecuentes en cuadros adherenciales, especialmente cuando el intestino está fijo en la pared abdominal, por lo que se debe ser especialmente cauto en pacientes con cirugías previas y antecedentes de infección intraabdominal o carcinomatosis peritoneal. La aspiración tras la introducción de la aguja de Veress puede hacernos sospechar la entrada al intestino por la salida de material fecaloideo, pero no siempre se produce. En el postoperatorio deben sospecharse este tipo de lesiones, cuando aparece dolor abdominal intenso junto con anorexia, vómitos,

7 fiebre y/o leucocitosis .

Lesiones electroquirúrgicas.

Una de las complicaciones que pueden aparecer son las quemaduras eléctricas, ya sea en piel o dentro de la cavidad abdominal, al utilizar material

de quirófano conectado a una corriente eléctrica. Para poder prevenir este tipo de lesiones es importante que los cirujanos tengan conocimientos sobre electrocirugía; entender como funciona la corriente monopolar y la bipolar, utilizar bajos voltajes y pulsos cortos. Es importante también tener el instrumental bajo visión continua, sobre todo cuando está activado y tener el instrumental quirúrgico siempre en buen estado . La lesión electroquirúrgica bipolar se identifica más fácilmente de forma introoperatoria porque deja un área blanquecina más fácil de visualizar, debiendo tener en cuenta que la lesión que se producirá será mayor que la zona de blanqueamiento, por la necrosis secundaria del tejido que aparece. Generalmente, una vez identificadas será necesaria la reparación inmediata. Si no se identifican intraoperatoriamente pueden aparecer posteriormente como fístulas vesíco vaginales, en lesiones vesicales y urinomas o ascitis urinosa en lesiones ureterales. Las lesiones intestinales cursarán con clínica similar a la descrita en las lesiones traumáticas del acceso a cavidad, pero suelen

8 aparecer de forma más tardía, a los 4-10 días de la cirugía .

Hernia del trócar.

Las hernias del sitio trócar son complicaciones poco comunes de la cirugía laparoscópica. Aunque las hernias del sitio trocar ocurren con más frecuencia en sitios de 10 mm, también se han descrito en trócares de 5 mm después de la laparoscopia y pueden conducir a complicaciones graves.

La incidencia oscila entre el 1% y el 6%, siendo el sitio más común de su localización la zona supraumbilical comparado con otras localizaciones fuera de la línea media, especulándose que este hecho pueda deberse a la debilidad de la pared abdominal a este nivel, así como a la mayor longitud de la incisión

9 realizada .

Patogénesis.

Tonouchi et al han clasificado las hernias del sitio del puerto en 3 tipos: inicio temprano, inicio tardío y especial. La hernia de inicio temprano representa la dehiscencia del plano fascial anterior y posterior así como del peritoneo

parietal. Este tipo de hernia generalmente se desarrolla en el postoperatorio temprano y a menudo se presenta como una obstrucción del intestino delgado. La hernia de aparición tardía se cree que surge de sólo la dehiscencia del plano fascial anterior y posterior. Este es el tipo más frecuente y generalmente se desarrolla varios meses después de la cirugía. El tipo especial suele surgir debido a la dehiscencia de toda la pared abdominal. Como tal, no hay saco herniario presente, pero la protrusión del intestino o el omento puede ocurrir, a

veces tan precozmente como cuando la vaina del trócar se retira después de la cirugía. Además, algunos cirujanos han descrito un tipo no clasificado de hernia del trócar llamada hernia de Richter, que se trata de una hernia encarcerada que se produce particularmente en pacientes con obesidad mórbida

Factores de riesgo.

En general, estos factores de riesgo pueden dividirse en factores de riesgo técnicos y factores de riesgo relacionados con el paciente.

Relacionados con el paciente.

- Edad.
- Paridad. Se sabe que las mujeres con alta paridad tienen laxitud de la pared abdominal y laxitud fascial que puede predisponerlas a este tipo de hernias.
- Comorbilidades: diabetes mellitus, uso de corticoesteroides, mala alimentación, que conllevan a una mala cicatrización.

