

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO TREINTA Y UNO (31) ADMINISTRATIVO ORAL DE BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA

Bogotá, D.C., Veinte (20) de enero de dos mil veinticinco (2025)

JUEZ	DRA. CORINA DUQUE AYALA
Ref. Expediente	110013336-031- 2019-00303-00
Demandante	ELIANA KATERINE PRADA POLONIA Y OTROS
Demandado	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y OTROS

SENTENCIA No. 003
MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA

Concluido el trámite consagrado en los artículos 180 y 181 de la Ley 1437 de 2011, procede este Juzgado a proferir sentencia por escrito de primera instancia a efectos de resolver las pretensiones formuladas en la demanda.

I. ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA

Los señores **ELIANA KATERINE PRADA POLONIA, EDIER FABIÁN BOTERO DUARTE, HEIDI NATALIA BOTERO GONZÁLEZ, OTONIEL BOTERO DÍAZ, MARIBEL DUARTE RÍOS, DILIA AURORA POLANÍA RAMÍREZ, JENNY CAROLINA AMPUDIA POLONIA y DANNA ISABELLA CONDE AMPUDIA**, presentaron demanda de reparación en contra de la **NACIÓN - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA "COPASA", SALUD TOTAL EPS, ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO y HAROLD CALIXTO HERRERA ALBERNIA**, con la finalidad que se le declare administrativa y patrimonialmente responsable de los presuntos daños y perjuicios causados a los demandantes, con ocasión de la falla médica que llevó al deceso de nacido vivo, quien en vida se iba a llamar **FABIÁN ANDRÉS BOTERO PRADO**.

2. HECHOS RELEVANTES

Sostiene la parte actora que, la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLONIA**, se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud, a **SALUD TOTAL EPS** como usuaria contributivo – cotizante, que el **22 de enero de 2018**, contando, asistió al centro médico **CENTRO POLICLINICO EL OLAYA**, adscrito a **Salud Total EPS**, en donde se le diagnostica así: "Z348-SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES", agrega que, por primera vez en todo el embarazo le informa un presunto bajo peso del bebé, y la ubica en un bajo riesgo obstétrico.

Manifiesta que, el **23 de enero de 2018**, la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLANIA**, expulsa el tapón mucoso y asiste al **CENTRO POLICLINICO EL OLAYA**, generando como diagnóstico principal "O620 – CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS" y como diagnóstico relacionado "**Z359-SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION**". Indica que, ese día es dada de alta y se emiten recomendaciones generales y le informa que si para el día viernes **26 de enero de 2018**, no presentaba contracciones debía asistir a consulta.

Agrega que, el **26 de enero de 2018**, asistió al centro médico, en donde se le programó para el día siguiente a las **6:00 am**, un parto inducido, afirmando que al bebé se le había detenido el crecimiento. Adicionalmente indica que la paciente fue atendida por una enfermera y una estudiante que estaba a cargo de la ginecóloga **ALEJANDRA PAOLA RIOS GALINDO**.

Afirma que, siendo las **10:18 a.m.**, la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLANIA**, es valorada por el médico - ginecólogo **HAROLD CALIXTO HERRERA ALBERNIA**, quien, realiza anamnesis, constata el bienestar fetal, realiza tacto vaginal y afirma a mi poderdante, que su trabajo de parto estaba evolucionado adecuadamente.

Continúa el relato de los hechos de la demanda, aseverando, entre las **10:19 a.m. y 12:30 m**, presenta rompimiento de membranas (según lo indicado verbalmente por la persona que le presta atención médica), pero NO se consigna en historia clínica, referido hecho, ni se establece una descripción médica del líquido amniótico expulsado.

Agregan al relato que, en la medida en que transcurría el trabajo de parto, empezó a presentar intensos dolores, derivados del medicamento "oxitocina" que le fue suministrado, por lo que, solicitó la asistencia médica y la administración de un medicamento y no se le prestó la atención debida.

Indica que, la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLANIA**, entre las **12:30 m y las 2:30 p.m.** le manifiesta a la estudiante que la había venido atendiendo las ganas de pujo, por lo cual, la estudiante le da indicación a mi poderdante de que lo haga, le realiza tacto, se hace presente la enfermera **YUDY MUÑOZ LEÓN**, y alerta una baja frecuencia cardíaca del bebé y la falta de control en el monitoreo fetal, se traslada a mi poderdante a la sala de parto, en sala, le dan orden de realizar los actos propios que le generarían el nacimiento del bebé vía vaginal (indicación de pujo), posteriormente se hace un doppler, que no evidencia sufrimiento fetal, con la medición de la frecuencia cardíaca, por lo que se remite a cesárea de emergencia.

Señala que las situaciones relatadas desde las desde las **10:19 a.m., a las 03:15 p.m.** no reposan en la historia clínica. Y que a esta última hora nace el menor, en pésimas condiciones de salud. Manifiesta que, La enfermera **Yudy Muñoz León**, el día **27 de enero de 2018**, realiza la siguiente nota de enfermería a la **01:16 p.m.**, en la historia clínica de la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLANIA**:

"10+00 JEFE DA INFORMACION DE ESTADO DE LA PACIENTE INTRESOAL SERVICIO PREVIO LAVADO DE MANOS 10+30 SE REALIZA RONDA PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PENDIENTE NUEVA VALORACION, 11+00 SE TERMINA HORA DE VISITA PACIENTE SIN FAMILIAR, 12+00 SE CONTROLA SINGOS VITALES SE REGISTRA, 12+30 PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERIAN ACTIVA, SE DEJA CON MONITOR, 13+00 CONTINUA PACIENTE COMODA y SEGURA, CONCIENTE, ALERTA y ORIENTADA, MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO MADRE/HIJO 14832. VENOPUNCION PERMEABLE, EN ESTADO DE GESTACION MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FETOCARDIA POSITIVA ESCUCHADA POR LA PACIENTE, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO SANGRADO, NO PERDIDAS VAGINALES, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN VIGILANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO CON MONITORIZACION CONTINUA DE FETOCARDIA SE ACUDE AL LLAMADO PACIENTE CON SALIDA DE LIQUIDO ESCASO 13+20 PACIENTE ES VALORADA POR LA ORA TAMAYO QUIEN REALIZA TACTO DILTACION41INDICA NO SENTIR MEBRANAS. PENDIENTE NUEVAVALORACION

