

Señores

JUZGADO DIECISÉIS ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI

E. S. D.

DEMANDANTES: BRIGITH ARROYO TENORIO Y OTROS
DEMANDADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. Y OTRO
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 76001333301620200010300

MARTHA LILIANA DÍAZ ÁNGEL, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.973.271, portadora de la tarjeta profesional número 83.694 del Consejo Superior de la Judicatura, inscrita como abogada en **MARTHA LILIANA DÍAZ ÁNGEL ABOGADOS S.A.S.**, identificada con el NIT. 900.647.434-5, sociedad legalmente constituida y registrada ante la Cámara de Comercio de Cali, con matrícula número 879606-16, correo electrónico: diazangelabogados@live.com, obrando en nombre y representación de la **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**, tal como se encuentra acreditado dentro del expediente; a través del presente escrito **REASUMO** el poder a mí conferido, y acto seguido procedo a presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** de primera instancia, en los siguientes términos:

1. PROBLEMA JURÍDICO

En la audiencia inicial celebrada el 5 de agosto de 2024 el Despacho determinó el problema jurídico a resolver en los siguientes términos:

“¿Se debe o no, declarar la responsabilidad extracontractual de las entidades accionadas a título de falla del servicio, por los errores, acciones y omisiones en los procedimientos médicos adelantados a la señora BRIGITH ARROYO TENORIO el día 22 de Julio de 2018, previo, durante y después del nacimiento de la recién nacida que supuestamente ocasionaron su muerte de la menor, y, por lo tanto, procede o no el reconocimiento y pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales reclamados por los demandantes?”.

En este caso, del material probatorio recaudado es posible concluir que: **(i)** la responsabilidad de mi representada no se estructuró porque la falla o error que pretende atribuírsele es inexistente y **(ii)** no existe ninguna relación causal entre los actos médicos desplegados por mi representada y el fallecimiento de la recién nacida, como paso a explicar:

2. ASUENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO ATRIBUIBLE A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

Según los demandantes, mi representada incurrió en los siguientes errores en la atención médica que se le brindó a la señora Brigith Arroyo Tenorio y a su bebé: **(i)** ausencia de equipos para realizar monitorias fetales, **(ii)** “falta de previsibilidad” porque no se le brindó a la paciente el tratamiento médico adecuado y oportuno y **(iii)** negligencia en la prestación del servicio médico.

- **Respecto del control sobre el bienestar fetal**

De las pruebas practicadas es posible concluir que, contrario a lo manifestado por los demandantes, mi representada no solo contaba con los equipos y personal médico idóneo para practicar monitorias fetales, sino que, además, en la historia clínica se evidencia que dichas monitorias fueron efectivamente tomadas, por lo que el personal médico sí estuvo verificando el bienestar fetal.

En primer lugar, es necesario precisarle al Despacho que, según la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Ministerio de Salud, la auscultación intermitente¹ (auscultación de la frecuencia cardíaca fetal) **con Doppler es un método válido y recomendable para el control del bienestar fetal durante el parto:**

7. ¿CUÁL (ES) MÉTODO(S) DE VIGILANCIA FETAL MEJORA(N) LOS RESULTADOS PERINATALES?

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
✓	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.

Algunos estudios² al respecto han confirmado la viabilidad e idoneidad del Doppler para controlar el bienestar fetal durante el trabajo de parto:

“El control de la frecuencia cardíaca fetal es un procedimiento que se utiliza para evaluar el bienestar del feto mediante la determinación de la frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto.

Durante la última etapa del embarazo y el trabajo de parto, el médico puede optar por controlar la frecuencia cardíaca fetal además de otras funciones. La frecuencia cardíaca fetal promedio se encuentra entre 110

¹ “Auscultación intermitente: Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal mediante estetoscopio de Pinard o mediante Doppler, durante 1 minuto después de una contracción, cada 15-30 minutos durante la fase activa de la primera etapa del parto y cada 5-15 minutos en la segunda etapa del parto”. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>.

² Control externo e interno de la frecuencia cardíaca fetal. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=fetal-heart-monitoring-92-P09290>.



y 160 latidos por minuto, y puede variar entre cinco y 25 latidos por minuto. Esta frecuencia puede cambiar como respuesta del feto ante las condiciones intrauterinas. Una frecuencia o ritmo cardíaco fetal anormal puede indicar que el feto no está obteniendo suficiente oxígeno o que hay otros problemas.

