

CONTESTACION DEMANDA 202200167 ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB

Valle Cali <asjuca01@gmail.com>

Vie 20/01/2023 16:22

Para: Juzgado 06 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j06cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: liliana quijano <liquijano@hotmail.com>; SEBASTIAN DIAZ MAZUERA

<jsdabogado@gmail.com>; notificacionesjudiciales@suramericana.com.co <notificacionesjudiciales@suramericana.com.co>

Respetado

JUZGADO SEXTO (06°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)

E. S. D.

REF.: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

PROCESO: VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO Y OTROS

DEMANDADO: FUNDACIÓN VALLE DE LILI Y OTROS

RADICACIÓN: 2022 00167

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.130.591.159, portador de la Tarjeta Profesional N° 231.406 del Honorable Consejo Superior de la Judicatura., actuando en calidad de apoderado judicial principal del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB**, en su condición de parte pasiva dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito respetuosamente dar contestación a la demanda incoada en contra de mi procurado de conformidad con escrito anexo.

Nota para el Despacho: Por favor acusar recibo.

Con la acostumbrada y debida cordialidad.

Atentamente.,

--

Juan Diego Martinez Villabona.-

C.C. 1.130.591.159

T.P. 231406 HC SJ

Móvil.: 3212712348-3142289643

Email.: asjuca01@gmail.com

CURRICULUM VITAE

NOMBRE	ABRAHAM KESTENBERG H
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	CALI, SEPTIEMBRE 21 DE 1.949
ESTADO CIVIL	CASADO
DIRECCION RESIDENCIA	CALLE 14 #85a-66
TELEFONOS	339-23-88 * 3317474
NOMBRE DE LA ESPOSA	MARTHA LUCIA BUITRAGO
FECHA DE NACIMIENTO	CALI, OCTUBRE 21 DE 1.951
PROFESION DE LA ESPOSA	PSICOLOGA
NOMBRE DE LAS HIJAS	CAROLINA KESTENBERG B. VIVIANA KESTENBERG B.

ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO	COLEGIO HEBREO
UNIVERSITARIOS	UNIVERSIDAD DEL VALLE FACULTAD DE MEDICINA
TITULO OBTENIDO	MEDICO Y CIRUJANO
AÑO	1.967 - 1.974
INTERNADO	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
AÑO	OCTUBRE 1.973 - NOVIEMBRE 1.974
RESIDENCIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESPECIALIDAD	CIRUGIA GENERAL 1.976 - 1.979
SUBESPECIALIDAD	UNIVERSITY OF UTAH MEDICAL CENTER CIRUGIA DE COLON Y RECTO 1.984 - 1.985 Validación UNIVERSIDAD MILITAR

CURSOS

Diseño de material instruccional
Universidad de Dundee. Salvador de Bahia, Brasil.

Evaluación en la enseñanza médica
Universidad de Dundee. Barquisimeto, Venezuela

Curso a distancia Tendencias en educación médica
Universidad de Dundee Escocia UK. 1998

CARGOS DESEMPEÑADOS

JEFE DE RESIDENTES DE CIRUGIA 1.978 - 1.979

HOSPITAL UNIVERSITARIO
CIRUJANO DE URGENCIAS 1.979 - 1.983

HOSPITAL MARIO CORREA CIRUJANO 1.979 - 1.991

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
CIRUJANO DE COLON Y RECTO 1.986 - 1.991

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
JEFE DE SERVICIO MEDICO INSTITUCIONAL 1.982 - 1.983

HOSPITAL MARIO CORREA
JEFE DE CIRUGIA 1.983

FUNDACION VALLE DEL LILI

CIRUJANO COLON Y RECTO 1.994 - HASTA LA FECHA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
PROFESOR 1.994 - HASTA LA FECHA**

**SOCIEDAD COLOMBIANA DE
COLON & RECTO
PRESIDENTE
1.995 -1999**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
JEFE DPTO DE CIRUGIA
ENERO 1996 - JULIO DE 1.998**

**FUNDACION VALLE DEL LILI
DIRECTOR DE LA ESPECIALIZACION EN
COLOPROCTOLOGIA
APROBADO RECIENTEMENTE. INCIARA EN JULIO 2022**

PUBLICACIONES

**Kestenberg A.
Sindrome de dificultad respiratoria del adulto. unidad de
autoinstruccion. Oficina de educación en salud. Universidad del Valle.
1.979**

**Kestenberg A., Trauma Abdominal. Audiovisual.
Oficina de educación en salud. Universidad del Valle.
1980**

**Kestenberg A. : Trauma Torácico. Audiovisual.
Oficina de educación en salud.Universidad del Valle.
1981**

**Chamorro C.. Kestenberg A.
Caso radiológico.
Col. Med. 12(4): 180-181,1981**

Kestenberga A. Quiste esplénico, reporte de un caso y revisión de la literatura.

Col Med .3 (2-3): 85-89, 1982.

Chamorro C., Kestenberga A.,:

Caso radiológico.

Col. Med. 14 (2-3): 110-111, 1983

Kestenberga A., Ferrada R., Vernaza A. Manejo selectivo Vs. laparomía rutinaria en heridas torácicas penetrantes a abdomen

Col Med. 14 (2-3): 87-90,1983

Kestenberga A., Chamorro C., Romero J.

Hemobilia. Reporte de dos casos y revisión de la literatura..

Col Med. 14 (4):153-159,1983.

Kestenberga A. Urgencia Quirúrgica Editor

en asocio con H.R. Echavarría y R. Ferrada.

Editorial XYZ, Cali, Colombia, 1983

Kestenberga A. Urgencias Proctológicas en Urgencia Quirúrgica

Echavarría H.R., Ferrada R., Kestenberga A. Eds Editorial XYZ, 1983

Kestenberga A. Trauma Torácico en Urgencia Quirúrgica.

Echavarría H.R., Ferrada R., Kestenberga A. Eds.

Editorial XYZ, Cali, 1983.

Kestenberga A. Trauma de Abdomen en Urgencia Quirúrgica.

Echavarría H.R., Ferrada R., Kestenberga A. Eds. Editorial XYZ,

Cali, 1983.

Rojas OL., Kestenberga A. Lesiones de partes blandas en Urgencia Quirúrgica.

Echavarría H.R., Ferrada R., Kestenberga A. Eds. Editorial XYZ,

Cali, 1983.

Pérez M.V., Rubiano J., González A.,

Torres E., Kestenberga A.

Manejo de heridas precordiales en el hospital

Universitario del Valle. Un nuevo enfoque.

Col. Med. 15 (4): 144-147,1984

**Becker J.M., Hillard A.E., Mann F.A.,
Kestenberg A., Nelson J.A. Functional assessment after
colectomy, mucosal proctectomy, and endorectal ileo-anal
pull-trough.
World J. Surg. 9:598-605,1985**

**Simons M., Kestenberg A., Becker J., Nelson J., Baker C.
Assessment of intestinal vascular perfusion in the presence
of a prosthetic occlusive device. (Abstract)
Gastroenterology 88: 1, 587. 198**

**Kestenberg A., Becker J.M. Sharp S.W. :
Electromechanical relationship of the internal anal sphincter of the cat.
(Abstract)
Gastroenterology 88: 144,1985**

**Kestenberg A., Becker J.M.
A new technique of loop ileostomy closure following endorectal ileo anal
anastomosis.
Surgery 98:109-111,1985.**

**Wiest J.W., Kestenberg A., Becker J.M
A technique for safe trans-anal passage of the circular end to end
stapler for low anterior anastomosis of the colon.
Am. J. Surg. 151:512-514,1986.**

**kestenberg A., Becker J.M., Sharp S.W
Effect of loperamide on the anal sphincter of the cat. (Abstract)
Gastroenterology 90: 142,1986**

**Becker J.M., Kestenberg A., Larsen K.R
The effect of rigid vs compliant intraluminal balloons on intramural
distribution of blood flow in the canine ileum. (Abstract)
Gastroenterology 90: 1342,1986**

Soper N.J., Kestenberg A., Becker J.M.

**Ileal 'J' pouches: sutured vs. stapled construction.
Surgical forum 37: 193-194, 1986**

**Kestenberg A., González A: Evaluación de una conducta selectiva en el
manejo trauma abdominal. Col. Med. 19: 2-7, 1988**

**Hernández A., González A., Kestenberg A., Goez E., : Trauma de
colon, analysis of clinical records at the hospital Universitario del
Valle. Cali , Colombia. Col. Med. 19: 110-116, 1998**

**Soper N.J., Kestenberg A., Becker J.M.
Experimental ileal J. pouch construction. A comparison of the three
techniques.
Dis Colon Rectum 31: 186-189,1988.**

**Kestenberg A. Dolor anal, publicación mimeografiada
Universidad del Valle, 1988**

**Kestenberg A. Urgencias proctológicas, publicación mimeografiada
Universidad del Valle, 1988**

**Nader J.C., Kestenberg A.
Fisura Anal Reporte de 31 casos,
Col. Med. 20: 17-22,1989**

**Alvarez L.F., Kestenberg A.: Abdominal TBC. Rev. Col.
Gastroenterologia Vol. IV (1): 205.1989. Abs.**

**Kestenberg A., Arredondo J.L.: Gastric heterotopic mucosa, a rare
cause of rectal bleeding. Rev. Col. Gastroenterol. Col IV (1): 206,1989.
Abs.**

**Gómez R.A., Mariño G., Kestenberg A., De Lima E., Posada J.G.,
Holguín J., García F.T., Mayoral L.G., Carrascal E., Rev. Col.
Gastroenterol Vol. IV (1) : 206, 1989. Abs.**

**García A., Kestenberg A., Rectal prolapse and associated disorders.
Reporte de 31 casos. Rev. Col. Gastroenterol. Vol IV (1) 224 1989.
Abs.**

Duarte C.E., Kestenberg A.: Hereditary non-polypoid colon carcinoma. (Lynch Syndrome) Report of one case. Rev. Col. Gastroenterol. Vol. IV (1): 1989 Abs.

García A., Kestenberg A.: Rectal prolapse and associated disorders. Report on 31 cases. Col. Med. 21:130-135, 1990

Soybel D.L., Kestenberg A., Brunt E.M., Becker J.M.: Gastrocolic fistula as a complication of benign gastric ulcer: report of four cases and literature update. Br J. Surg, 76: 1298-1300,1989

Gómez R.A., Mariño G., De Lima E., Carrascal E., Posada J.G. Holguín J., García F.T., Mayoral L.G. Kestenberg A.: Collagenous Colitis, a good reason to practice rectal biopsy en pacientes con diarrea crónica. Rev. Col. Gastroenterologia Vol. IV (4): 359-363, 1989

Alvarez L.F., Kestenberg A., : Tuberculosis of the intestines. Rev. Col. Gastroenterol Vol. V (1): 43-47, 1990

Kestenberg A., Becker J.M.: Gastro-colic fistula. A rare sequela of benign peptic ulcer. Report of two cases. Col. Med. 21: 30-33, 1990

Duarte C.E., Kestenberg A., Hereditary non polypoid colon carcinoma (lynch Syndrome) Report of one case and literature review. Col. e. 22:29-32,1991

Kestenberg A., Duarte C.E. Diagnosis and treatment of the fistula-abscess. Col. Med. 22:51-55,1991

Rivera D., Kestenberg A., Colorectal carcinoma, presentation of 100 casos , Rev. Col. Gastroenterol Abs. 6:213,1991

Rivera D., Kestenberg A.,: Who is to blame for invagination? Rev. Col. Gastroenterol. Abs. 6:213,1991

Franco A., Kestenberg A.,: Conservative, management of anal cancer. Rev. Col. Gastroenterol Abs. 6:213,1991

Rivera D., Kestenberg A.: Anal-perineal trauma. Is colostomy always necessary? Rev. Col. Gastroenterol . Abs 6:213,1991

Garcia A., Kestenberg A., Intra colonic derivation tube. An alternative to colostomy in emergency situations. Accepted for publication. Rev. Col. Cir.1991

Kestenberg A., Mariño G., De Lima E., Garcia F.T., Carrascal E., Arredondo J.L.: Gastric Heterotopic Mucosa in the rectum. a rare cause of rectal bleeding. Send for publication in int. J. Colorectal Dis. 1991.

COMFERENCIAS CIENTIFICAS

kestenberg A., González A. Abdominal trauma Report on 350 casos. Presented at the colombian school of surgeons conference, Cali, 1984

Kestenberg A. , Becker J.M. Sharp S.E.: Electromechanical relationship of the internal anal sphincter of the cat. Digestive disease week, New York, 1985. Poster

Kestenberg A., González A.: Colostomy Closure, presented at the Colombian Gastroenterology and Colon and Rectal Surgery conference. Bucaramanga, 1987

Kestenberg A., Franco O.: Anal manometry in normal children, presented at the colombian Gastroenterology and colon and rectal surgery conference, Bucaramanga, 1987

Kestenberg A.: Functional constipation, Colombian surgery conference, Bogotá, 1988

Nader J.C, Kestenberg A.: Anal fissure poster. Colombian surgery conference, Bogotá 1988

Kestenberg A.: Rectal prolapse. Updating course. Cartagena, 1989

Kestenberg A.: Rectal carcinoma, Updating course, Cartagena, 1989

Kestenberg A.,: Anal pain. Updating course. Manizalez, 1990

Kestenberg A.: Risk factors in ulcerative colitis. Colombian Society of Gastroenterology. Bogotá, 1991

Kestenberg A.: Risk Factors in colorectal cancer. Updating course. Medellín, 1991

Kestenberg A.: Anal pruritus. Updating course, Medellín, 1991

Kestenberg A.: Colon Preparation. Updating course, Medellín, 1991

Kestenberg A.: Anal Carcinoma. Updating course, Medellín 1991

Revisiones temáticas seleccionadas por el Grupo Andaluz de Coloproctología

Complicaciones tras rectopexia ventral laparoscópica: etiología y manejo.

Surgical complications after laparoscopic ventral rectopexy: etiology and management.

J. Gómez-Barbadillo

Hospital San Juan de Dios. Córdoba.

RESUMEN

La rectopexia ventral con malla (RVM) es una técnica cada vez más extendida para el tratamiento del prolapso rectal externo e interno y el rectocele y puede realizarse por vía laparotómica (RVMA), laparoscópica (RVML) o mediante un procedimiento robótico (RVMR). En ciertos casos, la malla puede fijarse a los músculos elevadores del ano (perineorectosacropexia) y/o a la cara posterior de la vagina (colporectosacropexia) haciendo de este procedimiento un recurso interesante para el tratamiento de la disfunción multicompartimental del suelo pélvico. A pesar de sus ventajas en términos de funcionalidad, la RVM se asocia a morbilidad relacionada con la malla como infección, absceso pélvico, erosión y fistulización en órganos de vecindad, ya sea recto o vagina, así como estenosis anal, que han cuestionado su efectividad. De forma global, la morbilidad asociada a la RVM se sitúa entre 3,6-23,5% de los pacientes, predominando las complicaciones leves (grado I y II de la clasificación de Clavien-Dindo). En este artículo analizamos las complicaciones más frecuentes descritas tras RVLM, el papel que juegan nuevos abordajes como la robótica y las posibilidades terapéuticas en las complicaciones más habituales tras este procedimiento.