Como también que, realiza una nota de enfermería a las 03:01 p.m., en la historia de la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLANIA**, en la que refiere: "(...) 14+00 VALORADA POR LA DRA TAMAYO QUIEN REALIZA TACTO, COMPLETA PENDIENTE BAJARLO , SE EXPLICA A LA PACIENTE, SE OBSERVA FETOCARDIA ALA BAJA, SE INFORMA A DRA TAMAYO CON ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE CON MONITORIZACION, DRA TAMAYO VALORA, INDICA PASAR A SALA, 14+40 SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RANSICION EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADA, MANILLA BINOMIO, ACTIVIDAD UTERINA CONTINUA DRA RIOS TOMA DE NUEVO FETOCARDIA FCF 142 ESCUCHADO POR DOPER, POSITIVA POR LA PACIENTE QUEDA COMODA Y SEGURA EN SU TRABAJO DE PARTO"(Sic)

Se afirma que la información consignada no corresponde a la realidad ya que la doctora Ríos, nunca valoró a la paciente, y solo se hizo presente en el momento en que trata de dar a luz al bebé vía vaginal. También se indica en la demanda que, las notas de enfermería se hacen con posterioridad a la complicación médica, afirmando que, el personal del Policlínico, acomodó el contenido de la historia clínica a conveniencia de la entidad.

Agrega que, el menor **FABIAN ANDRES BOTERO PRADA (Q.E.P.D)**, padeció de sufrimiento fetal agudo, asfisia perinatal, presentó una aspiración neonatal de meconio, y una serie de complicaciones médicas, que días después causan su muerte, una vez trasladado al Hospital San Ignacio, el **27 de enero de 2018, a las 08:00 p.m.**, con el diagnostico "P210 ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA"

Manifiesta que, uno de los médicos del **CENTRO POLICLINICO EL OLAYA**, culpó a la madre por las condiciones médicas del bebé, le indica que los problemas médicos se asociaban a un supuesto bajo peso del menor; además, la exponen a ella y a su familia a compartir con las demás maternas,

Y concluye pronunciándose sobre la afectación moral que padecieron los familiares del menos con los hechos relatados.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. DISTRITO CAPITAL – SECRETARIA DE SALUD

Contestó la demanda¹, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, sosteniendo que, no existe nexo causal y que las pretensiones. Hace una exposición del sistema general de seguridad social en salud, y propone las siguientes excepciones:

1. Inexistencia de la responsabilidad de la administración – respecto de daño antijurídico y del perjuicios y daño aducido por el demandante.
2. Inexistencia de la responsabilidad médica atribuible a Bogotá Distrito Capital – Secretaría Distrital del Salud.
3. Falta de legitimación en la causa por pasiva.

3.2. ALEJANDRA PAOLA RIOS GALINDO

Presenta su escrito de contestación de la demanda y allí se opone a esta, aduciendo que no existe ninguna acción, omisión, ineficacia, ausencia de control o control tardío es imputable a cargo de esta. E indica que, el actuar profesional de la doctora **ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO**, no está comprometido con una mala práctica médica.

Aclara que la doctora **LORENA TAMAYO** no es estudiante, sino médico general, queriendo hacer ver como si la paciente hubiera sido atendida por una profesional inexperta.

La paciente es atendida por esta a las **8: 10 am, y a las 13:00 horas**, cuando llega a la sala de partos después de hacer su ronda por piso, para apoyar a su compañero de turno el Dr. **HAROLD CALIXTO HERRERA**, manifiesta que, desde la cama 1 a la 10, habilitadas en sala de partos del **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA**. Siendo las **13: 20 p.m.**, la doctora **ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO** llega a la cama No 7 donde estaba la paciente **ELIANA KATHERINE PRADA POLANIA**, quien estaba en inducción del trabajo de parto con oxitocina.

Agrega que, retoma su turno en el servicio de ginecobstetricia en sala de partos a las **13:00 horas**, que la paciente es valorada en conjunto con la doctora **LORENA TAMAYO** (médico-hospitalaria de sala de partos), quien informa que realizó tacto vaginal a la paciente encontrándola en dilatación de **4cms**, con actividad uterina regular bajo goteo de oxitocina según protocolo, sin palpar las membranas, **NO SE OBSERVA FRANCA SALIDA DE LIQUIDO EN EL MOMENTO**.

Señala que, al momento de la valoración, la paciente tenía mala respiración, e indica analgesia obstétrica, continuar vigilancia materno fetal estricta y que para ese momento la evolución del trabajo de parto, era la adecuada y con los tiempos esperados para la misma, y el bienestar fetal se encontraba dado por la monitorización continua luego entonces, agrega que, **no presentaba**

¹ OneDrive 20

ninguna indicación para desembarazar de urgencia pues su evolución del trabajo de parto era la esperada, sin sospecha hasta ese momento de estado fetal no satisfactorio.

Relata que, es claro que para las **13: 20 p.m.**, había completo bienestar fetal, con fetocardía positiva, con un monitoreo permanente, se aclara que, si para ese momento se hubiera presentado una disminución de la frecuencia cardíaca, el monitor hubiera emitido un sonido que pusiera en evidencia dicha disminución. También señala que, siendo las **14: 00 horas (p.m.)** la paciente **ELIANA KATHERINE PRADA POLANIA** presenta sensación de pujo,

Afirma que, todo el tiempo estuvo monitoreada hasta que la paciente alcanza la fase de expulsivo activo (**14: 00 hrs**) no presenta disminución de la frecuencia fetal y se procede a realizar la conducción del pujo por parte de la **doctora Tamayo**, como también que, siendo las **14:42 valoró** nuevamente a la paciente en conjunto con la **doctora Tamayo** (Médico Hospitalaria de turno) para verificar estación y calidad del pujo para evaluar el descenso de la presentación del feto. En dicho momento, es trasladada a la mesa de atención del parto, se desconecta del monitor, y se indicó tomar FETOCARDIA CON DOPPLER antes del traslado a dicha sala, el resultado de esta toma fue normal en 142, afirma que, el monitoreo fue escuchado por la paciente también y se procede a su traslado a sala de atención del parto.

Relata que, para ese momento se mantenía un bienestar fetal emitido por dicho registro doppler lo que no sugiere en ese momento signos de sufrimiento fetal agudo **y aun no se evidencia salida de líquido meconiano**, por lo que siendo las **14: 45**, se acomoda a la paciente en mesa de atención de parto en posición, para ese momento se encontraba junto con la Médico Hospitalaria doctora **LORENA TAMAYO** y con la enfermera de sala de atención de parto **CECILIA CORREDOR**.

