

Doctor

CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

H. MAGISTRADO TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI-SALA CIVIL

des06sctscali@cendoj.ramajudicial.gov.co

sscivcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

ysolartr@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: Radicación No. **76001-31-03-019-2018-00061-03**

Proceso: **Verbal de Responsabilidad Médica.**

Demandante: **MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO GARCÍA Y OTROS**

Demandados: **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA Y OTROS.**

Asunto: **PRONUNCIAMIENTO ANTE LOS REPAROS FORMULADOS POR LA PARTE DEMANDANTE CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.**

Cordial saludo Respetado Magistrado,

LINA MARCELA BORJA RIVERA, mayor de edad y vecina de Cali, portadora de la cédula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y tarjeta profesional No. 262.921 del C.S.J., obrando como apoderada judicial del médico especialista en Ginecología y Obstetricia Dr. **JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO**, demandado en el proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito pronunciarme ante los reparos formulados por el demandante contra la Sentencia No. 138 del Juzgado Diecinueve Civil del Circuito de Cali, del 21 de septiembre de 2023.

Su señoría es importante advertir que si bien mediante auto del 18 de octubre de 2023, notificado en estado electrónico No. 171 del 19 de octubre de 2023, este H. despacho admitió el recurso de apelación concediendo 5 días para sustentar los reparos de manera concreta al accionante, término que fenecía el 31 de octubre de 2023, el apoderado del extremo activo de la Litis no envió copia a mi correo electrónico, de su escrito de sustentación de la apelación, ni a mis apoderados, solo me fue posible conocer del escrito por solicitud que se realizara a la secretaría del Tribunal el día 07 de noviembre de 2023.



I. RESPECTO A LOS REPAROS PRESENTADOS FRENTE A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Viendo el escrito que presenta el apoderado del extremo activo de la Litis, en el que sustenta el recurso de apelación, se vislumbra que se presentaron unos reparos genéricos contra la decisión de primera instancia, en los que no se discute un yerro puntal del análisis del sentenciador, no se hace referencia a ninguna prueba, sino que se plasma una posición respecto de todos los aspectos debatidos a lo largo del proceso acompañado de unos calificativos y opiniones personales del apelante sin sustento probatorio ni respaldo científico; en ningún caso hace el ejercicio que hizo la juez de instancia, de interpretar los medios de prueba en conjunto como lo dispone el artículo 176 del Código General del Proceso.

El trabajo argumentativo que se debe desarrollar para desvirtuar la presunción de acierto de la sentencia apelada no ha sido realmente satisfecho. En este sentido no explica la apelante, cuales son los errores en la producción de las pruebas, en la valoración de las mismas, en las normas aplicadas o en la interpretación dada por el fallador al caso bajo estudio, lo cual es el verdadero propósito del recurso de alzada, en tanto se requiere de una verdadera pretensión impugnatoria; se limita el demandante a expresar su apreciación subjetiva sobre los hechos debatidos, desconociendo que en este caso, tal y como lo hizo el a-quo para poder interpretar los documentos como historia clínica era indispensable contar con la interpretación de los profesionales de la salud que acudieron como peritos, ya que requiere de un conocimiento especializado que solo lo tiene el personal de salud.

Desde ya se hace importante señalar que, del acervo probatorio recaudado en el proceso, esto es, la historia clínica, la literatura médica científica aplicable al caso, y los dictámenes periciales rendidos por EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, por el especialista en ginecología y obstetricia Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, por la especialista en ginecología y obstetricia Dra. ANA MARÍA ARIAS GALEANO y por el especialista en ginecología y obstetricia Dr. MILTÓN CESAR GÓMEZ y las declaraciones de parte de los demandados, pruebas que fueron valoradas en conjunto y bajo los postulados de la sana crítica por parte del a-quo, se estableció con suficiencia en el proceso que no se acredita ninguno de los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica deprecada en la demanda, referida a la culpa galénica.

-FRENTE AL REPARO SOBRE QUE NO SE VALORÓ ADECUADAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA

En resumen, en los reparos que realiza el demandante indica que la historia clínica debió valorarla el juez según la percepción del recurrente realizando conclusiones que parten de apreciaciones subjetivas del apoderado de los demandantes sin ningún sustento científico, además pretendiendo que su propia concepción reemplace lo indicado por los peritos.

