



MEMORIAL DRA AYAZO RV: SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.

Desde Secretaría 02 Sala Civil Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C.
<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Vie 4/07/2025 4:51 PM

Para 3 GRUPO CIVIL <3grupocivil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (633 KB)

SUSTENTO AL TRIBUNAL DE LOS REPAROS A LA SENTENCIA EN EL CASO MARIA PAZ OCAMPO RESPTREPO..docx.pdf;

MEMORIAL DRA AYAZO

Atentamente,



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Secretaría Sala Civil
Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá

Av. Calle 24 No 53-28 Torre C Oficina 305
PBX 6013532666 Ext. 88349 – 88350 – 88378
Línea Nacional Gratuita 018000110194
Email: secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co

Martín Augusto Sarmiento Posada

Secretario Judicial

De: Despacho 04 Sala Civil Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C. <des04ctsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: viernes, 4 de julio de 2025 16:37

Para: Secretaría 02 Sala Civil Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C.
<secsctribsupbta2@cendoj.ramajudicial.gov.co>; camargocartagena@gmail.com
<camargocartagena@gmail.com>

Asunto: RV: SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.

Buenas tardes,

Me permito informar que la dirección des04ctsbt@ceudoj.ramajudicial.gov.co corresponde al despacho del Magistrado Jorge Eduardo Ferreira Vargas y no a la Secretaría del Tribunal Superior de Bogotá.

En consecuencia, se le conmina a que remita únicamente a esa dependencia (secsctribsupbta2@ceudoj.ramajudicial.gov.co), cualquier tipo de solicitud y/o trámite correspondiente.

Cristina Vargas
Auxiliar Judicial
Despacho 04
Tribunal Superior de Bogotá - Sala Civil

De: Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>

Enviado: viernes, 4 de julio de 2025 16:33

Para: Juzgado 49 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j49cctobt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>; Despacho 04 Sala Civil Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C. <des04ctsbt@ceudoj.ramajudicial.gov.co>; Notificaciones Legales <notificaciones.legales@hospitalinfantildesanjose.org.co>

Asunto: SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.

SEÑORES:

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ SALA CIVIL.

E. S. D.

DEMANDANTE: SANDRA MILENA RESTREPO SUAREZ Y OTROS.

DEMANDADO: HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ.

REFERENCIA: 11001310304920210043401

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.

Cordialmente,

Camargo & Cartagena Abogados S.A.S.

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica

Teléfono: (601) 4639174

Móvil: 3506201754

Dirección: Calle 12B No. 8 - 23 Edificio Central, oficina 214, Bogotá D.C.

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ESTE CORREO.



Enviado con Mailsuite · [Darse de baja](#)

SEÑORES:

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ SALA CIVIL.

E.

S.

D.

DEMANDANTE: SANDRA MILENA RESTREPO SUAREZ Y OTROS.

DEMANDADO: HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ.

REFERENCIA: 11001310304920210043401

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.

Un niño con necesidades especiales te inspirará a ser una persona especial.

- Anónimo.

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.318.915 de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito portador de la Tarjeta Profesional No. 168.358 del Consejo Superior de la Judicatura. En mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente escrito, de manera respetuosa me permito presentar la SUSTENTACIÓN DE LOS REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DEL 06 DE FEBRERO DE 2025, emitida por el juzgado 49 civil de circuito de Bogotá, dentro del proceso 11001310304920210043401:

Considerando, entonces, los argumentos expuestos en la sentencia de primera instancia del seis (06) de febrero de dos mil veinticinco (2025), proferida por el Juzgado Cuarenta y Nueve (49) Civil del Circuito de Bogotá D.C., este extremo formula los siguientes reparos al fallo emitido:

1. ASPECTOS VARIOS DE LA SENTENCIA Y EL MARCO NORMATIVO DE ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

La sentencia señala desde un primer momento dos aspectos de vital importancia, a saber:

a) *“Los demandantes probaron al interior del proceso el daño”*

b) *“No se evidencia lo mismo respecto de los demás elementos de la responsabilidad civil médica, esto es, la culpa médica y la relación de causalidad, como lo imponía el artículo 167 del Código General del Proceso.”*

Al respecto, he de señalar que el arsenal probatorio sí demostró en debida forma la existencia del nexo causal entre los perjuicios demandados y los hechos, así como la culpa de la entidad demandada.

La sentencia de primera instancia no contempló de manera integral, un debido análisis probatorio,

no consideró todos los factores necesarios en la valoración de las experticias, no valoró a fondo la historia clínica, ni revisó de forma juiciosa las incoherencias entre esta, el testimonio de los testigos y el dictamen del perito de la parte demandada.

DE LA PROTECCIÓN ESPECIALÍSIMA QUE AMERITABA MARIA PAZ OCAMPO RODRIGUEZ.

Sea lo primero, referirme a que Colombia según el Artículo 1° de la Constitución Política de Colombia¹, está definida como un Estado Social de Derecho, así respecto de los niños y de los recién nacidos la jurisprudencia constitucional ha señalado:

Sentencia T-689/12 NIÑOS Y NIÑAS COMO SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN E INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR-Protección y sus derechos prevalecen sobre los derechos de los demás.

De conformidad con el artículo 44 de la Constitución son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Gozan también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. Esta misma disposición sostiene, que los niños deben ser protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Este artículo le impone a la familia, a la sociedad y al Estado, la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral, al tiempo que establece como principio general que los derechos de los niños prevalecerán sobre los derechos de los demás y que serán considerados fundamentales para todos los efectos, exigiendo privilegiar y asegurar su ejercicio y goce con total plenitud. La protección especial de los niños y la prevalencia de sus derechos, representan verdaderos valores y principios que no solo están llamados a irradiar la expedición, interpretación y aplicación de todas las normas de justicia imputable a los menores, sino también a orientar la promoción de políticas y la realización de acciones concretas dirigidas al logro de su bienestar físico, moral, intelectual y espiritual; entendiendo dicho bienestar como una de las causas finales de la sociedad y del Estado, y como un objetivo del sistema jurídico.

INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR-Criterios jurídicos para determinarlo. *Las decisiones adoptadas por las autoridades administrativas de Bienestar Familiar y las autoridades judiciales, incluyendo los jueces de tutela, con el propósito de establecer las condiciones que mejor satisfacen el interés superior de los niños en situaciones concretas, en el ejercicio de la discrecionalidad que les es propia y de acuerdo a sus deberes constitucionales y legales, deben atender tanto a (i) criterios jurídicos relevantes, es decir, los parámetros y condiciones establecidos por el ordenamiento jurídico para promover el bienestar infantil, como a (ii) una cuidadosa ponderación de las circunstancias fácticas que rodean al menor involucrado, entendidas como las circunstancias específicas del caso, visto en su totalidad y no atendiendo a aspectos aislados.”*

INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR-Reglas constitucionales, legales y jurisprudenciales. *La Corte ha fijado reglas constitucionales, legales y jurisprudenciales que pueden ser aplicadas para determinar en qué consiste el interés superior de cada niño, dependiendo de sus circunstancias particulares: (i) Garantía del desarrollo integral del menor; (ii) Garantía de las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del menor; (iii) Protección del menor frente a riesgos prohibidos; (iv) Equilibrio entre los derechos de los niños y los derechos de sus padres, sobre la base de que prevalecen los derechos del menor; (v) Provisión de un ambiente familiar apto para el desarrollo del menor; (vi) Necesidad de razones poderosas que justifiquen la intervención del Estado en las relaciones paterno/materno – filiales.*

Sentencia T-079/13

¹ El Artículo 1 de la Constitución Política de Colombia establece que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista. Se funda en el respeto a la dignidad humana, el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran, y en la prevalencia del interés general.