Existen dos métodos para controlar la frecuencia cardíaca fetal: el externo y el interno.

El control externo de la frecuencia cardíaca fetal emplea un dispositivo para escuchar o registrar los latidos del corazón del feto a través del abdomen de la madre. Un tipo de monitoreo se realiza con un dispositivo electrónico portátil de ultrasonido Doppler. Estos métodos se suelen utilizar en las consultas prenatales para contar la frecuencia cardíaca fetal. **Un fetoscopio o dispositivo de Doppler también se puede utilizar para verificar la frecuencia cardíaca fetal en intervalos regulares, durante el trabajo de parto**". (Resaltado propio).

Incluso, algunos estudios³ han considerado que la revisión de la frecuencia cardíaca a través de Doppler es preferible a otros mecanismos:

*"La auscultación intermitente puede ser recomendable en un mínimo grupo de mujeres que al inicio del parto son de riesgo bajo y que, por tanto, tienen pocas posibilidades de presentar complicaciones intraparto. **En este grupo de gestantes, el control intermitente de la FCF (auscultación o electrónica) es equivalente a la monitorización electrónica** continua cuando se realiza a intervalos predeterminados y con una razón matrona/gestante. Únicamente si se cumple esta razón, sería aceptable el control mediante auscultación intermitente. Si no es posible, la monitorización electrónica del feto deberá ser la norma para el control intraparto.*

La auscultación intermitente se realiza mejor mediante sistema Doppler que con estetoscopio de Pinard. Debe registrarse al menos cada 15-30 min durante la fase activa del parto y cada 5-15 min durante el período de expulsivo y debe abarcar como mínimo el período entre 2 contracciones, aunque se puede modificar en función de las características individuales de cada caso". (Resaltado propio).

³ Monitorización fetal intraparto. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-monitorizacion-fetal-intraparto-13074125>.



En el caso concreto, según la historia clínica, el médico encargado sí verificó la frecuencia cardíaca fetal, que arrojó resultados de **142, 144 y 141 latidos por minuto; es decir, en rangos de normalidad.**

Al respecto, en la audiencia de pruebas que se llevó a cabo el 3 de septiembre de 2024, la doctora Diana Nohelia Caldas manifestó lo siguiente:

“Se evidencia que durante el trabajo de parto la madre estuvo con monitorización, que es lo que las guías nos dicen, o sea, hay que hacer toma de signos vitales maternos que evidencien que no hay una elevación o disminución de su presión arterial, y hay una toma de la frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales, en todas las notas del trabajo de parto se evidencia que la paciente tenía fetocardia positiva y movimientos fetales positivo y avance en el trabajo de parto (...) se hizo un buen reporte y análisis de su trabajo de parto”.

Frente a la toma de la frecuencia cardíaca fetal, a la doctora Caldas se le interrogó si existía alguna diferencia entre la toma a través de monitoria fetal o Doppler, sobre lo cual la nombrada respondió lo siguiente:

“No. Las guías de práctica clínica dicen que no hay ninguna diferencia, dicen que es tanto viable la toma de la monitoria fetal como la toma de Doppler fetal cada 30 minutos, que no va a hacer la diferencia, siempre y cuando se mantenga en valores normales. Eso que quiere decir, que es tanto normal tomar una monitoria fetal como tomar una fetocardia si yo no cuento con un monitor, entonces no va a hacer la diferencia (...)”.

Específicamente, sobre la toma de la frecuencia cardíaca fetal al bebé de la señora Brighth Arroyo Tenorio, la doctora Caldas señaló:

“Sí, se tomaron las fetocardias (...) tanto a su ingreso, que se hace la evaluación general, como durante el trabajo de parto, por lo que se evidencia en la historia clínica se tomaron, porque las reportan”.

Por consiguiente, no es cierto que mi representada no contaba con los equipos o el personal médico necesario para verificar el bienestar fetal, pues la historia clínica y las pruebas recaudadas dan cuenta de que efectivamente se tomó la frecuencia cardíaca fetal, de la cual se concluía que el feto no estaba presentando sufrimiento fetal o alguna condición clínica anormal, dado que se mantuvo dentro de los parámetros de normalidad.