Palabras clave: prolapso rectal, rectopexia, rectopexia ventral con malla, trastornos del suelo pélvico, rectocele.

ABSTRACT

Ventral mesh rectopexy (VMR) is an expanding procedure in the surgical treatment of external or internal rectal prolapse and rectocele, and can be performed by a laparotomy, a laparoscopic approach or by robotics. Sometimes, mesh can be attached to levator muscles (perineosacropexy), and/or vagina posterior wall (colposacropexy) making this procedure an attractive resource in the treatment of multicompartimental prolapse. In spite of procedure's functional advantages, VMR is associated with morbidity due to mesh as infection, pelvic abscess, erosion, fistulization to rectum or vagina and anal stenosis questioning its effectiveness. Overall VMR morbidity is around 3.6-23.5%, mild complications (grade I or II of Clavien-Dindo classification). In this paper we consider most frequent and severe complications after laparoscopic VMR, role of new approaches as robotic and therapeutic considerations in most severe complications due to this procedure.

Keywords: rectal prolapse, rectopexy, ventral mesh rectopexy, pelvic floor disorders, rectocele.

INTRODUCCIÓN

La rectopexia ventral con malla (RVM) fue descrita en 2004 por d'Hoore *et al.* como una alternativa para el tratamiento del prolapso rectal por vía abdominal¹. Desde entonces, ha ido consiguiendo cada vez mayor aceptación en todo el mundo. Su principal atractivo radica en respetar la función nerviosa ya que al limitar la disección al tabique rectovaginal, evitando toda disección posterior y lateral, preserva los nervios parasimpáticos, lo que resulta en menor disfunción anorrectal en forma de estreñimiento o incontinencia fecal².

CORRESPONDENCIA

José Gómez Barbadillo
Hospital San Juan de Dios
14012 Córdoba
josegbj@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Gómez Barbadillo J. Complicaciones tras rectopexia ventral laparoscópica: etiología y manejo. Cir Andal. 2018;29(4):494-502.

La RVM es una técnica aceptada, con una difusión creciente para el tratamiento del prolapso rectal externo e interno y el rectocele³. Cada vez existe mayor evidencia de que la RVM no sólo corrige el prolapso y restaura la anatomía, sino que también mejora la función anorrectal y los síntomas asociados de incontinencia y defecación obstructiva^{2,4,5}.

El procedimiento pretende corregir el descenso de los compartimentos pélvicos posterior y medio combinando esto con refuerzo del tabique rectovaginal y elevación del suelo pélvico. Realiza una disección rectal exclusivamente anterior, insertando una malla de 3-4 cm x 15 cm, que se fija distalmente en la cara anterior del recto y proximalmente en el promontorio sacro, finalizando con una reperitonización al objeto de evitar el contacto de la malla con las vísceras abdominales y corregir la hernia del Douglas. Adicionalmente, la malla puede fijarse a los músculos elevadores del ano (perineorectosacropexia) y/o a la cara posterior de la vagina (colporectosacropexia) haciendo de este procedimiento un recurso interesante para la disfunción multicompartimental del suelo pélvico⁶. Este abordaje puede realizarse por vía laparotómica (RVMA), laparoscópica (RVML) o mediante un procedimiento robótico (RVMR).

A pesar de sus ventajas en términos de funcionalidad, la RVM se asocia a morbilidad relacionada con la malla como infección, absceso pélvico, erosión y fistulización en órganos de vecindad, ya sea recto o vagina, así como estenosis anal. Una técnica quirúrgica deficitaria minimiza los beneficios del procedimiento e incrementa el riesgo de complicaciones que requerirán posteriormente cirugía correctiva⁷. El desarrollo de técnicas de cirugía mínimamente invasiva, laparoscopia y, más recientemente, robótica, parece haber disminuido las complicaciones a corto plazo si bien requieren una mayor habilidad a causa de una mayor complejidad del procedimiento⁸. Además de la competencia técnica, muy relacionada con la curva de aprendizaje, y en último término con el volumen de pacientes, es fundamental una adecuada selección de casos ya que indicaciones incorrectas se asociarán a escasa mejoría o fallos precoces mientras que, en pacientes con características personales concretas, por ejemplo, cirugías pélvicas previas, la complejidad del procedimiento es mayor, aumentando la morbilidad relacionada⁹.

En este artículo analizamos las complicaciones más frecuentes descritas tras RVLM, el papel que juegan nuevos abordajes como la robótica y las posibilidades terapéuticas en los casos más habituales.

MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA RVLM

Diversos estudios han analizado la RVLM. En la mayoría de los casos se trata de series cortas con escaso tiempo de seguimiento. En una revisión sistemática de la literatura, Van Iersel *et al.* analizan las complicaciones de 24 estudios realizados entre 2004 y 2016 que incluyen 3.629 pacientes con un seguimiento entre 3 y 120 meses presentando una tasa de morbilidad global de 3,6-23,5%¹⁰. Los autores agruparon las complicaciones de acuerdo con la clasificación de Dindo-Clavien (DC)¹¹ encontrando que predominaban las complicaciones leves (2,5-20% de complicaciones grado 1-2 vs. 1,2-7,7% de complicaciones grado 3-4). Las complicaciones intraoperatorias en esta revisión representan el 0,5-5% de los pacientes y se asocian a una tasa de conversión de 1,3-10%. En consecuencia, las complicaciones mayores que requieren reintervención o un procedimiento intervencionista no alcanzan el 8% (Tabla 1).

Tabla 1. Morbimortalidad tras rectopexia ventral laparoscópica con prótesis.

PACIENTES	3.629
ESTUDIOS	24
FECHA	2004-2016
MORBILIDAD	3,6-23,5%
GRADO 1-2 CD	2,5-20%
GRADO 3-4 CD	1,2-7,7%
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	0,5-5%
CONVERSIÓN	1,3-10%
MORTALIDAD	0,1-1,1%

[fn] Tomado de van Iersel JJ, Paulides TJC, Verheijen PM, Lumley JW, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Current status of laparoscopic and robotic ventral mesh rectopexy for external and internal rectal prolapse. World J Gastroenterol. 2016 Jun 7;22(21):4977-87.

Con respecto a la mortalidad (complicaciones DC grado 5), el análisis de esta revisión muestra una tasa de mortalidad de 0,1-1,1%, lo cual está dentro de las cifras razonables para cualquier procedimiento abdominal. De todo lo anterior podemos concluir que, en manos expertas, la RVLM parece un procedimiento seguro.

Otra cuestión es si el abordaje robótico puede reducir las complicaciones operatorias. Tres estudios no aleatorizados han comparado ambos procedimientos¹²⁻¹⁴. Rondelli *et al.* han realizado un metaanálisis de estos tres estudios¹⁵ demostrando que no existen diferencias significativas en las tasas de complicaciones en función del abordaje. Por lo tanto, con la evidencia disponible, no se puede decir que el abordaje robótico sea superior al laparoscópico en términos de morbilidad.

Entre las complicaciones habituales tras la RVLM se incluyen las complicaciones asociadas a cualquier procedimiento quirúrgico abdominal, las complicaciones asociadas al uso de mallas, el desarrollo de trastornos funcionales en forma de incontinencia o estreñimiento de novo y los fallos del procedimiento con desarrollo de recurrencias precoces. Analizaremos cada uno de estos puntos.

COMPLICACIONES PRECOCES

Respecto a las complicaciones asociadas al procedimiento abdominal en sí, podemos distinguir complicaciones médicas y quirúrgicas. Entre las últimas señalamos las enterostomías incidentales, iatrogenia vesical, sangrado abdominal, colecciones, íleo paralítico, obstrucción intestinal e infección de la herida como complicaciones más frecuentes. Aquellas complicaciones que comprometen la vida del paciente (enterotomía, lesiones vesicales, sangrado, etc.) requieren tratamiento quirúrgico apropiado a la complicación específica. Otras veces es posible el manejo conservador (algunos casos de obstrucción intestinal, íleo, etc.).

COMPLICACIONES TARDÍAS

Se ha mencionado la existencia de múltiples estudios, la mayoría con escaso número de pacientes y tiempos cortos de seguimiento. En el trabajo de Consten *et al.*, sin embargo, se analizan 919 pacientes operados mediante RVML, con un periodo de seguimiento medio de 33,9 meses (0,4-143,6)¹⁶. En esta serie se analizan las complicaciones tardías agrupándolas en menores (CD 1-2) y mayores (CD 3-4). Entre las complicaciones menores encuentran dispareunia en 3,3% de los casos, proctalgia fugax en 2,5%, fisura anal en 2,4%, dolor pélvico crónico en 0,1% y proctitis/úlceras rectales solitarias en 0,2% lo que supone una tasa de complicaciones menores posteriores al día 30 de 8,5%.

Entre las complicaciones mayores, se describe aparición de fístula anal en 0,6% (cuatro pacientes), hernia incisional en 0,9% (cinco pacientes), dolor crónico que requiere cirugía (adhesiolisis) en 0,4% (tres pacientes), neurinoma de la cicatriz en 0,1% (un paciente), espondilodiscitis y perforación rectal en dos pacientes respectivamente. La tasa global de complicaciones tardías graves fue del 2,5%. Si prescindimos de casos anecdóticos como el neuroma de la cicatriz o el paciente con la espondilodiscitis, pueden esperarse complicaciones tardías asociadas a la RVLM como la fístula anal, la hernia incisional o los síndromes adherenciales. Otros estudios han mencionado la existencia de hernias incisionales en los puertos de entrada de laparoscopia hasta en 2,5% de los casos¹⁷. Van Iersel *et al.* han publicado una alta tasa de desarrollo de hemorroides grado III/IV en pacientes a los que se realiza RVML (24,3% a los cinco años) así como que en estos pacientes el desarrollo de hemorroides sintomáticos es un factor predictivo de recurrencia del prolapso¹⁸.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LAS MALLAS

El desarrollo del prolapso de órganos pélvicos es multifactorial incluyendo una combinación de factores genéticos y adquiridos que incluyen embarazo, multiparidad, deficiencias hormonales, miopatía, neuropatía, obesidad, tabaco, enfermedad pulmonar y estreñimiento, todos los cuales contribuyen a la debilidad del suelo pélvico¹⁹ hasta un nivel molecular alterando la composición, cantidad y organización del colágeno, la elastina y las fibras musculares lisas en los tejidos pélvicos^{20,21}. Dadas estas condiciones, se ha sugerido el posible beneficio del uso de materiales protésicos. Estos materiales actúan como un entramado dentro del cual se produce proliferación tisular como consecuencia de fenómenos de revascularización y subsiguiente depósito de colágeno²². Este principio, bastante sencillo de entender, constituye sin embargo el verdadero campo de batalla en las complicaciones asociadas a la RVM²³. En el año 2011, una alerta de la FDA llamó la atención acerca de las complicaciones asociadas al uso de mallas en las reparaciones vaginales describiendo como complicaciones más frecuentes erosión vaginal, dolor, dispareunia, infecciones, problemas urinarios, sangrado y perforación intestinal²⁴. Se informó también de otras complicaciones como problemas neuromusculares, estenosis vaginal y alteraciones emocionales. Muchos de estos problemas requerían intervenciones adicionales incluyendo tratamiento médico o quirúrgico e ingreso hospitalario. Estudios posteriores han descrito casos de infección de la malla²⁵, erosión²⁶, vaginal⁸ o rectal²⁷, fistulización²⁸, extrusión, ya sea por vía vaginal²⁹ como rectal^{26,27}, complicaciones intestinales y estenosis

rectal. Esta preocupación por el uso de mallas en la corrección de los prolapsos de órganos pélvicos se refleja también en un metaanálisis de Abed *et al.* donde la tasa de erosión en una revisión de 110 estudios fue superior al 10%³⁰.

La erosión relacionada con la malla se define como la exteriorización de la prótesis en una víscera hueca, vagina o recto, en ausencia de absceso o colección. Las infecciones relacionadas con las mallas se definen como absceso o colección en contacto con la malla que puede ir seguida de erosión para el drenaje de la colección infectada²⁵ (Tabla 2). El diagnóstico se basa en la aparición de exudado purulento o sanguinolento a través de recto o vagina. Uno de los signos más específicos es la identificación de una ulceración mucosa rectal a veces pudiendo palparse la prótesis en su interior por lo que el tacto rectal debe realizarse de forma sistemática. En ausencia de cualquier evidencia, es necesario realizar rectoscopia. La mayoría de los trabajos publican erosiones vaginales pero la migración intrarrectal no es infrecuente. Un estudio mostró que aproximadamente la mitad de las erosiones eran rectales³¹ (17/45; 0,8%). Un porcentaje similar se ha descrito en otros artículos³²⁻³⁴.

Tabla 2. Concepto de erosión e infección asociada a la prótesis.	
Erosión	Exteriorización de la prótesis en una víscera hueca, vagina o recto, en ausencia de absceso o colección.
Infección	Absceso o colección en contacto con la malla.

A pesar de la preocupación por el uso de mallas en esta cirugía, la literatura más reciente muestra una baja incidencia de morbilidad relacionada con el uso de prótesis. Un análisis agrupado de once estudios observacionales con 767 pacientes en 2013 demostró una tasa de complicaciones relacionadas con la malla de 0,7% tras RVLM³⁵. Más recientemente, un estudio multicéntrico con 2.203 pacientes de cinco hospitales a lo largo de un periodo de catorce años describe 45 pacientes (2%) que desarrollan erosión de la malla (42 sintéticas, 3 biológicas) tras una mediana de 23 meses³¹.

Consten *et al.* publicaron una tasa de complicaciones relacionadas con las mallas del 4,6% incluyendo desinserción de la malla (nueve pacientes, 2,7%), erosión vaginal o rectal (siete pacientes, 1,3%), obstrucción intestinal secundaria a adhesión presacra (un paciente 0,3%) y infección crónica de la malla (un paciente, 0,3%). Los dieciocho pacientes requirieron reintervención quirúrgica para solucionar estos problemas por lo que en todos los casos se trata de complicaciones graves¹⁶. Similares resultados son presentados por Mackenzie *et al.*⁹. En su serie de 636 pacientes, publican una tasa de complicaciones asociadas a las mallas de 3,1% (veinte pacientes) siendo las complicaciones más frecuentes la erosión vaginal (siete pacientes, 1,1%), la fistulización rectovaginal (cuatro pacientes, 0,6%) y la infección crónica de la malla (cuatro pacientes, 0,6%).

