

Honorable Juez

JENNY XIMENA CUETIA FERNÁNDEZ

Juzgado Décimo Administrativo Mixto de la Oralidad de Popayán

jadmin10ppn@cendoj.ramajudicial.gov.co

EXPEDIENTE No: 190013333006-2015-00192-00

DEMANDANTE: **AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ** y OTROS

DEMANDADOS: HOSPITAL SUSANA LÒPEZ DE VALENCIA E.S.E,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E SUROCCIDENTE y
OTROS

MEDIO/ CONTROL: REPARACIÒN DIRECTA

ASUNTO: **ALEGATOS DE CONCLUSION 1º INSTANCIA**

ALMA VERONICA MUÑOZ NARVAEZ, identificada como aparece al pie de mi firma y obrando como apoderada principal de los demandantes, respetuosamente me permito presentar ante su Despacho, el escrito de ALEGATOS DE CONCLUSION, solicitando desde ya, que se condene a las entidades y personas accionadas, de acuerdo a los siguientes argumentos:

**VIOLENCIA OBSTETRICA - NEGLIGENCIA MEDICA, ERROR EN EL
DIAGNOSTICO, DESPROPORCION FETO PELVICA - INCAPACIDAD
INSTITUCIONAL PARA ATENDER MAS DE UN PARTO Y DEFICIENTE PRESTACIÒN
DEL SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

BEBÉ MACROSÓMICO NACE CON DAÑO NEUROLÓGICO GRAVE Y MUERE A CAUSA DE UN ERROR EN EL DIAGNOSTICO, ADEMÁS DE LA DEMORA EN LA CIRUGÍA DE CESÁREA, POR NO UTILIZAR OTROS QUIRÓFANOS ALTERNOS A LOS DE SALA DE PARTOS Y POR NO ACTIVAR EL RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

SUFRIMIENTO INNECESARIO A LA MADRE GESTANTE - VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En el presente caso podemos observar un actuar irregular de las entidades demandadas que representan al sistema de salud en la ciudad de Popayán, quienes a pesar de sus justificaciones medicas en el transcurrir procesal, han manifestado que la suerte del bebé, y, por consiguiente, de la madre, estaban marcadas por el destino, no solo para que se afectara su salud, sino para que ocurriera el deceso del recién nacido.

Esta conducta asumida por los galenos en el presente proceso judicial, desnaturaliza la misión humana de salvar la vida y hacer los máximos esfuerzos por preservarla y promover la salud de los pacientes. Contradicciones por doquier permiten establecer bajo toda óptica que la capacidad institucional se vio vulnerada por los errores del equipo medico en el hospital Susana López de Valencia, la falta de gestión para utilizar los servicios de otros quirófanos que pudieran salvar la vida, o activar el régimen de referencia y contra referencia, veamos cada punto:

**ERROR EN EL DIAGNOSTICO – MACROSOMIA OMITIDA POR EL HOSPITAL
SUSANA LOPEZ**

Se parte del día 13 de marzo de 2013, en el cual la señora AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ arribó al servicio médico del centro de salud del Municipio de Balboa Cauca para que sea atendida por estar cerca a la fecha probable de parto.

La medica tratante de la ESE NIVEL I BALBOA Dra. SANDRA BENAVIDEZ diagnostica con toda claridad que la señora NOGUERA RODRIGUEZ se encuentra **con un embarazo prolongado**, y por condiciones médicas y científicas conocidas por la galena, se determina que el embarazo está afectado por una **macrosomía fetal**.

En esos términos médicos, la señora AMILIA es remitida en el servicio de transporte medico de la ESE NIVEL I a la ciudad de Popayán, específicamente al Hospital Susana López de Valencia. En dicho centro medico de mayor capacidad de atención y servicio es recibida, así:

Motivo de Consulta:

HORA DE ATENCION: 17 HORASREMITIDA DE NIVEL I DE BALBOA POR EMBARAZO PROLONGADO

Enfermedad Actual:

PACIENTE G2P1, CON EMBARAZO DE 39.3 SEMANAS POR FUM Y POR ECOGRAFIA DE LA SEMANA 9, REFIERE QUE NO PRESENTA ACTIVIDAD UTERINA, NO SANGRADO, NO AMNIORREA, DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NO SINTOMAS URINARIOS, NO PRECONVULSIVOS, ASISTE A CPN EL DIA DE HOY Y REMITEN CON DX DE EMBARAZO PROLONGADO, MACROSOMIA FETAL.

Causa de Consulta: OTRAS

De acuerdo a la literatura colombiana la macrosomía fetal está definida así:

"Macrosomía: Se define como un peso mayor **de 4.000 gr.** La posibilidad de que este problema aparezca aumenta si la madre es obesa o tiene diabetes mellitus. Las consecuencias de la macrosomía incluyen obstrucción del trabajo de parto, trauma durante el nacimiento, especialmente distocia de hombros, lesión del plexo braquial e hipoxia. La predicción de

macrosomía fetal puede ser posible por evaluación ecográfica y medida de la altura uterina (19(16)).

La circunferencia abdominal es la medida más importante para predecir macrosomía. Una circunferencia abdominal fetal mayor de 36 cm sugiere macrosomía (error de 10%). Una altura mayor de 40 cm en una mujer no obesa sugiere macrosomía (2).