- **Sobre la atención médica prestada a la paciente**

Los demandantes alegan que, supuestamente, la atención médica que se prestó a la paciente fue negligente y que el tratamiento médico fue inoportuno. Sin embargo, **ninguna prueba se aportó para acreditar el dicho de los demandantes**. Por el contrario, en el expediente quedó acreditado que la paciente recibió una atención médica oportuna, diligente y adecuada para los síntomas y signos que presentó en cada momento.

En efecto, obsérvese que, según la historia clínica, al ingreso de la paciente se realizó el examen físico y se tomaron los exámenes médicos requeridos para evaluar las condiciones clínicas del feto y de la madre, **de los cuales se obtuvieron resultados en términos de normalidad:**

SOLUCION SALINA NORMAL 0.9 PORCIENTO X 500 ML *	2.00 UNID PARENTERAL	AHOR	18:24:25	1	2 BOL.
EQUIPO DE MACROGOTERO	1.00 UNID NO APLICA	AHOR	18:24:25	0	1 UNI.
Nota: *					
CATETER No. 18	1.00 UNID NO APLICA	AHOR	18:24:25	0	1 UNI.
Nota: *					

Observaciones:

• **Signos Vitales**

No.	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
7	22/07/2018	18:28:01	63.20	157	25.64	78	18	36.20	120/61	81	0	98.00	CALDAS ZUÑIGA DIANA NOHELIA.

• **Ordenacion**

No: 201807220215 - 2	Fecha: 22/07/2018	18:28:14	Tipo de orden: AMBULATORIO	Profesional: CALDAS ZUÑIGA DIANA NOHELIA.(MEDICI
----------------------	-------------------	----------	----------------------------	--

Nombre	Cantidad	Nota
(902210) HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU	1	()

Observaciones:

No: 201807220215 - 3	Fecha: 22/07/2018	18:28:51	Tipo de orden: AMBULATORIO	Profesional: CALDAS ZUÑIGA DIANA NOHELIA.(MEDICI
----------------------	-------------------	----------	----------------------------	--

Nombre	Cantidad	Nota
(CP0016) PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA SIFILIS GESTANTES	1	()
(CP0021) PRUEBA RAPIDA VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS GESTANTES	1	()

Durante el trabajo de parto, la paciente mantuvo en observación y, tal como se explicó en líneas anteriores, se verificó constantemente el bienestar fetal, verificándose que la frecuencia cardiaca fetal siempre estuviera en rangos de normalidad.

De hecho, en la historia clínica obran las notas de evolución, de las que se concluye que, según la valoración del médico encargado, la paciente y el bebé no presentaron ninguna anomalía ni ningún signo de alarma, como se ve enseguida:

DX 1. TRABAJO DE PARTO 2. G1P0 3. GESTACION DE 37.4 SEMANAS POR ECOGRAFIA PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE ALARMA, CONSULTA POR DOLOR TIPO CONTRACCION ASOCIADO A SALIDA DE TAPON MUCOSO, AL EXAMEN FISICO CIFRAS TENSIONALES EN RANGO DE NORMALIDAD, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FETOCARDIA POSITIVA, CON ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE, CERVIX ANTERIOR, CON CAMBIOS DE LABOR DE PARTO FASE ACTIVA, SIN SANGRADO, SIN AMNIOORREA, POR LO CUAL SE INGRESA A SALA DE PARTOS PARA VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO Y ATENCION MATERNO-FETAL INTEGRAL. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA QUIENES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR ORDENES MEDICAS 1- HOSPITALIZAR EN TRABAJO DE PARTO 2- DIETA LIQUIDA 3- LEV SSN AL 0.9% PASAR A 60 CC/HRS 4- SS HEMOGRAMA, SEROLOGIA Y VIH 5- SS MONITORIA FETAL 6- SE INICIA GRAFICACION DEL PARTOGRAMA 7- VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO CONTROL DE FCF, CONTRACTILIDAD UTERINA Y PROGRESION EN LA DILATACION 8- CONTROL DE SV DE RUTINA 9. AVISAR CAMBIOS

(...)