Manifiesta que, se continúa conducción del pujo materno, y se evidencia que, pese a la mejoría de la respiración, el pujo materno es deficiente por una posible fatiga materna, lo que conlleva a una mala prensa abdominal (es decir que la fuerza del pujo por agotamiento materno no es lo suficientemente efectiva para lograr el descenso de la presentación fetal (descenso de la cabeza fetal), por lo que a las **14:50** está apoyando constantemente a la paciente, indicándole a la paciente continuamente la forma correcta del pujo y de respiración y en ese momento se evidenció salida franca de líquido amniótico con meconio claro, (antes y durante la conducción del trabajo de parto y entrando en el expulsivo no se había evidenciado amenorrea franca)

Indica que, se percibe mediante examen físico que la paciente presenta actividad uterina regular, de buena intensidad y que dichas contracciones se hacen más frecuentes con tendencia a la polisistoliam que se realiza monitoreo con doppler de la frecuencia cardíaca, desde su ingreso a sala de atención del parto como esta descrito para el expulsivo y es para ese momento donde con las contracciones se escucha una disminución de la

frecuencia cardiaca fetal.

Afirma que, al momento de la dilatación en completa no se evidencia en dicha monitorización una pérdida del bienestar fetal por ende y ante una presentación del feto alta, no cumplía criterios para instrumentar el parto y acortar el expulsivo. Ya la paciente iba a completar la hora del expulsivo activo: que esta descrito un tiempo aproximado de espera en nulíparas de 1 hora, y teniendo en cuenta que presentaba una actividad uterina de buena intensidad, ante hallazgos descritos y en conjunto con el ginecólogo de turno siendo las 15:03 pasa a cesárea de urgencia dado que para ese momento se consideró ante dichos hallazgos sospecha de estado fetal no satisfactorio con expulsivo prolongado.

Adiciona que, es allí cuando la paciente fue llevada a salas de cirugía y es operada por el Dr. HAROLD HERRERA obteniendo a las 15:16 recién nacido vivo masculino, con secreciones de aspecto meconial que son limpiadas y posteriormente se entrega el recién nacido a la pediatría quien describe al recién nacido en malas condiciones generales con secreciones en cavidad orofaríngea correlacionadas con Meconio grado II/III que dificulta respiración por lo que la Pediatra de turno decidió realizar intubación del neonato con posteriores maniobras para recuperación del estado de base, el cual se va logrando parcialmente, manejado en conjunto con el doctor de la Unidad Neonatal.

Dice que, el recién nacido tuvo un peso de 2395 gr de peso con 45 cms de talla, se tomaron gases del cordón sin marcación de los mismos en historia clínica para asfixia en ese momento inmediatamente posterior al nacimiento

Propone las excepciones de:

1. El sufrimiento fetal agudo que presentó el nasciturus antes de su nacimiento ocurrió de forma repentina, no es algo que realmente pueda evitarse, se tiene entonces que el sufrimiento fetal agudo no está relacionado con una mala praxis médica imputable a ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO
2. Ausencia de una mala práctica médica imputable a ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO, inexistencia de los elementos que configuren una falla en el servicio.
3. La parte actora no ha cumplido con su carga procesal de probar una falla en el servicio.
4. El fallecimiento del recién nacido está relacionado con el sufrimiento fetal agudo que presentó de forma súbita durante el parto mas no con un acto médico de ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO quien actuó de forma correcta y acorde a la lex artis
5. Inexistencia de daños antijurídicos al no configurarse los elementos de una falla en la prestación de los servicios de salud.
6. Ausencia de daños morales indemnizables ante la inexistencia de una falla médica. Por tanto, los daños que se reclaman en caso de probarse

no son indemnizables al no estar precedidos de una mala práctica que haya materializado una falla en el servicio de salud

3.3. **SALUD TOTAL** ²

Presenta su escrito de contestación de la demanda y allí se opone a todas y cada una de las pretensiones, debido a que **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, cumplió con sus obligaciones como EPS de la señora **ELIANA KATHERINE PRADA**, así mismo actuó cumpliendo así con sus obligaciones de cubrimiento dispuesto en la legislación para la época de los hechos. Y propone las excepciones de

1. Ausencia de los elementos esenciales constitutivos de la responsabilidad por parte de salud total frente a la atención médica prestada a la paciente
2. Cumplimiento de la lex artis en el actuar médico desplegado en el parto la señora paciente
3. Ausencia del nexo de causalidad entre el actuar de SALUD TOTAL EPS-S S.A. y el hecho dañoso que se pretende endilgar a SALUD TOTAL EPS-S S.A.
4. Los hechos y las pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de SALUD TOTAL E.P.S-S S.A. dado el cumplimiento de sus obligaciones contractuales

3.4. **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA**³ (actúa como demandado directo y como llamado en garantía de SALUD TOTAL EPS-S S.A)

Contestó la demanda oponiéndose a la prosperidad de esta, señalando que el actuar desplegado por el personal médico asistencial, realizó la totalidad de sus actuaciones en procura de la salud de sus pacientes y se ajustó al protocolo médico dispuesto, cumpliendo con los criterios de oportunidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad, racionalidad técnico- científica, eficiencia, humanidad, lo cual se acredita con lo consignado en la historia clínica de la paciente.

Hace una exposición de la historia clínica e indica que, se le había indicado a la gestante que tenía bajo peso y había sido remitida a nutrición, que se prestó el servicio médico adecuado. Afirma que, se dio cumplimiento con las obligaciones legales y contractuales que le impone su condición de institución prestadora de servicios de salud y lo descrito en la historia clínica se encuentra ajustado a lo indicado por la lex artis.

Relata que, ha de valorarse el elemento culpa a la luz de lo consignado en la historia clínica en donde se anota que, el **26 de enero 2018** ingresa a urgencias, solicitándose ecografía y perfil biofísico, al valorar a la paciente con los reportes que indican monitoria fetal ACOG 1, perfil biofísico fetal 8/8, ecografía obstétrica embarazo de 35 6/7sem; con peso estimado 2682

² OneDrive 16

³ OneDrive 25 y 38

gramos, percentil 3% cefálico, definiéndose en ese momento embarazo a término y RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, con perfil biofísico fetal y monitoria fetal normales, indicó asistir mañana a inducción del trabajo de parto.