Con respecto a las complicaciones asociadas al uso de mallas podemos plantear dos cuestiones. La primera es si el tipo de malla influye en este problema. La segunda es si el abordaje robótico demuestra mejorar estos resultados.

Papel del tipo de malla

La mayoría de los trabajos experimentales han demostrado que las mallas biológicas son revascularizadas y recelularizadas sin reabsorberse lo que resulta en menos adhesiones que las mallas sintéticas³⁶ y esto puede asociarse a tasas menores de erosión, dolor, disfunción sexual, fistulización e infección³⁷. Sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado ningún ensayo clínico aleatorizado para resolver la pregunta de si el uso de mallas biológicas, de coste más elevado y mayor dificultad de manejo por vía laparoscópica, reduce realmente la tasa de complicaciones asociadas a las mallas sintéticas. Por otro lado, Badrek-Al Amoudi *et al.* han alertado sobre el uso extendido de xenoinjertos de coste elevado para lo que es probablemente un subgrupo de pacientes con un trastorno subyacente del colágeno⁷. Debe destacarse que la evidencia disponible actualmente procede de revisiones sistemáticas de estudios comparativos, habitualmente uni institucionales, lo que limita su valor.

El estudio de Smart *et al.*³¹ comparó once estudios con 767 pacientes recibiendo mallas sintéticas con dos estudios y 99 pacientes en los que se utilizó una malla biológica encontrando una tasa de erosión de menos del 1% sin diferencias entre mallas sintéticas y biológicas (0,7% vs. 0%, $p=0,1$). No hubo diferencias significativas en otras complicaciones relacionadas con las mallas o en la recurrencia a corto plazo (3,7% vs. 4%, $p=0,78$). El estudio multicéntrico de Evans *et al.*³¹ y dos estudios recientes sobre mallas biológicas con seguimiento de cuatro y veinte meses respectivamente, mostraron tasas similares de erosión asociada a la malla^{17,38}. Hay que destacar, sin embargo, que en el estudio de Franceschilli *et al.* se publica una tasa de recurrencia del prolapso mucho mayor, 14%, después de un seguimiento medio de veinte meses. Este dato debe hacer reflexionar sobre la posibilidad de que el precio de reducir las complicaciones asociadas a las mallas puede ser una menor efectividad del procedimiento. Más recientemente, Balla *et al.*, en una revisión sistemática de la literatura que incluye 3.956 pacientes procedentes de ocho estudios diferentes, evalúan la incidencia de erosión asociada a la malla tras RVLM y las posibles diferencias entre mallas sintéticas y biológicas. Se identificaron 1.041 complicaciones de las cuales sólo 67 eran erosiones relacionadas con las mallas (1,7%). Sin embargo, 66 de las 67 erosiones se asociaban a mallas sintéticas. La tasa de erosión de las mallas sintéticas y biológicas fue 1,87% y 0,22% respectivamente ($p=0,012$; OR 8,38 (1,16-60,5). Sin embargo, los datos disponibles son de mala calidad con un alto riesgo de sesgos, el periodo de seguimiento es corto y no existen estudios aleatorizados³⁹.

En un estudio prospectivo posterior a esta revisión, en el que se incluyen 224 pacientes operados mediante RVLM utilizando malla de Permacol®, MacLean *et al.* publican tres erosiones vaginales y una erosión perineal (1,7%)⁴⁰.

Sólo un estudio ha comparado de forma apareada mallas biológicas y sintéticas en RVLM (29 vs. 29) demostrando la ausencia de diferencias significativas tanto en las complicaciones relacionadas con las mallas como en los resultados funcionales y la tasa de recurrencia, tras un seguimiento medio de 15,4 meses⁴¹.

Por el momento no existe evidencia de alto nivel con seguimiento a largo plazo que demuestre alguna diferencia significativa en la morbilidad relacionada con el injerto y las tasas de recurrencia al comparar los distintos tipos de malla. En 2014, el panel de expertos europeo ha sugerido que las mallas biológicas pueden ser una

mejor opción en pacientes jóvenes, mujeres en edad reproductiva, pacientes diabéticos, fumadores, pacientes con historia de radiación pélvica previa o sepsis, enfermedad inflamatoria intestinal y en casos de apertura intraoperatoria del recto o la vagina³.

Papel del tipo de abordaje

Con respecto al abordaje robótico, sólo cinco estudios mencionan complicaciones relacionadas con la malla y en todas ellas hay ausencia de complicaciones^{12-14,42,43}. Dado que en todos estos estudios el tiempo de seguimiento es corto (3-23 meses) no se pueden establecer conclusiones válidas.

RESULTADOS FUNCIONALES

En este capítulo nos vamos a referir a los trastornos de la función anorrectal que se asocian a la RVLM, concretamente, la defecación obstructiva y la incontinencia fecal.

Podemos analizar tres cuestiones. La primera es el grado de empeoramiento de la función anorrectal, o la aparición de disfunción anorrectal *de novo*, ya sea en forma de estreñimiento o incontinencia fecal. La segunda es si estos trastornos funcionales difieren en función de la indicación por la que se ha realizado RVLM. Y la tercera si el abordaje robótico se asocia a algún tipo de beneficio.

Una conferencia de consenso en 2014 estableció las indicaciones de RVLM³. La existencia de prolapso rectal externo en pacientes aptos para anestesia general es la indicación absoluta, independientemente de la edad y el sexo. Indicaciones relativas son los pacientes con prolapso rectal interno (grado 3 ó 4 de Oxford) sintomáticos (defecación obstructiva o incontinencia) que no responden a tratamiento médico; los pacientes con rectocele complejo de más de 3-4 cm, asociados o no a prolapso rectal interno que presentan síntomas asociados a un deterioro importante en su calidad de vida, en los que han fracasado las medidas conservadoras o los procedimientos perineales; y finalmente los pacientes con úlcera rectal solitaria asociados a prolapso interno. Sobre la base de estas indicaciones, analizamos los resultados funcionales de la RVLM distinguiendo entre pacientes con prolapso rectal externo y pacientes con prolapso rectal interno ± rectocele ± úlcera rectal solitaria.

Un prolapso rectal externo es una protrusión circunferencial del recto de espesor completo a través del margen anal. En esta indicación, la RVLM mostró mejoría de la defecación obstructiva desde 52% a 84,2% ($p<0,01$)^{1,5,16,44-48} asociándose a un incremento medio en el Cleveland Clinic Constipation Score (CCCS) entre 4,8 y 7 puntos^{5,46,47,49,50} presentándose defecación obstructiva *de novo* en 4,8% a 17,6% de pacientes^{1,44}.

Con respecto a la incontinencia fecal, se observó mejoría en 50% a 93% de los pacientes ($p<0,001$)^{1,5,16,30,44-48} valorada mediante un aumento de la puntuación en el Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS) desde 8 a 13 puntos^{1,33} o mediante la valoración del Fecal Incontinence Severity Index (FISI) que mejoró desde 12 a 36 ($p<0,01$) en otros cinco trabajos^{5,46,47,49,50}. Dos estudios mostraron incontinencia fecal de nuevo inicio con una incidencia de 1,5% y 3,2% de los pacientes respectivamente^{5,47}.

De los datos analizados se desprende que la RVM mejora la defecación obstructiva y la incontinencia fecal en la mayoría de los pacientes con prolapso rectal externo, pero un porcentaje pequeño pueden desarrollar disfunción anorrectal que no presentaban anteriormente, bien en forma de defecación obstructiva (4,8-17,6%) o de incontinencia fecal (1,5-3,2%).

Un prolapso rectal interno es una invaginación telescópica de la pared rectal durante la defecación. El prolapso rectal interno es clasificado según el grado de prolapso rectal de Oxford diferenciando entre intususcepción rectal (grados I y II) o anal (grados 3 y 4)⁵¹. La RVLM para prolapso rectal interno y/o rectocele mostró mejoría de la defecación obstructiva desde 55% a 86% ($p<0,001$)^{2,16,45,46,52,53} con una mejoría en el CCCS entre 3,1 y 9 puntos ($p<0,01$)^{2,45,49,50,52,54}.

Se observó mejoría en la incontinencia fecal a través del cambio en el CCIS en 20% a 90% de pacientes^{2,16,45,46,52,53}, y un incremento medio en el (FISI) de 16 a 25 puntos ($p<0,01$) en múltiples cohortes^{2,46,49,50,52,54}. Ninguno de los estudios realizando RVLM para IRP y/o rectocele describieron alteraciones funcionales *de novo*.

La RVM para el prolapso rectal interno $\pm$ rectocele $\pm$ úlcera rectal solitaria se asocia a mejores resultados funcionales que cuando se trata de un prolapso rectal externo no apreciándose en los trabajos publicados aparición de defecación obstructiva o incontinencia fecal *de novo*.

Finalmente, los estudios que incluyen tanto prolapso rectal externo como interno $\pm$ rectocele como indicación para cirugía mostraron 56,7% a 92,8% ($p<0,01$) de mejoría para la defecación obstructiva con una ventaja media de 9,1 a 17 puntos en el CCCS^{7,9,55-57}. Sólo un trabajo describió un deterioro, no significativo, en defecación obstructiva postoperatoriamente⁵⁸. Se aprecia defecación obstructiva *de novo* entre 1,4% y 7% de los pacientes. Con respecto a la incontinencia fecal, encontramos una disminución en los síntomas en 82-90% de los pacientes con una media de incremento en el CCIS de 4 a 8 puntos ($p<0,05$)^{9,55-57} con sólo un trabajo publicando una tasa de incontinencia fecal *de novo* de un 1%⁵⁶. Estos datos son coherentes con los anteriormente mencionados dado que los resultados funcionales y la aparición de disfunción anorrectal *de novo* en estas series se encuentran en un punto intermedio entre los que presentan las series que incluyen sólo prolapso rectal interno y las que presentan sólo prolapso rectal externo.

En la **tabla 3** se resumen y presentan los datos respecto a resultados funcionales tras RVML en función del tipo de indicación.

Finalmente, con respecto al papel del abordaje robótico, Hasta la fecha, sólo dos estudios utilizando mallas sintéticas analizan los resultados funcionales tras RVM^{14,42}. Mantoo *et al.* realizaron RVML y RVMR para varias indicaciones encontrando una mejoría significativamente mayor para la defecación obstructiva tras RVMR. La ganancia media en el CCIS no fue significativamente diferente entre ambas técnicas. La mejoría tanto en defecación obstructiva como en incontinencia fecal estaba en línea como lo descrito en la literatura para varias indicaciones¹⁴. En el estudio de de Hoog *et al.*⁴², la cohorte laparoscópica incluía diferentes movilizaciones del recto y fue excluida. La serie robótica de este estudio mostró una ganancia media en el CCCS de 3,2 puntos lo cual fue inferior a otros estudios realizando RVML para prolapso rectal externo. Con la escasa evidencia disponible no se puede decir que el abordaje robótico se

Tabla 3. Resultados funcionales tras rectopexia ventral laparoscópica con prótesis.

		Defecación obstructiva	Incontinencia fecal
Prolapso rectal externo	Mejoría	52-84%	50-93%
	CCCS/CCIS	Mejoría 4,8-7 puntos	Mejoría 8-13 puntos
	FISI		Mejoría 12-36 puntos
	De novo	4,8-17,6%	1,5-3,2%
Prolapso rectal interno $\pm$ rectocele $\pm$ úlcera	Mejoría	55-86%	20-90%
	CCCS/CCIS	Mejoría 3,1-9 puntos	
	FISI		Mejoría 16-25 puntos
	De novo	0	0
Todas las indicaciones conjuntamente	Mejoría	56,7-92,8%	82-90%
	CCCS/CCIS	Mejoría 9,1-17 puntos	Mejoría 4-8 puntos
	FISI		
	De novo	1,4-7%	1%

asocie a mejores resultados funcionales con la RVM para los distintos síndromes de prolapso rectal con respecto al abordaje laparoscópico.

De lo anteriormente mencionado podemos concluir que la RVML mejora los síntomas de defecación obstructiva e incontinencia fecal en la mayoría de los pacientes, siendo más eficaz para la incontinencia fecal y cuando no existe prolapso rectal externo, si bien en esta última indicación también se obtienen buenos resultados. No obstante, existe un porcentaje de casos que desarrollan defecación obstructiva y/o incontinencia fecal *de novo* (4,8-17,6% para DO, 1,5-3,2% para IF) especialmente cuando existe prolapso rectal externo.

RECURRENCIA

Tras la introducción de la RVM algunos ensayos de pequeño tamaño sugirieron que la preservación de los ligamentos laterales podría resultar en una mayor tasa de recurrencia⁵⁹⁻⁶¹. Una revisión sistemática de la Cochrane Library, integrando los datos de dichos estudios concluye que la preservación de los ligamentos laterales del recto multiplica por quince el riesgo de recurrencia (OR 15,35 [0,73, 321,58])⁴. Sin embargo, hasta la fecha, numerosos estudios observacionales no aleatorizados con seguimientos mayores presentan tasas de recurrencia aceptables tras RVM. Desde 2004 hasta hoy los porcentajes de recurrencia para el prolapso rectal externo varían entre 1,5% a 9,7%⁶²⁻⁶⁴. Las variaciones en la recurrencia entre diferentes artículos reflejan habitualmente diferencias en el seguimiento. La mayoría de las recurrencias se desarrollan en los primeros 36 meses¹⁰ y los artículos sobre RVLM para prolapso rectal externo describen un intervalo desde la presentación hasta la recurrencia entre 10 y 91 meses tras la cirugía, aunque no todos los estudios publican este intervalo^{1,5,30,44,47-51}. Un análisis multicéntrico con datos agrupados de 643 pacientes procedentes de quince centros, operados de prolapso rectal externo por vía abdominal mostraron que el método de rectopexia no influía en la tasa de recurrencia⁶⁵.

Con respecto al prolapso rectal interno $\pm$ rectocele, tres estudios que realizan RVLM presentan tasas de recurrencia entre 5,3% y 7,1%^{2,47, 51}.

Se sabe poco acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de recurrencia tras RVM. Mackenzie *et al.* encontraron que el único predictor de recurrencia fue el uso de mallas de poliéster que se asociaban a una tasa de recurrencia dos veces mayor, con una OR de 1,96 ($p=0,017$) comparado con el uso más habitual de mallas de polipropileno⁹. Incluso con la introducción de la cirugía mínimamente invasiva, las tasas de recurrencia con siendo bajas y equivalentes a las de la cirugía abierta^{66,67}.