En un estudio efectuado por Pollack et al. con 519 mujeres embarazadas el valor predictivo positivo del peso estimado fetal mayor o igual a 4.000 gr en la predicción de un peso al nacer mayor o igual a 4.000 gr fue únicamente 64%¹

El diagnóstico de la médica de la ESE NIVEL I BALBOA es consecuente con los datos que registra el hospital Susana López del bebé nacido vivo; veamos:

Información Básica del Parto	
Hijo de: AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ	Estado: Vivo
Parto Multiple: No	Sexo: Masculino
Duracion de Trabajo: 24	Nacido en: Centro Hospitalario
Nacimiento-Aborto Atendido por: Medico	Peso: 4.270,00 Gramos
Anestesia: RAQUIDEA	Talla: 52 Cms
Complicaciones: RUPTURA UTERINA	PC: 35 Cms
Hora de Ruptura: 1	PT: 36 Cms
Forma: Artificial	P Abdominal: 34 Cms
Presentacion: CEFALICA	APGAR: 2 4 5
Tipo de Parto: Cesarea	Respiración Espontanea: No
Intervencion a la madre: CESAREA	Reanimación: SI
Muerte Fetal: No	S. Gestación por exámen fisico: 38
Fecha y Hora de Nacimiento: 14-03-2013 15:08	Observacion de reanimacion: BEBE BRADICARDICO SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE DA VPP POR 30 SEGUNDOS, SE INTUBA CON TUBO OROTRAQUEAL #3,5, SE REALIZA MASAJE CARDIACO, SE ADMINISTRAN 4 BOLOS INTRATRAQUEAL DE ADRENALINA, TIEMPO DE REANIMACION DE 8 MINUTOS

Efectivamente, el bebé nacido era macrosómico, pues alcanzó un peso de 4,270 gramos, a pesar del diagnóstico negacionista del equipo medico del Hospital Susana López de Valencia, el cual jamás justificó

en la historia clínica porqué se apartaron de la macrosomía con el cual fue remitido.

	<h1>Historia Clínica Evolución</h1>	SLV-GC—03-F06-V14
		PAGINA: 9/47

N° de Historia Clínica: 25596405 Ingreso: 482645 Folio: 23
Nombre del Paciente: AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ
Fecha de Ingreso: 13/03/2013 4:59:07 p. m. Fecha de Registro: 13/03/2013 11:34:46 p. m.
Area de Servicio: QUIROFANOS - SALA DE PARTOS

Historia Clínica Evolución

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, G2P1V1, CON EMBARAZO DE TERMINO, CON BIENESTAR FETAL SATISFACTORIO, HOSPITALIZADA PARA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, POR LIQUIDO AMNIOTICO DENSO, PESO ESTIMADO FETAL DE 3540 GR, Y DOMICILIO LEJANO, EN EL MOMENTO, AFEBRIL HIDRATADA, CON EXAMEN CARDIOPULMONAR NORMAL, FCF: 140/MIN, (DOPPLER), TACTO VAGINAL, DILATACION: 1CM, BTO: 20%, AP.-2, MEMBRANAS INTEGRAS, SNC: NORMAL.
CTA: VIGILANCIA DE FCF Y ACTIVIDAD UTERINA REGULAR

Diagnóstico

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION Principal

Frente a la estimación del peso determinado en el HSV de 3.540 gramos frente a los 4.270 gramos de peso real al nacer, podemos apreciar la diferencia de 730 gramos.

Nótese que la macrosomía fetal constituye un riesgo de morbimortalidad perinatal, y la identificación de esta condición macrosómica hubiera conducido sin dilaciones injustificadas a la práctica de una cesárea².

También la literatura médica indica que los fetos grandes conllevan a la rotura uterina, veamos:

"(...)

COMPLICACIONES GEG Las complicaciones de los fetos grandes para la edad gestacional se pueden resumir en:

a) Maternas: - - - - -

- *Parto instrumentado*
- *Cesárea (x2 y x2,5 riesgo de cesárea urgente)*
- *Trabajo de parto prolongado*
- *Lesiones perineales*
- *Hemorragia postparto*
- *Rotura uterina*
- *Infección³*

² <https://www.reproduccionasistida.org/faqs/que-es-un-embarazo-prolongado-y-que-riesgos-acarrea/>

³ <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/09/Macrosomia-160924.pdf>

(...) "

Así las cosas, si se desconoció la macrosomía fetal diagnosticada por la institución médica que remite, igualmente los médicos del Hospital Susana López desatendieron los riesgos que esta compleja condición podría generar en la madre y el feto.

En declaración jurada, el **medico que atendió el parto Dr. DIEGO CANDAMIL** aceptó el error al no considerar al bebé como MACROSOMICO, veamos:

PREGUNTADO:

En este caso digamos, como lo plantean en la demanda, que, y como reporta en la historia clínica que el peso final del niño que fue más de 4000, qué concepto le merece usted, o sea, ¿es algo muy general o es algo muy raro o cómo lo entiende usted? De su experiencia, doctor Diego.

RESPUESTA:

Sí, en realidad es un evento, también es raro, es muy es muy pocas veces que yo haya visto que sé que se hayan equivocado por tan importante margen porque estamos hablando más de 500 o 600 gramos.

Entonces en realidad, pues una sorpresa, encontrar un fetico grande con esas condiciones cuando lo sacamos.

NEGLIGENCIA MEDICA AL NO PROCEDER DE FORMA URGENTE ANTE LA PERSISTENCIA EN LA BRADICARDIA FETAL

Es importante indicar que la paciente de forma consciente advierte al equipo medico que está pasando por una etapa de disminución de movimientos fetales; a pesar de ello, se continua con el trabajo de parto de un feto macrosómico.