Afirma que, al día siguiente, **27 de enero 2018** ingresa para inducción del trabajo de parto, se adelanta monitoria que indica resultado satisfactorio y vigilancia materno fetal (10:17). Que desde el lapso comprendido entre las 10:30 a.m. a las 11:00 a.m. se evidencia en ronda adelantada por enfermería que la gestante estuvo en visita con su familiar. Para el medio día se registran control de signos vitales por enfermería, así como una nota posterior que indica que presenta actividad uterina activa y reitera que se encuentra monitorizada.

Reseña que, hacia la **1:00 p.m.** hay una descripción de movimientos fetales presentes, fetocardia positiva, actividad uterina regular, no sangrado, no pérdidas vaginales y se encuentra en vigilancia de su trabajo de parto, con monitorización continua de fetocardia, se acude al llamado paciente con salida de líquido escaso, nótese como no se registra en la historia clínica que el líquido presente algún color.

Relata que a la **1:20 p.m.** se valora por la **Dra. Lorena Tamayo** (médica hospitalaria) quién practica un tacto vaginal resaltando **dilatación 4**, e indica no sentir membranas y a las **2:00 p.m.** se registra por enfermería que la paciente fue valorada por la **Dra. Lorena Tamayo**, quien realiza tacto y además observa según la monitoria una **fetocardia a la baja**, por lo que da la orden médica de pasar a la paciente a la sala.

Una vez en la camilla se registra actividad uterina continua, para ese momento la ginecóloga **Dra. Alejandra Paola Ríos Galindo** toma de nuevo la **fetocardia (FCF) 142 (siendo normal entre los 120 y 160 latidos por minuto)** escuchado por Doppler. Siendo el proceso de atención, se resalta , para las **3:57**: "se recibe recién nacido, sexo masculino, producto de madre 29 años, parto por cesárea por estado fetal insatisfactorio, meconio grado ii-iii, riesgo alto, controles prenatales: se realiza pinzamiento habitual del cordón umbilical, se posiciona inmediatamente bajo lámpara de calor radiante, se seca y estimula sin esfuerzo respiratorio, FC menos de 60, se inicia ventilación con presión positiva más masaje cardiaco, se procede a intubación oro traqueal, se evidencia líquido amniótico meconiado en cuerdas, tubo No 3. Con los siguientes hallazgos:

1. Recién nacido a término,
2. Retardo en el crecimiento intrauterino,
3. Bronco aspiración de líquido amniótico meconiado,
4. Dificultad respiratoria,
5. Riesgo metabólico,
6. Riesgos inherentes a su patología de base, se brinda información a la madre, traslada recién nacido a UCIN intensivos".

Y propone las excepciones de:

1. Ausencia de culpa médica por parte de los galenos adscritos a CPO S.A.
2. Inexistencia de nexo de causalidad entre la conducta médica dispensada el **27 de enero de 2018** y el deceso del recién nacido presentado en el HOSPITAL SAN IGNACIO.
3. Las obligaciones medicas son de medio y no de resultado.

Con la contestación del llamamiento en garantía, formuló llamamiento en garantía a **MEDICALL TALENTO HUMANO**. (OD. 41)

3.5. ALLIANZ SEGUROS (LLAMADO EN GARANTÍA de CPO S.A.)⁴

3.5.1. Frente a la demanda

Se opuso a las pretensiones, indicando que, se pretende imputar una supuesta responsabilidad administrativa que no se estructuró, pues no se evidencia ninguna falla médica y en adición expone un aparte de la historia clínica, asegurando que se observa un actuar diligente, resaltando el bajo peso de la paciente, a lo que suma que, de la historia clínica se puede establecer que la consulta previa al **22 de enero de 2018** de la señora **Eliana Katherine Prada Polanía** en el Centro Policlínico del Olaya es del **14 de agosto de 2017**. Fecha en la cual la gestante tenía **16 semanas de embarazo** y la próxima consulta en ese Centro Clínico se dio cuando el feto tenía una edad gestacional de **38.6 semanas**. Es decir, que no existió negligencia por parte de los galenos del Centro Policlínico en detectar la baja de peso del bebé, pues en el interregno del **14 de agosto de 2017 al 22 de enero de 2018**, no fue atendida por parte de esa institución. En conclusión, una vez el galeno evidencia la baja de peso realiza todas las recomendaciones necesarias para tratar aquella anomalía.

Afirma que, según la historia clínica se evidencia que el monitoreo fetal siempre estuvo presente en la atención prodigada por el **Centro Policlínico del Olaya**. Aunado a lo anterior, que la señora **Eliana Katherine Prada Polanía**, siempre recibió trato diligente por parte de los galenos especializados en ginecología y obstetricia.

Asimismo, presentó coadyuvó las excepciones propuestas por el Centro Policlínico del Olaya y formuló las siguientes:

1. Inexistencia de responsabilidad del centro policlínico del Olaya, por ausencia de falla del servicio.
2. Inexistencia de la falla médica como consecuencia de la prestación y tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos del servicio de salud por parte centro policlínico del Olaya.

⁴ OneDrive 31

3. Inexistente relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación del Centro Policlínico Del Olaya.
4. Improcedente y carente de prueba solicitud de reconocimiento del daño a la salud.

3.5.2. Contestación del llamamiento en garantía

Al contestar la demanda⁵ se opuso a la prosperidad de la pretensión incoada. Si bien es cierto, Allianz Seguros S.A. ya se encuentra vinculada dentro del presente asunto, debe decirse que la Póliza no puede verse afectada en el presente proceso, debido a que, no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Lo anterior, por cuanto en el presente asunto, la parte Demandante no ha probado una acción u omisión de parte del **Centro Policlínico del Olaya**, que haya ocasionado los perjuicios que se pretenden hacer valer en el presente proceso. Aunado a lo anterior, operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en virtud de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

Y propone las siguientes excepciones:

1. Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de Seguro.
2. No existe obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado.
3. Riesgos expresamente excluidos en la PÓLIZA 022141505/0 DE FECHA 24
4. DE AGOSO DE 2017
5. Carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros.
6. En cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el límite del valor asegurado.
7. Límites máximos de responsabilidad del asegurador en lo atinente al deducible.

3.6. MEDICALL TALENTO HUMANO – LLAMADO EN GARANTIA DE CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA⁶

Contesta el llamamiento señalando que, el objeto social de Medicall Talento Humano S.A.S. comprende prestar tales servicios como operador mediante la suscripción de diferentes tipos de contratos, sin que ello implique estar habilitada para prestar los servicios de salud objeto de la contratación, toda vez que, los diferentes servicios de salud son desarrollados por Centro Policlínico Del Olaya. Y propone las excepciones de:

1. Falta de legitimación en la causa por pasiva
2. Inexistencia de los elementos que dan lugar a la responsabilidad civil
3. No toda conducta referida a un daño puede entenderse como causal en su producción.