Relacionados con factores técnicos.

- Manipulación prolongada y extensa.
- Utilización de trócares con cuchilla. Se cree que la hoja corta el músculo y la fascia en lugar de estirarlos. Por el contrario, los trócares romos, dejan un defecto fascial más pequeño y aumentan la probabilidad de

reaproximación fascial espontánea cuando se retira el trócar.

Manifestaciones clínicas y tratamiento.

La manifestación clínica consiste en la presencia de un bulto, acompañado de dolor si están involucrados el intestino o el epiplon. Las náuseas y vómitos son signos de obstrucción intestinal. El tratamiento es el cierre secundario de la fascia.

Medidas generales de prevención.

Dado que el riesgo de hernias de los puertos es mayor en los sitios de incisiones de 10mm; actualmente la práctica clínica convencional apoya el cierre de las incisiones de 10 mm y el cierre optativo de las incisiones de 5 mm. Se han publicado casos de hernias del sitio del puerto con incisiones de 5mm, debido al aumento de los tiempos operativos y la excesiva manipulación que puede extender las incisiones fasciales de 5 mm, aumentando así el riesgo de herniación a través de los mismos.

Se recomienda como medida de prevención de este fenómeno la cuidadosa anamnesis para que el cirujano pueda tener en cuenta los factores de riesgo preoperatorios del paciente (edad, paridad, enfermedad vascular y antecedentes de hernias), así como los hallazgos intraoperatorios (laxitud de la pared abdominal y estiramientos faciales preexistentes) para decidir si los sitios de incisión de 5 mm requieren un cierre después de la laparoscopia.

Dehiscencia cúpula vaginal.

La dehiscencia de la cúpula vaginal acompañada o no de hernia intestinal, es una complicación de la histerectomía total que puede ocurrir espontáneamente o postcoito. Se ha estimado un riesgo de dehiscencia de la cúpula de 0,1-0,2% tras cirugía vaginal o abierta, aumentando de 5 a 10 veces para cirugía mínimamente invasiva.

Habitualmente se han considerado como factores de riesgo el inicio temprano de las relaciones sexuales, la atrofia de la mucosa vaginal y factores que interfieren en la cicatrización como la diabetes, uso de corticoides o el hábito tabáquico.

Sin embargo un estudio llevado a cabo por la sociedad de ginecología endoscópica italiana, randomizó a 1408 pacientes para cierre de la cúpula por vía vaginal frente al cierre por laparoscopia, encontrando mayor riesgo de dehiscencia en la sutura por vía vaginal

En cuanto a los diferentes tipos de suturas, no se han encontrado diferencias en el tiempo quirúrgico ni en la incidencia de complicaciones al comparar la sutura convencional (poliglactina 910) con la sutura barbada,

aunque el hecho de no tener que realizar nudos intracorpóreos, simplifica la técnica con esta última .

Enfisema subcutáneo.

La incidencia del enfisema subcutáneo varía desde una mayor frecuencia para el aislado y confinado en un espacio pequeño, hasta casos excepcionales de extravasación fuera del abdomen, alcanzando incluso, piernas, pecho, cabeza y cuello. El rango de la literatura es de 0.43% a 2.3% para enfisema subcutáneo detectable de forma macroscópica.

En cirugía ginecológica se ha descrito además la presencia de enfisema subcutáneo aislado a nivel vulvar, debiendo establecerse el diagnóstico diferencial con el edema por paso de líquido desde la cavidad abdominal o el hematoma vulvar.

Los factores que deben alertar a los cirujanos sobre la posibilidad de que se produzca un enfisema subcutáneo son^{12,12}:

- Dificultades en la entrada con la aguja de Veress
- El uso de cuatro o más trócares.
- Los trócares que no están bien ajustados y tienen deslizamiento.
- Los aumentos prolongados de la presión intraabdominal.
- El aumento del tiempo de la intervención. Utilización de un elevado volumen de gas.