Más adelante, el niño por nacer empieza a registrar bradicardia de forma persistente y ante ello se procede a ordenar cirugía de cesárea. La madre gestante, ya con más de 24 horas de trabajo de

parto de un bebe macrosómico, pide a gritos e insistentemente que le practiquen la cirugía de cesárea.

El procedimiento de cesárea ante una bradicardia mantenida debe ser de inmediato para evitar o reducir los daños a la salud y vida. Recaltar que cuando la bradicardia persiste es imprescindible intervenir de ipso facto o las consecuencias pueden ser muy negativas.

Siendo la **1:37 pm del día 14 de marzo de 2013** (un día después de la remisión del Hospital de Balboa), el medico CANDAMIL dispone que ante esa persistencia de bradicardia debe realizarse evacuación por cesárea ante riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Nombre del Paciente: AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ

Fecha de Ingreso: 13/03/2013 4:59:07 p. m.

Fecha de Registro: 14/03/2013 1:37:32 p. m.

Area de Servicio: QUIROFANOS - SALA DE PARTOS

Antecedentes

Médicos	NINGUNO	10/05/2012 12:30:35 p. m.
Quirúrgicos	RESECCION DE QUISTE DE OVARIO DERECHO EN MAYO/12	13/03/2013 5:07:23 p. m.
Quirúrgicos	NINGUNO	10/05/2012 12:31:24 p. m.
Alérgicos	NO REFIERE	10/05/2012 12:33:18 p. m.
Ginecobstétricos	FUM: 10/06/12	13/03/2013 5:07:56 p. m.

G P A C V E M
2 1 0 0 1 0 0

Hallazgos:

PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR DE BUENA INTENSIDAD SIN AMNIOORREA NO SANGRADO, NO PREMONITORIOS
CON FCF 110 TV DIL 8 CM BTO 100 E -2 MEMBRANAS INTEGRAS SIN ADECUADO DESCENSO DE LA PRESENTACION, SE HACE AMNIOTOMIA CON OBTENCION DE LIQUIDO BLANQUESEINO DNSO NO FETIDO NO MECONIADO.
PACIENTE QUE PERSISTE CON BRADICARDIA, CONSIDERO ANTE NO DESCENSO DE LA PRESETNACION EVACUACIN POR CESAREA ANTE RIESGO DE PERDIDA DEL BIENESTAR FETAL,
AYUNO COMPLETO SE PASA TURNO PARA CESAREA Y POMEROY

Diagnóstico

Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Principal
BRADICARDIA PERSISTENTE

Posteriormente se registra que a las **3:00 pm del mismo día 14 de marzo de 2013** se inició la cirugía de urgencia de la señora AMILIA en razón a que el quirófano de partos estaba ocupado con un parto gemelar.

Es decir, que el procedimiento duró poco más de una hora y veinte minutos para realizarse, lo cual es a todas luces mortal e inhumano.

N° de Historia Clínica:	25596405	Ingreso:	482645	Folio:	36
Nombre del Paciente:	AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ				
Fecha de Ingreso:	13/03/2013 4:59:07 p. m.	Fecha de Registro:	14/03/2013 3:50:44 p. m.		
Area de Servicio:	QUIROFANOS - CIRUGIA GINECOBISTETRICA				

Antecedentes

Médicos	NINGUNO	10/05/2012 12:30:35 p. m.
Quirúrgicos	RESECCION DE QUISTE DE OVARIO DERECHO EN MAYO/12	13/03/2013 5:07:23 p. m.
Quirúrgicos	NINGUNO	10/05/2012 12:31:24 p. m.
Alérgicos	NO REFIERE	10/05/2012 12:33:18 p. m.
Ginecobstétricos	FUM: 10/06/12	13/03/2013 5:07:56 p. m.

G P A C V E M
2 1 0 0 1 0 0

Hallazgos:

PACIENTE QUE SE DEFINE PARA CESAREA A LAS 13:40 MINUTOS POR RIESGO DE PERDIDA DEL BIENESTAR FETAL. EN QUIROFANO ME INFORMAN QUE TINENEN MONTADA UNA PACIENTE QUIROFANO EN ANESTESIA PARA CESARA POR GEMELAR CON RPMO. AL TERMINOAR PORCEDIMIENTO SE PASA LA PACIETNE INICIANDO CIRUGIA A LAS 15 HORAS ENCONTRANDO RUPTURA UTERINA CON FETO EN MUY MALAS CONDICIOENS ATENDIDO POR PEDIATRIA SE INTENTA A TODA COSTA SALVAR EL UTERO POR LO QUE PORCEDO A APLICAR DURATOCIN Y REALIZAR RAFIADEL UTERO QUE COMPOMETE DESDE EL FONDO UTERINO CARA LATERAOL IZQUIRDA HASTA EL SEGMENTO, SANGRADO EN CAPA EN EL SEGMENTO POR LO QUE DECIDO DEJAR EMPAQUETADA CON DOS COMPRESAS PARA DESEMPAQUERA EN 48 HORAS.

Diagnóstico

0711 RUPTURA DEL UTERO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Principal

ERROR EN EL DIAGNOSTICO - DESPROPORCION FETO PELVICA - VIOLENCIA OBSTETRICA

A la **1:37 pm del 14 de marzo de 2013**, el medico especialista DIEGO FERNANDO CANDAMIL CARVALLO presenta ante la paciente AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ el consentimiento informado para realizar cirugía de cesárea y pomey para extracción del feto, para ello el mencionado medico informa que la operación se realiza por **DESPROPORCION FETO PELVICA**, lo cual es gravísimo, y advierte aun más, un procedimiento confuso y trágico.