4.1. Los artículos 48 y 55 de la Constitución consagran a favor de los niños una especial protección sobre su derecho a la salud, particularmente de los recién nacidos, puesto que al iniciar su vida se encuentran en un estado de vulnerabilidad, necesitando de una atención más calificada en salud y alimentación por parte de la familia, la sociedad y Estado.

4.2. Ahora bien, la Corte ha reconocido que, si bien el Estado está en el deber de garantizar el derecho fundamental a la salud de los niños, ello no obsta para que el acceso al sistema esté sujeto al cumplimiento de específicos requisitos en cada uno de los regímenes, los cuales toman en consideración las circunstancias concretas de cada individuo.

Sentencia T-586/13

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD-Protección por tutela. *La acción de tutela para proteger los derechos de los niños se considera procedente, en tanto que forman parte de aquel grupo de personas a las que por mandato constitucional el Estado debe una especial protección, estando en la obligación de adelantar una política de especial atención hacia ellos. La procedencia de la tutela es mucho más evidente si se advierte que está en juego también el mandato constitucional de proteger a aquellas personas que se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta (art. 13 C. P.), por razón de su edad, su condición económica, física o mental, y por tanto se hacen sujetos de especial protección. La persona en situación de discapacidad se encuentra en una condición de excesiva vulnerabilidad frente a prejuicios sociales que no puede, por sí mismo y por su propia voluntad, eludir, máxime si se trata de menores de edad, razón por la que merecen un trato especial, con el fin de permitirles estar en igualdad de condiciones con quienes no lo son.*

DERECHO A LA VIDA DIGNA DE MENOR-Integralidad en el tratamiento a la salud. *Es evidente la afectación del derecho a la salud (física y/o psíquica) que produce en los menores de edad la falta del suministro del tratamiento o medicamento, con lo cual se produce indudablemente la vulneración al derecho fundamental a una vida digna y los mantiene en una situación de debilidad manifiesta, razón por la cual la acción de tutela está llamada a prosperar para conjurar la violación de sus derechos fundamentales.*

Habido lo anterior, se debe señalar que MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO era una recién nacida, que por el solo hecho de serlo, ameritaba de ESPECIAL PROTECCIÓN DEL ESTADO Y DE TODOS SUS ASOCIADOS, y, además, que, por sus evidentes y diagnosticadas condiciones de salud, se hallaba en una evidente debilidad manifiesta (art 13 CP) y, por tanto, MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO se constituía en sujeto de especial protección. La persona en situación de discapacidad -como MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO - **se encuentra en una condición de excesiva vulnerabilidad frente a prejuicios sociales que no puede, por sí mismo y por su propia voluntad, eludir, máxime si se trata de menores de edad, razón por la que merecen un trato especial, con el fin de permitirles estar en igualdad de condiciones con quienes no lo son. Por lo anterior, bajo los principios del estado social de derecho, MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO, ameritaba y exigía que se le prestaran los servicios de salud, de manera óptima y especial, para permitir en virtud de la equidad, estar en condiciones de igualdad a los demás niños que no adolecían lo que ella sí.**

LO ANTERIOR EXIGIA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTORES DE LA SALUD, YA SEAN PROMOTORES (EPS) O PRESTADORES DE SALUD (IPSS), QUE LE PRODIGARAN A LA MENOR MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO, DE MANERA ESPECIAL Y SIN LUGAR A EQUÍVOCOS, TODOS LOS RECURSOS TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS, DE RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO Y NO, DE INFRAESTRUCTURA, DE IDONEIDAD PROFESIONAL, DE SEGURIDAD INTRAHOSPITALARIA Y DEMÁS, QUE LA MENOR REQUIRIERA.

TANTO LA EPS COMO LOS PRESTADORES, estaban obligados a cumplir con el DECRETO 1011 DE 2006 (abril 3) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El mismo señala:

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículo 1°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

TITULO II SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, **el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:**

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En su Artículo 35, esta ley señala:

Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, **para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar** el acceso, **seguridad**, oportunidad, pertinencia y **continuidad** de la atención y la satisfacción de los usuarios.
2. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, **para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.**

EN EL CASO DE MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO, SE EVIDENCIA FALLAS DE LOS ENTES DEMANDADOS EN CUANTO A SU DEBER DE GARANTIZAR, COMO LA LEY EXIGE, LO CONCERNIENTE A LOS ATRIBUTOS DEL SOGC, TALES COMO **LA SEGURIDAD Y LA CONTINUIDAD** EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, Y ASÍ SE DEMOSTRARÁ EN ADELANTE.

Dicho marco debe tenerse en cuenta considerando que MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.) era una recién nacida con unas condiciones de salud que la hacían más susceptible (nació con una enfermedad denominada la secuencia de Pierre Robin) condición que la hacía muy vulnerable por sus discapacidades, fundamentalmente en el ámbito de su sistema respiratorio y rinolaringeo, por lo que debía haber recibido atención médica juiciosa, diligente, perita, detallada y continua en cada requerimiento necesario para conservar su salud y evolución; lo cual era responsabilidad del HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ, sin embargo, esto no ocurrió.

No obstante, las consideraciones y decisiones contenidas en la sentencia de primera instancia reflejan indiferencia para con el estado de la menor.

FALENCIAS EN LA SENTENCIA

De hecho, en las consideraciones de la sentencia, afirman que los interrogatorios de parte no habrán de ser tenidos en cuenta por no tener carácter técnico, cuando en realidad, de su análisis, se determina como la representante legal de la demanda Hospital San José, no da razón cierta y evade lo concerniente a si los equipos de monitoreo, estaban presentando alguna falla o si tenían sus mantenimientos preventivos y correctivos adecuados, cuestión de vital importancia, es decir, los interrogatorios de parte realizados a las partes, si ofrecen información relevante sobre las circunstancias de modo, tiempo y lugar de los hechos objeto de demanda, aportando elementos que evidencian el actuar negligente de la parte demandada, así mismo, la representante legal del HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ, en su intervención, hace referencia a fallas en el sistema de monitorización.

Por otra parte, la sentencia afirma que no se demuestra de ninguna manera la existencia de un actuar culposos, sin embargo, esta afirmación resulta contraria a la evidencia presentada, pues es claro que dentro de las obligaciones de medio, el HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ incurrió en negligencia al consignar de forma explícita en la historia clínica, que a la menor “se le encontró” en paro cardio respiratorio, la HC registra claramente en las notas de enfermería que a MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO el equipo de enfermería “*se encuentra paciente en paro*”, cuando lo cierto es que ya el personal de salud de la institución había determinado que por las condiciones en que nació MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO y por la misma cirugía a la que se había sometido, la menor era una paciente de alto riesgo respiratorio; por tanto, debía ser vigilada de ,manera estricta, de manera segura, de manera suficiente, a través de monitoreo clínico y a través de los equipos de monitorización electrónica, equipos con los cuales una institución como HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ contaba (véase el interrogatorio de la representante legal de dicha entidad, en donde señala que si contaban y debían contra con estos equipos de monitoreo), por tanto, el paciente, al tener alto riesgo respiratorio, y al estar debidamente monitoreada, debía el personal de salud, haber sido alertado de las alteraciones que iba presentando en sus constantes vitales, y así, MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO, debía haber sido intervenida oportunamente y no, solo hasta que la encontraron en paro respiratorio y cardiaco, sin tener noción de cuanto tiempo llevaba en ese estado.

Nunca MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO debió haber llegado a tal estado, si hubiese sido efectiva la vigilancia y por ende habersele brindado atención oportuna, antes de que entrara en el paro y ocurriera su fallecimiento, en este caso, los equipos no dieron el aviso oportuno, cuando empezó la menor a presentar alteraciones de su economía vital, o la otra posibilidad es que el equipo de salud no haya estado atento a las alarmas y pitos que se disparan en estos equipos, lo cierto, es que la menor FUE ENCONTRADA EN ESTADO DE PARO CARDIO RESPIRATORIO, sin poder determinar cuánto tiempo hacía, que lo estaba.

el registro de la historia clínica indica atención por “*alto riesgo de extubación y falla ventilatoria*” luego de la intervención quirúrgica del 24 de abril de 2017; esto reafirma que se requería una vigilancia estricta precisamente para evitar el fallecimiento de la menor MARÍA PAZ OCAMPO

RESTREPO (Q.E.P.D.), el cual se produjo por el descuido del hospital.

2. SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PROPIAS DE LA MENOR AL MOMENTO DE SU NACIMIENTO Y DE LA ESTRICTA VIGILANCIA QUE REQUERÍA

En la sentencia de primera instancia se señala que la menor MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.) presentó, al momento de su nacimiento, patologías que afectaban su salud, lo cual se utiliza como justificación del fatal desenlace derivado de la atención inoportuna, imperita y descuidada por parte del extremo pasivo, sin embargo, se omite considerar que, precisamente por las condiciones de salud con las que nació la menor, en el momento en que se acudió al servicio del HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ el personal médico debía prestarle especial atención a su evolución y manejo, teniendo en cuenta que su salud y su vida se encontraban en alto riesgo.

En este sentido, pongo de presente que tanto la historia clínica obrante en el plenario como los testimonios técnicos recolectados y los peritajes aportados al proceso, indican claramente la necesidad de una vigilancia estricta posterior a la intervención quirúrgica del 24 de abril de 2017, dadas las condiciones clínicas preexistentes de la menor, este riesgo tenía fundamento en las patologías propias de su nacimiento, por lo que el personal médico estaba en la obligación de prever, y en consecuencia prevenir, su fallecimiento; ello habría sido posible si hubiesen actuado conforme a las guías morales y éticas que rigen la práctica profesional médica, prestando atención y vigilancia rigurosa hasta el último momento, en pro de la salud y bienestar de la paciente, situación que, lamentablemente, no fue ejecutada en el caso de la menor.

Por lo tanto, no resulta aceptable que el juzgador afirme que las condiciones de salud de MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.) al nacer fueron la causa principal de su fallecimiento, cuando lo cierto es que este se produjo por un paro cardiorrespiratorio que ya había sido previsto, advertido y registrado por el área de cuidado intensivo, dicho paro fue consecuencia directa del descuido y del incumplimiento de dicha alerta médica por parte del equipo del HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ.

Cabe resaltar también que la historia clínica establece de forma clara que la menor fue llevada a cirugía sin presentar ningún proceso infeccioso declarado, ni condiciones generales desfavorables, ni signos de sepsis o falla orgánica múltiple. Por tanto, resulta impreciso y errado el análisis realizado por el a quo respecto a las causas del fallecimiento.

ALGUNOS DE LOS ÍTEMS MÁS IMPORTANTES EN LA ATENCIÓN DE MARIA PAZ, FUERON:

EVOLUCIÓN ADICIONAL NEONATOLOGÍA abril 24 2017 19:39 horas. Folio 17/69. Análisis: lactante en sus primeras horas de posoperatorio, procedimiento realizado, colgajo compuesto a distancia en varios tiempos, se observa acoplada al ventilador, **alto riesgo de extubación**, se intentará mantener vía aérea protegida y evitar aumento de edema. Se observa sangrado en región del tubo orotraqueal pero no hay sangrado por tubo orotraqueal. Ayunando con líquidos endovenosos sin esteroides en el momento, sin áreas de sangrado activo en área del procedimiento quirúrgico. Aceptable saturación y frecuencia cardíaca. Impresiona presencia de dolor, conserva gasto urinario, parámetros hemodinámicos en el momento conservados. Sin clínica de bajo gasto urinario y estado hídrico conservado. Seguimos ayuno, ventilación mecánica y mínima manipulación.

Abril 25 2017 10:10 horas Folio 18/69. Observaciones: PH 7.42, PO₂: 57, PCO₂ 40.3, HCO₃ : 26. Paciente acoplada a ventilación mecánica invasiva, parámetros moderados, bajo efecto de sedo relajación. Se encuentra en primer día posoperatorio de adhesión linguolabial. NO HA PRESENTADO SANGRADOS. Gasometría con acidosis respiratoria leve. Presentó hiperglicemia en su posoperatorio inmediato y hoy con glucometrías normales, con soporte nutricional parenteral. Se solicita Rx de tórax ahora, laboratorios, toma de hemocultivos. Continua ventilación mecánica

invasiva dinámica, manejo dolor. Cuidados de área operatoria por servicio de Cirugía Plástica. **Mantener vigilancia estricta a inmovilización del tubo orotraqueal.** Se dio información a la madre en la visita de la mañana, entiende y acepta.

PLAN DE EVOLUCIÓN: Cuidados Intensivos. Folio 18/69. Ventilación invasiva dinámica. Nada vía oral -sonda orogástrica a drenaje. Nutrición parenteral 20 ml/hora (150 ml/kilogramos/hora) Fentanilo 300 µg en 10 ml de SSN a 0.4 ml/hora (3 ml/kg) (3.7 µg /kg/hora) Suspender Domperidona. **Vigilancia estricta de patrón respiratorio y oximetrías.** Glucometría cada 12 horas y con cualquier punción. Terapia respiratoria cada seis horas. Pendiente reclamar reporte de TSH neonatal, cariotipo, 17OH progesterona y aldosterona. Se solicita Rx de tórax AP portátil ahora. Se solicita al cuadro hemático, sodio, potasio, PCR. Se solicita no con hemocultivos 1 y 2. Mantener vigilancia estricta en inmovilización del tubo orotraqueal. Seguimiento por cirugía plástica, cuidados de área operatoria por este servicio.

Abril 26 de 2017 00:42 folio 23/388. Se administra Piperacilina Tazobactam 320 mg intravenoso a las 22:00 horas fallas en el sistema Sandy Lorena Maldonado Gamero Enfermera jefe. Abril 26 de 2017 1:00 horas-Se brinda comodidad a paciente en la Unidad. Angélica María Ñustes Posas- Auxiliar de Enfermería

Abril 26 de 2017 02:00 horas 1:50 Horas Se encuentra paciente sin pulso, sin frecuencia cardiaca, no marcan signos vitales en monitor, con palidez generalizada, se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada de alta calidad con compresiones torácicas y ventilación con presión positiva en relación de 3:1 (120 eventos por minuto), la jefe de enfermería pasa dosis de 0.3 ml de adrenalina dilución 1:10.000..... Angélica María Ñustes Posas- Auxiliar de Enfermería.

Abril 26 de 2017 3:04 horas 1:50 Horas Se encuentra paciente sin pulso, sin frecuencia cardiaca, no marcan signos vitales en monitor, con palidez generalizada, se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada de alta calidad con compresiones torácicas y ventilación con presión positiva en relación de 3:1 (120 eventos por minuto), la jefe de enfermería pasa dosis de 0.3 ml de adrenalina dilución 1:10.000..... Responsable: Juan David Carvajal Zárate. Terapeuta.

Abril 26 de 2017 3:21 horas folios 24 y 25/388 **la misma nota de reanimación firmada** como responsable por la jefe de Enfermería Sandy Lorena Maldonado Gamero.

LO ANTERIOR DA FE DE QUE LA MENOR REQUERÍA Y ESTABA ADVERTIDO DE VIGILANCIA ERICTA DEL TUBO OROTRAQUEAL, DEL PATRÓN RESPIRATORIO Y DE LAS OXIMETRÍAS, POR EL RIESGO DE GRAVE COMPLICACIÓN RESPIRATORIA, RIESGO QUE SE CONCRETÓ.

ADEMÁS LOS REGISTROS DEJAN VER QUE LA PACIENTE FUE ENCONTRADA A LA 1 + 50 HORAS DEL DIA 26 DE ABRIL DE 2017, SIN PULSO, SIN FRECUENCIA CARDIACA, NO MARCAN SIGNOS VITALES EN MONITOR, CON PALIDEZ GENERALIZADA.