La manera de diagnosticar un enfisema es, en la mayoría de los casos clínica al detectar crepitación de la piel, y la resolución de este cuadro es espontánea. Cuando el enfisema es subfascial puede producir un abombamiento del peritoneo que puede llegar a dificultar la cirugía.

Con el objetivo de prevenirlo es importante

- Correcta inserción de aguja de Veress, en caso de ser la técnica utilizada para la realización del neumoperitoneo, en cuyo caso podemos comprobar:
 - ✓ El paso de dos capas en la inserción umbilical (doble click) que corresponden a fascia anterior y posterior y tres en la inserción a través del punto de Palmer, ya que se incluye el peritoneo parietal.
 - ✓ Aspiración con jeringa de 20 cc que demuestra el vacío intraperitoneal.
 - ✓ Inyección de suero fisiológico, siendo imposible su recuperación si la colocación es correcta.
 - ✓ Presión inferior a 5-8 mm Hg con subida lenta y progresiva posterior.
- ✓ Pérdida de matidez hepática y distensión homogénea y regular de la cavidad abdominal.

Saber cómo usar y configurar el insuflador de gas.

- ▣ Registrar el volumen de gas CO2 utilizado.
- ▣ Utilizar el menor número de trócares para realizar la operación y que estos queden ajustados a la incisión de la piel.
- ▣ Uso de la tasa de flujo más baja así como la presión intraabdominal más baja que permita, que la cirugía planificada se realice de manera segura.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES QUIRÚRGICAS.

Dolor de hombro.

Después de un procedimiento laparoscópico es frecuente la aparición de dolor en el hombro y para la resolución del cuadro suele ser suficiente con el tratamiento analgésico habitual.

La causa generalmente aceptada de este fenómeno es la irritación del nervio frénico diafragmático, el cual produce dolor referido a la zona del hombro. Se han propuesto numerosas etiologías para la irritación subyacente de dicho

nervio y el posterior dolor referido, siendo ninguna de ellas capaz de explicar

por sí solas dicho fenómeno. Por lo tanto, se asume que el dolor es de

naturaleza multifactorial. Las etiologías sugeridas incluyen las siguientes^{Error! Bookmarknot defined.}

1. Producción de ácido carbónico.

Se ha propuesto que el dióxido de carbono (gas utilizado para generar el neumoperitoneo en la cirugía laparoscópica) dentro de la cavidad peritoneal se transforma en ácido carbónico por la acción de la anhidrasa carbónica peritoneal. Este ácido genera una reducción en el pH peritoneal, causando

daño directo o irritación de los nervios peritoneales diafragmáticos y por lo tanto dolor.

2. Hemorragia peritoneal microvascular.

Cuando la superficie peritoneal pélvica se estira (a causa del neumoperitoneo), la tracción y el desgarro de las estructuras microvasculares pueden producir hemorragia posterior. Esta hemorragia (microscópica o macroscópica) puede causar dolor debido a la liberación de mediadores inflamatorios que pueden ser directa o indirectamente nocivos. También puede

explicar por qué cuando utilizamos presiones intraabdominales más altas al

inducir el neumoperitoneo, observamos mayor incidencia de dolor

3.Deshidratación peritoneal.

El CO₂ que insuflamos al inducir el neumoperitoneo, lo utilizamos a To ambiente (20-25oC) y seco (humedad 0-5%). El proceso de deshidratación peritoneal se piensa que puede ocurrir debido al empleo de la insuflación de este CO₂ en estas condiciones (frío y seco). La evidencia para esto es contradictoria, sin beneficio claro en la incidencia o gravedad del dolor de

15,16.

hombro abdominal con humidificación o calentamiento del CO₂ 4.Tracción de ligamentos viscerales.