• Evolucion

Evolución N°. 1

Fecha: 22/07/2018

Hora: 20:03:00

Digitó: OCHOA BERRIO MONICA.(MEDICINA .)

Subjetivo:

EVOLUCION TRABAJO DE PARTO G1P1 EG 37.4 SS S: PACIENTE REFIERE CONTRACTILIDAD UTERINA QUE AUMENTA DE INTENSIDAD, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

Objetivo:

O: ENCUENTRO PACIENTE ACOSTADA, ALERTA, HIDRATADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON SV DE TA 116/76 MMHG, FC 88 LPM, FR 16 RPM, TEMPERATURA 36. SATURACION 99% O2 AMBIENTE. FCF: 141 LPM. CONTRACTILIDAD UTERINA 3X10X20. G/U: TV: D: 9 CM, B: 100% ESTACION 0, MEMBRANAS INTEGRAS

De ahí que mi representada puso a disposición de la paciente y su hija todos los recursos de los que disponía, acorde con su nivel de atención, y brindó los servicios de manera oportuna y diligente, sin que se evidencie ninguna falla que le sea atribuible.

Así, además, lo declaró la doctora Caldas en la audiencia de pruebas referida:

*“La paciente mostraba unos signos vitales estables, no presentaba alteración de su presión arterial ni de su frecuencia cardiaca, **tenía una fetocardia positivo en valores de rango de normalidad**, o sea, entre **110 y 160 latidos por minuto** del menor y al examen físico se encontraba un cuello dilatado, corto, anterior, con dilatación entre 4 y 5 centímetros, que para la guía de práctica clínica es una paciente que se encuentra en trabajo de parto fase activa, con un borramiento de un 80% y una estación de menos 2 (...).*

***Se evidencia que la paciente no presenta factores de riesgo para una atención del parto en un nivel superior**, debido a que la paciente no era una gestante menor de 15 años ni mayor de 38, tenía un embarazo mayor de 37 semanas, en ese momento tenía 37.4 semanas, **no tenía patologías que se evidenciaran durante su atención del trabajo de parto, o sea, no era una madre hipertensa, no era una madre diabética, no tenía patologías a nivel uterino que le impidieran su trabajo de parto, había hecho sus respectivos controles y tenía ecografías** (...).*

*Según lo que se evidencia en la historia clínica, es que **la atención se basó todo de acuerdo en las guías de práctica clínica y es que la paciente recibió su atención pertinente**, o sea, recibió la atención a su ingreso, valoración de su estado general, durante su trabajo de parto no presentó factores de riesgo, **recibiendo así vigilancia de su control del trabajo de parto, que de acuerdo a las guías debe de hacerse cada 2 horas y monitoria de la frecuencia fetal cada 30 minutos, para evidenciar que no hay ningún riesgo ni materno ni neonatal**”.*

Con todo, a la paciente se le prestó un servicio médico adecuado y oportuno y no se evidencia ningún actuar médico culposo ni, mucho menos, una relación causal entre los actos médicos y el fallecimiento del recién nacido.

3. LA CIRCULAR DE CORDÓN ES UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO

Según los estudios médicos realizados⁴, la circular de cordón corresponde a una complicación del embarazo, que puede o no afectar el parto significativamente:

*“Según los descriptores en ciencias de la salud (DeCS), el término «cordón nual» se define como **«complicación del embarazo en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello fetal una o más vueltas»**. En algunos casos las vueltas del cordón alrededor del cuello fetal pueden no afectar significativamente al porvenir del embarazo. En otros casos pueden producir restricciones al flujo sanguíneo, al transporte de oxígeno, al desarrollo y a los movimientos fetales y causar complicaciones en el parto»”. (Resaltado ajeno al texto original).*

Sobre el diagnóstico de la circular de cordón durante el embarazo y el trabajo de parto, en el mismo texto se explicó:

“Las circulares pueden aparecer y desaparecer durante la gestación, por lo que su diagnóstico durante este periodo parece no ser eficaz, ni conlleva cambios significativos de cara a su manejo en el parto. (...)”