3. SOBRE EL DESCUIDO MÉDICO Y EL PARO CARDIACO NO PRESENCIADO

Cabe señalar que en las consideraciones de primera instancia se concluyó que no existió negligencia alguna, fundamentando dicha postura en la existencia de monitores para la medición de signos vitales al interior de la institución médica, tal conclusión se basa, sin embargo, en un análisis parcializado y superficial tanto de la historia clínica como del material probatorio obrante en el expediente, incluidos los dictámenes periciales y los testimonios técnicos recolectados, los cuales serán abordados en detalle más adelante.

Bajo esa perspectiva, es menester tener en cuenta que la historia clínica consigna, con posterioridad a la intervención quirúrgica realizada el 24 de abril de 2017, el ingreso de la paciente a la unidad de cuidados intensivos, con una indicación expresa de “*alto riesgo de extubación y falla ventilatoria*”, en el mismo sentido, dicho documento clínico advierte reiteradamente la necesidad de una vigilancia estricta del patrón respiratorio de la menor, así como la inmovilización adecuada del tubo orotraqueal, no obstante, se evidencia que el tubo colocado a la paciente MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D) no correspondía a las características fisiológicas propias de su peso y edad gestacional, omisión que no fue debidamente justificada por el personal médico en el marco probatorio, de conformidad con la *lex artis* médica aplicable, la paciente requería un tubo de entre 3.5 y 4 mm; sin embargo, se le colocó uno de 3 mm, esta decisión médica no fue objeto de explicación técnica suficiente, y más grave aún, en la historia clínica no se encuentra registro alguno de un seguimiento diligente al estado del tubo, su inmovilización o desobstrucción; se destaca que la última aspiración del tubo orotraqueal fue realizada el 25 de abril de 2017 a las 19:45 horas, es decir, aproximadamente cinco horas antes del paro cardiorrespiratorio que ocasionó el fallecimiento de la menor.

De igual forma, debe considerarse que en las notas de enfermería contenidas en la historia clínica aportada por el HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ, específicamente en la anotación del 26 de abril de 2017 a las 00:42 horas, **se hace referencia a “fallas en el sistema”**, sin que se precise en qué consistieron tales fallas; al respecto, en el interrogatorio de parte, la representante legal del hospital manifestó que dichas fallas podrían haber estado relacionadas con el sistema de historia clínica o con el sistema de monitoreo, siendo este último el caso, se indicó expresamente que “*si hay uno que falla, debe ser reemplazado inmediatamente*”, sin embargo, como se ha mencionado, la historia clínica no contiene evidencia de que se haya realizado alguna verificación o investigación sobre tales fallas, lo cual impide aceptar sin objeciones la afirmación del fallador, según la cual “*dada la existencia de los equipos de monitoreo y de la lectura de las historias clínicas, el despacho no encuentra prueba contundente que pueda indicar que hubo falta de personal*”, lo cierto es que, al realizar un análisis riguroso y objetivo del acervo probatorio, surgen incertidumbres respecto del adecuado funcionamiento de los sistemas de monitorización, máxime cuando, conforme al dictamen del perito de la parte demandada, “*básicamente el ventilador es el que va a avisar que hay dificultades con la oxigenación del paciente*”, así, sin una vigilancia permanente por parte del personal médico, una falla en dicho sistema impediría detectar a tiempo un evento como el paro cardiorrespiratorio, tal como ocurrió en el presente caso; esta hipótesis se refuerza con el contenido de la nota médica y de enfermería en la que se consigna que la paciente fue “*encontrada en paro*”.

Por su parte, la sentencia concluye que el tratamiento brindado a MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D), tanto en el acto quirúrgico como frente al evento del paro cardiorrespiratorio, fue oportuno y se realizó con la presencia de un pediatra y un cirujano plástico, sin embargo, en el fallo no se analiza un aspecto esencial de la responsabilidad médica, cuál es la anotación en la historia clínica que refiere que la paciente fue “*encontrada*” en paro cardiorrespiratorio, circunstancia que debió ser objeto de un examen exhaustivo y no fue abordada por el juzgador.

En esa misma línea, dentro de las conclusiones de la providencia se afirma que “*no existió negligencia en la atención de la menor*” y se enfatiza que “*mucho menos en la atención del paro cardiorrespiratorio*”. Estas afirmaciones carecen de motivación suficiente y se sustentan probatorio, y omiten un estudio crítico de lo que la misma sentencia señala como elemento central del debate: el presunto descuido ocurrido el 26 de abril de 2017, tal como consta en la historia clínica.

No obstante, dicho análisis es eludido, limitándose el fallo a respaldarse exclusivamente en las afirmaciones favorables a la parte demandada, particularmente en el testimonio del perito JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ, sin evaluar adecuadamente las inconsistencias, contradicciones y reparos que dicho perito admitió o que se desprenden de su declaración.

Todo lo anterior converge en una crítica razonable a la posición adoptada por el juzgador, quien si

bien reconoce el deber de los profesionales de la salud de “emplear con diligencia todos los medios a su alcance”, omite valorar que el equipo médico del HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ no cumplió con los estándares mínimos exigibles para garantizar dicha diligencia en el presente caso, se omitió el deber de cuidado postoperatorio que implicaba una estricta y constante vigilancia de la paciente, especialmente tratándose de un procedimiento quirúrgico que ya advertía un riesgo elevado y requería un seguimiento clínico intensivo justamente para evitar lamentables situaciones.

4. SOBRE LA VALORACIÓN PROBATORIA DE LOS PERITAJES Y LOS TESTIMONIOS.

DEL PERITAJE DE LA FORENSE FABIOLA JIMENEZ RAMOS.

En la sentencia de primera instancia señala el juez de forma errada, que la perita de nombre FABIOLA JIMENEZ RAMOS, no aporta conclusiones concretas y dicientes para establecer el nexo de causa entre lo hechos que se demandan y los perjuicios ocasionados, cosa que no es cierta, pues el peritazgo emitido por esta profesional con más de 29 años en el INML y CF y 10 de ellos en dictámenes de responsabilidad médica en esta institución, señaló:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Con base en las historias clínicas analizadas minuciosamente y luego de revisar la literatura especializada, se observa que María paz Ocampo Restrepo nació a término, con 39 semanas de gestación, con un peso de 3090 g adecuado para su edad gestacional, Apgar 8/9/9, con diagnóstico de Secuencia de Pierre Robin dada por la presencia de micrognatia, retroposición constante de la lengua, trastorno de deglución asociado a paladar hendido en “U” y según valoración de Fonoaudiología labio hendido, alteraciones acompañadas de reflujo gastroesofágico y Taquipnea transitoria del recién nacido superada.

No resulta clara la conducta de la primera institución tratante al darle salida precoz a esta paciente requirente de oxígeno, a los 11 días de edad, con alto riesgo de falla ventilatoria y de broncoaspiración por la estructura de su cavidad nasobucal unicameral, sin valoración alguna por parte de un equipo multidisciplinario o por lo menos de Cirugía Maxilofacial y Odontopediatría.

Efectivamente, la neonata fue enviada a casa con la única recomendación de oxígeno domiciliario, sin tratamiento, permitiendo la evolución de la historia natural de su síndrome, que efectivamente evolucionó con episodio de franca dificultad respiratoria o mal denominado BRUE, que realmente correspondió a broncoaspiración asociada a la ingesta de alimento.

Reingresó a los cuatro días a la misma institución tratante con un cuadro de neumonía de predominio derecho secundaria a broncoaspiración, con patrón polipneico, succión fatigable por lo que se reinicia gavage. La recién nacida cursa con policitemia e irritabilidad, probablemente asociada a sus eventos hipóxicos; se maneja con ventilación no invasiva de bajo flujo.