Todo lo que pasó en el hospital SLV deja un manto de duda en el actuar medico al poner de presente un consentimiento informado de una cesárea por la **desproporción feto pélvica**, lo cual denota que las razones de la decisión provienen de una violencia obstétrica por confusión o mala interpretación en el diagnóstico.

La **desproporción feto pélvica** es una situación que se puede dar en el parto cuando no existe una correlación adecuada entre los diámetros de la pelvis y los diámetros de la cabeza fetal. Si los diámetros de la pelvis no son adecuados para el paso de la cabeza

puede dar lugar a una hipertonia uterina, que determinará la aparición de sufrimiento fetal por hipoxia.

La desproporción feto pélvica era la causa de 75% de las muertes perinatales debido a parto obstruido y la macrosomía fetal era el principal factor⁴

Si no se corrige la situación con la extracción fetal mediante cesárea puede incluso evolucionar hacia la rotura del útero, complicación de extrema gravedad, tanto para el feto como para la madre⁵.

Copia del Consentimiento Informado

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO	DIEGO FERNANDO CANDAMIL CARVALLO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ
HISTORIA CLINICA No	25596405
TIPO DE INTERVENCIÓN	Intervencion_Quirurgica
PROCEDIMIENTO	CESARA Y OPMEROY
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	EXTRACCIÓN DEL FETO POR EL ABDOMEN Y POMEROY
TIPO DE PREPARACIÓN	AYUNO
TIEMPO QUIRÚRGICO	1 HORA
REQUERIMIENTOS ESPECIALES	S
TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTO REQUIERE	General
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	Tipo de Autorización:
	Paciente

Detalle del Consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESÁREA(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)
En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a) GINECOLOGO DE TURNO como cirujano (a) , y el ayudante que él (ella) designe, me realicen operación CESÁREA, por indicación médica:
DESproporción FETO PELVICA
Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por la apertura

Aunado a la condición de desproporción feto pélvica, se suma un trabajo de parto con el medicamento MISOPROSTOL cada 6 horas hasta regularización de contracción lo cual aumentaba los RIESGOS Y COMPLICACIONES como (HIPERESTIMULACION UTERINA DESENCADENA RIESGO DE ABRUPCION DE PLANCETA Y RUPTURA UTERINA, ANOMALIAS FRECUENCIA CARDIACA FETAL)

El doctor CANDAMIL en una declaración muy extraña en la que se le pregunta por el diagnostico en el consentimiento informado para realizar la cesárea

⁴ https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_39N17/macrosomia_fetal.htm

⁵ [Desproporción pelvi-fetal. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. \(cun.es\)](#)

afirma que es un COPY PAGE lo cual es a todas luces una conducta irregular, y que busca ocultar la razón de todo; "el bebé estaba muy grande para nacer".

PREGUNTADO:¿Doctor, usted es el encargado de hacer firmar los consentimientos informados a las pacientes?

RESPUESTA:

De los procedimientos que voy a hacer sí

PREGUNTA:

¿Usted puede referir, por qué los consentimientos informados o por qué en los consentidos informados se refiere que la cesárea se procede es por desproporción feto pélvica?

RESPUESTA:

"Pudo haber sido por un copy page, alguna dinámica así que tengamos allí, pero en realidad no recuerdo haber escudriñado ahí, en ese aspecto, la causa de la de la cesárea, en la historia, en la parte del folio, pues se plantea generalmente la causa de la cesárea y ya en el desarrollo, el consentimiento informado.

Cuando pasamos allí, entonces, Eh Pudo haber pasado eso, no recuerdo bien"

VIOLACION DEL PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD DEL DERECHO A LA SALUD POR INCAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA REALIZAR OPORTUNAMENTE CIRUGIA DE CESAREA EN OTRO QUIROFANO

Violación directa del derecho a gozar de un estado completo de bienestar físico, mental y social dentro del nivel más alto posible

Es importante traer a colación que en el asunto en cuestión se ve vulnerado **el principio de oportunidad**, el cual exige garantizar que el paciente goce de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud y prohíbe que las entidades responsables de prestar la atención en salud impongan barreras que causen dilaciones innecesarias, riesgosas o que agraven la condición del paciente.

Frente a este principio de oportunidad, la jurisprudencia constitucional ha resaltado que las EPS e IPS no pueden mantener "indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento"⁶. En aquellos casos en que el paciente padece de una enfermedad catastrófica o ruinosa, la garantía de prestación oportuna de los servicios, tecnologías y tratamientos de salud se hace más urgente y reforzada. En estos casos, las EPS deben garantizar la atención en salud de forma *inmediata* y con la mayor celeridad para prevenir que el estado de salud del paciente se deteriore o se ponga en riesgo su vida⁷.

Con el diagnóstico de bradicardia persistente, era vital cada minuto que corría para gestionar el bienestar del niño por nacer y de la madre, por lo que **no se entiende por qué NO se activó el servicio en otro quirófano de la institución como medida humanizante.**

En la declaración jurada, el médico DIEGO FERNANDO CANDAMIL no dio respuesta concreta del porqué no se acudió a otros quirófanos.

Parece claro que la falta de atención oportuna hizo necesaria la realización de una cesárea urgente que, desde un principio, era requerida por la macrosomía y demás antecedentes. No obra en el expediente prueba alguna del porqué se desestimó la macrosomía diagnosticada en tiempo vital por el Hospital Nivel I de Balboa, lo que hubiera puesto en prioridad médica, una cesárea temprana y debidamente programada, por lo que cabe inferir que la razón de su realización radicó en el deterioro de la salud fetal y la imposibilidad subsiguiente de un parto natural.