No es cierto como lo indica el apoderado de los demandantes que “la no percepción de movimientos fetales, puede apuntar a la pérdida de bienestar

fetal", como lo indicaron los peritos no hubo ningún signo objetivo e irrefutable de sufrimiento fetal durante toda la atención que se le brindó a binomio madre-hijo durante la estancia hospitalaria en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios.

En el dictamen rendido y sustentado por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, prueba solicitada por los demandantes se concluyó en audiencia del 21 de septiembre de 2023. Las citas se harán en formato HH:MM:SS como aparece en la audio:

26:11 "se concluyó que no hay nexo de causalidad médica entre la atención prestada al momento del trabajo de parto y parto y el resultado final."

Más adelante la perito Dra. **ANA INES RICAUTER**, Epidemióloga con 13 años de experiencia en la labor de realizar dictámenes periciales, quien realizó el dictamen en conjunto con la **MARÍA ALEJANDRA YEPES**, ginecóloga quien se excusó válidamente por no comparecer a la audiencia de instrucción y juzgamiento, indico:

29:15 "Cuando hicimos la revisión de la historia clínica en detalle que inclusive esta transcrita en el informe pericial, todos esos apartes, junto con la Dra. María Alejandra notamos que había un control, un seguimiento adecuado tanto a la gestante como a la Frecuencia Cardíaca Fetal, que es muy importante para poder tener un control tanto de la madre como el hijo tienen buenas condiciones, adicionalmente se solicitó Perfil Biofísico, una ecografía obstétrica y una monitoria. Lo que nosotros encontramos es que si se hizo un acompañamiento a este trabajo de parto desde el inicio. Inclusive ella llega en un primer momento con un diagnostico que se llama parto, que está empezando con los dolores, pero todavía no está en trabajo de parto como tal, en su momento se devuelve, pero cuando regresa el día 05 ante un resultado que había ahí en la ecografía que podría de pronto hacer sospechar una restricción del crecimiento intrauterino y especialmente porque vivía en área rural de Jamundí, se decide dejar hospitalizada y se le coloca la inducción del trabajo de parto con oxitocina y figura en todo momento ese acompañamiento tanto por ginecología como por enfermería, la toma de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca de la madre y del producto, hay un cuadrito donde cada hora pudimos identificar que se estaba tomando la Frecuencia Cardíaca Fetal y que esa FCF estaba dentro de los parámetros normales, lo mismo la monitoria mostraba que estaba acorde, que no había ningún signo de estrés en ese producto.

Si se anota en el momento ya digamos del expulsivo que la paciente no colabora, que no puja, según da entender la historia clínica eso dificultó el parto."

Cuando la señora **MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO GARCÍA**, ingresó por urgencias a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios el día 1 de abril de 2011, a las 19:39 horas con motivo de consulta¹: "disminución de movimientos fetales" (folio 58). Se le realiza monitoreo fetal el cual es **categoria I** (línea de base entre 110-160 latidos por minuto, variabilidad presente, no desaceleraciones, aceleraciones presente movimientos fetales presentes).

¹ El motivo de consulta es lo que refiere el paciente al solicitar la atención médica, que no comporta un diagnóstico.

Es valorada por el Dr. FERNANDO ÁVILA quien reporta actividad uterina irregular, diagnóstica: Gestaciones 1, partos 0, embarazo de 39 semanas; realiza valoración ginecológica no encontrando cambios cervicales (dilatación, borramiento), por lo cual es dada de alta con signos de alarma como se registra en la historia clínica.

De ahí que de conformidad con la *Guía Médica: Atención de Parto*² de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, estaba justificado el alta de la paciente al no encontrarse en trabajo de parto, toda vez que para que la gestante fuese admitida en trabajo de parto, debía cumplir con los siguientes criterios:

*“La usuaria esta en trabajo activo si presenta al menos dos contracciones espontaneas en diez minutos y tiene dos o más de los siguientes criterios: **borramiento completo del cérvix, dilatación cervical mayor o igual a tres centímetros o ruptura espontanea de membranas.**”*

...

“Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información. Dicha información debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, Tinitus, cefalea intensa).”

Adicionalmente, es importante destacar que no toda ausencia de movimientos fetales indica que no hay bienestar fetal, pues el bebe puede estar dormido de ahí que se toma la monitoria fetal que se reportó categoría I con movimientos fetales presentes, como lo señaló el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA en su declaración de parte el 27 de marzo de 2023, las monitorias fetales se mide bajo tres parametros y si el bebe hubiese estado mal, no se muestra aceleraciones en la motoria fetal, como quiera que es la aceleración del corazón del bebe que indica que tiene una buena reserva de oxígeno.

-FRENTE AL SEGUNDO REPARO “SEGUNDO. - HISTORIA CLÍNICA NSR”

El apoderado de la parte demandante indica que la Dra. CLAUDIA CARREÑO ALVARADO, no tuvo en cuenta las condiciones clínicas de la paciente y que vivía en zona rural de Jamundí.

Este reparo no tiene sustento, pues en la historia clínica que el día 03 de abril de 2011, la señora MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO GARCÍA, ingresa al servicio de urgencias para valoración por ginecología por presentar contracciones uterinas, la gestante le reporta a la Dra. CLAUDIA CARREÑO movimientos fetales positivos, no perdidas vaginales, y “Actividad uterina: ausente” (folio 113 hc), es decir, que había empezado el proceso de dilatación, se le tomo una monitoria fetal que se reportó adecuada.

Contrario a lo afirmado por el demandante es precisamente teniendo en cuenta la condición de desplazamiento de la señora LONDOÑO es que se decide su hospitalización por parte de mi prohijado el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO.

-FRENTE AL REPARO “TERCERO: Evento.”

Indica el demandante “la Señora MARIA ERICA GIOHANA LONDOÑO GARCIA, por petición de la Dra. CLAUDIA CARREÑO ALVARADO, se presentó en la CNSR el 04 –

² Guía Médica: Atención de Parto. Clínica Nuestra Señora de los Remedios. 1° Revisión: 18/Jun/2009.

04 - 2011, sin embargo, solo recibió atención el 05 - 04 - 2011, es decir, estuvo un (1) día sin control prenatal, en otras palabras, el personal asistencial no verifico el estado de salud del binomio."

Lo anterior no es cierto, lo cierto es lo que está consignado en la historia clínica, prueba documental que no fue tachada de falsa por los demandantes, en esa historia clínica, revisada y transcrita por MEDICINA LEGAL se evidencia que la señora LONDOÑO es atendida a las 11:45 am del día 5 de abril de 2011 por el Dr. VÍCTOR MARIO DE LA CRUZ (folio 77-78), quien diagnostica: G1P0, emb 40.1semanas. Realiza la valoración ginecológica encontrando pelvis ginecoide y ginecoide media, que significa que es apta para un parto vaginal, cuello posterior corto, orificio cervical externo insinuado, no evidencia perdidas vaginales (sangrado, salida de líquido amniótico), ordena toma de monitoreo fetal y ecografía obstétrica con perfil biofísico; posterior a la toma de los mismos es valorada por el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA quien valora el monitoreo fetal, la ecografía y realiza valoración ginecológica encontrando: cuello cerrado, borramiento del 90% estación -1. El Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA decide hospitalizar para inducción del trabajo de parto con oxitocina.

Como se estableció en el dictamen del Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA: "El Dr. José Raúl Quesada la atendió el día 5 de abril de 2011, (PÁGINA 105-106) luego del ingreso y no fue responsable de la evolución posterior ni de la atención del parto.

TARJETA REGISTRO DE SALUD

IV/5/11	→ - Emb. 40 ss 1/7 - G1P0
	Eco ss 27 → - PA en P50
	Eco del día de hoy: - PA en P50-25
	- ICA: 10.7 en P10
	Act Uf: 2x10'x30"
	TV: - Cuello Cerrado, R: 90% G: -
	Cx: - En Vista de la disminución del PA, de tener Act Uferua, y vivia en zona rural de familia se hospitaliza x a inducción

FORMA 39

Wom Londono

Formato: Hoja de Evolución Médica

Formato: Hoja de Evolución Médica

Hab. No. 0109 Historia No.