Por asuntos de orden administrativo, es trasladada a una segunda institución en donde, por su deterioro respiratorio, se maneja inicialmente con ventilación no invasiva de alto flujo pero por sus condiciones de obstrucción respiratoria requiere intubación orotraqueal durante las horas previas a la adhesión linguolabial que se le practicó como tratamiento quirúrgico por parte de cirugía plástica y reconstructiva, tratamiento que según la literatura se recomienda de manera provisional para casos como éste en que la obstrucción de la vía aérea sea incompatible con la vida.

Cirugía plástica aclara a la madre de la menor: en el momento no hay indicación de distracción osteogénica pero no se descarta en el futuro. Igualmente, se le aclaró: en el momento no se beneficia de placa obturadora, conducta contraria a la que se practica en muchas instituciones y

que la literatura recomienda realizar en la primera semana de vida colocando la placa obturadora adosada al reborde alveolar superior, logrando que el neonato se alimente con biberón.

La paciente tolera la cirugía y el postoperatorio inmediato; reiteradamente, en las órdenes médicas, se insistía en la vigilancia estricta del patrón respiratorio y oximetrías y en el alto riesgo de extubación por lo que se ordenaba mantener vigilancia estricta en inmovilización del tubo orotraqueal. A las 33 horas de la cirugía, hallándose en la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos, la paciente hace paro cardiorrespiratorio, en condiciones no claras, dado que no es posible hacer paro respiratorio hallándose conectada a un ventilador mecánico. El ventilador cuenta con alarma de apnea y a los 20 segundos de la presentación de la misma, el ventilador toma el comando de la respiración del paciente;

igualmente, la pantalla del ventilador reporta la necesidad de aspiración de secreciones cuando el tubo se halla obstruido, condición tecnológica no compatible con la hipótesis de los médicos tratantes quienes atribuyen el paro cardiorrespiratorio a obstrucción del tubo orotraqueal por moco y secreciones.

Es de anotar que el tubo había sido aspirado por última vez por el terapeuta respiratorio a las 19:45 horas del 25 abril 2017, es decir, cinco horas antes del paro cardiorrespiratorio.

Igualmente, Terapia Respiratoria había evolucionado a la paciente a las 23:47 horas, es decir dos horas antes del paro, registrando en la historia clínica "paciente sin signos de dificultad respiratoria, con soporte de oxígeno ventilación mecánica invasiva, con tubo orotraqueal #3 fijo en 10 cm³ con neumotaponador y con escape", situación no clara que permite hacer la pregunta: ¿la paciente se estuvo? evento que pudo ocurrir y que se hubiera facilitado, dado que el tubo orotraqueal de la paciente no era el adecuado, resultaba pequeño para su peso y edad gestacional; le correspondía realmente un tubo de 3.5 a 4 mm de diámetro, situación ya advertida y no corregida.

Igualmente surge otro interrogante: el 26 abril 2017 a las 00:42 horas la Enfermera jefe Sandy Lorena Maldonado Gamero registró en la historia clínica: "hay fallas en el sistema" no especifica si se trata del sistema del ventilador o del sistema informático.

En la historia clínica aparece una contradicción en las evoluciones el 25 abril de 2017 a las 23:47 horas Terapia Respiratoria registra paciente bajo sedación y relajación mientras que en la misma fecha a las 20:45 horas Neonatología registra "paciente neurológicamente estable, sin sedación, luce despierta".

La información contenida en la historia clínica no aclara quien detectó que la paciente se hallaba en paro cardiorrespiratorio, realizan la misma anotación la auxiliar de enfermería, la jefe de enfermería, el terapeuta respiratorio, llama la atención la ausencia del Médico Neonatólogo o del Médico Intensivista en la Unidad; la jefe de Enfermería asumió la atención del paro cardiorrespiratorio. El cirujano plástico presenció la reanimación.

La reducción global del flujo sanguíneo cerebral durante un tiempo mayor de cinco minutos, producido por el paro cardiorrespiratorio llevó a la muerte a la paciente del caso que nos ocupa.

Después del evento de paro cardiorrespiratorio, dada su prolongada duración no precisada, mayor de cinco minutos, empeoró el pronóstico de la paciente de manera permanente e irreversible, desencadenando una evolución tórpida que concluyó de manera fatal.

El cerebro necesita un suministro constante de oxígeno y nutrientes para su funcionamiento. Si el déficit de oxígeno en el bebé ha sido leve, el niño se recupera rápidamente y las alteraciones en su organismo son transitorias y reversibles, pero si el bebé ha estado privado de oxígeno durante más tiempo, entre 5 y 15 minutos o más, como en el caso de María Paz, las consecuencias son graves e irreversibles. Si las maniobras de reanimación se inician antes de cuatro minutos hay posibilidades de éxito cuando el inicio del paro es observado por un testigo y corrige inmediato el factor desencadenante, que en el caso que nos ocupa, es la hipoxia, rescate que no se dio en el caso de

María Paz lo que la llevó a la muerte.

En general, esta paciente fue manejada después de su nacimiento de manera inadecuada y tardía, lo cual ensombreció su pronóstico. Tenía muchas opciones terapéuticas dada su edad gestacional, su peso adecuado, su Apgar 8/9/9 y su ausencia de anomalías cardiovasculares, renales, neurológicas.

El fallecimiento de los pacientes con síndrome de Pierre Robin será el resultado de un mal control de los efectos derivados de las de la triada clásica, es decir la obstrucción aérea y la falta de alimentación que determinarán una falta de desarrollo.

MANEJO ESPERADO SEGÚN LA PERITA FORENSE FABIOLA JIMENEZ.

Con base en las historias clínicas analizadas y la revisión de la literatura especializada de las diferentes áreas, esta paciente con diagnóstico anomalía de Pierre Robin y demás diagnósticos ya conocidos, con inminente riesgo de falla ventilatoria y muerte, no debió ser dada de alta sin tratamiento. La broncoaspiración y la neumonía aspirativa secundaria que presentó en casa, eran previsibles y prevenibles.

Inmediatamente después de su nacimiento requería manejo multidisciplinario por Intensivista, Cirujano maxilofacial, Odontopediatra, Neonatólogo, Pediatra y Enfermeras con experiencia en el manejo de este síndrome, quienes debieron suministrar un tratamiento idóneo y oportuno aprovechando las excelentes condiciones de la paciente al momento de nacer: 39 semanas de gestación, peso adecuado para su edad gestacional, Apgar 8/9/9, ecocardiograma normal, cariotipo normal, Eco transfontanelar normal, apoyo total de sus padres.

El protocolo de manejo para casos de obstrucción respiratoria severa como el caso de María paz Ocampo Restrepo consiste en:

1- A los 15 días del diagnóstico: glosopexia que llevará por 18 meses + distracción ósea mandibular bilateral externa: 1-2 mms bilateral/semana por dos meses.

2- A los nueve meses de edad cierre del labio fisurado.

3- A los 12 meses del nacimiento: cierre quirúrgico en uno o dos tiempos del paladar duro y el paladar blando.

La hipoplasia mandibular severa y las crisis obstructivas de María paz, obligaban a realizar un tratamiento quirúrgico efectivo siendo el más recomendado distracción osteogénica, considerada como el "gold estándar" en el tratamiento de la apnea obstructiva secundaria a micrognatia.

En el caso que nos ocupa, la neonata tenía las indicaciones de cirugía de distracción ósea, a saber:

a) Recién nacido portador de micrognatia quien presenta cuadro dificultad respiratoria severa desde su nacimiento. b) Esofagograma mostró paso abundante de medio de contraste a nasofaringe. c) Saturación de oxígeno con desaturaciones frecuentes por debajo de 80 y que no corrigen con posición decúbito prono requiriendo intubación endotraqueal para su manejo.

El manejo precoz y efectivo es determinante en el pronóstico y calidad de vida del paciente.