El médico especialista DIEGO FERNANDO CANDAMIL con el diagnóstico de **desproporción feto pélvica** (registrado en el consentimiento

⁶ T-573 de 2023 Corte Constitucional

⁷ T-573 de 2023 Corte Constitucional

informado), el cual sí se ajusta a las condiciones del bebe macrosómico y al sufrimiento de la madre al estar sometida durante los días 13 y 14 de marzo de 2024 en trabajo de parto, denota un hecho de falla médica, que imponía a todas luces el uso de otro quirófano o en su defecto la activación del régimen de referencia y contrarreferencia.

En la declaración jurada la **médica especialista de obstetricia ETHEL PATRICIA RAMIREZ PARUMA** indicó que SÍ ERA FACTIBLE buscar otros quirófanos, veamos:

A la **PREGUNTA** del apoderado sustituto de los accionantes:

¿doctora puede indicar al Despacho? ¿Cuántos quirófanos y cuántos médicos hay para cada turno para atender los partos o cesáreas?

RESPUESTA:

... nosotros como como quirófano de Ginecología tenemos 1 para la urgencia, o sea, siempre tenemos 1 disponible para urgencia.

Si se presenta algo adicional, tiene que aparecer otro quirófano de cualquiera de las otras especialidades.

PREGUNTA:

Es decir, sí había quirófanos adicionales, pues aparte de los de OK.

RESPUESTA:

Sí, claro, pues tiene que aparecer otro.

Por otra parte, en declaración jurada le fue preguntado al **medico JOSE ANTONIO GUZMAN URBANO**

PREGUNTA:

Doctor Guzmán, de acuerdo a su respuesta, Eh?

Según le entiendo yo, es cuando ya se tiene el diagnóstico de ruptura uterina en el caso que se plantea y de acuerdo a lo que usted mismo dijo, Eh, esa ruptura uterina fue evidenciada intra operatoria.

¿Cambia en algo la respuesta que usted acaba de dar, al evidenciarse esa ruptura uterina intraoperatoria?

RESPUESTA:

*Igual hubiera sido la misma, o sea, **si el colega que valoró la paciente en el momento hubiera evidenciado una inminencia de ruptura uterina con los signos que le dije anteriormente, sí, pues inmediatamente, la cesárea urgente...***

No había cambiado nada, la conducta había que operar la paciente inmediatamente.

Ese era la conducta a seguir, bien sea por la inminencia de ruptura o bien sea por el bienestar fetal insatisfactorio.

En otra pregunta al mismo profesional, **medico JOSE ANTONIO GUZMAN URBANO** se le requiere para que conteste aspectos relacionados con el tiempo como elemento vital para garantizar la vida...

¿después de que se dispone realizarlas esa área para garantizar el bienestar fetal, como usted lo ha dicho, es importante el tiempo para garantizar la salud del feto?

RESPUESTA: ... pero el tiempo sí es importante porque a más tiempo, pues el feto puede comprometerse desde el punto de vista hemodinámico por la falta de oxígeno.

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA NO ACTIVÓ EL REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DECIDIÓ APLAZAR CESAREA A PESAR DE LA AFECTACION DEL BIENESTAR FETAL Y DE LA MADRE

Ahora, resulta muy delicado también que no se haya dispuesto activar el servicio de referencia y contra referencia como mecanismo para que otro hospital o clínica con capacidad para atender la cesárea, recibiera a la paciente y procediera a practicar de *ipso facto* el procedimiento de extracción fetal.

Si bien el médico tratante cuando se le interroga sobre este aspecto, afirma que no lo consideró en ese momento, o que desconoce porqué otro funcionario del centro médico no lo hizo, lo cierto es que NO se hizo, y ante ello, las oportunidades de garantizar el bienestar fetal y de la madre, se perdieron por esperar otro parto, y gemelar, que duró aproximadamente una hora y veinte minutos.

Debe recordarse que toda persona que llegue a una institución prestadora de servicios de salud con una patología de manejo clínico de urgencias, deberá ser atendido en el servicio correspondiente, dándole aquellas medidas iniciales necesarias para estabilizar el sistema y/o sistemas alterados; con el objeto de mejorar su pronóstico y conservar su vida; además, con base en la evaluación, el médico, mediante su razonamiento lógico científico podrá describir aquellos criterios que motivan y soportan la pertinencia del traslado del paciente a una IPS debidamente habilitada para prestar el servicio, o hacia aquella; de mayor nivel de complejidad. Procediéndose en seguida a definir el sitio donde se continuará su atención integral, según las normas vigentes de Referencia y Contra referencia y la red contratada por la entidad responsable de pago. (Dec. 4747/07 MPS)

El Sistema de Referencia y Contra referencia. Se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad,

continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La Referencia: Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La Contrarreferencia: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

La Remisión: Es el procedimiento por el cual transfiere la prestación del servicio de salud a otro centro asistencial u otro profesional, con la consiguiente derivación de responsabilidad del mismo.

Lo paradójico de este triste episodio de negligencia médica e institucional, es que la madre después de ver a su bebé con la salud afectada de forma definitiva y de entrar a una zona que puso en riesgo su vida, sí fue remitida por el hospital Susana López de Valencia en el marco del régimen de referencia y contra referencia en condiciones que se hubieran evitado si el servicio del hospital Susana López de Valencia hubiera funcionado correctamente en pro de los derechos del niño y la madre gestante.