El cordón umbilical puede comprimirse con las contracciones del parto, disminuyendo así el flujo de sangre hacia el feto. Sin embargo, en la mayor parte de las investigaciones revisadas no se pudo encontrar una asociación entre las circulares de cordón y los efectos perinatales adversos.

En contraposición, otras investigaciones asocian la presencia de circulares de cordón con el sufrimiento fetal. Aun así, no se observó que los recién nacidos con circular de cordón presentaran un mayor tiempo de estancia en el hospital (servicios neonatales) y, por tanto, los efectos adversos de la circular de cordón podrían ser transitorios”.

Sobre este mismo asunto, la doctora Caldas señaló:

*“Sí es un riesgo inherente al trabajo de parto, porque incluso un menor puede estar sin circular de cordón y durante el expulsivo hacer la circular de cordón, o sea, **no se puede determinar que el menor estuvo todo el tiempo con la circular de cordón o que en su defecto en el expulsivo hizo la circular de cordón, no hay manera de saberlo**”.*

⁴ Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Recuperado de: <https://s3-eu-south-2.amazonaws.com/assetsedmayo/articles/eml4Z3fh2yFdk8FtJdtSffF4j2Ac4p3RsjaWe0r.pdf>.

La doctora Caldas también fue interrogada sobre la posibilidad de advertir anticipadamente que un bebé puede nacer con circular de cordón, frente a lo cual explicó:

“No, porque incluso las ecografías, que es lo que demuestra que un feto puede venir con circular de cordón, hasta en un 10% no puede determinar ni patologías ni circular de cordón. O sea que es improbable uno determinar que un recién nacido venga con circular de cordón. O sea, lo pueden evidenciar, pero también no lo pueden evidenciar por medio de las ecografías, pero es por medio de ecografía. (...)”

Es común que haya circulares, pero como le digo, eso no se puede determinar”.

En cuanto a la capacidad o idoneidad de la monitoria fetal para advertir una circular de cordón umbilical la doctora Caldas señaló:

“No, no permite evidenciar si hay o no circular del cordón, es más hay menores que tienen monitorias fetales completamente normales y nacen con circular de cordón, sin que esto implique que necesariamente nazcan con un APGAR menor de cuatro o menor de seis, y también hay monitorias fetales que pueden evidenciarse alteradas sin que sea necesariamente por una circular de cordón”.

En el caso concreto, no fue posible detectar la circular de cordón, porque los exámenes médicos previos de la madre arrojaron resultados en términos de normalidad, y porque, durante el trabajo de parto, el feto no presentó ninguna condición clínica que sugiriera estrés o sufrimiento fetal, como explicó la doctora Caldas:

*“Hizo un trabajo de parto en los tiempos establecidos, no se hizo un trabajo de parto estacionario, **no requirió una amniotomía, no requirió que se le hiciera una reanimación en útero, que es lo que a uno le dice bueno, puede ser que este bebé esté presentando sufrimiento fetal porque me ha hecho una taquicardia o me ha hecho una bradicardia durante el trabajo de parto. En el caso de la paciente Brigith, hizo un trabajo de parto en sus términos de normalidad** (...) hasta el expulsivo (...)”.*

Por consiguiente, el tratamiento médico suministrado a la paciente obedeció a los síntomas y signos que ella presentaba, respecto de los cuales no era posible concluir que existía una circular de cordón, porque, además, esta corresponde a una complicación que no podía diagnosticarse durante el trabajo de parto.

4. AUSENCIA DE RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL FALLECIMIENTO DE LA RECIÉN NACIDA Y LOS ACTOS MÉDICOS DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO – HECHO DE LA PROPIA VÍCTIMA

Aunque en el proceso no se acreditó la causa de fallecimiento de la recién nacida, de todo lo anterior se concluye que no es posible atribuir ese hecho a los actos médicos desplegados por mi representada, por cuanto no hay una relación causal entre la conducta médica y la muerte de la bebé. No obstante, sí quedó acreditado que, posiblemente, la conducta de la madre pudo tener incidencia determinante en el desenlace del trabajo de parto.