La paciente toleró adecuadamente el posoperatorio de la adhesión linguolabial; evolucionó favorablemente las primeras 33 horas del postoperatorio hasta que presentó paro cardiorrespiratorio, evento previsible y prevenible por las siguientes razones:

a) La paciente estaba conectada a un ventilador mecánico que tiene alarma de apnea la cual después de 20 segundos hace que el ventilador automáticamente asuma la función respiratoria del paciente.

b) Los médicos tratantes consideran que el paro cardiorrespiratorio se produjo por obstrucción del

tubo endotraqueal con moco y secreciones. Se determina la necesidad de aspiración de secreciones en forma precoz observando la curva flujo/tiempo en la pantalla del ventilador. Cuando la curva comienza horizontalizarse perdiendo su característica curva habitual (convexa), es un indicio de requerimiento de aspiración de secreciones. Otro parámetro, aunque más tardío, es la elevación de la presión pico en la vía aérea durante la ventilación mecánica. Aviso que debió detectar la enfermera asignada a la paciente quien debe estar capacitada para detectar este tipo de alarmas del ventilador y dar aviso inmediato.

De manera clara se detectan fallas en las fases de tratamiento y seguimiento de la menor.

Reiteradamente en las órdenes médicas se insistía en la vigilancia estricta del patrón respiratorio y en el alto riesgo de extubación.

CONCLUSIÓN MÉDICO LEGAL.

Con base en las historias clínicas analizadas y la revisión de la literatura especializada de las diferentes áreas, se establece que existe una relación directa causa efecto entre el manejo terapéutico dado a María Paz Ocampo Restrepo y su deceso.

La neonata finalmente falleció como consecuencia de la parada post paro cardio respiratorio prolongado, reversado tardíamente, que la llevó a Lesión Hipóxico Isquémica Severa sistémica causándole entre otras, las siguientes alteraciones:

CONCLUSIÓN MÉDICOLEGAL

Con base en las historias clínicas analizadas y la revisión de la literatura especializada de las diferentes áreas, se establece que existe una relación directa causa efecto entre el manejo terapéutico dado a María Paz Ocampo Restrepo y su deceso.

La neonata finalmente fallece como consecuencia de la parada posparo cardiorrespiratorio prolongado, reversado tardíamente, que la llevó a Lesión Hipóxico Isquémica Severa sistémica causándole entre otras, las siguientes alteraciones:

1-Isquemia global cerebral demostrada imagenológicamente en el TAC con severo edema cerebral, clínicamente expresada por deterioro neurológico con falta de respuesta a estímulos, ausencia de respuesta motora, coma.

2-Compromiso renal expresado entre otros por diabetes insípida de origen central (no nefrogénico) producto de la isquemia del hipotálamo que lo inhabilitó para producir vasopresina u hormona antidiurética.

3- Presencia de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica-SIRS que produce un cuadro similar al que se observa en la sepsis, como ocurrió en el caso de nuestra neonata, cuadro que se interpretó como sepsis neonatal tardía, que resultó refractario a antibioticoterapia y que no se basó en la evidencia: hemocultivos negativos. El aumento registrado en los reactantes de la fase aguda, probablemente se debió a la neumonía del lóbulo superior y medio del pulmón derecho, secundario a la brocoaspiración que la paciente sufrió en casa y que no se resolvió.

4- Finalmente parada posparo cardiorrespiratorio que la llevó a falla cardíaca debido a que la hipoxemia disminuye la contractilidad del miocardio generando bradicardia y finalmente asistolia.

Causa Inicial o Fundamental de la Muerte: Paro Cardiorrespiratorio.

Causa Inmediata o Última de la Muerte: Lesión Hipóxico-isquémica Severa de Compromiso Multiorgánico - Falla Cardíaca XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lo anterior, no fue tenido en cuenta por la sentencia de primera atacada, a pesar de que el contenido de la historia clínica está de acuerdo con lo acá señalado, cuestión que no sucede con el peritaje aportado por UCI GROUP, en el que en la contradicción de este dictamen pericial, se evidencia que hay serias inconsistencias entre las conclusiones periciales y el contenido de la historia clínica y además, se evidenció que las conclusiones del perito parte de suposiciones que él mismo hace, alejándose de la objetividad en el dictamen pericial.

DE LA CALIDAD DE LA PERITA FORENSE.

Así mismo, el juzgador indica erróneamente que la perito FABIOLA JIMÉNEZ, no cuenta con las calidades suficientes para emitir un concepto pericial sobre el asunto del litigio; sin embargo, no tiene en cuenta que la doctora FABIOLA JIMENEZ RAMOS, emite un concepto de medicina forense,

con más de 29 años de experiencia en el INML y CF y 10 en dictámenes de RESPONSABILIDAD MÉDICA, lo que le da la experiencia y el aval para dictar un dictamen médico forense y además porque su peritaje se encuentra soportado por las guías, protocolos y bibliografías aplicables a la fecha de los hechos.

EL PERITAJE PERICIAL DE LA PARTE DEMANDANTE FUE SUFICIENTE, CONCLUSIVO Y PRECISO., SE DEBE ACUDIR A LAS CONCLUSIONES PARA DETERMINAR QUE:

CON BASE EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS ANALIZADAS Y LA REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPECIALIZADA DE LAS DIFERENTES ÁREAS, SE ESTABLECE QUE EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA CAUSA EFECTO ENTRE EL MANEJO TERAPÉUTICO DADO A MARÍA PAZ OCAMPO RESTREPO Y SU DECESO. LA NEONATA FINALMENTE FALLECE COMO CONSECUENCIA DE LA PARADA POST PARO CARDIO RESPIRATORIO PROLONGADO, REVERSADO TARDÍAMENTE, QUE LA LLEVÓ A LESIÓN HIPÓXICO ISQUÉMICA SEVERA SISTÉMICA CAUSÁNDOLE ENTRE OTRAS, LAS SIGUIENTES ALTERACIONES... MENCIONANDO LAS GRAVES Y MÚLTIPLES COMPLICACIONES, ENTRE ELLAS, ISQUEMIA GLOBAL CEREBRAL (MISMA QUE SOLO SE PRESENTA EN PACIENTES CON TIEMPOS MUY PROLONGADOS DE AUSENCIA DE OXÍGENO), FALLA RENAL, SIRS, PARO CARDIACO SECUNDARIO A LAS COMPLICACIONES DE SU HIPOXIA CEREBRAL PROLONGADA.

Téngase en cuenta que, en este caso no se discute un actuar propio de la neonatología o una terapéutica propia de esta rama, sino que el debate se centra en un descuido institucional a un paciente que amerita toda una vigilancia estricta y especial, debido a las circunstancias de salud con la se había nacido, La historia clínica y el dictamen pericial tanto del demandante como del demandado señalan que efectivamente la paciente fue “*encontrada*” en paro cardiorrespiratorio, es decir, el paro no fue presenciado y esta paciente aunque no requería de un médico que estuviese parado a su lado 24 horas como irónicamente lo señala la sentencia, si requería de una monitorización continua, misma que en una unidad de cuidado intensivo neonatal, implica que cualquier alteración en los signos vitales dispara las alarmas correspondientes para que el actuar médico sea oportuno, esto no sucedió en el caso de MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.) y es por esto mismo que la perito FABIOLA JIMENEZ RAMOS, no podía determinar cuánto tiempo llevaba en paro la paciente, lo anterior DEBÍA SER DETERMINADO POR EL EQUIPO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN y acorde a lo registrado en la historia clínica, ellos no lo hicieron.

No se hizo porque los equipos de vigilancia y monitoreo estricto no sirvieron, no se instauraron o existió una “*falla en el sistema*” de vigilancia.

RESPECTO DEL PERITAJE DE UCI GROUP, DEL MÉDICO JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ.