Otra teoría es que la presencia de gas intraabdominal provoca la pérdida de un efecto de deslizamiento entre el hígado y el diafragma, produciendo por tanto la tracción de los ligamentos triangulares y coronarios del hígado, lo cual conduce a dolor subdiafragmático y dolor de hombro abdominal.

5.Neuroapraxia.

El efecto mecánico producido por el estiramiento directo de las fibras nerviosas frénicas (inducido por la insuflación de gas en la cavidad peritoneal, con el consiguiente aumento de presión intraabdominal) podría inducir dolor referido. Hay poca evidencia directa para esto.

Hay otras causas declaradas de dolor de hombro abdominal como las que pueden surgir de la posición que adopta la paciente en la mesa de quirófano para la realización de la laparoscopia (abducción del brazo) o como el uso de succinilcolina (un relajante muscular) y el dolor muscular postoperatorio asociado

Tumor o endometriosis de puerto.

Las metástasis del sitio del puerto, también llamadas metástasis de sitio del trocar, se han descrito después de la realización de cirugía laparoscópica tanto de cánceres ginecológicos como no ginecológicos, incluidos los cánceres

de ovario, endometrio, cuello uterino, trompa de Falopio y vagina

.

Por otra parte, hay estudios que demuestran la existencia de focos de

18 endometriosis en los sitios del puerto de la laparoscopia .

La incidencia de metástasis del sitio del trócar para todos los cánceres

ginecológicos se estimó en aproximadamente 1 a 2 %, siendo más frecuente

en pacientes con cáncer de ovario avanzado sometidos a laparoscopia

diagnóstica .

17

Este fenómeno se produce tanto a factores relacionados con las condiciones quirúrgicas como a riesgos propios del acto quirúrgico en sí

Riesgos vinculados a las condiciones quirúrgicas.

Naturaleza del gas (CO₂). La razón por la que el CO₂ aumenta el riesgo de aparición de implantes metastásicos de enfermedad en el sitio del trócar es porque es un gas irritante, por lo que reduce la actividad de los macrófagos dentro de la cavidad peritoneal a la par que produce la activación de los factores de crecimiento alfa (un factor proinflamatorio) en el sitio del puerto, condiciones óptimas para el crecimiento de células tumorales.

Fugas de gas por los orificios del trócar. Uno de los mecanismos de contaminación de los orificios de trocar es el «efecto chimenea». Cuando exista una fuga de gas por el orificio del trócar, bien porque el trócar utilizado sea inadecuado, bien porque el trócar se retire (accidentalmente o para retirar el neumoperitoneo al final de la laparoscopia) las células aerolizadas se depositan a lo largo de las paredes del orificio de trócar, como el hollín a lo largo de un conducto de chimenea. Por lo tanto, es importante practicar la extracción del neumoperitoneo con los trócares en su lugar, adaptar el tamaño de los orificios al trócar utilizado y, por supuesto, limitar las retiradas accidentales de los trócares durante la intervención.

Riesgos vinculados al acto quirúrgico en sí.

Manipulación tumoral. Esto se explica por varios mecanismos: la aerolización de las células tumorales y la contaminación de los instrumentos.

El traumatismo de la pared abdominal en los sitios del trócar. Los orificios de los puertos son tejidos traumatizados que estimulan mecanismos de reparación y atraen a su nivel factores de crecimiento, que pueden influir en el crecimiento de las células

neoplásicas. Además, la presencia de material inerte continuo (trócar) parece aumentar este fenómeno. Por lo tanto, es importante limitar el número y el tamaño de los orificios de trócar.