⁵ OneDrive 54

⁶ OneDrive 54

Finalmente llama en garantía a **HAROLD CALIXTO HERRERA ALBERNIA y a ALEJANDRA PAOLA RIOS GALINDO**, quienes responden al llamamiento oponiéndose al mismo (OneDrive 61 y 63)

4. AUDIENCIAS

4.1. AUDIENCIA INICIAL

En la audiencia inicial adelantada el **03 de agosto de 2023⁷**, se decretaron los medios probatorios solicitados y se fijó el litigio así:

“Teniendo en cuenta que, en los hechos planteados en la demanda se observan apreciaciones subjetivas y/o transcripciones, así como lo consagrado en las contestaciones, el presente asunto se circunscribe en determinar si existe o no responsabilidad de las demandadas por los daños y perjuicios causados a los hoy demandantes fruto de la muerte del menor Fabian Andrés Botero Prada (q.e.p.d.). Así mismo el litigio versará en determinar los perjuicios ocasionados a los demandantes si a ello diera lugar.”.

También se decretaron las pruebas solicitadas y se fijó el **21 de noviembre de 2023** para llevar a cabo la audiencia de pruebas.

4.2. AUDIENCIA DE PRUEBAS

En la fecha prevista se llevó a cabo la audiencia de pruebas en la que se practicaron algunos testimonios, y se suspendió para ser reanudada el **18 de julio de 2024 y 04 de septiembre de 2024⁸**. en donde se corrió traslado para alegar de conclusión. En esta última audiencia, se prescindió del dictamen pericial.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Atendiendo a la facultad otorgada por el artículo 181 ibidem, en audiencia de pruebas, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión, así como al Ministerio Público de rendir su concepto.

5.1. Secretaría Distrital de Salud⁹: Presentó sus alegatos, en los que reitera lo expuesto en la contestación de la demanda y solicitando que se declaren probadas las excepciones propuestas, en especial la falta de legitimación en la causa por pasiva.

5.2. ALEJANDRA PAOLA RIOS¹⁰ Refiere nuevamente lo esgrimido en la contestación de la demanda concluyendo que quedó plenamente

⁷ OneDrive 73

⁸ OneDrive 99

⁹ OneDrive 106

¹⁰ OneDrive 101

demostrado fue que la paciente Eliana Katherine Prada Polanía fue debidamente atendida, examinada y valorada, tal como consta en los registros de la historia clínica del 22 al 28 de enero de 2018 en el Centro Policlínico del Olaya, sin que se pueda demostrar la falla probada del servicio en un grado suficiente de probabilidad.

Afirma que a la paciente se le brindó la atención que su particular necesidad requería, se le efectuaron los exámenes de rigor, se le efectuaron las correspondientes valoraciones, se le aplicaron los medicamentos pertinentes, se monitoreó permanentemente a ella y al feto y, en fin, se dio la atención acorde con la Guía de Atención del Parto del Ministerio de la Protección Social, que fue una prueba documental aportada con la demanda.

- 5.3. MEDICALL TALENTO HUMANO SAS** ¹¹: Se ratifica lo dicho en la contestación de la demanda, en particular en lo referente a las atenciones brindadas por Centro Policlínico del Olaya y sus profesionales de la salud, especialmente los doctores **Harold Calixto Herrera Albornia Y Alejandra Paola Ríos Galindo** pues indica que, el procedimiento, fue adecuado, necesario y conforme los protocolos y parámetros de la lex artis, conforme lo enseña la literatura y ciencia médica para estos eventos.

Afirma que, no corresponde a una negligencia del médico de esta IPS, esto se afirma teniendo de presente que el actuar médico de los doctores Harold Calixto Herrera y Alejandra Paola Ríos Galindo fue adecuado y pertinente conforme a los protocolos médicos, al punto que el procedimiento fue realizado garantizando el menor daño.

- 5.4. La parte demandante**¹²: Reitera lo ya expuesto en la demanda, hace un recuento de la relación fáctica, así como los motivos que soportan la demanda. Hace alusión a los interrogatorios del Doctor Herrera y la doctora Ríos, y expresa:

“Tal y como se observa, NO se consignó en este documento, por parte de ninguno de los médicos HAROLD CALIXTO HERRERA ALBERNIA, ni ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO ginecólogos expertos responsables de mi poderdante y del bebé, las condiciones de salud con su evolución, desde las 10:19 a.m., hasta las 04:01 p.m. En los interrogatorios de parte realizados NINGUNO de los dos médicos ginecólogos expertos, asumieron tener a cargo el proceso de parto de la señora Prada; por el contrario, el apoderado del Dr. HAROLD CALIXTO HERRERA ALBERNIA, a través de las preguntas realizadas a la Dra. ALEJANDRA PAOLA RÍOS GALINDO, intentó que ésta reconociera que era la médico responsable de la atención de mi mandante, al presentarle (cronograma turnos del mes de enero

¹¹ OneDrive 104

¹² OneDrive 105

2018 y record de cirugías), siendo evidente que la señora ELIANA KATHERINE PRADA POLANIA, NO estuvo acompañada de ningún ginecólogo en el trabajo de parto, que por demás, se trató de un trabajo de parto inducido con el medicamento oxitócina, el acompañamiento se generó cuando ya se había dado la complicación derivada del parto inducido en la cesárea de emergencia realizada”

También hace referencia a la declaración del doctor Leonardo Daniel Fontalvo, médico especialista en ginecología y obstetricia, señalando que éste afirmó que la inducción de parto pone en riesgo la vida de la paciente (madre) y del bebé, por lo tanto, lo sugerido es evitar el uso de medicamentos, para inducir el parto e hizo alusión al medicamento (oxitocina), que fue el suministrado a la paciente.

Agrega que, a través del concepto técnico científico que fue rendido por el profesional **GUSTAVO ADOLFO DAVID SARMIENTO**, se probó que en la atención de parto se presentaron fallas que derivaron posteriormente en la muerte del menor FABIAN ANDRES BOTERO PRADA (Q.E.P.D), afirma que en este se dejó constancia de que no se garantizó en la atención, el cumplimiento a las normas mínimas de atención en salud para el parto, es relevante que el Despacho valore lo iniciado en las guías técnicas que se aportaron como pruebas documentales con la demanda, en las que se indican las condiciones mínimas de atención que debieron garantizar.