Ahora bien, nótese como el fallador de primera instancia hace una valoración apresurada y sesgada sobre los peritajes aportados, pues de la sentencia se desprende que no valoró siquiera los factores que rodearon la contradicción del dictamen realizado por el médico JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ, esto así:

- El perito, **ha estudiado parte de su formación académica superior, especialización, docencia y magíster en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), fundación que, en las palabras del perito, tiene convenios con EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL SAN JOSÉ,** persona jurídica aquí demandada y con la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ, entidad en la que, para la fecha de la audiencia de contradicción del dictamen, era su lugar de trabajo. Así entonces, el perito no es un perito imparcial, pues tiene vínculos contractuales, académicos y laborales con la entidad demandada, así como con otras relacionadas con la misma.

Téngase en cuenta que, en la página oficial de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, FUCS, se señala de manera expresa que “*cuentan con dos hospitales universitarios acreditados que proporcionan escenarios de práctica propios: Hospital San José y Hospital Infantil Universitario San José.*”, de hecho, se ha señalado allí mismo, que “La historia de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, está íntimamente ligada al nacimiento de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y del Hospital de San José: (...)” información pública que es de vital importancia para el análisis del dicho del perito de nombre JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ.

- Así mismo, se demostró en audiencia de contradicción del dictamen, que el concepto plasmado en el peritaje aportado se trataba en su mayoría de suposiciones hechas por el Dr. JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ, de hecho, señaló de forma reiterada que “yo estoy suponiendo sobre algo que quedó escrito” lo que denota entonces que el concepto brindado no resulta de un análisis técnico, sino de observaciones subjetivas y suposiciones y por lo tanto carece de rigurosidad científica, lógica y argumentativa, cosa que no puede brindar de ninguna manera certeza al operador jurisdiccional.

ASÍ PUES, EL PERITO FUE INEXACTO, DUBITATIVO EN SU CONCEPTO, VACILABA EN LAS RESPUESTAS Y LLEGÓ A HACER AFIRMACIONES QUE POSTERIORMENTE ÉL ACEPTA QUE NO SE ENCONTRABAN DEMOSTRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA.

- Adicionalmente, señaló el perito, respecto del protocolo que supuestamente aplicaron los médicos del HOSPITAL en la atención brindada a la menor MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D), protocolo de nombre **DOPES (SIC)**, **afirmó el perito que fue ejecutado de forma correcta, así lo afirmó**; sin embargo, en audiencia de contradicción del dictamen pericial del 19 de septiembre de 2024 quedó en evidencia que:
- Al ser interrogado el médico Jhon Camacho acerca de la denominada “estrategia DOPES” —la cual, según lo expresado en el informe, se aplica a pacientes que se encuentran bajo respiración artificial— manifestó que se trata de una “estrategia correctiva”. En ese mismo contexto, al preguntársele de manera puntual si la menor María Paz Ocampo se encontraba bajo asistencia de respiración artificial al momento de presentar el paro cardiorrespiratorio, respondió afirmativamente, indicando textualmente: “Sí, señor”.
- Posteriormente, se le formuló al médico Jhon Camacho la siguiente pregunta: “¿Lo primero que se tiene que evaluar, acorde a la estrategia DOPES, es si hubo desplazamiento o extubación en el paro cardiorrespiratorio?”, a lo cual respondió: “sí señor”. En atención a dicha respuesta, se le planteó el siguiente interrogante: “¿Usted encontró en la historia clínica explícitamente señalado que se haya valorado esa ‘D’ de desplazamiento o de extubación del paciente?”, frente a lo cual manifestó: “La D, como quedó en el informe pericial no se menciona explícitamente, hay una nota de reanimación neonatal”. Acto seguido, se le preguntó: “Pero si la estrategia DOPES está enfocada precisamente al manejo oportuno y adecuado del paciente que presenta alguna alteración, estando en ventilación artificial, ¿acaso no era mandatorio que los médicos registraran si el tubo traqueal estaba desplazado o no?”, a lo que respondió: “De registrarlo no, no lo vi explícitamente en el informe”.
- Además, este protocolo implicaba la revisión juiciosa de lineamientos específicos, a saber:
 - A) desplazamiento del tubo
 - B) obstrucción del tubo,
 - C) verificación de equipos
 - D) descartar Neumotórax, ...

lineamientos mismos que el perito en contradicción afirma que no se evidencia que se hayan practicado en la atención de María Paz Ocampo R., de hecho, a la pregunta de “Si todo lo anterior está ausente en la historia clínica. ¿Cómo llega usted a la conclusión de que el manejo que se le dio a MARIA PAZ Ocampo fue el adecuado? Si no se cumplió con la estrategia DOPES” el

perito señaló “Lo que interprete era que veía una secuencia lógica de atención de medicamentos, compresiones, el tema de la aspiración, La descripción de reanimación de alta calidad, entonces al leer la historia **asumí que método se haya hecho de acuerdo al protocolo**”.

Al ser interrogado el Doctor Jhon Camacho acerca de la denominada “estrategia DOPES” —la cual, según lo expresado en el informe, se aplica a pacientes que se encuentran bajo respiración artificial— manifestó que se trata de una “estrategia correctiva”. En ese mismo contexto, al preguntársele de manera puntual si la menor María Paz Ocampo se encontraba bajo asistencia de respiración artificial al momento de presentar el paro cardiorrespiratorio, respondió afirmativamente, indicando textualmente: “Sí, señor”.

Posteriormente, se le formuló al Doctor Jhon Camacho la siguiente pregunta: “¿Lo primero que se tiene que evaluar, acorde a la estrategia DOPES, es si hubo desplazamiento o extubación en el paro cardiorrespiratorio?”, a lo cual respondió: “sí señor”. En atención a dicha respuesta, se le planteó el siguiente interrogante: “¿Usted encontró en la historia clínica explícitamente señalado que se haya valorado esa ‘D’ de desplazamiento o de extubación del paciente?”, frente a lo cual manifestó: “La D, como quedó en el informe pericial no se menciona explícitamente, hay una nota de reanimación neonatal”. Acto seguido, se le preguntó: “Pero si la estrategia DOPES está enfocada precisamente al manejo oportuno y adecuado del paciente que presenta alguna alteración, estando en ventilación artificial, ¿acaso no era mandatorio que los médicos registraran si el tubo traqueal estaba desplazado o no?”, a lo que respondió: “De registrarlo no, no lo vi explícitamente en el informe”.

ES EVIDENTE COMO EN LAS MISMAS PALABRAS DEL PERITO, NO SE VISLUMBRA EN LA HISTORIA CLÍNICA LA REALIZACIÓN DEL TAL PROTOCOLO MENCIONADO POR ÉL Y QUE, SEGÚN ÉL MISMO, ES LO QUE DEBÍA HACERSE. LUEGO LA SENTENCIA NO TENIA PORQUE CONCLUIR QUE EL MANEJO DEL PARO CARDIO RESPIRATORIO PROVEÍDO A MARIA PAZ, FUE PERITO Y ADECUADO, TODO LO CONTRARIO, QUEDA DEMOSTRADO, CON LO SEÑALADO POR EL PERITO EN LA AUDIENCIA DE CONTRADICCIÓN, QUE EL MANEJO DEL PCR DE LA MENOR FUE IMPERITO, INSUFICIENTE Y SE FALTÓ A LA LEX ARTIS MÉDICA, AL NO APLICAR EL PROTOCOLO DOPES, QUE ERA DE OBLIGATORIA APLICACIÓN.