DICTAMEN PERICIAL DEL MEDICO JORGE ENRIQUE CHAGUENDO GARCIA INDICA CLARAMENTE QUE LA BRADICARDIA ES SIGNO DE ROMPIMIENTO DE UTERO

El dictamen o informe medico que sustentó el **especialista docente JORGE ENRIQUE CHAGUENDO GARCIA**, el cual ratificó en su integridad, advierte que la bradicardia fetal es un signo de la ruptura uterina:

16. El signo más frecuente de ruptura uterina es los cambios en la frecuencia cardiaca fetal. Inicialmente desaceleraciones variables que luego se convierten en tardías y luego bradicardia fetal, que la presento el feto de la paciente. Otros signos menos específicos son dolor y signos de choque en la madre. Es de anotar que una vez se produce la ruptura, la mortalidad del feto va hasta el 75% y en cuestión de minutos esto empeora; por lo cual la hipoxia es casi inevitable.

Esta posición médica y científica que es consecuente con la literatura y con los diagnósticos encontrados en AMILIA NOGUERA, convence a esta togada de que hubo serias fallas en la atención médica, demoras y negligencias en la gestión para garantizar el bienestar fetal y la salud de madre.

COADYUVANCIA PARCIAL DE LOS ALEGATOS DE CONCLUSION DE LA ESE NIVEL I BALBOA

Esta parte procesal coadyuva parcialmente lo manifestado por la abogada de la ESE NIVEL I BALBOA al manifestar que su remisión fue a tiempo

"(...)

Es importante destacar que se brindaron controles prenatales adecuados y oportunos a la paciente, asegurando un seguimiento integral de su embarazo. Además, la atención de urgencias se proporcionó de acuerdo con las necesidades de la paciente y la valoración médica correspondiente. En consonancia con los estándares de atención médica, considerando el nivel I de nuestra institución y las semanas de gestación avanzadas, se tomó la decisión de remitir a la paciente a un nivel superior para la atención especializada de su parto.

Constatándose así en hc y en el debate procesal que la señora AMILIA NOGUERA RODRIGUEZ, permaneció en el servicio de urgencias del punto de atención de Balboa el día 13 de marzo de 2013 durante una 1 y 41 minutos, tiempo necesario para realizar las monitorias fetales, canalización y el alistamiento para su remisión, siendo remitida del punto de atención de Balboa de la ESE SUROCCIDENTE y entregada en el servicio de Urgencias del Hospital Susana López de Valencia en buenas condiciones generales, lucida, orientada.

*La remisión se realizó con el objetivo de asegurar que la paciente recibiera la atención especializada. **Esta decisión se basó en priorizar el bienestar fetal y materno, garantizando así la seguridad y calidad de la atención médica requerida para un embarazo prolongado considerado por el médico tratante**, minimizando riesgos y complicaciones potenciales que no podían ser atendidos en Nivel I como los es la ESE SUROCCIDENTE.*

Esta decisión se tomó con base en la valoración médica exhaustiva y el compromiso de brindar una atención de alta calidad y segura para ambos (...)”.

Lo anterior se resume en que el diagnóstico con el que fue remitida la paciente, no era rudimentario o poco seguro como se quiso hacer creer por parte de uno de los testigos médicos, sino que contaba con un respaldo de seguridad y calidad en la atención médica para un embarazo prolongado y con diagnóstico de feto macrosómico.

POSICION DE GARANTE DEL MEDICO Y LA INSTITUCION

Recuérdese que el Consejo de Estado ha dicho que “la conducta médica a asumir por las entidades prestadoras de servicios de salud y los médicos tratantes, debe tener identidad con la patología a tratar, deber ser integral en relación con el tratamiento y la dolencia misma, y sobre todo debe ser oportuna, como quiera que, frente al enfermo, aquellos tienen una posición de garante...”

(Sentencia del 30 de julio de 2008, exp. 16483, M.P. Enrique Gil Botero, y sentencia del 1° de octubre de 2008, exp. 27268, M.P. Enrique Gil Botero).

ASPECTOS CLAVES DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA EN SALUD Y VIDA DE AMILIA NOGUERA Y SU BEBÉ

La parte demandante puso de presente los siguientes hechos y circunstancias como fundamento de sus pretensiones:

1. La señora AMILIA NOGUERA y su compañero permanente, unieron libremente sus vidas, y de esa unión, con gran ilusión y a través de esfuerzos y bajo cuidado médico, procrearon y engendraron una criatura con la gran expectativa de que naciera viva y saludable, y se convirtiera así en un gran motivo de felicidad, en la formación de un hogar, lo cual les daba el gran sentido de vivir y de seguir progresando en la unión espiritual y física que habían formado.
2. El embarazo de la señora AMILIA NOGUERA, le fue diagnosticado por exámenes médicos realizados a través de la entidad promotora de salud en BALBOA y POPAYAN que la fecha probable de parto sería en el mes de marzo de 2013.

3. Su embarazo transcurrió en forma normal, fue tratada en varias oportunidades por médicos con el fin de preservar el buen proceso de gestación, y según la historia clínica llevada en dicha institución ESE I BALBOA, el embarazo y el proceso de gestación transcurrió en forma normal, lo que tranquilizaba a los futuros padres.

4. El día 13 de marzo de 2013, la señora AMILIA NOGUERA, acudió al servicio de salud de la ESE BALBOA después de transcurridos nueve meses de embarazo aproximadamente. Con la ayuda de su compañero fue trasladada al hospital local, para que fuera atendida a manera de control.

La institución local en Balboa dispuso iniciar con trabajo de parto por embarazo prolongado, y para ello empezó con la atención de forma digna y urgente, ya que los médicos de esa institución conocían lo mucho que apreciaban a la criatura que estaba por nacer y era el anhelo traerlo al mundo en la mejor forma.