La literatura actual comparando RVLM y RVRM muestran similares tasas de recurrencia entre las dos técnicas. Los porcentajes de recurrencia varían desde 0% a 7% para la robótica y 0-8% para la laparoscopia¹²⁻¹⁴ y son comparables a los estudios observacionales de RVLM. Un estudio adicional de de Hoog *et al.* encontró una tasa de recurrencia del 20% para la cohorte robótica y 26,7% para la laparoscópica. La serie laparoscópica también incluía el procedimiento de Well y por lo tanto estos resultados se excluyeron del análisis⁴².

RESUMEN Y ENFOQUE TERAPÉUTICO

Con los datos presentados anteriormente, podemos decir que la RVML se asocia a una tasa de mortalidad peroperatoria de menos del 1%, una tasa global de morbilidad entre 3,6% y 23,5% predominando ampliamente las complicaciones menores (grados 1 y 2 de la clasificación de Dindo y Clavien), una tasa de complicaciones intraoperatorias de 0,5-5% de los pacientes con una tasa de conversión de 1,3-10%, una mejoría general de la disfunción anorrectal, bien en forma de incontinencia fecal o defecación obstructiva con escasas tasas de disfunción anorrectal de novo (1,4%-7% para el estreñimiento, 1% para la incontinencia fecal) y una tasa de fracasos de entre 1% y 10%. En general los resultados son mejores cuando la indicación de la RVML es el prolapso interno $\pm$ rectocele y peores cuando la indicación es el prolapso externo. Respecto a las complicaciones quirúrgicas. Las más graves son las complicaciones asociadas a la implantación de material protésico y los diferentes trabajos muestran tasas de 2-5% de este tipo de complicaciones. Por lo tanto, de cada cien pacientes operados, ocho presentarán alguna complicación grave, de dos a cinco alguna complicación relacionada con las mallas, y entre uno y diez presentarán un fracaso de la intervención con recurrencia. La cuestión es, ¿qué hacer con estos pacientes?

Cuando se produce una infección o erosión asociada a una prótesis el tratamiento de los síntomas que ésta ocasiona se basa en la retirada de la prótesis. Esta retirada puede realizarse mediante laparotomía, laparoscopia o a través de un procedimiento transvaginal o transanal. Borie *et al.* han publicado la retirada de la malla en siete pacientes. En cinco casos el abordaje se realizó mediante laparoscopia y en los dos casos restantes se realizó mediante abordaje transanal con el dispositivo SILS. Curiosamente, fueron los dos casos en los que se había implantado una prótesis de polipropileno aquellos en los que la laparoscopia fue inefectiva teniendo que recurrir al abordaje transanal frente a los cinco casos en los que se había utilizado una malla de poliéster en los que fue posible la retirada laparoscópica de la misma. La retirada mediante laparoscopia permite la sutura de cualquier orificio rectal y la colocación de un drenaje. No fue necesario realizar estoma derivativo en ningún caso. Ninguno de los pacientes

desarrolló complicaciones postoperatorias o síntomas de infección relacionada con malla²⁵. Los síntomas funcionales no suelen recurrir tras la retirada de la prótesis, probablemente porque la cicatrización inflamatoria y post-infecciosa es suficiente para sostener el suelo pélvico^{7,25}.

Badrek-Amoudi *et al.* analizan una serie de cincuenta pacientes (45 de ellos mujeres) con fallo sintomático precoz tras una RVML o con complicaciones mayores del procedimiento (erosión dentro de otro órgano, fistulización o estenosis)⁷. En todos los casos se realizó una cirugía laparoscópica revisional con mejoría funcional en las escala de defecación obstructiva y de incontinencia de Wexner y en calidad de vida (Birmingham Bowel and Urinary Symptoms Questionnaire) a los tres meses del procedimiento, con normalización en un año. Los autores concluyen que las complicaciones asociadas a una RVML inadecuada son susceptibles de una cirugía compleja de revisión también por vía laparoscópica con mejoría significativa en la función anorrectal y la calidad de vida. No obstante, esta cirugía debe realizarse en centros especializados con una elevada experiencia en la cirugía laparoscópica del prolapso de órganos pélvicos. La técnica quirúrgica varía según la indicación subyacente, es decir, la complicación específica que motiva la cirugía revisional, pero los autores recomiendan una serie de principios quirúrgicos generales que se detallan en la **tabla 4**.

Tabla 4. Principios generales del tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la rectopexia ventral laparoscópica con prótesis.

1	Realizar la disección con gancho de diatermia en sentido descendente hasta llegar a los músculos elevadores del ano con retirada de la malla original y reemplazo por una malla macroporosa de polipropileno recubierta de Teflón utilizando suturas de polidioxonona.
2	Ante una desinserción de la malla, se realiza su reinserción utilizando una nueva malla que se fija al promontorio con Protacks y se sutura a la malla previa con ethibond 1.
3	Ante una lesión rectal (perforación, erosión, fistulización, etc.) realizar resección anterior laparoscópica y una RVML limitada utilizando una malla biológica fijada por encima de la anastomosis.
4	Ante una fístula rectovaginal, retirada laparoscópica de la malla y reparación del recto vía abdominal si lesión alta o transvaginal si baja.
5	Para el resto de las erosiones retirada laparoscópica de la malla, reparación del defecto e inserción de una malla biológica.

[fn] Tomado de Badrek-Al Amoudi AH, Greenslade GL, Dixon AR. How to deal with complications after laparoscopic ventral mesh rectopexy: lessons learnt from a tertiary referral centre. *Colorect Dis* 2013;15:707-12.

Por lo tanto, en presencia de fallo de una RVML con recurrencia del prolapso la realización de una nueva RVLM es factible asociada a mejoría de la función anorrectal. Las complicaciones asociadas a las mallas también pueden tratarse mediante un nuevo abordaje laparoscópico realizando de nuevo RVM que mantenga la consecución del objetivo establecido en la primera intervención. Incluso con la retirada de la malla exclusivamente, algunos autores sostienen que no necesariamente tiene que afectarse el estado funcional del paciente ya que la cicatrización post-infección puede ser suficiente para sostener la funcionalidad del suelo pélvico. Estos procedimientos de revisión

son complejos y deberían realizarse en un centro especializado. Un uso juicioso de estomas en presencia de lesiones rectales queda a criterio del cirujano que realiza la intervención.

CONCLUSIONES

La RVML es un procedimiento seguro y con resultados aceptables para el tratamiento del prolapso rectal. Sin embargo, no está exento de complicaciones y fallos asociados a recurrencias, así como aparición ocasional de trastornos funcionales de novo. Afortunadamente las complicaciones graves son escasas, pero cuando aparecen pueden asociarse a limitaciones importantes en la calidad de vida. Aunque técnicamente desafiante, un segundo procedimiento por vía laparoscópica puede ser adecuado para resolver las complicaciones a la vez que mantiene los objetivos de reparación del prolapso y mejoría de los trastornos funcionales que se pretendía con la intervención original. En presencia de infección o erosión asociada a la malla es imperativo la retirada de esta, gesto que puede realizarse por laparotomía, laparoscopia o bien por un procedimiento transvaginal o transanal. Hasta la fecha, no existe evidencia de que el abordaje robótico aporte beneficio sobre el laparoscópico y no existe ningún trabajo que describa cirugía revisional mediante este abordaje. Estudios futuros confirmarán o no la posibilidad de una cirugía revisional robótica ante fracaso o complicaciones graves tras RVML.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg* 2004; 91: 1500-1505 [PMID: 15499644 DOI: 10.1002/bjs.4779]
2. Collinson R, Wijffels N, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse: short term functional results. *Colorectal Dis* 2010;12:97-104
3. Mercer-Jones MA, D'Hoore A, Dixon AR, Lehur P, Lindsey I, Mellgren A, Stevenson AR. Consensus on ventral rectopexy: report of a panel of experts. *Colorectal Dis* 2014; 16: 82-88 [PMID: 24034860 DOI: 10.1111/codi.12415]
4. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD001758.
5. Boons P, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de novo constipation. *Colorectal Dis* 2010;12:526-32.
6. Enríquez-Navascués JM, Elósegui JL, Apezteguía FJ, Placer C, Borda N, Irazusta M, et al. [Ventral rectal sacropexy (colpo-perineal) in the treatment of rectal and rectogenital prolapse]. *Cir Esp*. 2009 Nov;86(5):283-9.
7. Badrek-Al Amoudi AH, Greenslade GL, Dixon AR. How to deal with complications after laparoscopic ventral mesh rectopexy: lessons learnt from a tertiary referral centre. *Colorectal Dis* 2013;15:707-12.
8. Eu KW, Seow-Choen F. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment. *Br J Surg* 1997;84:904-11
9. Mackenzie H, Dixon AR. Proficiency gain curve and predictors of outcome for laparoscopic ventral mesh rectopexy. *Surgery*. 2014 Jul;156(1):158-67.
10. van Iersel JJ, Paulides TJC, Verheijen PM, Lumley JW, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Current status of laparoscopic and robotic ventral mesh rectopexy for external and internal rectal prolapse. *World J Gastroenterol*. 2016 Jun 7;22(21):4977-87.
11. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-213 [PMID: 15273542 DOI: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae]
12. Wong MT, Meurette G, Rigaud J, Regenet N, Lehur PA. Robotic versus laparoscopic rectopexy for complex rectocele: a prospective comparison of short-term outcomes. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 342-346 [PMID: 21304307 DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181f4737e]
13. Mäkelä-Kaikkonen J, Rautio T, Klintrup K, Takala H, Vierimaa M, Ohtonen P, Mäkelä J. Robotic-assisted and laparoscopic ventral rectopexy in the treatment of rectal prolapse: a matched-pairs study of operative details and complications. *Tech Coloproctol* 2014; 18: 151-155 [PMID: 23839795 DOI: 10.1007/s10151-013-1042-7]
14. Mantoo S, Podevin J, Regenet N, Rigaud J, Lehur PA, Meurette G. Is robotic-assisted ventral mesh rectopexy superior to laparoscopic ventral mesh rectopexy in the management of obstructed defecation? *Colorectal Dis* 2013; 15: e469-e475 [PMID: 23895633 DOI: 10.1111/codi.12251]
15. Rondelli F, Bugiantella W, Villa F, Sanguinetti A, Boni M, Mariani E, Avenia N. Robot-assisted or conventional laparoscopic rectopexy for rectal prolapse? Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2014; 12 Suppl 2: S153-S159 [PMID: 25157988 DOI: 10.1016/j.ijsu.2014.08.359]
16. Consten EC, van Iersel JJ, Verheijen PM, Broeders IA, Wolthuis AM, D'Hoore A. Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: An Observational Study of 919 Consecutive Patients. *Ann Surg* 2015; 262: 742-747; discussion 747-748 [PMID: 26583661 DOI: 10.1097/SLA.0000000000001401]
17. Franceschilli L, Varvaras D, Capuano I, Ciangola CI, Giorgi F, Boehm G, Gaspari AL, Sileri P. Laparoscopic ventral rectopexy using biologic mesh for the treatment of obstructed defecation syndrome and/or faecal incontinence in patients with internal rectal prolapse: a critical appraisal of the first 100 cases. *Tech Coloproctol* 2015; 19: 209-219 [PMID: 25577276 DOI: 10.1007/s10151-014-1255-4]
18. van Iersel JJ, Formijne Jonkers HA, Verheijen PM, Draaisma WA, Consten ECJ, Broeders IAMJ. High-grade hemorrhoids requiring surgical treatment are common after laparoscopic ventral mesh rectopexy. *Tech Coloproctol*. Springer Milan; 2016 Apr;20(4):235-42.
19. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25(4): 723-746