5.5. Centro Clínico del Olaya¹³ Se reafirma en lo dicho en la contestación de la demanda, y, para solicitar que se nieguen las pretensiones. Indica que la jurisprudencia nacional en materia de responsabilidad civil médica el régimen se rige por la **CULPA PROBADA**, que exige que el demandante demuestre que el acto médico adoleció de lo exigido por la lex artis, considerando como pilar fundamental el sentido humanístico de la medicina que no es otro que atender el bienestar del paciente y propender a su mejoría.

Plantea en relación con el retardo en el crecimiento intrauterino se anota que: - “Se define como Restricción de Crecimiento Fetal (RCF), la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento. anota que el Síndrome de aspiración meconial se suele relacionar con el sufrimiento fetal, aunque el sufrimiento fetal puede estar provocado por problemas durante el embarazo, como las infecciones, o por las dificultades que surgen durante el parto, como el escaso crecimiento intrauterino.

Manifiesta que, desconoce las atenciones que la señora **Eliana Katherine Prada Polania** tuvo durante la gestación, siendo que propendió a brindar la mejor atención al momento en que se

¹³ OneDrive 104

presentarse el trabajo de parto, donde en efecto se registró que presentaba un retardo en el crecimiento intrauterino, desencadenante de las patologías que conllevaron al deceso del niño.

Resalta que, la atención de estudiantes de medicina, bien sea internos -que estén desarrollando su práctica médica- o residentes -quienes desarrollan prácticas para ser especialistas-, está permitida, reglamentada y definida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al punto que CPO S.A. es un escenario de práctica del área de la salud.

- 5.6. Harold Calixto Herrera Alvernia,** ¹⁴: Esgrime idénticos argumentos a los expuestos en la contestación de la demanda, pues según estos, después del estudio exhaustivo del ejercicio probatorio se evidencia una ausencia de la falla médica y cumplimiento de la lex artis por parte del equipo médico que atendió a la paciente

Indica que la demandante indica que, fue valorada por estudiantes, situación que, con base en la historia clínica no es cierta, la paciente, siempre estuvo valorada por el especialista encargado, e incluso este que estaba ese día encargado de la sala de cirugía de ginecología, la valoró en una ocasión, y él aunque esto no estaba dentro de sus labores asignadas ese día la valoró, y no fue abandonada como expresa en la demanda.

- 5.7. El Ministerio Público:** Guardó silencio.

II. CONSIDERACIONES

ASPECTOS SUSTANCIALES

El problema jurídico se contrae a establecer: : ¿ si existe o no responsabilidad de las demandadas por los daños y perjuicios causados a la demandante con ocasión de los hechos ocurridos el **26 de enero de 2018** con ocasión proceso de parto que derivó en la muerte de la muerte del menor **Fabian Andrés Botero Prada (q.e.p.d.)?**

I. LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO

La responsabilidad del Estado se funda en el artículo 90 de la Constitución Política, norma que le impone la obligación de responder por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. De acuerdo con esta norma, los elementos que configuran la responsabilidad son el daño antijurídico y la imputación del mismo a la entidad o entidades públicas demandadas.

¹⁴ OneDrive 107

En relación con la imputabilidad del daño al ente estatal, la jurisprudencia de esta jurisdicción ha desarrollado, durante el tiempo de vigencia de la novedosa norma constitucional, los títulos jurídicos o regímenes bajo los cuales el Estado se ve compelido a la reparación de los daños causados, siendo necesario en cada caso partir del análisis de la situación fáctica concreta para determinar el régimen que permitirá establecer si la accionada está llamada a responder patrimonialmente y, en caso afirmativo, a qué título.

De tal manera, como regla general, la jurisprudencia ha considerado que el Estado debe responder por los daños que cause con la actuación negligente, imprudente u omisiva de sus agentes, de donde surge la teoría de la falla del servicio como fuente de la responsabilidad, en la cual, resulta preponderante la calificación de la actuación de la administración; esto es, se trata de un régimen subjetivo de responsabilidad o de responsabilidad con culpa¹⁵¹⁶.

No obstante, en lo que concierne a la responsabilidad médica el desarrollo inicial de la jurisprudencia estuvo orientado por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.

Posteriormente, en una sentencia del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de las pruebas, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico. En estos términos se pronunció el Consejo de Estado:

“No todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, rad. 6253, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, rad. 6477, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6255, M.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6654, M.P. Daniel Suárez Hernández, entre otras

presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio"¹⁷.

El abandono de la presunción de falla como régimen general de responsabilidad y la aceptación de la carga dinámica de la prueba, al demandar de la parte actora un esfuerzo probatorio significativo, exige la aplicación de criterios jurisprudenciales tendientes a morigerar dicha carga. Por ejemplo, frente a la relación de causalidad entre la falla y el daño antijurídico, se ha señalado que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no solo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, el nexo de causalidad queda acreditado cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad, que permita tenerlo por establecido.

Finalmente, en **2006** se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada¹⁸. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso la prueba indiciaria.

Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la *lex artis* o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra¹⁹.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero del 2000, rad. 11878. M.P. Alier Hernández Enríquez. Esta línea se reiteró, entre otras, en sentencia de 7 de diciembre de 2004, rad. 14421, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia del 11 de mayo del 2006, rad. 14400, M.P. Ramiro Saavedra Becerra.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de noviembre de 2006, rad. 15201-25063, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia de 30 de julio de 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

¹⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que *"la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar"*. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: *"la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil"*

Así las cosas, como lo recordó la Sección Tercera en sentencia del 29 de julio del 2013²⁰, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que corresponde exclusivamente al demandante, pero dicha exigencia se atenúa mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios. En palabras de la Sala²¹:

“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo (subrayado no original).

La prueba de la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el paciente reviste un grado de complejidad a veces considerable, no sólo por tratarse de un dato empírico producido durante una práctica científica o técnica, comúnmente ajena a los conocimientos del propio paciente, sino porque, además, por lo regular, no queda huella de esa prestación, diferente al registro que el médico o el personal paramédico consigne en la historia clínica, la que, además, permanece bajo el control de la misma entidad que prestó el servicio.