En efecto, en la historia clínica quedó registrado que la demandante, durante el trabajo de parto, tuvo mal pujo y no siguió las órdenes médicas:

- **Notas Medicas**

Fecha 22/07/2018 Hora 22:02:52 Profesional OCHOA BERRIO MONICA Especialidad MEDICINA GENERAL
Nota

PACIENTE SE TRASLADA A SALA DE PARTOS, PRIMIGESTANTE, CON MAL PUJO, POCO COLABORADOR, SE DESESPERA, GRITA Y NO SIGUE ORDENES MEDICAS, PACIENTE PRESENTA EXPULSIVO PROLONGADO, A LAS 21+24 HRS SE OBTIENE RECIEN NACIDO FEMENINO, CON CIRCULAR DE CORDON APRETADA, SE PINZA Y SE CORTA, RECIEN NACIDO HIPOTONICO, EN PARO RESPIRATORIO, CIANOTICO, PULSO DEBIL, SE ESTIMULA Y SE ASPIRAN SECRECIONES CON POBRE RESPUESTA, SE TRASLADA A MESA DE CALOR, SE INICIA RCP, SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL, SE VERIFICA TUBO, SATURACION 70-77%, FCF 100 LPM, SE ADMINISTRA 1 CC DE ADRENALINA, SE CONTINUA CON VENTILACIONES. SE LLAMA AMBULANCIA SICO PARA TRASLADO COMO URGENCIA VITAL SE DIRECCIONA RECIEN NACIDO HACIA FUND VALLE DEL LILI

Durante el interrogatorio de parte practicado a la señora Brigith Arroyo Tenorio, se evidenció que ella, conscientemente, **tomó la decisión de no pujar más durante el trabajo de parto:**

“Yo le digo a ella [refiriéndose a un profesional médico] no, yo no voy a pujar más porque yo me siento muy mal, me duele demasiado (...).”

Respecto de la conducta de la madre y la forma en la que ello pudo afectar el trabajo de parto, la doctora Caldas explicó:

*“(...) de pronto se llevó a cabo el estrés o sufrimiento fetal posterior, lo que se evidencia pues en la nota de atención del parto como tal, que la compañera reporta que la madre es poco colaboradora, no puja y ya estaba en un periodo de expulsivo, y qué pasa en el expulsivo, lo que pasa es que en el expulsivo **la cabeza del menor se ubica en la pelvis de la madre para poder salir y en este sitio los niveles de oxígeno disminuyen mucho, entonces si no hay un buen pujo para que el menor pueda salir, pues eso va a causar un estrés oxidativo (...)** y **por lo tanto una hipoxia y por lo tanto una disminución del oxígeno en el menor** y por eso es que se le insistió tanto a la paciente, según lo que se evidencia en la historia clínica (...) es que por más que se le insistía a la madre que hiciera el pujo adecuado para que el menor no*



estuviera tanto tiempo en ese estrés oxidativo que fuera a causar una hipoxia, pues la madre no colaboró mucho entonces eso hizo que se prolongara un poco más del tiempo permitido el expulsivo”.

Frente a las posibles causas de fallecimiento de la recién nacido, la médico manifestó:

“(…) una de las causas puede haber sido el expulsivo, donde la madre no presenta la colaboración adecuada para que este expulsivo sea en el tiempo establecido, y dos, puede ser que el menor tuviera una patología de base en este caso, porque lo que reportan en la historia clínica es que el menor presenta salida de líquido, a lo que se le hace la reanimación, pero también tiene un pulmón con hipoventilación, lo cual no es mu común, puede que tenga una alteración del surfactante pulmonar (...) pudo haber sido una patología netamente de base del menor también y eso no se puede determinar ni en el trabajo de parto ni por medio de la ecografía”.

Por consiguiente, es claro que las posibles causas del fallecimiento no se asocian a ningún acto médico a cargo de mi representada, sino al hecho propio de la víctima o a una eventual patología de base del recién nacido.

Con todo, no se estructuró la responsabilidad de mi representada, por ausencia de cupa y de relación causal entre el daño cuya indemnización se reclama y el servicio médico suministrado.

PETICIÓN

Con fundamento en lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho negar las pretensiones de la demanda, exonerar de toda responsabilidad a mi representada y declarar probadas las excepciones de fondo propuestas en la contestación de la demanda.

Cordialmente,

MARTHA LILIANA DÍAZ ÁNGEL

C.C. No. No. 31.973.271

T.P No. 83.694 del C.S. de la J.