5. El 13 de marzo de 2013, la ESE BALBOA decidió remitir con diagnóstico de embarazo prolongado y macrosomía fetal al hospital SUSANA LOPEZ DE VALENCIA. Desde la atención inicial en Balboa hasta la decisión de remitir, no transcurrió más de dos horas.

6. LA ATENCION EN EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA

INGRESO **13.03.2013 17+00**

REMITIDA CON DX: EMBRAZO PROLONGADO Y MACROSOMIA FETAL DESDE EL HOSPITAL DEL BALBO

EN HISTORIA CLINICA DE INGRESO REGISTRADO Y EN EL TRANCURSO DE LA MISMA ATENCION QUE LA PACIENTE REFIERE: DISMINUCION MOVIMIENTO FETALES Y ES REMITIDA (INFORMA AL MEDICO GENERAL Y AL GINECOLOGO)

EVOLUCION GINECOLO **22+00** HORAS INDICA MISOPROSTOL CADA 6 HORAS HASTA REGULARIZACION DE CONTRACCION (PASARON 5 HORAS ENTRE EL REGISTRO DE INGRESO POR EL MEDICO GENERAL HASTA EVOLUCION DE GINECOLOGIA QUIEN DEFINE DAR TRABAJO DE PARTO E INCLUSO INDUCIRLO CON MISOPROSTOL PESE A LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS PREVIAMENTE "CIRUGIA GINECOLOGICA MAYOR (EN UN PERIODO DE RECUPERACION MENOR A UN AÑO) - PRIMER PARTO EN CASA SIN DATOS DEL MISMO". TENIENDO BAJO CONOCIMIENTO QUE EL MISOPROSTOL DENTRO DE SUS RIESGOS Y COMPLICACIONES PROVOCA (HIPERESTIMULACION

UTERINA DESENCADERA RIESGO DE ABRUPCIO DE PLANCETA Y RUPTURA UTERINA, ANOMALIAS FRECUENCIA CARDIACA FETAL)

22+30 TOMAN ECOGRAFIA MAS PERFIL BIOFISICO → **DONDE DESCRIBEN FETO GRANDE 3509 +- 512GR**, Y UN BENESTAR FETAL HASTA ESE MOMENTO NORMAL PERFIL CONCLUYE 8/8 OSEA NORMAL

14.03.13 05+00 DILATACION DE 1 CM, BORRAMIENTO 20% ESTACION -2, Y DECIDEN APLICACIÓN DOSIS DE MISOPROSTOL PRIMERA DOSIS INDICADA POR GINECOLOGIA

08+15 GINECOLOGA REFIERE UNA EVOLUCION NORMAL REVALORAR EN 6 HORAS

11+20 DILATACION DE 3 CM, BORRAMIENTO 60% ESTACION -2

12+24 GINECOLOGIA HACE DIAGNOSTICO DE POLISISTOLIA POR EL MISOPROSTOL, (**POLISISTOLIA:** frecuencia superior a 5 contracciones/10 minutos, lo cual impide la perfusión del espacio intervelloso provocando hipoxia fetal que puede originar sufrimiento fetal e incluso muerte.) DILATACION DE 4 CM, BORRAMIENTO 90% ESTACION -2

FALTA FOLIO 30 Y 31 FOLIO 33-34-35

EN FOLIO 32 **13+54** INDICAN ORDEN PARA CESAREA (1 HORA Y MEDIA DESPUES DE HALLAZGO DE POLISISTOLIA POR MISOPROSTOL)

EN FOLIO 36 NOTA GINECOLOGIA DR CANDAMIL INDICA QUE INICIA CESAREA A LAS 15+00 DEL 14.03.13 (CASI 3 HORA DESPUES DE HALLAZGOS CLINICOS QUE INDICABAN PERDIDA DE BIENESTAR FETAL LO QUE TRADUCE QUE EL FETO ESTABA SUFRIENDO EN UTERO Y HABIA QUE EXTRAER INMEDIATAMENTE) INDICA QUE NO HAY QUIROFANO DISPONIBLE EN EL MOMENTO DE PASAR EL TURNO. QUE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SE ENCONTRABAN EN LOS OTROS DOS QUIROFANOS CON LOS QUE CONTABA EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ EN ESE MOMENTO, PORQUE NO SE REALIZO REMISION COMO URGENCIA VITAL SI YA HABIA UNA INDICACION DE CESAREA INMEDIATA (EMBARAZO PROLONGADO FETO GRANDE POSIBLEMENTE MACROSOMICO TALLA BAJA EN LA MADRE SUFRIMIENTO FETAL)

EN EL HISTORIAL APORTADO NO SE EVIDENCIA REGISTRO DE 1. PARTOGRAMA QUE PERMITE EVALUAR EL COMPORTAMINETO DEL TRABAJO DE PARTO Y EVITAR RIESGOS DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO Y FETAL , RECOMENDACIÓN POR LA GUIA DE ATENCION MINISTERIO DE SALUD. AL IGUAL QUE DEBE HABER UN REGISTRO DE 2. SIGNOS VITALES MATERNOS Y FETOCARDIA FETAL CADA HORA PARA PARA EVALUAR ESTADO BIENESTAR O NO DEL BINOMIA MADRE E HIJO

1. RECOMENDACIÓN GUIA MINISTERIO DE SALUD PARTOGRAMA

(667) incluyó dentro de sus anexos el partograma desarrollado por el Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP), el cual forma parte de las prácticas rutinarias y obligatorias contenidas en las guías de nuestro país, está ampliamente difundido e incluye solo líneas de alerta, siendo consecuente con la evidencia disponible que apoya el uso de este tipo de partogramas. Por lo anterior, se amplía la recomendación clínica de la guía original, acorde con la práctica actual y la evidencia disponible. El GDG consideró apropiada esta recomendación y la utilización del partograma del CLAP para el seguimiento del trabajo del parto, el cual se incluye como un anexo en la presente Guía de Práctica Clínica.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.
----------	---

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
D	Se recomienda adoptar las definiciones establecidas en la pregunta 6 sobre la duración de los diferentes periodos del trabajo de parto.
D	Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.
v	La detección de las alteraciones de la duración del trabajo de parto indica la aplicación de medidas terapéuticas de acuerdo con la capacidad resolutive del lugar de atención.
v	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.