Las dificultades a las que se enfrenta el afectado cuando pretende acreditar el nexo causal, no han sido soslayadas por la jurisprudencia; por el contrario, para resolver los casos concretos, en los cuales no se cuente con el dictamen serio y bien fundamentado de un experto, que establezca o niegue esa relación, se ha buscado apoyo en las reglas de prueba desarrolladas por la doctrina nacional y foránea.

falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertuis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

²⁰ Consejo de Estado, sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

²¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de marzo 22 de 2012, rad. 23132, M.P. Ruth Stella Correa Palacio, citada por la sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

Así, se ha acudido a reglas como res ipsa loquitur, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba prima facie o probabilidad estadística, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata. La elección de esa teoría se ha hecho por considerar insatisfactoria la aplicación de otras, en particular, la de la equivalencia de las condiciones, según la cual basta con que la culpa de una persona haya sido uno de los antecedentes del daño para que dicha persona sea responsable de él, sin importar que entre la conducta culposa y el daño hubieran mediado otros acontecimientos numerosos y de gran entidad.

En varias providencias proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía contentarse con la probabilidad de su existencia, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a un grado suficiente de probabilidad, que permitían tenerla por establecida.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios.

Así la Sala ha acogido el criterio según el cual, para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.

II. RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LOS CASOS DE OBSTETRICIA

Ahora bien, en cuanto a la prueba de la falla médica en el servicio de obstetricia, cuando el demandante demuestra que el embarazo se desarrolló en condiciones de total normalidad, sin evidentes posibilidades de complicaciones y sobreviene un daño a raíz del parto, la jurisprudencia ha reiterado que esa circunstancia viene a ser *per se* un indicio suficiente para declarar la responsabilidad, sin perjuicio de que dicha prueba indiciaria resulte refutada por la entidad demandada a lo largo del proceso:

“En relación con la responsabilidad médica en el servicio de obstetricia, la Sala se había inclinado por considerar que en los eventos en los cuales el desarrollo del embarazo haya sido normal y, sin embargo, éste no termina satisfactoriamente, la obligación de la entidad demandada es de resultado.

En decisiones posteriores se insistió en que la imputación de la responsabilidad patrimonial debía hacerse a título objetivo, pero siempre que, desde el inicio, el proceso de gestación fuera normal, es decir, sin dificultades evidentes o previsibles, eventos en los cuales era de esperarse que el embarazo culminara con un parto normal.

No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla.

En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos

elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño." ²² (Subrayado fuera del texto original)

Como se desprende de la reiterada posición jurisprudencial del H. Consejo de Estado, en asuntos médicos de esta naturaleza, la falla del servicio podrá sustentarse en un indicio, es decir, en el solo hecho de que la evolución y el proceso de embarazo se hubieran desarrollado en condiciones normales hasta llegado el parto; sin embargo, no se trata de una inversión de la carga de prueba automática, pues aunque tanto la falla del acto obstétrico como la relación de causalidad con el daño que se produjo se pueden demostrar con cualquier medio de prueba, corresponde cimentarlos sobre la plena demostración de que el embarazo se desarrolló normalmente y no se pronosticaba complicación alguna llegado el alumbramiento, comoquiera que el indicio de falla del servicio, aunado a la prueba de la imputación fáctica que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad.

En consecuencia, de lo acotado hasta ahora, el despacho concluye que, la responsabilidad médica atribuida en el libelo introductorio, deben analizarse bajo los criterios y presupuestos establecidos en el régimen de la **falla del servicio**, el cual implica que **no solo se debe demostrar el daño, sino que a la actora le asiste la obligación de probar la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño.**

ANÁLISIS DEL DESPACHO

1.- De lo probado en el plenario.

- i. Cédula de ciudadanía de **Eliana Katerine Prada Polania, Jenny Carolina Ampudia Polania, Edier Fabian Botero Duarte, Otoniel Botero Diaz, Maribel Duarte Ríos y Dilia Aurora Polania Ramírez.**
- ii. Registro civil de nacimiento de **Jenny Carolina Ampudia Polania, Danna Isabella Conde Ampudia, Eliana Katerine Prada Polania, Edier Fabian Botero Duarte, Heidi Natalia Botero González.**
- iii. Tarjeta de identidad de **Heidi Natalia Botero González.**
- iv. Certificado de nacido vivo 14482578-8

²² Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera. Sentencia del 28 de marzo de 2012. C.P.: Enrique Gil Botero

- v. Registro civil de defunción de **Fabian Andrés Botero Prada**
- vi. Documento de referencia: "M-PYGA-F065. SOLICITUD DE INFORMACIÓN (...)" del **31 de julio de 2018**
 - Se aporta Historia Clínica, con "Registro de signos vitales", "Aplicación de medicamentos e insumos", "Laboratorio clínico", "Resultado de tamizaje Neonatal para hipotiroidismo congénito", "Historia clínica perinatal regional", "historia Clínica", entre otros.
- vii. Se aporta un documento en "Power Point" con fotografías. (La anterior presentación se procede a incorporar, sin embargo, es menester señalar que, estos no cuentan con información alguna tales como día, fecha, hora, personas ahí señaladas, se proceden a incorporar en el estado en que fueron allegadas.
- viii. Documento: "Guía de manejo y protocolo" – "vigilancia fetal durante el trabajo de parto"
- ix. Documento: "Norma técnica para atención del parto"
- x. Documento: "Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto"
- xi. Documento: "*Guía de manejo inducción del trabajo de parto*"
- xii. Documento: "*Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*"
- xiii. Documento: "Guía de atención del parto"
- xiv. Certificado de existencia y representación legal de CPOSA y Salud Total.
- xv. Documento: "Formato cancelación de COPAGOS"
- xvi. Agotamiento del requisito de procedibilidad
- xvii. Certificado de afiliación de la señora **Eliana Katherine Prada** expedido por Salud Total EPS-S S.A.
- xviii. Documento: "*Autorización ambulancia*" del **27 enero 2018** por Salud Total.
- xix. Documento: "*Autorización internación*" del **27 enero 2018** Salud Total.
- xx. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales 022141505/0, con su respectivo condicionado particular y general.
- xxi. "Hoja de vida de **Harold Calixto Herrera Alvernia**"
- xxii. Interrogatorio del Médico **Harold Calixto Herrera Alvernia**
- xxiii. Interrogatorio del Médico **Alejandra Paola Ríos Galindo**
- xxiv. Certificado de existencia y representación legal de CPOSA y Salud Total Entidad Promotora De Salud Del Régimen Contributivo y Del Régimen Subsidiado S.A.,

Documento de asunto "**Respuesta a Queja con Radicado No. 2018ER78689. Investigación Preliminar No. 78689/2018**" firmado por **Martha Judith Fonseca Suarez**.