20. Chen B, Wen Y, Zhang Z, Wang H, Warrington JA, Polan ML. Menstrual phase-dependent gene expression differences in periurethral vaginal tissue from women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(1):89–97
21. Poncet S, Meyer S, Richard C, Aubert JD, Juillerat-Jeanneret L. The expression and function of the endothelin system in contractile properties of vaginal myofibroblasts of women with uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):426–432
22. Smart NJ, Bryan N, Hunt JA. A scientific evidence for the efficacy of biologic implants for soft tissue reconstruction. *Colorectal Dis* 2012;14(3, Suppl 3):1–6
23. Jia X, Glazener C, Mowatt G, Jenkinson D, Fraser C, Burr J. Systematic review of the efficacy and safety of using mesh in surgery for uterine or vaginal vault prolapse. NICE guidelines 2008. IPG267.
24. Food and Drug Administration. FDA safety communication: Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the Safety and Effectiveness of Transvaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse. *Rev Lit Arts Am* 2011; Assessed 2016-04-06. Available from: URL: <http://www.fda.gov/downloads/medicaldevices/safety/alertsandnotices/ucm262760.pdf>
25. Borie F, Coste T, Bigourdan JM, Guillon F. Incidence and surgical treatment of synthetic mesh-related infectious complications after laparoscopic ventral rectopexy. *Tech Coloproctol*. Springer International Publishing; 2016 Nov;20(11):759–65.
26. Shalaby M, Matarangolo A, Capuano I, Petrella G, Sileri P. Erosion after laparoscopic ventral mesh rectopexy with a biological mesh. *Tech Coloproctol*. Springer International Publishing; 2017 Dec;21(12):985–6.
27. Kemp MM, Slim K, Rabischong B, Bourdel N, Canis M, Botchorishvili R. Transrectal Mesh Erosion Requiring Bowel Resection. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Aug;24(5):717–21.
28. Adeyemo D. Mesh fistulation into the rectum after laparoscopic ventral mesh rectopexy. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(3):152–4.
29. Sileri P, Shalaby M, Orlandi A. Biological mesh extrusion months after laparoscopic ventral rectopexy. *Tech Coloproctol*. Springer International Publishing; 2017 Jan;21(1):91–2.
30. Abed H, Rahn DD, Lowenstein L, Balk EM, Clemons JL, Rogers RG, et al. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2011 Jul;22(7):789–98.
31. Evans C, Stevenson AR, Sileri P, Mercer-Jones MA, Dixon AR, Cunningham C, Jones OM, Lindsey I. A Multicenter Collaboration to Assess the Safety of Laparoscopic Ventral Rectopexy. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 799-807 [PMID: 26163960 DOI: 10.1097/ DCR.0000000000000402]
32. Tranchart H, Valverde A, Goasguen N, Gravié JF, Mosnier H. Conservative treatment of intrarectal mesh migration after ventral laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis* 2013;
33. Randall J, Smyth E, McCarthy K, Dixon AR. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for external rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2014; 16: 914-919 [PMID: 25110205 DOI: 10.1111/ codi.12741]
34. Trilling B, Martin G, Faucheron JL. Mesh erosion after laparoscopic rectopexy: a benign complication? *Colorectal Dis* 2014; 16: 832-833 [PMID: 25109904 DOI: 10.1111/codi.12739]
35. Smart NJ, Pathak S, Boorman P, Daniels IR. Synthetic or biological mesh use in laparoscopic ventral mesh rectopexy—a systematic review. *Colorectal Dis* 2013; 15: 650-654 [PMID: 23517144 DOI: 10.1111/codi.12219]
36. Burns NK, Jaffari MV, Rios CN, Mathur AB, Butler CE. Non- cross-linked porcine acellular dermal matrices for abdominal wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2010;125(1):167e76.
37. Sileri P, Franceschilli L, de Luca E, et al. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse using biological mesh: postoperative and short-term functional results. *J Gastrointest Surg* 2012;16(3):622–628
38. Sileri P, Capuano I, Franceschilli L, Giorgi F, Gaspari AL. Modified laparoscopic ventral mesh rectopexy. *Tech Coloproctol* 2014; 18: 591-594 [PMID: 24258391 DOI: 10.1007/s10151-013-1094-8]
39. Balla A, Quaresima S, Smolarek S, Shalaby M, Missori G, Sileri P. Synthetic Versus Biological Mesh-Related Erosion After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: A Systematic Review. *Ann Coloproctol*. The Korean Society of Coloproctology; 2017 Apr;33(2):46–51.
40. McLean R, Kipling M, Musgrave E, Mercer-Jones M. Short- and long-term clinical and patient-reported outcomes following laparoscopic ventral mesh rectopexy using biological mesh for pelvic organ prolapse: a prospective cohort study of 224 consecutive patients. *Colorectal Dis*. Wiley/Blackwell (10.1111); 2018 May;20(5):424–36.
41. Ogilvie JW, Stevenson AR, Powar M. Case-matched series of a non-cross-linked biologic versus non-absorbable mesh in laparoscopic ventral rectopexy. *Int J Colorectal Dis* 2014; 29: 1477-1483 [PMID: 25310924 DOI: 10.1007/s00384-014-2016-6]
42. de Hoog DE, Heemskerk J, Nieman FH, van Gemert WG, Baeten CG, Bouvy ND. Recurrence and functional results after open versus conventional laparoscopic versus robot-assisted laparoscopic rectopexy for rectal prolapse: a case-control study. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24: 1201-1206 [PMID: 19588158 DOI: 10.1007/ s00384-009-0766-3]
43. Mehmood RK, Parker J, Bhuvimani L, Qasem E, Mohammed AA, Zeeshan M, Grugel K, Carter P, Ahmed S. Short-term outcome of laparoscopic versus robotic ventral mesh rectopexy for full-thickness rectal prolapse. Is robotic superior? *Int J Colorectal Dis* 2014; 29: 1113-1118 [PMID: 24965859 DOI: 10.1007/s00384-014-1937-4]
44. Auguste T, Dubreuil A, Bost R, Bonaz B, Faucheron JL. Technical and functional results after laparoscopic rectopexy to the promontory for complete rectal prolapse. Prospective study in 54 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 659-663 [PMID: 16801887 DOI: 10.1016/S0399-8320(06)73257-2]
45. Formijne Jonkers HA, Poierré N, Draaisma WA, Broeders IA, Consten EC. Laparoscopic ventral rectopexy for rectal prolapse and symptomatic rectocele: an analysis of 245 consecutive patients. *Colorectal Dis* 2013; 15: 695-699 [PMID: 23406289 DOI: 10.1111/ codi.12113]

46. Tsunoda A, Takahashi T, Ohta T, Kusanagi H. Quality of life after laparoscopic ventral rectopexy. *Colorectal Dis* 2015; Epub ahead of print [PMID: 26709009 DOI: 10.1111/codi.13247]
47. Cristaldi M, Collinson R, Boons P, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic anterior rectopexy: a new approach that still cures rectal prolapse, but also improves preoperative constipation without inducing new-onset constipation. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 721
48. Verdaasdonk EG, Bueno de Mesquita JM, Stassen LP. Laparoscopic rectovaginopexy for rectal prolapse. *Tech Coloproctol* 2006; 10: 318-322 [PMID: 17115316 DOI: 10.1007/s10151-006-0300-3]
49. Gosselink MP, Joshi H, Adusumilli S, van Onkelen RS, Fourie S, Hompes R, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for faecal incontinence: equivalent benefit is seen in internal and external rectal prolapse. *J Gastrointest Surg* 2015; 19: 558-563 [PMID: 25412861 DOI: 10.1007/s11605-014-2696-9]
50. Tsunoda A, Takahashi T, Ohta T, Fujii W, Kusanagi H. New-onset rectoanal intussusception may not result in symptomatic improvement after laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse. *Tech Coloproctol* 2016; 20: 101-107 [PMID: 26589950 DOI: 10.1007/s10151-015-1395-1]
51. Wijffels NA, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. What is the natural history of internal rectal prolapse? *Colorectal Dis* 2010; 12: 822-830 [PMID: 19508530 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.01891.x]
52. Collinson R, Boons P, Van Duijvendijk P, Ahmed T, Decosta H, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic anterior rectopexy improves both obstructed defecation and faecal incontinence in patients with rectal intussusception. *Gut* 2007; 56: A50
53. Wong M, Meurette G, Abet E, Podevin J, Lehur PA. Safety and efficacy of laparoscopic ventral mesh rectopexy for complex rectocele. *Colorectal Dis* 2011; 13: 1019-1023 [PMID: 20553314 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02349.x]
54. Gosselink MP, Adusumilli S, Gorissen KJ, Fourie S, Tuynman JB, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for fecal incontinence associated with high-grade internal rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2013; 56: 1409-1414 [PMID: 24201396 DOI: 10.1097/DCR.0b013e3182a85aa6]
55. Lauretta A, Bellomo RE, Galanti F, Tonizzo CA, Infantino A. Laparoscopic low ventral rectocolpopexy (LLVR) for rectal and rectogenital prolapse: surgical technique and functional results. *Tech Coloproctol* 2012; 16: 477-483 [PMID: 23104551 DOI: 10.1007/s10151-012-0918-2]
56. Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y. Laparoscopic ventral rectopexy: a prospective long-term evaluation of functional results and quality of life. *Tech Coloproctol* 2013; 17: 431-436 [PMID: 23345041 DOI: 10.1007/s10151-013-0973-3]
57. Owais AE, Sumrien H, Mabey K, McCarthy K, Greenslade GL, Dixon AR. Laparoscopic ventral mesh rectopexy in male patients with internal or external rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2014; 16: 995-1000 [PMID: 25175930 DOI: 10.1111/codi.12763]
58. 58 van den Esschert JW, van Geloven AA, Vermulst N, Groenendijk AG, de Wit LT, Gerhards MF. Laparoscopic ventral rectopexy for obstructed defecation syndrome. *Surg Endosc* 2008; 22: 2728-2732 [PMID: 18320283 DOI: 10.1007/s00464-008-9771-9]
59. Speakman CTM, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *The British Journal of Surgery* 1991;78 (12):1431-3.
60. Selvaggi F, Scotto di Carlo E, Silvestri L, Festa L, Piegari V. Surgical treatment of rectal prolapse: a randomised study [Abstract]. *The British Journal of Surgery* 1993;80(Suppl): S89.
61. Mollen RM, Kuipers JH, Van Hoek F. Effect of rectal mobilisation and lateral sphincter division on colonic and anorectal function. *Diseases of the Colon and Rectum* 2000; 43(9):1283-7.
62. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg* 2005; 140: 63-73 [PMID: 15655208 DOI: 10.1001/archsurg.140.1.63]
63. Samaranayake CB, Luo C, Plank AW, Merrie AE, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception. *Colorectal Dis* 2010; 12: 504-512 [PMID: 19438880 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.01934.x]
64. Cadeddu F, Sileri P, Grande M, De Luca E, Franceschilli L, Milito G. Focus on abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: meta-analysis of literature. *Tech Coloproctol* 2012; 16: 37-53 [PMID: 22170252 DOI: 10.1007/s10151-011-0798-x]
65. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, Bergamaschi R; Rectal Prolapse Recurrence Study Group. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1200-1206
66. Boccasanta P, Rosati R, Venturi M, Montorsi M, Cioffi U, De Simone M, Strinna M, Peracchia A. Comparison of laparoscopic rectopexy with open technique in the treatment of complete rectal prolapse: clinical and functional results. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 460-465 [PMID: 9864116]
67. Solomon MJ, Young CJ, Evers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg* 2002; 89: 35-39 [PMID: 11851660 DOI: 10.1046/j.0007-1323.2001.01957.x]

Respetado
JUZGADO SEXTO (06°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)
E. S. D.

REF.: CONTESTACIÓN DE DEMANDA
PROCESO: VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO Y OTROS
DEMANDADO: FUNDACIÓN VALLE DE LILI Y OTROS
RADICACIÓN: 2022 00167

CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.130.591.159, portador de la Tarjeta Profesional N° 231.406 del Honorable Consejo Superior de la Judicatura., actuando en calidad de apoderado judicial principal del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAN KESTEMBERG**, en su condición de parte pasiva dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito respetuosamente dar contestación a la demanda incoada en contra de mi procurado encontrándome dentro del término legal oportuno, con base en los argumentos que expondré y a lo que se acreditará en el trámite de la Litis. Es menester mencionar desde ahora señor Juez, que me opongo a las pretensiones o peticiones injustificables del demandante y las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer éstas, de fundamento fáctico y jurídico, como se demostrará más adelante a lo largo del proceso; por lo mismo, las desestimamos todas y cada una de plano.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

Con fundamento en la contestación de esta demanda, que tiene como infundadas las pretensiones incoadas y por no existir causa, ni nexo causal, ni culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, nos oponemos a todas y a cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAN KESTEMBERG**, ya que su conducta fue adecuada, perita, idónea, correcta y aceptada por la ciencia médica y de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo no sólo con su deber de cuidado, sino también enmarcando su conducta dentro de la esfera ética y profesional, desarrollando su ejercicio médico bajo los parámetros de la Lex Artis.

Consecuentemente me opongo a que se condene a mi representada a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el supuesto daño que reclama **EL PACIENTE DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO**, no encuentra génesis en una inadecuada práctica de la profesión de la MEDICINA o en alguna actuación negligente, imprudente o imperita de la Facultativa que represento; pues como se manifestó en el párrafo inicial, se probará con la presente contestación y en el decurso procesal, que la conducta brindada por el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAN KESTEMBERG**, fue adecuada, idónea, perita, acorde con los protocolos y la lex artis; lo que en suma indica que mi procurada actuó debidamente sin mediar culpa en ninguno de sus grados.

Adicional a lo anterior, se probará que el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAN KESTEMBERG**, cumplió con la obligación de poner todo su conocimiento técnico, científico, humano y de procedimiento que le era exigible, al servicio pleno del paciente, en razón a que la medicina y en particular todo procedimiento o diagnóstico en salud, no es siempre exacto, debido a que confluyen en cada paciente, factores endógenos y exógenos, sumado a los riesgos propios de cada procedimiento o atención en salud, que no dependen del profesional de la salud y que pueden influir en el resultado, tratamiento y/o percepción final de la atención de un equipo interdisciplinario en salud. En síntesis, la del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. **ABRAHAN KESTEMBERG**, como se viene insistiendo, no actuó bajo ninguno de los elementos de la culpa, fue Diligente, Prudente y Perita, apegándose al manejo y protocolo de atención.

Observadas las solicitudes y pretensiones que realizan los demandantes y por encontrarse la FALTA ABSOLUTA DE ACREDITACIÓN como lo requiere y establece nuestra Institución Jurídica Procesal, me opongo en su totalidad y solicito enfáticamente se nieguen las solicitudes de declarar una improbadada responsabilidad médica en cabeza del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, de tal suerte que, deberán despacharse desfavorablemente las pretensiones y solicitudes de la demanda; puesto que intenta desacertadamente la parte actora, que se le indemnice un daño que obedece a una situación inherente, imprevisible e irresistible. Luego, se itera que la supuesta culpa del médico o profesional de la salud en este caso, la del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, no se puede presumir bajo la óptica de dos (02) argumentos iniciales, entre muchos otros, a saber;

- ✓ La obligación que este profesional adquiere es de medios y no de resultado.
- ✓ Y que la actividad que ella realiza es aleatoria.¹

Por lo anterior, solicito adicionalmente a Su señoría, condenar en costas y agencias a la parte demandante. En este estado de cosas, procedo a contestar los hechos de la demanda bajo el mismo orden en que fueron planteados.

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Previo a la contestación de los hechos de la demanda, es de resaltar Su señoría que cada afirmación realizada por el apoderado del extremo activo en los hechos y pretensiones deberán ser debidamente demostrada en el decurso procesal, toda vez que como lo indica nuestra institución procedimental, la carga de la prueba recae en la parte actora, así que no basta indiscutiblemente la simple manifestación de que una conducta ha engendrado o generado un supuesto daño para tenerse como cierta o real, y es que no pocas veces ha reiterado la Corte Suprema de Justicia, que la carga probatoria para la **FEHACIENTE DEMOSTRACIÓN** de los elementos estructurales de la supuesta culpa, junto con los demás presupuestos de responsabilidad, como el daño y el vínculo o relación de causalidad, están en cabeza del demandante, que deberá acreditarlos con los medios probatorios pertinentes pero que sin duda alguna y para el caso en concreto, brillarán por su ausencia, toda vez que por inferencia lógica, es imposible demostrar aquello que no existe o nunca ha existido, por ende, nos oponemos contundentemente a que se condene al profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, a pagar cualquier suma de dinero pretendida por la parte activa de la Litis. Con base en lo anterior procedo a contestar los hechos alegados de la siguiente forma;

FRENTE AL HECHO PRIMERO- NO ME CONSTA; La orientación del paciente hoy demandante no nos puede constar. Se desconoce quién es la señora Adriana Hoyos mencionada en este punto. Es cierto lo concerniente a su documento de identidad. Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO.- NO ES CIERTO como está redactado. El día 17 de enero del 2018 durante una consulta por primera vez con coloproctología a cargo del Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB, el paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO consulta por presentar prolapso rectal de 5 años de evolución, el cual es una enfermedad incapacitante, molesta, dolorosa que representa un gran riesgo para el paciente por el tipo del órgano comprometido. Desde este mismo día el Dr. Abraham Kestenberg le explica al paciente la posibilidad de requerir el procedimiento rectopexia ventral por laparoscopia con malla (el cual es el mejor procedimiento para el prolapso rectal según la evidencia científica) y para poder estar seguro que no hay otra enfermedad subyacente como un tumor, se solicita la realización de una colonoscopia para poder programar de manera segura la cirugía propuesta. Se entrega la orden de la colonoscopia y una cita de control con el resultado de la misma para definir la cirugía, como se evidencia en el análisis y plan del 17 de enero del 2018: "ANÁLISIS Y CONDUCTA: Colonoscopia total. Cita de control con resultado de colonoscopia para definir plan quirúrgico: Probablemente PROCTOPEXIA VENTRAL POR LAPAROSCOPIA (Lo mencionado se

¹CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION CIVIL, Magistrado Ponente: Dr. JORGE SANTOS BALLESTEROS. Bogotá, D.C., cuatro (4) de abril de dos mil uno (2001). Ref.: Expediente No. 6436

encuentra en la historia clínica). Por este motivo, realiza en la Fundación Valle Del Lili el día 25 de enero 2018 la colonoscopia previa firma del consentimiento y el cual no presento complicaciones. Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante.