Fecha	Hora	Evolución Médica	Firma y Sello
		con Oxitocina.	
		- PAIS reactiva	
		- PBF: 8/8 de hoy	
05/04/2011		G1P0	

Lo cual lo corrobora enfermería en la página 87:

Fecha	Hora	Notas de Enfermería	Firma y Sello
5-04/11	11:45	<p>Embarazada paciente a sala de par tos con centro orientada en TCP con actividad uterina espaciada es valorada por Dr. de la Cruz quien ordena monitoria fetal & eco obstétrica con perfil biológico con reporte es valorada → da por Dr. Quesada quien decide hospitalizar se realiza una vena con aneyocath. 18, equipo macro en y y SSU 0.9% 500cc + su oxitocina 9 15cc/h paciente con actividad uterina irregular movimientos fetales (4) no perdidas vagi- nales. SK: TA 119/83 P 70-784 96 FCF: 140x</p>	<p>Sandra Guerrero Enfermera Universidad Mariana SUN-21-025</p>
	14:00	FCF: 135	<p>Sandra Guerrero Enfermera Universidad Mariana RUN-20225</p>
	15:20	FCF: 136x	
	16	FCF = 144 lat/min	<p>Wanda Lugo M. C.I. 11.151.781 R.M. 1199</p>

En gracia discusión y como lo informo la perito de Medicina Legal, ante pregunta de la juez por la supuesta consulta del 04 de abril de 2023, indicada por el apoderado de los demandantes refirió:

38:16: "una sola consulta no influye en el resultado final, ni el trabajo de parto, ni como llegue a ese último momento del parto, donde se presenta la dificultad que la paciente no colaboraba, tenía un mal pujo lo que hace difícil que salga muy rápidamente ese producto que es lo que se espera"

Quedo demostrado que la única valoración realizada por mi representado el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO, fue diligente y perita, ese mismo terminó su turno a las 7:00 pm del día 5 de abril del año 2011, dejando a una paciente hospitalizada, con todas las pruebas que hay para garantizar el bienestar fetal como los son: MONITORIA FETAL, ECOGRAFÍA CON LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL, LIQUIDO AMNIÓTICO Y UN PERFIL BIOFÍSICO TODOS NORMALES, la aplicación de la OXITOCINA se realizó a las 8:00 pm del 5 de abril de año 2011 por el Ginecólogo que recibió el turno, situación que hace evidente que la conducta ordenada por mi mandante fue lo correcta.

Sobre la inducción del trabajo de parto de la gestante, se tiene que la Guía de Inducción de Trabajo de Parto³ de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, aportada por los mismos demandantes, señala que:

“La inducción del trabajo de parto se define como el inicio de contracciones uterinas provocadas por factores externos, farmacológicos o no farmacológicos, antes del comienzo espontáneo de la actividad uterina, con el objeto médico de conseguir un parto vaginal.

...

Desde el punto de vista práctico las indicaciones y contradicciones, se pueden subdividir en maternas fetales, absolutas o relativas

Indicaciones más frecuentes para inducción del trabajo de parto en nuestro medio		
	Absolutas	Relativas
MATERNAS	Trastornos hipertensivos del embarazo HTA crónica más preclampsia sobre agragada Diabetes gestacional Enfermedades crónicas Isoinmunización	
FETALES	Embarazo de 41 semanas o más Restricción del crecimiento intrauterino Obito fetal	Malformaciones congénita mayores
OVULARES	RPM Oligohidramnios inexplicable	

...

Los métodos que pueden promover la maduración cervical también puede producir actividad uterina y convertirse en inductores por sí mismos. Estas técnicas son farmacológicas y no farmacológicas. En la mayoría de los casos para lograr una maduración efectiva y rápida se deben combinar diferentes métodos.