2. RECOMENDACION GUIA MINISTERIO DE SALUD REGISTRO SIGNOS VITALES EN TRABAJO DE PARTO

RECOMENDACIONES CLINICAS

D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones. • Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. • Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura. • Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga. • Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.
D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones. • Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. • Comprobar el vaciado de la vejiga.

LA RUPTURA UTERINA ES EL DESGARRO DEL ÚTERO QUE PUEDE DAR LUGAR A QUE EL FETO SEA EXPULSADO EN LA CAVIDAD PERITONEAL (DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO ESTA LA MULTIPARIDAD, CESAREAS PREVIAS, CIRUGIA GINECOLOGICAS PREVIAS, USO INADECUADO DE UTEROTONICOS (MISOPROSTOL) FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA 3. DISTOCIA DE TRABAJO DE PARTO, PARA EVITAR ASI COMPLICACIONES COMO LA OCURRIDA EN LA PACIENTE. SI BIEN EL DIAGNOSTICO DE HACE

CONFIRMA AL MOMENTO DE REALIZAR LAPAROTOMIA EXISTEN SIGNOS Y SINOTMAS CLINICOS QUE HACEN SOSPECHAR Y MAS AUN EVITAR COMPLICACIONES DE ESTE TIPO, TALES COMO BRADICARDIA FETAL, DESACELERACIONES VARIABLES, EVIDENCIA DE HIPOVOLEMIA, PÉRDIDA DE LA ESTACIÓN FETAL (DETECTADA DURANTE EL EXAMEN CERVICAL, LA CUAL ES DETECTADA EN TODO EL EXAMEN FISICO SE EVIDENICA QUE NO HAY CAMBIO EN LA ESTACION NI EL DECENSO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO) Y DOLOR ABDOMINAL GRAVE O CONSTANTE

3. RECOMENDACIÓN DE MINISTERIO SALUD PARA EVITAR COMPLICACION POR DISTOCIA

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda realizar pelvimetría imagenológica como predictor de desproporción cefalopélvica (DCP) ya que incrementa la tasa de cesáreas sin mejorar los desenlaces perinatales.
B	Para el diagnóstico de DCP se recomienda tener en cuenta la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica, la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto.
V	Se sugiere la remisión temprana a una unidad de atención obstétrica de nivel II o superior ante la sospecha de DCP.

RIESGOS ESPECIFICOS AMILIA NOGUERA EMBARAZO PROLONGADO, DIFICULTAD PARA EL ACCESO DE SERVICIO DE SALUD , BAJA ESCOLARIDAD, PRIMER EMBARAZO SIN CONTROLES SIN DATOS DE PARTO ATENDIDO EN CASA, FETO GRANDE (ECOGRAFIA 3540 Y PESO AL NACER 4250) Y BAJA ESTATURA MADRE (ALTO RIESGO), CIRUGIA GINECOLOGIA MAYOR POR UN TUMOR OVARIO DERECHO CON UN TIEMPO DE RECUPERACION CORTO DESDE LA CIRUGIA , EMBARAZO Y PARTO (FUE OPERADA EN MAYO 2012, EMBARAZO EN JUNIO 2012 Y PARTO/CESAREA EN MARZO 2013), DISTOCIA PELVICA.

CONCLUSIONES FACTICAS

Se solicita que se declare la responsabilidad de las accionadas, por la muerte in útero del hijo de los demandantes, y se ordene una indemnización a cada uno de los familiares de los padres afectados, tal y como se solicitó en la demanda, además de una indemnización por el sufrimiento físico al que fue sometida la madre durante y después del parto.

Considero que existe suficiente material probatorio para tener certeza sobre el hecho de que la paciente no fue atendida adecuadamente y que las deficiencias en la prestación del servicio de salud fueron causa eficiente del deceso de su hijo en gestación.

En la historia clínica se puede apreciar que, no obstante que llegó en horas de la tarde al hospital Susana López de Valencia, omitiendo los diagnósticos de macrosomía fetal y cirugía previa de

remoción de trompa de falopio y ovario. Por estas circunstancias ya se trataba de un embarazo con riesgo de presentarse complicaciones en el momento del parto, por consiguiente, la atención brindada en el hospital debió ser eficaz, humana y muy diligente.

Con fundamento en el material probatorio, considero que, en el presente caso, las demandadas incurrieron en responsabilidad por la indebida atención en el parto a la señora AMILIA NOGUERA y a su hijo que estaba por nacer. En consecuencia, se dan los presupuestos para declarar responsable al Hospital por la muerte del nasciturus y la afectación a la salud de la madre gestante.

Está demostrada la existencia del daño y la relación de causalidad con el hecho causante del perjuicio.

Con todo respeto,



ALMA VERONICA MUÑOZ NARVAEZ

C.C 34.563.209 de Popayán

T.P 152.183 del C.S de la J