La experiencia del cirujano. Dado que es importante, como acabamos de comentar, tanto el número de trócares que utilizamos como la colocación de los mismos así como la duración de la intervención, es importante a tener en cuenta la experiencia del cirujano

La metástasis aislada en el sitio del puerto (MSP) se define como la recurrencia del tumor en los sitios del trócar sin evidencia de metástasis concomitante en otras localizaciones (incidencia del 0,2-0,5%), no habiéndose demostrado que los pacientes con MSP presenten un peor pronóstico en cuanto a la supervivencia, mientras que si ésta aparece concomitantemente con otras metástasis, sí empeora la supervivencia global, aunque dado que estas últimas son más frecuentes en tumores en estadios avanzados y de alto grado, probablemente reflejan un peor pronóstico inicial de la enfermedad

El tratamiento es controvertido, ya que el escaso número de casos notificados ha limitado las conclusiones que podamos extraer de este fenómeno. Se ha propuesto tanto la escisión quirúrgica o radioterapia aisladas, como la combinación de ambas en tumores radiosensibles, existiendo más dudas acerca del uso de quimioterapia adyuvante, siendo los resultados heterogéneos.

Las medidas estudiadas en la literatura actual para la reducción del tumor o endometriosis de puerto son:

Método quirúrgico. Se han propuesto varias modificaciones quirúrgicas de la laparoscopia convencional, para la prevención de la MSP.

- Colocación adecuada de los trócares con un traumatismo mínimo para el tejido.
 - Anclaje de los trócares en el lugar de inserción para evitar el deslizamiento involuntario.
 - Manipulación mínima del tumor, resección del tumor con márgenes adecuados y evitar la ruptura del tumor.
 - Uso de bolsas protectoras para la recuperación de tejidos.
 - Aplicación intraperitoneal de sustancias tóxicas para el tumor.
 - Cierre de todas las capas abdominales (incluido el peritoneo)

Es probable que el cierre del peritoneo constituya una barrera mecánica que limite el paso de la ascitis neoplásica hacia los tejidos subcutáneos y limite el riesgo de metástasis a este nivel. Por otra parte, los orificios de los trócares, como ya hemos comentado, son tejidos traumatizados que estimularán los mecanismos de reparación y atraerán a su nivel factores de crecimiento, que pueden influir en las células neoplásicas.

La utilización de moléculas limitadoras de la adhesión celular, como la heparina intraperitoneal, parece reducir la frecuencia de metástasis de los orificios. También se

han realizado estudios con quimioterápicos (doxorubicina, ciclofosfamida, metotrexato) y/o povidona yodada también con

19

buenos resultados . Se ha estudiado también la irrigación de estos agentes

por los orificios de acceso del trócar, donde se ha visto una disminución

20 importante de las MSP al instalar 5-fluoracilo en el orificio del puerto , siendo

importante destacar que se deben equilibrar los efectos secundarios irritantes de la exposición del tejido a estos agentes cáusticos con los beneficios de prevenir la implantación de células tumorales.

Lesiones neurológicas.

Las lesiones de los nervios de las extremidades (tanto superiores como inferiores) son complicaciones de la cirugía laparoscópica poco frecuentes además de prevenibles. En un estudio de más de 3000 procedimientos laparoscópicos, las lesiones del plexo braquial relacionadas con el posicionamiento sólo se produjeron en 0,16% de los casos. El riesgo de lesiones nerviosas de las extremidades inferiores relacionadas con laparoscopia sigue siendo incierto. Sin embargo, grandes estudios retrospectivos de pacientes sometidos a cirugía en la posición de litotomía han descubierto que los déficits nerviosos sensoriales se producen en una tasa del 1.5%, y las neuropatías que dan lugar a una discapacidad motora persistente se producen en una tasa de 0,03%.

Aunque las lesiones nerviosas graves son infrecuentes, muchas de ellas son potencialmente prevenibles. La causa más común de lesiones nerviosas durante la laparoscopia parece ser la posición de la paciente que ejerce presión sobre los nervios periféricos. Por esta razón, los cirujanos laparoscópicos deben ser conscientes de los nervios que corren el riesgo de lesionarse y asegurarse de que los pacientes están colocados adecuadamente durante la cirugía, desde el punto de vista quirúrgico como el de la seguridad.

Para minimizar el riesgo de la lesión de los nervios periféricos superiores (plexo braquial) durante la laparoscopia, los brazos deben estar recogidos a los lados del cuerpo del paciente. Si los brazos se extienden sobre tablas de brazos, deben abducirse menos de 90o.