Métodos de maduración cervical e inducción del trabajo de parto

No farmacológicos
Amniorresis
Dilatadores mecánicos
Dilatadores hidrópicos
Amniotomía

Farmacológicos
Oxitocina
Prostaglandina e (Predil®)
Prostaglandina E 1 (Cytotec®)
Mifepristone(RU-486)
Onapristone (ZK98299)

Como lo establecieron todos los peritos ginecólogos la inducción del trabajo de parto con oxitocina, que es una hormona natural estaba totalmente indicada.

-FRENTE AL REPARO CUARTO. – INFORME DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y PERFIL BIOFÍSICO.

Indica el demandante que la ecografía reporta 41 semanas de gestación y que por tal razón el embarazo de la señora LONDOÑO es catalogado como tardío y que por ello el embarazo de prolongo y que además se registró por mi prohijado que el perímetro abdominal no era adecuado.

³ Guía médica: Inducción del Trabajo de Parto. Clínica Nuestra Señora de los Remedios. Código SAP-GU-050. Revisión 10/06/2008.

El apoderado de la parte demandante hace una apreciación errónea de lo consignado en la historia clínica. Mi represento el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO en declaración que rindió en audiencia del 27 de marzo de 2023, al ser interrogado sobre estos dos puntos se podía concluir que el bebe era postmaduro, explico que **"la ecografía de último trimestre no sirve para calcular la edad gestacional."**, que es la ecografía que trae a colación el demandante. Además, señaló que: **"La altura uterina 33 cm normal para las 40 semanas."**, es decir, que no existía un perímetro abdominal inadecuado como señala el demandante.

También nos informó el Dr. QUESADA en esta declaración, que un embarazo a término va de **las 37 a 42 semanas de gestación**. Por debajo de las 37 se llama pre-termino, por encima semana 42 pos-termino. La paciente tenía 40 semanas y 1 día. La edad gestacional es un parámetro que se calcula con la fecha de la última menstruación, adicionándole dos semanas de más porque la mujer no queda embarazada en la última menstruación y por eso se suma dos semanas más- es por ello que la ecografía del último trimestre (la que reprocha el demandante) no sirve para calcular la edad gestacional, sino la del primer trimestre de embarazo.

En todo caso el perito Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, en audiencia de contradicción al dictamen pericial, indico que cuando existe disminución del percentil por debajo 10, ello si genera una alerta para el trabajo de parto, cosa que no ocurrió en el caso de la paciente, pero que en esos casos se **"aplica la guía prueba de: Perfil Biofísico, Monitoria Fetal y Ecografía Obstétrica"**, todas estas pruebas fueron practicas a la paciente y todas reportadas como satisfactorias.

La señora MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO GARCIA, no tuvo un trabajo de parto estacionario, en el dictamen escrito del EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, se coligue:

22. ¿Según la historia clínica existió parto estacionario? En caso afirmativo, ¿qué medidas adicionales debió tomar el médico tratante?

RESPUESTA: Con relación a la evidencia aportada por historia clínica, no existen criterios para un diagnóstico de parto estacionario o prolongación y/o detención del trabajo de parto.

El perito Dr. MILTÓN CESAR GÓMEZ, en su dictamen escrito expreso que tampoco existió trabajo de parto estacionario:

Respuesta: El partograma del centro latinoamericano de perinatología en este caso estima el tiempo de 4 horas 15 minutos como límite en la curva de alerta para el nacimiento del feto, tomando en cuenta los 6 cm de dilatación de la paciente hasta el parto del feto, puedo decir que la evolución del trabajo de parto está dentro de lo estimado y permitido para una primiegstante con membranas rotas.

Por su parte la perito Dra. ANA MARÍA GALEANO, en su declaración expreso que en ningún momento la señora Maria Erica tuvo una alteración del trabajo de parto, ni trabajo de parto prolongado.

-FRENTE AL REPARO “QUINTO. - ATENCIÓN DEL PARTO POR EL PEDIATRA DE CIAMAR” Y REPARO SEXTO – HISTORIA CLÍNICA SEBASTIAN ORDOÑEZ LONDOÑO (Q. E. P. D.)

Me permito referirme a estos dos reparos de forma conjunta toda vez que el apoderado de la parte demandante, pega a partes de la historia clínica para indicar que las complicaciones al momento del parto no fueron atendidas por el personal de salud.