FRENTE AL HECHO TERCERO. NO ES CIERTO COMO ESTÁ REDACTADO; Se desconoce lo sucedido en los años 2013 y 2015 en otras instituciones y lo acontecido con su EPS; No nos puede constar que el prolapso rectal lo reducía manualmente, así como la causa y/o motivos que impidieron la realización de la cirugía, que al parecer, en su momento (año 2015) fue cancelada por su EPS ; Lo único cierto es que de conformidad con historia clínica, los profesionales de la salud, Dra. JESSICA CAPRE PEREIRA y Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB, consignan en la historia **“desde hace 5 años tiene episodios intermitentes de prolapso rectal”**, Es decir, que el hoy demandante **DANNY JAVIER QUICENO** presentaba su enfermedad desde el año 2013. Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

AL HECHO CUARTO. NO ES CIERTO: Se debe iniciar aclarando, El paciente **DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO**, asistió por su enfermedad a una consulta especializada en coloproctología en FVL a cargo del Dr. **ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB** quien es el coloproctólogo de más experiencia en la ciudad de Cali, es un referente para los casos más difíciles y complejos para todos los cirujanos de Colombia. El Dr. Abraham Kestenherg es el jefe del servicio de la cirugía coloproctológica de la FVL desde hace 26 años y fue el jefe del servicio del Hospital Universitario HUV Evaristo García de coloproctología por más de 10 años. En el caso del paciente **DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO**, El Dr. **ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB** explicó los riesgos, los más comunes y más importantes de la cirugía, en qué consiste el procedimiento, aclaró las dudas y contestó las preguntas del paciente de manera detallada mediante un dibujo como lo suele hacer con todos sus pacientes. El día 17 de enero del 2018 durante una consulta por primera vez con coloproctología a cargo del Dr. **ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB**, el paciente **DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO** consulta por presentar prolapso rectal de 5 años de evolución, el cual es una enfermedad incapacitante, molesta, dolorosa que representa un gran riesgo para el paciente por el tipo del órgano comprometido. Desde este mismo día el Dr. Abraham Kestenberg le explica al paciente la posibilidad de requerir el procedimiento rectopexia ventral por laparoscopia con malla (el cual es el mejor procedimiento para el prolapso rectal según la evidencia científica) y para poder estar seguro que no hay otra enfermedad subyacente como un tumor, se solicita la realización de una colonoscopia para poder programar de manera segura la cirugía propuesta. Se entrega la orden de la colonoscopia y una cita de control con el resultado de la misma para definir la cirugía, como se evidencia en el análisis y plan del 17 de enero del 2018: **“ANÁLISIS Y CONDUCTA:Colonoscopia total. Cita de control con resultado de colonoscopia para definir plan quirúrgico: Probablemente PROCTOPEXIA VENTRAL POR LAPAROSCOPIA** (tomado de la historia clínica) Por este motivo realiza en la Fundación Valle Del Lili el día 25 de enero 2018 la colonoscopia previa firma del consentimiento. sin complicaciones.

Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO QUINTO. NO ES CIERTO; La decisión de realizar el procedimiento propuesto de la rectopexia ventral por laparoscopia con malla, es porque este procedimiento está descrito y catalogado como el mejor de todos los procedimientos para corrección del prolapso rectal en mujeres y hombres adultos, el más seguro, el de menos complicaciones y el que tiene mejores resultados para el paciente. Además el Dr. Kestenberg es pionero en Colombia con esta técnica. Durante muchos años se ha presentado en el congreso nacional de cirugía y en el congreso internacional de cirugía de colon y recto del año 2022 en Cartagena; los resultados de esta técnica a manos del Dr. kestenberg han sido muy buenos, tanto es así que los nuevos cirujanos de colon y recto que se han incorporado a la clínica Fundación Valle de Lili, han abandonado otras técnicas de corrección de prolapso rectal para continuar realizando a todos sus pacientes rectopexia ventral por laparoscopia con malla como la mejor técnica disponible para el prolapso

rectal(Cirugía realizada al paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO). Hay mucha evidencia y nuevos cursos para desarrollar esta técnica, la cual el Dr Kestenberg ya lleva muchos años practicando la técnica. Se insiste que mi procurado El Dr kestenberg es referente nacional en esta técnica.

Por último el hallazgo de eritema en la mucosa del recto es un hallazgo esperado en un paciente con prolapso rectal, indica que el recto está siendo lastimado por el prolapso rectal y este podría llegar a sufrir complicaciones tales como que la mucosa o toda la pared del recto se erosione o sufra una estrangulación, gangrena, perforación o peritonitis y sangrado. Existen en la literatura médica reportados más de 100 procedimientos posibles para corrección del prolapso rectal, algunos por vía perineal y otros por vía abdominal. Por los resultados de estudios internacionales y la experiencia del Dr.Kestenberg y la Dra.Capre, se realizan solamente correcciones por vía abdominal, puesto que tienen una tasa de recurrencia significativamente menor.(recurrencia de vía perineal +/-16%, recurrencia por vía abdominal +/- 8 %) esta técnica está descrita desde el año 2007 por ANDREE D`HOORE, llamada rectopexia ventral con malla la cual puede ser efectuada por vía abierta o por vía lapàroscopica o por vía robótica. Esta forma de corrección quirúrgica tiene varias ventajas sobre las técnicas previas perineales , la más importante de ellas es una tasa de recurrencia menor y mejores resultados funcionales como disminución de la incontinencia fecal .(ver anexo estudio 2 Abdominal versus perineal approach for external rectal prolapse: systematic review with meta-analysisGianluca Pellino, Giacomo Fuschillo, Costantinos Simillis, Lucio Selvaggi, Giuseppe Signoriello, Danilo Vinci, Christos Kontovounisios, Francesco Selvaggi, Guido Sciaudone BJS Open. 2022 Apr; 6(2): zrac018. Published online 2022 Apr 7. doi: 10.1093/bjsopen/zrac018)

Desde el año 2012 los Drs.Kestenberg y Capre inician con la realización de esta técnica; hasta la fecha hemos operado 51 pacientes con resultados tan buenos como reportados en la literatura (ver cuadro adjunto). **Experiencia en esta cirugía en la fundación valle del lili :**

Totalidad de paciente operados : 51 Primer caso desde el año 2012 (ver anexo tabla 1 con la descripción de los pacientes operados en la fundación Valle del lili con la tecnica)

VARIABLE	n=51
Edad	69.9 (26-99)
Genero Femenino	88.3% (45)
Genero Masculino	11.7% (6)
Tiempo de seguimiento (Meses)	44 (1-126)
Recurrencia	4 (7.84%)
SF 36 Funcionamiento Físico	69% (10-100%)
SF 36 Limitaciones por Salud Física	72% (0-100%)
SF 36 Limitaciones por Problemas Emocionales	90% (0-100%)
SF Consolidado	73% (30-98%)
Score de Incontinencia	4 (0-16)
Score de Esteñimiento	3.5 (0-13)
Mortalidad	0 (0%)

Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO SEXTO. NO ES CIERTO; Se debe iniciar aclarando, El paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO, asistió por su enfermedad a una consulta especializada en coloproctología en FVL a cargo del Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB. El Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB es el coloproctólogo de más experiencia en la ciudad de Cali, es un referente para los casos más difíciles y complejos para todos los cirujanos de Colombia. El Dr. Abraham Kestenherg es el jefe del servicio de la cirugía coloproctológica de la fundación valle del lili desde hace 26 años y fue el jefe del servicio del hospital universitario HUV Evaristo García de coloproctología por más de 10 años. En el caso del paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO, el Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB explicó los riesgos, los más comunes y más importantes de la cirugía, en qué consiste el procedimiento, aclaró las dudas y contestó las preguntas del paciente de manera detallada mediante un dibujo como lo suele. El día 17 de enero del 2018 durante una consulta por primera vez con coloproctología a cargo del Dr. ABRAHAM KESTEMBERG HIMELFARB, el paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO consulta por presentar prolapso rectal de 5 años de evolución, el cual es una enfermedad incapacitante, molesta, dolorosa que representa un gran riesgo para el paciente por el tipo del órgano comprometido. Desde este mismo día el Dr. Abraham Kestenberg le explica al paciente la posibilidad de requerir el procedimiento rectopexia ventral por laparoscopia con malla (el cual es el mejor procedimiento para el prolapso rectal según la evidencia científica) y para poder estar seguro que no hay otra enfermedad subyacente como un tumor, se solicita la realización de una colonoscopia para poder programar de manera segura la cirugía propuesta. Se entrega la orden de la colonoscopia y una cita de control con el resultado de la misma para definir la cirugía, como se evidencia en el análisis y plan del 17 de enero del 2018: "ANÁLISIS Y CONDUCTA: Colonoscopia total. Cita de control con resultado de colonoscopia para definir plan quirúrgico: Probablemente PROCTOPEXIA VENTRAL POR LAPAROSCOPIA (tomado de la historia clínica) Por este motivo realiza en la Fundación Valle Del Lili el día 25 de enero 2018 la colonoscopia previa firma del consentimiento. sin complicaciones.

En una revisión sistemática publicada en el año 2019, con 1242 pacientes (Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Sileri P, Wexner SD. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for full-thickness external rectal prolapse: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of the predictors for recurrence. Surg Endosc 2019;33(08):2444–2455) se concluye de lo anterior, que la rectopexia ventral con malla es una opción eficaz y segura en el tratamiento del prolapso rectal externo de espesor total con bajas tasas de recurrencia y complicaciones, Se incluyeron diecisiete estudios con 1242 pacientes de una mediana de edad de 60 años. Se requirió conversión a cirugía abierta (1,8%) pacientes. La tasa media ponderada de complicaciones entre los estudios fue del 12,4 % y la tasa media ponderada de recurrencia del prolapso rectal externo de espesor total fue del 2,8 % Las tasas de mejora de la incontinencia fecal y el estreñimiento después de la rectopexia ventral con malla fueron del 79,3 % y 71 %, respectivamente.(ver anexo estudio 1)

Durante la consulta realizada el día 14 de febrero del 2018, el Dr. Abraham Kestenberg cirujano tratante del paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO explica verbalmente y personalmente que ante los hallazgos de la colonoscopia no existen más patologías como tumores o algún otra lesión que amerite otro plan quirúrgico. Por lo tanto la mejor alternativa para resolver un prolapso rectal, es la cirugía rectopexia ventral por laparoscopia con malla, por lo cual el Dr Kestenberg reitera su primera propuesta en realizar esta cirugía como tratamiento para su enfermedad, procede entonces a explicar detalladamente cómo se realiza esta cirugía, cuáles son los riesgos más importantes y los más comunes y cuales son los beneficios los cuales explica detalladamente por medio de un dibujo donde explica los pasos de la cirugía, sus complicaciones, riesgos y beneficios, luego aclara dudas y proceden a firmar el consentimiento informado por parte del médico tratante el Dr Kestenberg y por el paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO. Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO SEPTIMO. NO ES CIERTO. El Pfannenstiel es un tipo de abordaje en cirugía para ingresar al abdomen y pelvis tanto de hombres como de mujeres, se utiliza para operar los órganos dentro de la pelvis como colon y recto, vejiga, próstata, útero etc. Cabe anotar que este tipo de abordaje (Pfannenstiel) es el GOLD STANDARD para operar el recto ya sea por cáncer o una enfermedad como la que presentaba el paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO. Aproximadamente se han realizado en los últimos 5 años 231 cirugías con abordaje de Pfannenstiel para operar el recto por parte de los cirujanos del grupo de cirugía de coloproctología de la FVL. Este abordaje no está relacionado a complicaciones relacionadas con la esterilidad o funcional sexual de los pacientes.

La cirugía fue dispendiosa por los hallazgos de fibrosis que significa que los tejidos estaban duros y enfermos, la rigidez de los tejidos puede conducir a que el cirujano tenga complicaciones como lesionar el recto o los órganos a su alrededor como la vejiga, vasos como venas y arterias que implicaría una complicación fatal como la muerte o una peritonitis, colostomía, o necesidad de múltiples cirugías con hospitalizaciones prolongadas. Se aclara que estos hallazgos quirúrgicos como la fibrosis y la rigidez son producto del prolapso rectal recurrente y de la cirugía previa realizada en 1999 en el hospital Club Noel. Estos cambios no son susceptibles de mejoría con esperar o con utilización de medicamentos o terapias alternativas, por lo anterior se deduce que postergar la realización del procedimiento quirúrgico no era ningún beneficio para el paciente.

Aunque se trató de una cirugía con muchos riesgos para el paciente, nada de esto ocurrió debido al sumo cuidado con que se realizó esta intervención y a la experiencia del Dr Kestenberg. Durante todo el acto quirúrgico no se presentó ninguna complicación quirúrgica, ni se evidenció alguna señal de complicaciones o evento adverso durante su hospitalización postquirúrgica.

Lo demás son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO OCTAVO; NO ME CONSTA. En el caso particular del paciente, no tuvimos seguimiento porque no asistió a más controles con el Dr Kestenberg. Son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO NOVENO; NO ES CIERTO. Durante este tipo de cirugías se realiza paso de sonda a la vejiga por medio de la uretra del pene, la cual se realizó al paciente DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO por el médico y cirujano de colon y recto el Dr. ALEXANDER OBANDO, sin ninguna complicación. La sonda se pudo posicionar sin ningún hallazgo que indicará estrechez de la uretra. Además en las siguientes horas después de la cirugía y al día siguiente podía orinar sin ningún problema, lo cual indica que no había estrechez de la uretra al momento o durante la cirugía, tampoco existió alguna lesión o trauma, ya que la orina era clara y sin sangre. Además en el punto décimo expuesto de los hechos por el demandante manifiesta que el Dr JAIME ANDRES ROBAYO realiza una cistoscopia en la cual no hay estrechez en la uretra. Por lo demás, son apreciaciones subjetivas que deberá acreditar la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO DECIMO; NO ES CIERTO. Durante la cirugía, se siguieron los protocolos de seguridad del paciente, no se presentaron, ni se identificaron eventos adversos durante la realización de la misma; enfatizando que el procedimiento fue extremadamente dificultoso, por como ya se mencionó en los hallazgos operatorios, situación que obligó a conversión a cirugía abierta, siempre teniendo en cuenta la seguridad del paciente. La cirugía, desde el punto de vista del prolapso rectal, fue exitosa, puesto que este, no ha recurrido. Durante la cirugía no se evidenció una consecuencia directa que pudiese afectar la eyaculación. Incluso las tasas de complicaciones de la cirugía de la rectopexia ventral por laparoscopia con malla de nuestra institución es menor a la tasa que

se reporta en la literatura médica. Además, este procedimiento quirúrgico es la mejor cirugía entre más de 100 propuestos para corregir esta condición.