Para minimizar el riesgo de lesión de los nervios periféricos inferiores (nervio femoral, 21
nervio cutáneo femoral lateral, obturador, ciático y peroneo común) se recomienda :

- Flexión de la cadera de 60 a
- 170o. Flexión de la rodilla de 90 a
- 120o.
- Abducción de la cadera de 90 o menos grados.
- Mínima rotación externa de la cadera.

Mecanismo de las lesiones nerviosas posicionales.

Dado que, durante la anestesia general o regional, los pacientes no experimentan molestias y son incapaces de controlar la posición de las extremidades, la

situación de las extremidades superiores e inferiores durante la cirugía laparoscópica puede llevar a estiramientos nerviosos excesivos y/o compresión de los mismo sin signos o síntomas observables. Este estiramiento y compresión puede resultar en isquemia nerviosa al comprometer el flujo sanguíneo a los nervios. Las lesiones isquémicas de los nervios alteran la función sensorial y/o motora al causar desmielinización o, en casos graves, degeneración axonal. Las manifestaciones clínicas van desde la parestesia transitoria (entumecimiento o dolor) y/o debilidad muscular hasta una pérdida permanente de la función sensorial y motora. La recuperación de la función implica remielinación, regeneración axonal y reinnervación de los receptores sensoriales y las placas terminales musculares.

Duración de la cirugía.

El riesgo de lesión nerviosa aumenta en función del tiempo que el nervio está sometido a presión o estiramiento. Un estudio de casi 200.000 casos encontró que cada hora en posición de litotomía aumenta el riesgo de neuropatía de las extremidades inferiores casi 100 veces.

Los procedimientos que duran más de 2 horas parecen poner a los pacientes en mayor riesgo de lesión nerviosa relacionada con la posición, aunque se han reportado lesiones después de procedimientos tan cortos como 35 minutos. Se ha sugerido alterar ligeramente la postura de la litotomía durante largos procedimientos como un enfoque para ayudar a aliviar la presión excesiva prolongada sobre los nervios. Sin embargo, tal enfoque no ha encontrado una aceptación generalizada, probablemente debido a la relativa rareza de las lesiones nerviosas periféricas y la percepción de que prolongaría aún más la cirugía.

Soporte para las piernas.

El tipo de soporte utilizado parece ser un factor significativo en algunas lesiones nerviosas. Los estribos de piernas tipo "bastón de caramelo" ofrecen un control mínimo sobre la posición de las caderas y las piernas, y han sido implicados en lesiones nerviosas por varios mecanismos, sobre todo la rotación lateral de la cadera y la presión lateral extrínseca en la pierna debajo de la rodilla. El uso de estribos de bota parece disminuir estos riesgos.

Otros factores de riesgo.

- Los pacientes delgados (índice de masa corporal inferior a 20 kg/m²) parecen estar en mayor riesgo, tal vez porque sus nervios periféricos están menos protegidos de la presión externa por una enfermedad subcutánea. Enfermedades
- sistémicas preexistentes, como la diabetes.
- La cirugía asistida por robot también podría aumentar este riesgo debido a los brazos robóticos pesados y relativamente inmóviles que se colocan

muy cerca de las extremidades inferiores.

OTRAS COMPLICACIONES. Complicaciones pulmonares.

Las complicaciones pulmonares postoperatorias después de la laparoscopia ginecológica son poco frecuentes, pero muy graves cuando ocurren, pudiendo producir insuficiencia respiratoria y consecuentemente la muerte. La incidencia de problemas pulmonares postlaparoscopia se reporta en tan sólo 0,9%, aunque pueden conducir a neumonía, broncoespasmos, insuficiencia respiratoria, ventilación mecánica prolongada, neumotórax, hidrotórax, hidroneumotórax y derrame pleural.