Contrario a lo afirmado por el demandante la historia clínica informa, la oportuna atención que se le brindo a la señora LONDOÑO y su bebe. Todos procedimientos que le fueron dispensados para la inducción de trabajo de parto (oxitocina y amniotomía) están totalmente avalados por la ciencia médica, se le hizo seguimiento estricto de los signos vitales de la madre, seguimiento cada hora de la Frecuencia Cardíaca Fetal, que incluso fue reportada como normal 138 latidos por minuto, cinco minutos antes del expulsivo. Se tomaron todas las ayudas diagnósticas posibles: monitoria fetal, ecografía, perfil biofísico que daban cuenta de un adecuado bienestar fetal.

En el dictamen pericial INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, se consigna:

33. ¿Durante el trabajo de parto y el expulsivo, existió seguimiento estricto por parte del médico tratante?

RESPUESTA: Por parte del médico especialista se evidencia seguimiento desde el inicio de la inducción, la fase latente del trabajo de parto, hasta alcanzar la fase activa del primer periodo en 6 cm de dilatación; en las notas de enfermería documentan frecuencia cardíaca fetal y examen pélvico cada 1 a 2 horas desde las 7:40 am posterior a la amniotomía hasta lograr el expulsivo a las 11:10am. Remítase a la respuesta del interrogante número 2 y la Descripción del caso al inicio del informe.

No existió ningún criterio de sufrimiento fetal, dictamen escrito del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, se argumenta lo siguiente:

17. ¿El sufrimiento fetal, se presentó exclusivamente en el expulsivo? ¿Se puede establecer- según la complicación presentada, si la misma se presentó durante el trabajo de parto?

RESPUESTA: No se puede determinar la respuesta a este interrogante, dado que, según los registros de historia clínica por parte de enfermería, la frecuencia cardíaca fetal estuvo dentro de parámetros normales hasta las 11:25 am (durante el expulsivo), hasta 10 minutos previos al nacimiento; se registra un deterioro en los signos vitales fetales posterior al nacimiento y existen numerosas causas descritas en la literatura para "mal adaptación" o patologías en el recién nacido crítico – enfermo.

Dichas causas están determinadas por los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, lo cual requiere de la puesta en marcha al nacer de complejos mecanismos de homeostasis maduración de órganos y sistemas, indispensables para poder sobrevivir fuera del útero materno. A todas estas complejas modificaciones que ocurren durante el periodo neonatal y que lo definen, las llamamos "adaptación" y esta se caracteriza por ser sumamente dinámica, a tal punto que situaciones clínicas o de laboratorio francamente patológicas a determinadas horas o días de vida, son normales en poco tiempo. Se trata de la etapa de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano y donde existen más probabilidades de enfermar y morir o de presentar secuelas graves, particularmente neurológicas.

En audiencia la perito de Medicina Legal, ante la pregunta de la señora juez si existió sufrimiento fetal, sostuvo que: "*Precisamente el seguimiento de la FCF es lo*

que permite identificar podríamos estar ante un sufrimiento fetal, estuvo en parámetros normales, se hizo montaría normal. No había absolutamente para identificar un sufrimiento fetal”.

En igual sentido lo declaró el perito EMILO ALBERTO RESTREPO BAENA:

No encontré ni un solo indicio de Sufrimiento Fetal Agudo: no hubo bradicardia, ni taquicardia, no alteración del monitorea, ni alteración del PBF, ni en la ecografía, ni cambios en la tinción del líquido amniótico.

Ningún signo objetivo e irrefutable de Sufrimiento Fetal Agudo.

En este caso nos ilustró el Dr. RESTREPO, que existen varias clases de sufrimiento fetal, y que infortunadamente en el caso que nos ocupa se trataba de un sufrimiento fetal hiperagudo que no se puede pronosticar, ni prevenir-

“Hay un Sufrimiento Fetal que no se pronostica, que no se previene, que no es capaz de ser determinado porque es irresistible, que es el Sufrimiento Fetal Hiperagudo.”