En un estudio realizado en España publicado en el 2018 (Gómez Barbadillo J. Complicaciones tras rectopexia ventral laparoscópica: etiología y manejo. Cir Andal. 2018;29(4):494-502) reportan 3.629 pacientes, la tasa de complicaciones fue muy baja, en comparación con otras técnicas, recomendado esta técnica como segura y superior en resultados cuando se compara con el resto de técnicas para resolver el prolapso rectal . Debemos resaltar que en esta revisión de la literatura universal, no se reportan casos de disfunción sexual, evidenciando la rareza de este efecto adverso. (ver anexo estudio 3)

Tabla 1. Morbimortalidad tras rectopexia ventral laparoscópica con prótesis.	
PACIENTES	3.629
ESTUDIOS	24
FECHA	2004-2016
MORBILIDAD	3,6-23,5%
GRADO 1-2 CD	2,5-20%
GRADO 3-4 CD	1,2-7,7%
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	0,5-5%
CONVERSIÓN	1,3-10%
MORTALIDAD	0,1-1,1%

Las demás apreciaciones subjetivas de este hecho deberán ser acreditadas por la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO DECIMO PRIMERA; NO ES CIERTO: Como se evidencia en la revisión de la literatura, no hay reporte de disfunción sexual asociada a esta técnica quirúrgica, por lo que no se puede definir causalidad. Las demás apreciaciones subjetivas de este hecho deberán ser acreditadas por la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO DECIMO SEGUNDO; NO ME CONSTA. Las apreciaciones recaen en el ámbito de la subjetividad y se escapa del conocimiento como coloproctologo de mi mandante. Este hecho deberá ser acreditado por la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

FRENTE AL HECHO DECIMO TERCERO; NO ME CONSTA. Las apreciaciones recaen en el ámbito de la subjetividad y se escapa del conocimiento como coloproctologo de mi mandante. Este hecho deberá ser acreditado por la parte activa de la Litis si pretende atribuir responsabilidad alguna a mi mandante. Lo demás en cuanto tenga que ver con mi procurado que se pruebe.

A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE FONDO

I. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO

Como se podrá establecer en el decurso procesal, el proceder de la facultativa que represento se perfeccionó de conformidad a las guías de manejo con la diligencia, pericia y cuidado recomendado por protocolos internacionales del área de la salud cuestionada. En primer lugar, el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, es perito en el área de la medicina en la que se desempeña, como así lo acredita su hoja de vida y diplomas.

Además a lo anterior, hay que MEMORAR, que la actividad médica está enmarcada dentro de las obligaciones de medio y no de resultado como amplia y reiteradamente ha sido reconocida tanto por la jurisprudencia² como por la doctrina.

Además de lo anterior y en tratándose de las actividades en el sector salud, La Ley 1164 de 2007 en su artículo 26, modificado por la ley 1438 de 2011 y contenida en el **DUR 780 de 2016** que recopila toda la legislación en materia de sistema general de seguridad social en salud; dispone que el acto propio de los profesionales de la salud genera una obligación de medio, así:

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

La práctica médica en general involucra de por sí una obligación de carácter indeterminado y que se trata de una empresa típicamente aleatoria. La obligación del médico involucra un compromiso que guía la conducta del profesional hacia cierto resultado, que no es la curación o resultado mediato, sino la atención y razonable diligencia dirigida hacia ese objetivo, por lo que en definitiva, el éxito final de la operación y/o del tratamiento no depende enteramente del médico, sino de causas ajenas a su proceder técnico³.

La paciente fue atendida por el profesional de la salud subespecialista en coloproctología, Dr. ABRAHAN KESTEMBERG teniendo siempre en cuenta que el ejercicio médico está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser derivados de su record patológico o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente, pese a haberse implementado la conducta indicada⁴ Desde luego

² Sentencia de Enero 30 de 2001, M.P. José Fernando Ramírez.

³ “(...) la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y 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, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo con los principios generales que rigen la carga e la prueba le incumbe al actor la demostración de los hechos que excusan su conducta. El sentenciador no avala la tesis de quienes predicen que la prestación del servicio médico es una actividad riesgosa, y que, por lo mismo su sola ejecución defectuosa comporta una suerte de responsabilidad objetiva, extraña a la idea de culpa.” Consejo de Estado- Sección tercera, 18 de Abril de 1994.

Igualmente en sentencia la Corte Suprema del 5 de Marzo de 1940 se afirma: “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste.”

⁴ El tratadista Dr. Javier Tamayo Jaramillo, explica: “las lesiones inherentes a la operación no dan lugar a responsabilidad (no importando para nada la consideración de si la intervención es o no necesaria) del médico; por ejemplo la fisura que se hace para practicarle cirugía plástica a una nariz está tan discriminado como la que se realiza para curar un cáncer al órgano. En cambio, si se producen daños secundarios o accesorios a la operación misma, hay que distinguir: en la operación necesaria, salvo una culpa probada del médico, el paciente deberá soportar las lesiones accesorias o

que hay complicaciones que a ningún médico escapa, pese a haber actuado conforme con la lex artix.⁵.

Adviértase además que la actividad médica NO SE CATALOGA COMO actividad peligrosa, así su práctica de ordinaria entraña sendos riesgos de estirpe médico terapéutica (alea terapéutica), los que se han estimado, en mayor o menor proporción, con naturaleza del acto médico dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos del paciente (Carlos Ignacio Jaramillo, Responsabilidad Civil Médica. Ciencias Jurídicas. Universidad Javeriana, Pag. 161).

Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico: “...*Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, **pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es el quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad***” (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. JESUS MARIA CARILLO BALLESTEROS). (subrayas y negrillas fuera del texto original)

En este orden de ideas, el médico cumple con su obligación poniendo al servicio del paciente toda la ciencia de su arte, su saber y experiencia, pero no es responsable del resultado definitivo, por cuanto depende de múltiples variables, todas ajenas a la conducta médica. **LA MEDICINA SE BASA EN LA EVIDENCIA DE SÍNTOMAS Y PACIENTES CON CARACTERÍSTICAS INDEPENDIENTES QUE PRESENTAN RESULTADOS QUE PUEDEN LLEGAR A SER IMPREDECIBLES, POR LO CUAL AL PROFESIONAL NO SE LE PUEDE EXIGIR UNA CONDUCTA EXACTA o LIBRE DE EVENTUALIDADES INESPERADAS.**

Ruego gentilmente a Su señoría, declarar probada la presente excepción.

II. EL PROCEDIMIENTO REALIZADO NO GENERA PER SE, OBLIGACIÓN DE RESULTADO PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD SUBESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA DR. ABRAHAN KESTEMBERG

La jurisprudencia ha establecido en la actualidad que ni siquiera la cirugía plástica comprende una obligación de medios, ***Ver Expediente No. 5507, de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente JOSE FERNANDEZ RAMIREZ, del 30 de enero de 2001***).

“Aunque la Corte en otras ocasiones, tal como se observa en la reseña jurisprudencial, ha partido de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, para definir la distribución de la carga de la prueba en la responsabilidad contractual del médico, lo

secundarias por ejemplo, si el galeno destruye gran cantidad de tejidos u órganos a fin de salvar al paciente, no podrá hablarse de responsabilidad suya, pues la ley discrimina su conducta. “Sentencia Juzgado 7 Civil del Circuito de Cali, Julio 11 de 2005”.

⁵ Así pues, y teniendo como proposición según lo hemos analizado, que la culpa médica por defectuosa prestación del servicio no se presume, que debe quedar plenamente establecida, también podemos concluir que dicha culpa no se probó en el proceso, puesto que el registro probatorio no da cuenta de ella, cuando se estableció que los defectos que quedaron después de la operación se debió a una FIBROSIS y MALA CICATRIZACIÓN, de esto hay completa certeza en el proceso y de lo cual no queda ninguna duda, y que estas secuelas no pueden pronosticarse pues es un comportamiento de la piel que no se puede prever, por lo tanto su aparición está fuera del control del galeno que realizó la intervención. La cirugía Mastectomía simple es un procedimiento utilizado para corregir la hipertrofia mamaria masculina o ginecomastia. La técnica es una sola para todos los pacientes en los cuales se habla de un proceso totalmente benigno. El hecho de resear un tejido y dejar un espacio vacío para que cicatrice, puede llegar a adherencias fibróticas y a retracciones las cuales serían complicaciones inherentes al procedimiento y no a la técnica quirúrgica. “Sentencia 220-2000-009 Juzgado 8 Civil del Circuito de Cali”.

cierto es que sin desconocer la importancia de la sistematización y denominación de las obligaciones “de moyens” y “de résultat”, atribuida a René Demogue, que sin duda alguna juegan rol importante para efectos de determinar el comportamiento que debe asumirse, **lo fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto**, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico específico excepcione el general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma” (Subrayado y negrilla fuera de texto).

EN UN RECIENTE FALLO, ESTA MISMA ALTA CORPORACIÓN CONSIDERÓ RESPECTO DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS:

“Es claro, entonces, que **por regla de principio, los médicos se obligan a realizar su actividad con la diligencia debida, esto es, a poner todos sus conocimientos, habilidades y destrezas profesionales**, así como todo su empeño, en el propósito de obtener la curación del paciente o, en un sentido más amplio, a que éste consiga en relación con su salud o con su cuerpo el cometido que persigue o anhela, sin que, por lo tanto, se reitera, como regla general, queden vinculados al logro efectivo del denominado “interés primario” del acreedor –para el caso, la recuperación de la salud o su curación–, pues su deber de prestación se circunscribe, particularmente, a la realización de la actividad o comportamiento debido, con la diligencia exigible a este tipo de profesionales.”⁶ (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Por tal razón, la jurisprudencia DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA., ha concretado que por regla general la obligación que el médico contrae por el acuerdo **ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO**, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra (...) no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos, o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, a pesar de que sabía que era el indicado.

En efecto, la Corte Suprema de Justicia ha concluido que: **“LA OBLIGACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO NO ES, POR REGLA GENERAL, DE RESULTADO SINO DE MEDIO**, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste.” (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, en este proceso se SE ENCUENTRA SUFICIENTEMENTE PROBADO que el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LA OBLIGACIÓN DE MEDIO y bajo dicha óptica debe considerarse la Litis.

III. **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY**

La excepción propuesta se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”.

“La responsabilidad médica, sea en materia contractual o extracontractual, está subordinada a la existencia de tres elementos: **la culpa, el daño y la relación de**

⁶ CSJ, Sala Civil. Sentencia del 5 de noviembre de 2013 (Exp. 2005-00025)

causalidad entre estos dos. La jurisprudencia a lo largo del tiempo, ha demostrado que en el arte médico, la demostración de estos elementos es a menudo bien delicada en tanto que la medicina no es una ciencia exacta”⁷. (Subrayado y negrilla fuera del texto) Ahora bien, en relación con la carga de la prueba, la doctrina también en contra de los yerros jurídicos del demandante considera:

*“El médico es deudor de una obligación de medios que obliga al paciente, acreedor de esta obligación, a aportar la prueba de su incumplimiento, es decir, la prueba de la culpa del médico y de la relación de causalidad entre esa culpa y el perjuicio causado”*⁸.

Es por esta razón, que el personal médico está en la obligación de prestar el mejor servicio posible, como efectivamente lo hizo el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, desplegando una conducta que se adecúa técnicamente a la *lex artis*, pero no está obligado a garantizar un resultado, porque como se anotó anteriormente, la obligación del médico es de medios y no de resultados, por lo tanto obliga a LOS DEMANDANTES a soportar la carga probatoria, es decir, probar la culpa del médico, y la relación existente de causalidad entre la culpa y el perjuicio que se ha generado como consecuencia del daño.

Anudado a lo anterior tenemos que “en lo que a la prueba de la culpa se refiere y conforme a la clasificación doctrinal sobre las obligaciones de medio y de resultado acogida por nuestra jurisprudencia, es preciso recordar que si la obligación es de resultado, el incumplimiento de la obligación hace al deudor incurso en culpa de manera automática; al contrario, **si la obligación es de medios, es necesario demostrar que la actuación del médico está incurso en una de las tres modalidades doctrinarias de culpa que se conocen: la imprudencia, la negligencia y la impericia**, las cuales como vimos, se reducen a la violación de la *lex artis*. De otra parte, dadas las características del sistema de salud colombiano se habla hoy también de violación de reglamentos, faltas de gestión, coordinación administración etc., como modalidades de culpa susceptibles de comprometer la responsabilidad de las instituciones. Así pues, **conforme la noción obligación de medios, el juez exige que el paciente demuestre que una culpa del médico- condición sine qua non de la responsabilidad-** haya sido la causa cierta y directa del daño por él soportado”⁹ (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Ruego gentilmente a Su señoría, declarar probada la presente excepción.

IV. **INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL**

No existe relación de causalidad entre el supuesto e improbadamente alegado daño que hoy se alega, ausente de nexo o vínculo de causalidad y la conducta médica del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, por lo que resulta adecuado, traer a colación para los efectos lo que la doctrina ha dicho al respecto;

El profesor Javier Tamayo Jaramillo en su obra “Responsabilidad Civil” al referirse al nexo causal afirma: “Para explicar el vínculo de causalidad que debe existir entre el hecho y el daño, se han ideado varias teorías; las más importantes son: a) la teoría de la equivalencia de las condiciones y b) la teoría de la causalidad adecuada. De acuerdo con la primera, todas las causas que contribuyeron a la producción del daño se consideran, desde el punto de vista jurídico, como causantes del hecho, y quienes estén detrás de cualquiera de esas causas, deben responder; A esta teoría se le rechaza por su inaplicabilidad práctica pues deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito. Para suavizar este criterio, se ha ideado la llamada teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica del perjuicio; se considera que solamente causó el daño aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido; esta teoría permite

⁷ FERNÁNDEZ MUÑOZ, Mónica Lucía. La responsabilidad médica: Problemas actuales. Pág. 114

⁸ Ibídem, Pág. 125.