Para este extremo resulta claro que la valoración probatoria realizada fue incompleta y sesgada, pues la sentencia señala que a través de esta experticia del médico JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ, se demostró la diligencia institucional, cosa que resulta a todas luces NO cierta, sumo a lo ya hasta acá demostrado y tratado supra respecto de este dictamen, a otra serie de inconsistencias que se demostraron en la contradicción al dictamen pericial de este médico, así:

Es claro que el dictamen médico pericial elaborado por el doctor JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ adolece de fundamentación científica rigurosa, toda vez que la mayoría de sus conclusiones se sustentan en meras conjeturas o apreciaciones subjetivas, como él mismo lo reconoce expresamente al ser interrogado sobre si “¿para todo su trabajo pericial hace suposiciones?”, a lo cual responde: “TRATÉ de emitir un concepto y por eso tal vez me apoyo en referencias bibliográficas para que no quede en ese plano de subjetividad”; tal manifestación deja entrever una seria duda sobre la solidez técnica del dictamen pericial rendido.

Asimismo, al ser interrogado específicamente sobre si el procedimiento de parto debió o no ser instrumentado, el perito emite una argumentación ambigua que concluye con la expresión “obviamente es una suposición”, reiterando así la falta de certeza y el carácter especulativo de sus afirmaciones, este patrón se repite en diversas respuestas contenidas tanto en su declaración como en el cuerpo del dictamen pericial, el cual fue valorado por el juzgador de manera correcta.

En el desarrollo de la práctica de la prueba pericial, específicamente en relación con las actuaciones llevadas a cabo al momento del paro cardiorrespiratorio sufrido por la menor MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.), se observa que el perito JHON HADERSSON CAMACHO CRUZ, respondió en múltiples ocasiones de manera sistemática con base en suposiciones. El mismo perito manifestó expresamente que sus afirmaciones se sustentaban en conjeturas, al señalar: “yo estoy suponiendo sobre algo que está escrito” (Refiriéndose a la Historia Clínica).

Cabe resaltar, además, que el perito incurre en errores conceptuales de carácter médico, evidenciando desconocimiento de nociones fundamentales, como cuando se le requiere precisar si el caso de la menor MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D.) implicaba un riesgo quirúrgico o anestésico, y demuestra no estar en capacidad de diferenciar tales conceptos, generando una evidente confusión técnica y dejando en entredicho la idoneidad del dictamen rendido.

Además, en sus respuestas, el profesional indica que los términos utilizados dentro de la Historia Clínica, al referirse a una “reanimación de alta calidad” corresponden a un lenguaje de la práctica clínica habitual, en tanto no existe en la lex artis médica una clasificación formalmente establecida que distinga entre reanimación de “baja”, “media” o “alta” calidad. En consecuencia a esto, expresa que se debe inferir razonablemente que quien consignó dicha expresión en la historia clínica posee formación reciente o actualización bajo este ámbito de reanimación cardiorrespiratoria, sin embargo acepta que la historia clínica no registra actuaciones médicas que indicarían que la atención del paro cardiorrespiratorio fue idónea como lo referente al protocolo DOMPES.

Esto genera dudas sobre la validez y objetividad del dictamen rendido, ya que el perito no se limitó a realizar un análisis técnico sustentado en datos claros y verificables, sino que hizo afirmaciones apoyadas en conjeturas personales.

DE LOS TESTIMONIOS MÉDICOS.

Ahora bien, el juez de primera instancia, apoya su decisión en los testimonios técnicos aportados al proceso, no obstante, la valoración realizada, resulta parecer preferente sobre algunas afirmaciones, pues no tiene en cuenta, por ejemplo, que fueron los mismos testigos quienes señalan que la paciente MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D) debía tener una vigilancia de sus signos vitales estricta, vigilancia que no se lleva a cabo.

Además, y en el mismo sentido, ninguno de los testigos médicos, supo explicar por qué las anotaciones médicas de cada uno de los que participó en el momento del paro, eran idénticas.

Respecto de la testigo PULIDO, que habría sido tachada como sospechosa, el juzgado no tiene en cuenta que Pulido miente cuando señala que el paro cardiorrespiratorio cuando atendió en la madrugada cuando sucesiones, ya que esto no es lo registrado en la historia clínica de MARIA PAZ OCAMPO RESTREPO (Q.E.P.D) y cuando el juzgador resuelve la tacha de sospecha, señala que fue coherente con los otros testigos y con el perito de la demandada, sin que se haga un análisis a fondo y riguroso, y sin tener en cuenta la disonancia existente con la historia clínica aportada al proceso por la misma demandada.

5. SOBRE LA CONDENA EN COSTAS

La sentencia de primera instancia, condena al extremo activo al pago de costas y agencias en derecho, esto desconociendo el auto del 29 de agosto de 2024, (por medio del que se concede amparo de pobreza), en el que se ha dispuesto:

“4. Por otro lado, y por cuenta de la solicitud de amparo de pobreza elevada [derivados 75, 76, 88,89,94, 95, 98, 99], atendiendo a lo previsto en los artículos 151 y s.s. del C.G.P. Se dispone

conceder amparo de pobreza a los demandantes Sandra Milena Restrepo Suárez y Carlos Andrés Ocampo Suárez, acorde a lo solicitado.

Los amparados por pobres no estarán obligados a prestar cauciones procesales ni a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de la actuación, y no será condenados en costas [artículo 154 del C.G.P”

Así entonces y reiterando lo ya señalado en el auto citado, el artículo 154 del C.G.P ha dispuesto:

“ARTÍCULO 154. EFECTOS. El amparado por pobre no estará obligado a prestar cauciones procesales ni a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de la actuación, y no será condenado en costas.”

Soporte suficiente para no imponer condena alguna relacionada con el pago de costas y agencias en derecho en contra de mis poderdantes.

CONCLUSIONES

A la luz de lo anteriormente expuesto, esta parte estima que las consideraciones vertidas en la sentencia de primera instancia obedecen a una errónea, precipitada, limitada y parcial valoración del a quo, en particular de los testimonios, dictámenes periciales, historia clínica y los interrogatorios de parte; si bien estos últimos no revisten carácter puramente técnico, sí permiten contextualizar adecuadamente las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que ocurrieron los hechos objeto de la presente litis.

Asimismo, se advierte un tratamiento argumentativo carente de sensibilidad y condescendencia frente a los aspectos humanos involucrados, lo que se traduce en una narración desprovista de empatía y consideración, afectando la correcta administración de justicia. Circunstancias que han derivado en la decisión objeto de los presentes reparos.

SOLICITUDES AL TRIBUNAL-

SOLICITO AL TRIBUNAL, DE MANERA RESPETUOSA VALORE EL ARSENAL PROBATORIO, DE MANERA INTEGRAL Y SE DETERMINE QUE EFECTIVAMENTE EXISTIERON FALLAS GRAVES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, FUNDAMENTALMENTE EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, GENERANDO QUE LA MENOR ENTRARA EN PARO RESPIRATORIO Y CARDIACO, QUE NO FUE DETECTADO PRECOZMENTE Y EVITADO (LA PARADA) O EN CASO DE PARADA SÚBITA NO FUE DETECTADO Y TRATADO DE MANERA INMEDIATA, TEMPRANA Y OPORTUNA; PERO COMO SI LO ANTERIOR FUERA POCO EL PROTOCOLO DE MANEJO QUE SE DEBÍA APLICAR A LA MENOR (PROTOCOLO O ESTRATEGIA DE MANEJO DOMPES) NO SE APLICÓ, HACIENDO QUE EL MANEJO POST PARO QUE SE LE PRESTÓ FUERA ERRÁTICO E INSUFICIENTE, TODO LO ANTERIOR, GENERÓ DAÑOS IN EXTENSO EN MÚLTIPLES ÓRGANOS, ENTRE ELLOS CEREBRO, RIÑONES Y CORAZÓN, QUE LLEVÓ A LA MENOR A LA MUERTE.

ADEMAS SE DETERMINE QUE EN NINGÚN MOMENTO SE DEBIÓ CONDENAR EN COSTAS A LOS DEMANDANTES.

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA,

C.C. No. 79.318.915 de Bogotá.

T. P. No. 168358 del C. S. de la J. Calle

12 B número 8 - 23 oficina 214.

Correo electrónico de notificación judicial: camargocartagena@gmail.com