El perito Dr. MILTÓN CESAR GÓMEZ, en su dictamen escrito, sostiene que en el presente caso no existió sufrimiento fetal:

11. ¿De conformidad con la historia clínica, teniendo en cuenta las monitorias fetales, la ecografía obstétrica con perfil biofísico y en especial las frecuencias

cardiacas fetales registradas por el personal de enfermería después de la amniotomía realizada por el doctor FERNANDO ÁNGEL PABÓN, se puede inferir que el feto este cursando por un sufrimiento fetal?

Respuesta: NO.

-FRENTE AL REPARO “SEPTIMO: RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA CNSR”

Tergiversa el demandante el informe de auditoría médica de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios al caso de la señora LONDOÑO, al indicar que: “se revela que el niño presentaba piel descamativa, lo que sugiere la posibilidad de postmadurez,” para concluir que el bebe nació tarde y que la edad gestacional fue mal calculada. Si se observa dicha apreciación de postamudo se coloca en el informe como interrogada, es decir, una sospecha, no es una conclusión, ni un diagnóstico definitivo; como se probó en el proceso la edad gestacional de 40 semanas de la señora LONDOÑO era considerada en término: dentro de las 37 a 42 semanas de gestación.

En la audiencia de contradicción al dictamen pericial el Dr. MILTÓN CESAR GÓMEZ, ginecólogo con 23 años de experiencia y profesor universitario explicó que cuando se presente piel descamativa del bebe puede indicar que es postmaduro, pero que no es el único criterio para concluir que se bebe es postmaduro, incluso señalo que en este caso: **“No se puede concluir que el feto es postmaduro.”**

De igual forma, el apoderado del extremo activo de Litis haciendo una interpretación errada del mentado informe de auditoría, indica que a la señora LONDOÑO se le suministro misotrospol para inducir el trabajo de parto.

iniciado actividad uterina y vivía en área rural (jamundi) por lo anterior lo dejo hospitalizado y se inició conducción con oxitocina, para evitar los riesgos de polisistolia que se podría generar por el misoprostol. Además la dosis de oxitocina fue baja , con buen trabajo de parto, por lo que no requirió aumentar de la dosis. Lo cual se puede evidenciar en partograma normal.

Una lectura de la nota nos lleva a una conclusión contraria a la indicada por el demandante, pues se indica que se inicia inducción con oxitocina para evitar los riesgos de polisistolia que se podría generar con el misotrospol, es decir, no se administró misotrospol a la señora LONDOÑO.

De la valoración de la historia clínica que realizaron dos médicas especialistas de Medicina Legal, se observó que tampoco se administró misotrospol a la paciente.

14. ¿Qué riesgos trae conjuntamente el misoprostol- a través de la vagina, y la oxitocina- por vía intravenosa, para inducir un parto?

RESPUESTA: De acuerdo con la historia clínica de la paciente, no se documenta el uso de misoprostol intravaginal, solo se registra la administración de oxitocina desde la fase latente, para los riesgos de la oxitocina puede remitirse a la respuesta de la pregunta 11.

-FRENTE AL REPARO “OCTAVO: CONSENTIMIENTO MEDICO INFORMADO”.

Es de suma relevancia destacar que el libelo de la demanda no fue objeto de reproche por parte de los demandantes: *“La falta de suscripción del consentimiento medico informado por parte de la madre implica que no otorgo su aprobación por escrito para los procedimientos médicos, lo que indica que no fue informada sobre los riesgos, beneficios y alternativas.”*

Es de suma relevancia indicar que el libelo de la demanda no fue objeto de reproche el consentimiento informado, por lo que atendiendo al principio de congruencia no hizo ningún pronunciamiento al respecto. Es decir, ello no fue objeto del litigio, por lo que no tuvimos la oportunidad de defendernos al respecto. En todo caso el infortunado fallecimiento del bebe no tuvo su génesis en el actuar médico de ninguno de mis prohijados, ni del Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO, ni del Dr. FERNANDO ANGEL PABÓN, ni de la Enfermera profesional especialista materno-fetal SANDRA MILENA CASTRO FARFAN, toda vez que el fallecimiento del bebe obedeció a una situación no prevenible que es deriva de riesgos propios de un proceso natural del trabajo de parto como lo concluyeron los peritos.