Los posibles factores que contribuyen al desarrollo de este tipo de complicaciones postoperatorias pueden ser la duración prolongada del procedimiento, la cantidad de líquido en la cavidad peritoneal, la posición de Trendelenburg y el aumento de la presión intraabdominal. Además, los defectos congénitos o iatrogénicos en el diafragma permiten que el aire o líquido presente en la cavidad peritoneal lleguen al espacio pleural.

Hasta la fecha, en la revisión bibliográfica que se ha hecho sobre este tipo de complicaciones postlaparoscópicas, existen dos casos reportados de síndrome de Pseudo-Meig postlaparoscópicos. Esta presentación clínica del derrame pleural postoperatorio inmediato parece ser el resultado de una fuga pleuroperitoneal a través de defectos diafragmáticos. Existe también un estudio reciente de Hirata et al que indicó una asociación significativa entre

23

endometriosis y neumotórax postoperatorio. Kyo y col informaron de una perforación del diafragma en el sitio de los implantes endometriales visto en una prueba toracoscópica en el estudio diagnóstico de un caso de derrame pleural tras laparoscopia. Sugirieron que las áreas debilitadas del diafragma en el sitio de los implantes endometriales son propensas a la ruptura durante las insuflaciones de la cavidad abdominal. Se presentaron también, dos casos²⁴ en los que coexistían neumomediastino, neumotórax y enfisema subcutáneo postlaparoscópicos, lo que sugiere la posibilidad de que el dióxido de carbono entre en el mediastino a través de las vías anatómicas (hiatos aórticos o esofágicos del diafragma) o defectos diafragmáticos, que posteriormente se rompen en la cavidad pleural.

Precauciones tales como limitar el tiempo del procedimiento, succión de todo el líquido de riego de la cavidad peritoneal, evitar una posición muy pronunciada de Trendelenburg, y evitar el uso de alta presión de insuflación puede reducir la aparición de complicaciones pulmonares durante o después de cirugías laparoscópicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

□

La cirugía mínimamente invasiva tiene una tasa de complicaciones muy baja cuando la comparamos con la cirugía abierta. No obstante es necesario conocer este tipo de complicaciones específicas de este tipo de cirugía para su correcta prevención.

□

La mayoría de las complicaciones relacionadas con la cirugía laparoscópica ocurren durante el acceso abdominal, aunque pueden ocurrir otro tipo de complicaciones relacionadas con la inducción del neumoperitoneo y la disección de tejidos.

- La hernia en el sitio del puerto es una complicación muy poco frecuente, que aumenta con los puertos de mayor diámetro ya que aumentamos la debilidad de la pared abdominal.

No es posible definir con precisión la incidencia, factores de riesgo, las medidas preventivas, estrategias de manejo o pronóstico de las metástasis de puerto hasta la obtención de ensayos clínicos de calidad. Es muy importante la posición de la paciente en cirugía laparoscópica para poder minimizar al máximo posible las lesiones nerviosas.

BIBLIOGRAFÍA:

- ¹Sharp HT. Overview of gynecologic laparoscopic surgery and non-umbilical entry sites. UpToDate 2019;10.
- ²Pryor A, Mann W, Gracia G, Marks J, Falcone T, Chen W. Complications of laparoscopic surgery. UpToDate Literature Review. December 2016;7.
- ³Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2009.
- ⁴Jiang X, Anderson C, Schnatz PF. La seguridad del trocar directo versus la aguja de Veress para la entrada laparoscópica: un metanálisis de ensayos clínicos aleatorios. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012; 22: 362.
- ⁵Ahmad G, O'Flynn H, Duffy JM y col. Técnicas de entrada laparoscópica. Cochrane Database Syst Rev 2012;CD006583.
- ⁶Collinet P, Ballester M, Fauconnier A, Deffieux X, Pierre F. Les risques de la voie d'abord en coelioscopie [Risks associated with laparoscopic entry]. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ;39(8 Suppl 2):S123-35.
- ⁷Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Overview of Complications. Operative Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy. Cambridge. Cambridge University press. 2008.
- ⁸Wu MP, Ou CS, Chen SL, Yen EY, Rowbotham R. Complications and recommended practices for electrosurgery in laparoscopy. Am J Surg. 2000;179(1):67-73.
- ⁹Rodríguez de Guzmán CA, Morandeira Rivas AJ, Herrero Bogajo ML, Moreno Sanz C. Trocar site hernia: A more common problem than we believe? Cir Esp (Engl Ed) 2019;97(7):410-411.
- ¹⁰Uccella S, Malzoni M, Cromi A, Seracchioli R, Ciravolo G, Fanfani F, et al. Laparoscopic vs. Transvaginal Cuff Closure After Total Laparoscopic Hysterectomy: A Randomized Trial by the Italian Society of Gynecologic Endoscopy, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Am J Obstet Gynecol. 2018; 218(5):500.e1-500.e13
- ¹¹López CC, Ríos JFL, González Y, Vásquez-Trespalcios EM, Serna D, Arango A, Cifuentes C, et al. Barbed Suture versus Conventional Suture for Vaginal Cuff Closure in Total Laparoscopic Hysterectomy: Randomized Controlled Clinical Trial. J Minim Invasive Gynecol. 2019;26(6):1104-1109.
- ¹²Ott DE. Subcutaneous emphysema--beyond the pneumoperitoneum. JSLS 2014;18(1):1-7.
- ¹³Özdemir-van Brunschot DM, van Laarhoven KC, Scheffer G, Pouwels S, Wever KE,

Warlé MC. What is the evidence for the use of low-pressure pneumoperitoneum? A systematic review. *Surg Endosc* 2016;30(5):2049-2065.

¹⁴Sarli L, Costi R, Sansebastiano G, Trivelli M, Roncoroni L. Prospective randomized trial of low-pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder-tip pain following laparoscopy. *British Journal of Surgery* 2000;87:1161-5.

¹⁵Balayssac D, Pereira B, Bazin J, Le Roy B, Pezet D, Gagniere J. Warmed and humidified carbon dioxide for abdominal laparoscopic surgery: meta-analysis of the current literature. *Surg Endosc* 2017;31(1):1-12.

¹⁶Kaloo P, Armstrong S, Kaloo C, Jordan V. Interventions to reduce shoulder pain following gynaecological laparoscopic procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;30;1(1):CD011101.

¹

⁷Palomba S, Falbo A, Russo T, La Sala GB. Port-site metastasis after laparoscopic surgical staging of endometrial cancer: a systematic review of the published and unpublished data. *Journal of minimally invasive gynecology* 2012;19(4):531-537.

¹⁸Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog Z. Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review. *Int Surg* 2012;97(2):135-139.

¹

⁹Agostini A, Mattei S, Ronda I, Banet J, Lécuru F, Blanc B. Prévention des métastases orificielles après cœliochirurgie. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2002;30(11):878-881.

²⁰Gao Q, Guo L, Wang B. The Pathogenesis and Prevention of Port-Site Metastasis in Gynecologic Oncology. *Cancer Manag Res* 2020 6;12:9655-9663.

²

¹Barnett JC, Hurd WW, Rogers RM, Jr, Iams NL, Shapiro SA. Laparoscopic positioning and nerve injuries. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14(5):664-72.

²²Paul P, Mathew T, Shintre H, Bulusu S, Paul G, Mannur S. Postoperative pulmonary complications following laparoscopy. *Journal of minimally invasive gynecology* 2017;24(7):1096-1103.

²

³Kyo S, Takakura M, Nishida S, Ozaki S, Oda M, Inoue M. Massive hemothorax due to diaphragmatic endometriosis after a laparoscopic cystectomy of an ovarian endometrioma in a patient without a history of thoracic endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286:411-414.

²⁴Mamik I, Danolic D, Puljiz M, Kasum M, Alvir I, Kostic L. Pneumothorax and pneumomediastinum as a rare complication of laparoscopic surgery. *Acta Clin Croat*. 2016;55:501-504