⁹ Ibídem.

romper el vínculo de causalidad en tal forma, que solo la causa relevante es la que ha podido producir el daño”

Si del estudio se llega a concluir que el hecho que se señala como causante no fue el que dio origen al resultado desafortunado, ***no es posible imputarle responsabilidad alguna a mi representado y por tal razón, no puede llegar a existir obligación para resarcir al accionante, toda vez que el riesgo materializado fue la manifestación de un eventualidad involuntaria, irresistible e imprevisible, ajena a la actividad del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG***, de la que se puede afirmar con certeza que **NO** es consecuencia de una indebida práctica en el área de la salud, por ende que nos encontremos ante la inexistencia de nexo causal entre la conducta desplegada por mi cliente y en este caso el resultado, el cual no contiene ningún daño materializado.

Ruego gentilmente a Su señoría, declarar probada la presente excepción.

V. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE CULPA Y NEXO CAUSAL.

En el caso que nos ocupa como elemento de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que este haya incurrido en alguna modalidad culposa, por el contrario, la conducta del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, la cual se encuentra respaldada por su **SU IDONEIDAD** aparece comprobada con los estudios de carácter profesional que ha realizado hasta el momento.

NO HUBO negligencia, pues cumplió cabalmente su obligación como profesional, mucho menos hubo imprudencia pues la conducta médica jamás fue temeraria, por el contrario, su obrar fue prudente, pues como vemos, el procedimiento al paciente se llevó a cabo con oportunidad. **NO EXISTió** impericia, por el contrario siempre la paciente estuvo en manos expertas.

Fundamentados en los hechos, las pruebas aportadas y por recolectar, junto con la contestación de la demanda, se debe concluir finalmente la NO-EXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD de mi mandante, el profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG,. Por las razones antes expuestas, se desprende la no existencia de los elementos necesarios para la estructuración de responsabilidad civil, es decir, no existe obligación por parte de mi poderdante de indemnizar a los accionantes por no existir culpa, daño ni aun menos vínculo de causalidad entre la actividad desplegada por mi procurada y el temerario *petitum* consignado en el presente medio de control.

Ruego gentilmente a Su señoría, declarar probada la presente excepción.

VIII. IMPOSIBILIDAD DE CONFIGURACIÓN DE LOS ELEMENTOS GENERADORES DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Al tratarse éste, de un asunto de PRESUNTA responsabilidad médica, la doctrina y jurisprudencia nacional han estipulado que los elementos esenciales de la responsabilidad son:

*“La responsabilidad médica, sea en materia contractual o extracontractual, está subordinada a la existencia de tres elementos: **la culpa, el daño y la relación de causalidad entre estos dos**. La jurisprudencia a lo largo del tiempo, ha demostrado que en el arte médico, la demostración de estos elementos es a menudo bien delicada en tanto que la medicina no es una ciencia exacta”¹⁰. (Subrayado y negrilla fuera del texto)*
En relación con la carga de la prueba, la doctrina también en contra de los yerros jurídicos del demandante considera:

¹⁰ FERNÁNDEZ MUÑOZ, Mónica Lucía. *La responsabilidad médica: Problemas actuales*. Pág. 114

“El médico es deudor de una obligación de medios que obliga al paciente, acreedor de esta obligación, a aportar la prueba de su incumplimiento, es decir, la prueba de la culpa del médico y de la relación de causalidad entre esa culpa y el perjuicio causado”¹¹.

Es por esta razón, que el personal médico está en la obligación de prestar el mejor servicio posible, desplegar una conducta que sea prudente, diligente y que se adecue técnicamente a su *lex artis*, pero como excepción, no está obligado a garantizar un resultado, porque como se anotó anteriormente, la obligación del médico es de medios y no de resultados, por lo tanto obliga al paciente a que aporte la carga probatoria, es decir, probar la culpa del médico, y la relación existente de causalidad entre la culpa y el perjuicio que se ha generado como consecuencia del daño.

Anudado a lo anterior tenemos que *“en lo que a la prueba de la culpa se refiere y conforme a la clasificación doctrinal sobre las obligaciones de medio y de resultado acogida por nuestra jurisprudencia, es preciso recordar que si la obligación es de resultado, el incumplimiento de la obligación hace al deudor incurso en culpa de manera automática; al contrario, **si la obligación es de medios, es necesario demostrar que la actuación del médico está incurso en una de las tres modalidades doctrinarias de culpa que se conocen: la imprudencia, la negligencia y la impericia**, las cuales como vimos, se reducen a la violación de la *lex artis*. De otra parte, dadas las características del sistema de salud colombiano se habla hoy también de violación de reglamentos, faltas de gestión, coordinación administración etc., como modalidades de culpa susceptibles de comprometer la responsabilidad de las instituciones. Así pues, **conforme la noción obligación de medios, el juez exige que el paciente demuestre que una culpa del médico- condición sine qua non de la responsabilidad-** haya sido la causa cierta y directa del daño por él soportado”¹²* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Ruego gentilmente declarar probada la presente excepción.

IX. AUSENCIA DE DAÑO IMPUTABLE AL DR.ABRAHAN KESTEMBERG

De acuerdo a las condiciones jurídico-fácticas esgrimidas con anterioridad y teniendo en consideración las apreciaciones subjetivas CARENTES DE SUSTENTO MEDICO CIENTÍFICO en contra del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG, así como las solicitudes de condena efectuadas por el extremo activo, pretendiendo atribuir responsabilidad, la cual durante el proceso resultará refutable ampliamente por la ciencia médica, los dictámenes periciales, los testimonios y demás pruebas documentales, las peticiones de la parte actora recaen por sí solas en el campo de lo improbable. Así las cosas y ante la ausencia de culpa y nexo causal, y en vista de que no se puede probar lo que no existe, ruego gentilmente declarar probada la presente excepción.

X. LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente, pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

MEDIOS DE PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS

- Diplomas del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG con la que se acredita su idoneidad profesional y experiencia.

¹¹ Ibídem, Pág. 125.

¹² Ibídem.

- Historia Clínica del paciente que ya reposa en el plenario.
- Poder especial aportado en el proceso que fue remitido al buzón del Despacho desde el correo electrónico de mi procurado.
- Artículos científicos. BIBLIOGRAFIA
- **Ponencias en congresos en relación a la técnica de esta cirugía por el Dr Kestenberg y Dra Capre :**
- Congreso internacional de coloproctología, Agosto 11,12,13 del 2022 Cartagena - Colombia. Experiencia local en rectopexia ventral por laparoscopia.
- 47° Congreso semana quirúrgica nacional, de la Asociación Colombiana De Cirugía. Nov 12-15 del 2021: Vídeo quirúrgico: Rectopexia ventral para prolapso, la cirugía que lo abarca todo.
- 42° Congreso nacional avances en cirugía de la Asociación Colombiana De Cirugía, 23 - 26 de agosto de 2016. Bogotá: Estudio retrospectivo de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla.
- 41° Congreso Nacional Avances en Cirugía de la Asociación Colombiana De Cirugía. Agosto 11- 14 del 2015. Bogotá: Reporte de serie de 10 casos de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla.
- **Publicaciones de congresos en relación a la técnica de esta cirugía por el Dr Kestenberg y Dra Capre :**
- **Rectopexia ventral para prolapso, la cirugía que lo abarca todo** .*Jessica Capre; Cristhian David Arroyave Durán; Manuel Alejandro Giraldo Pinto; Abraham Kestenberg* Rev Colomb Cir. 2021; 36 (Supl.): 64, ISSN 2011-7582
- **Estudio retrospectivo de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla.** *Abraham Kestenberg, Alejandra Benavides, Sandra Patricia Molina, Jessica Capre.* Rev Colomb Cir. 2016; 31(Supl.):32, ISSN 2011-7582
- **Reporte de serie de 10 casos de prolapso rectal manejado por laparoscopia con rectopexia ventral más malla.** *Abraham Kestenberg, Jessica Capre, Sandra Patricia Molina, Sandra Milena Gutiérrez.* Rev Colomb Cir. 2015; 30.(Supl.):19, ISSN 2011-7582

PRUEBAS TESTIMONIALES SOLICITADAS

Ruego al despacho fijar fecha y hora para recepcionar los testimonios de las personas que a continuación se mencionan, para que depongan lo que les conste sobre su atención a la paciente, así como frente a los hechos de la demanda y la actuación del Dr.**ABRAHAM KESTENBERG**, según su participación y relación de injerencia con el presente asunto; haciendo la salvedad que, de acuerdo a su profesión, se les podrán explotar sus conocimientos técnicos. Los testimonios solicitados, se practicarán en la medida de ser posible, con exhibición de documentos relacionados o que hagan parte del expediente y principalmente de la historia clínica de la paciente:

1. Solicito a Su señoría, se sirva citar al profesional de la salud DR. JAIME ANDRÉS ROBAYO quien participo en el proceso de atención del paciente por lo que tiene conocimiento de los hechos, en cuanto a modo tiempo y lugar, por lo que se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica en la que tuvo participación y quien

podrá ser notificado para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

2. Solicito a Su señoría, se sirva citar al profesional de la salud –testigo técnico- Dr. JUAN GUILLERMO HOLGUIN HENAO quien participo en el proceso de atención del paciente por lo que tiene conocimiento de los hechos, en cuanto a modo tiempo y lugar, por lo que se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica en la que tuvo participación y quien podrá ser notificado para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

3. Solicito a Su señoría, se sirva citar al profesional de la salud –testigo técnico- Dr. ALEXANDER OBANDO, quien participo en el proceso de atención del paciente por lo que tiene conocimiento de los hechos, en cuanto a modo tiempo y lugar, por lo que se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica en la que tuvo participación y quien podrá ser notificado para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

4. Solicito a Su señoría, se sirva citar a la profesional de la salud VALERIA SALINAS ERAZO como jefe de enfermería de la Fundación Valle de Lili, quien expondrá sobre el funcionamiento del servicio y expondrá de forma detallada el protocolo establecido por la institución para este tipo de procedimientos realizado al paciente y conocer si tuvo alguna complicación en el procedimiento. En virtud de su experiencia y conocimiento fidedigno respecto de los procedimientos internos se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica y quien podrá ser notificada para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

5. Solicito a Su señoría, se sirva citar al profesional de la salud –testigo técnico- Dr. MAURICIO SEPULVEDA COPETE, quien participo en el proceso de atención del paciente por lo que tiene conocimiento de los hechos, en cuanto a modo tiempo y lugar, por lo que se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica en la que tuvo participación y quien podrá ser notificado para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

6. Solicito a Su señoría, se sirva citar al profesional de la salud –testigo técnico- Dr. MAURICIO BURBANO HURTADO, quien participo en el proceso de atención del paciente por lo que tiene conocimiento de los hechos, en cuanto a modo tiempo y lugar, por lo que se convocará para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda, la contestación y la Historia Clínica en la que tuvo participación y quien podrá ser notificado para su comparecencia al proceso a través del suscrito apoderado de la parte demandada.

INTERROGATORIOS DE PARTE

Solicito respetuosamente a su señoría, se sirva citar a la paciente hoy demandante **DANNY JAVIER QUICENO HIDROBO** para que absuelva interrogatorio que se le formulará una vez se fije fecha y hora por el Despacho para la audiencia de la que trata el artículo 372 del CGP. Podrán ser ubicados a través de su apoderado judicial en la dirección electrónica anotada en el acápite de notificaciones de la demanda.

Solicito respetuosamente a su señoría, se sirva citar al REPRESENTANTE LEGAL DR CAMILO GARCIA O QUIEN HAGA SUS VECES de la **FUNDACIÓN CLINICA VALLE DE LILI** para que absuelva interrogatorio que se le formulará una vez se fije fecha y hora por el Despacho para la audiencia de la que trata el artículo 372 del CGP. Podrán ser ubicados a través de su apoderado judicial en la dirección electrónica anotada en el acápite de notificaciones de la demanda.

SOLICITUD COMPARECENCIA PERITOS

De manera respetuosa, solicito a Su señoría ordenar la comparecencia de cada uno de los especialistas y/o profesionales que rindieran o llegaren a rendir peritaje dentro del presente asunto, con la presentación de la demanda, reforma, llamamientos en garantía, o en la contestación de los codemandados y/o llamados en garantía para que se realice la sustentación en audiencia de conformidad a lo establecido en el CGP¹³.

DECLARACIÓN DE PARTE

Solicito respetuosamente a su señoría, en virtud del artículo 198 del C.G.P., se sirva citar a la hoy demandada, La del profesional de la salud subespecialista en coloproctología Dr. ABRAHAN KESTEMBERG., para que absuelva interrogatorio que se le formulará una vez se fije fecha y hora por el Despacho.

DICTAMENES PERICIALES DE PARTE

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 226 a 235 del Código General del proceso, me permito manifestarle su señoría, que como parte pasiva dentro de la presente Litis, aportaré al proceso **DOS (02) DICTAMENES PERICIALES DE PARTE**, por cuanto resultan procedentes para verificar, conocer y examinar hechos y actuaciones que interesan al proceso los cuales requieren especiales conocimientos y en vista que el término de traslado inicial para la contestación de demanda resulta insuficiente para su consecución, teniendo en cuenta los pocos médicos que existen con ésta especialidad que presten dichos servicios periciales.

En consecuencia, solicito de manera respetuosa a Su señoría fijar término para aportar dictámenes periciales, los cuales anuncio de conformidad al artículo 227 C.G.P., y que serán realizados con todos los requisitos estipulados en el artículo 226 C.G.P por **MÉDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA Y EL SEGUNDO DICTAMEN POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA.**

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial “*que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”, para aportar los **DICTAMENES PERICIALES DE PARTE** anunciados, de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

Adicionalmente, con todo respeto me permito citar el artículo 227 del Código General del Proceso que justifica lo solicitado:

“ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba. (subrayas y negrillas fuera del texto). El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado”.

PETICIÓN ESPECIAL

Solicito gentilmente a Su señoría admitir la presente contestación de demanda, por cumplir cabalmente con todos los requisitos legalmente establecidos en nombre del profesional de la salud subespecialista en coloproctología **Dr. ABRAHAN KESTEMBERG** a quien represento judicialmente, dentro del término oportuno y para los efectos correspondientes.

¹³ Artículo 169. Las pruebas pueden ser decretadas a petición de parte o de oficio cuando sean útiles para la verificación de los hechos relacionados con las alegaciones de las partes (...). (negrillas fuera del texto)

NOTIFICACIONES

El profesional de la salud demandado Dr.**ABRAHAN KESTEMBERG** las recibirá a través
Del suscrito apoderado a los correos electrónicos :

Autorización Email.: jdiegomv@gmail.com - asjuca01@gmail.com

Con el acostumbrado respeto,



JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA

C.C No. 1.130.591.159 de Cali

T.P No. 231406 del C. S. de la J.