Respecto que se desatendió el expreso pedimento de la madre de la cesárea, se destaca que a la señora MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO, la valoraron 5 ginecólogos, el Dr. VICTOR MARIO DE LA CRUZ, la Dra. CLAUDIA CARREÑO, el Dr. JOSÉ RAUL QUESADA, la Dra. MIRIAM CALVACHE y el Dr. FERNANDO ANGEL PABON, y ninguno determino la necesidad de cesárea.

como lo indicó el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA, realizar una cesárea es riesgosa, uno debe exponer al menor riesgo posible a la paciente. Conclusión a la que también

arribaron los peritos que no existía ningún criterio para realizar la cesárea, que en todo caso tampoco disminuía el riesgo de presentar un sufrimiento fetal.

CONCLUSIONES PERICIALES

EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES:

27:03" Valorada toda la documentación aportada, revisada toda la historia clínica, y cotejando el manejo esperado, manejo realizado, de acuerdo a las guías y a la lex artis para el momento en que sucedió esta atención"

Perito Dr. EMILO ALBERTO RESTREPO BAENA:

"-En la historia revisada, todas las fetocardias reportadas están dentro de lo normal.

-En la historia revisada, en ningún momento hay evidencia objetiva de sufrimiento fetal. Nada en la historia hace pensar de manera objetiva que no estuviera indicado el parto vaginal."

Perito Dr. MILTÓN CESAR GÓMEZ:

Conclusiones:

- No existía ningún criterio médico para realizar cesárea a la paciente.
- El trabajo se desarrolló normalmente hasta la fase del expulsivo.
- Todas las fetocardias registradas en la historia clínica, incluso las del momento del parto, estaban normales.
- No hay ni una sola evidencia objetiva de sufrimiento fetal en la historia clínica.
- El líquido obtenido al hacer la ruptura de membranas (anmiotomía) estaba completamente claro, sin meconio, lo que denota bienestar fetal.
- Los exámenes de perfil biofísico, monitoreo y ecografía, estaban dentro de lo normal.
- Es posible que durante el expulsivo se presentara una situación no prevenible que podría ser derivada de riesgos propios del trabajo de parto natural, o asociados alguna patología congénita no conocida lo cual no es posible confirmar, ya que no se hizo necropsia.
- No sabemos si la placenta o el cordón umbilical presentaban patología aguda como puede ser procesos infecciosos concomitantes que disminuyen el grado de intercambio de oxígeno entre el feto y la placenta que son causas frecuentes en nuestro medio. Esto puede demostrarse por estudio anatomopatológico

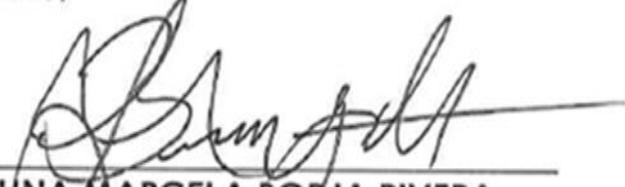
La perito Dra. ANA MARÍA GALEANO:

"En la historia clínica aparecen registros de la fetocardia dentro de los parámetros de normalidad, y las monitorias no presentan desaceleraciones variables o tardías que se puedan interpretar como signos de sufrimiento fetal."

II. PETICIÓN

Su señoría como quiera que de la valoración de las pruebas obrantes en el plenario no lleva a la convicción que mi prohijado actuó con negligencia en la atención del paciente, es decir, no se acreditó el elemento culpa surgido de la inobservancia de los protocolos establecidos, sino que por el contrario el tratamiento fue el acertado frente a la evolución del trabajo de parto y parto de la señora MARÍA ERICA GIOHANA LONDOÑO, ruego en forma respetuosa confirmar en todo la Sentencia de primera instancia proferida por la Juez Diecinueve Civil del Circuito de Cali, el día 21 de septiembre de 2023.

Con el acostumbrado respeto,



LINA MARCELA BORJA RIVERA
C.G. No. 1.112.459.279.
I.P. No. 262.921 C.S. de la J.