Del caso concreto.

Previo a emitir una decisión que en derecho corresponda, no podemos perder de vista que la parte actora, aduce la existencia de una falla en el servicio médico con ocasión del procedimiento quirúrgico que derivó en la muerte del menor.

Atendiendo ello, entraremos a estudiar el daño, su nexo causal y si es imputable a las entidades demandadas, veamos:

i.El daño. -

De lo aportado en el expediente se evidencia que en efecto se acreditó el daño, esto es, la muerte del del menor.

Pese a ello no basta con que se encuentre demostrado el daño, sino que este debe ser antijurídico, esto es, que se trate de una lesión patrimonial o extrapatrimonial que quien lo padece no tiene el deber jurídico de soportar, que para el caso particular y concreto consiste en los perjuicios padecidos por la señora **ELIANA KATERINE PRADA POLONIA**, según la parte actora por la falla en el servicio que llevó a las consecuencias ya conocidas.

Debe en consecuencia analizarse la existencia y/o certeza del daño alegado, lo que deberá hacerse bajo las precisiones que en punto al tema en reiterada jurisprudencia ha planteado el Honorable Consejo de Estado, cuando dijo:

"... el fundamento de la responsabilidad se desplazó de la ilicitud de la conducta causante del daño (falla del servicio o culpa del Estado) al daño mismo, siempre y cuando este fuese antijurídico. Esa sola circunstancia cambia, de modo fundamental, la naturaleza y la finalidad de la institución que, de simplemente sancionatoria pasa a ser típicamente reparatoria, tomando en cuenta para su aplicación no tanto al agente del daño que merece la sanción, sino a su víctima, la conducta lícita que es donde se nota, con mayor énfasis, el carácter netamente reparatorio que ha ido adquiriendo la teoría. Se desliga, de esta manera, la antijuridicidad del daño de su causación antijurídica; esta última será, en adelante uno de los criterios de imputación del daño que "permite trasladar los efectos negativos del hecho dañoso desde el patrimonio de la víctima hacia el patrimonio de la administración y, eventualmente, dirimir también el reparto de responsabilidades entre aquélla y el agente físico cuya conducta haya causado el daño"²³

Luego entonces, probado el daño, es necesario centrarnos en este punto, al estudio del material probatorio para determinar si este, es imputable a las demandadas.

²³ Consejo de Estado. Sección Tercera, noviembre 11 de 1999. Actor: Tito Ortiz Serrano y otros. Consejero Ponente Doctor Alier Eduardo Hernández Enrique. Radicación Número: 11499.

ii. Nexo causal y su imputación

Se reitera que, para la prosperidad de las pretensiones, los demandantes deben acreditar el daño y el nexo causal entre éste y la acción u omisión de la entidad pública demandada, sin entrar a analizar la licitud o ilicitud de su conducta, de igual forma, corresponde verificar si existe circunstancia que rompa tal nexo, como quiera que el título de imputación bajo el cual debe ser analizado el caso con relación a la entidad demandada, corresponde al régimen de falla del servicio.

La jurisprudencia del Consejo de Estado, frente a lo que debe entenderse por nexo causal, ha manifestado²⁴:

“En cuanto al nexo de causalidad. El actor igualmente tendrá que demostrar, mediante prueba, que el daño es consecuencia eficiente y determinante de la conducta del Estado. Y debe probar ese nexo porque la ley no ha señalado en materia de relación causal ni presunciones legales respecto de las cuales probado un hecho (s) el legislador infiera la causalidad adecuada, ni tampoco los conocimientos del juez sobre la realidad social lo autorizan para deducir con certeza el adecuado nexo de causal (...).”

Al respecto la doctrina considera que deben existir tres condiciones del nexo causal:

1. **La proximidad:** En el sentido que la causa sea próxima o actual, en consecuencia, no se tienen en cuenta los hechos remotos. Ello, precisamente para no diluir la responsabilidad del autor inmediato del hecho e igualmente para no responsabilizar en forma indefinida a personas cuya causa no es actual ni determinante.
2. **Debe ser determinante:** Con esta exigencia se quiere indicar que el hecho sea necesario, es decir, que se pueda establecer que sin el hecho el daño no se habría producido. En general, la doctrina considera determinante un hecho o una omisión en la causación del daño, cuando aquel ha contribuido en un mayor grado a la producción de éste, es decir, cuando ha sido la condición más activa.
3. **Debe ser apta o adecuada:** En el sentido que esa conducta en términos normales conlleve siempre a la ocurrencia del respectivo daño o perjuicio; se le conoce como la causalidad adecuada.

Para el efecto, es necesario adentrarnos en el estudio de las piezas procesales arrimadas al plenario y antes reseñadas, para concluir, si efectivamente

²⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 1º de marzo de 2006. Radicación número: 76001-23-31-000-1997-09755-01(17256). C.P. Dra. Maria Elena Giraldo Gomez.

existió una falla en el servicio médico suministrado por parte de los galenos a la paciente, quienes según la parte actora incurrieron en falla en el servicio.

Se allega historia clínica en donde se evidencia lo siguiente:

Atención del **25 de mayo de 2017**, por ardor al orinar, por lo que se diagnostica con infección de las vías urinarias

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: 72	
Fecha Historia: 25/05/2017 05:18 p.m.	
Lugar y Fecha: BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 25/05/2017 05:18 p.m.	
Documento y Nombre del Paciente: CC 1110476584 ELIANA KATERINE PRADA POLANIA	
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Convenio: URGCAPITA15NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 1	
No Historia: 1110476584 Cons. Historia: 12397684	
Atención: Urgencias	
Datos Generales	
Historia: 1110476584	Convenio: URGCAPITA15NVO
Hora: 17:14	Fecha: 25/05/2017
Nivel Triage: TRIAGE 3	E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Dirección: CR 12 96 1R	Causa Externa: OTROS
Finalidad de la Consulta: DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE DIEZ AÑOS	
Identificación	
Nombre: ELIANA KATERINE PRADA POLANIA	Edad: 28 Años
Estado Civil: Soltero	Natural de: BOGOTÁ D.C.
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Sexo: Femenino
Teléfono: 3124685732	
Anamnesis	
Motivo de la Consulta: TENGO ARDOR AL ORINAR	
Enfermedad Actual: PACIENTE CON EMBARAZO DE 5 SS POR FUR QUE CONSULTA POR CUADRO DE 4 DIAS DE VOLUCION D EDOLOR PELVIC DISURIA Y ORINA FETIDA, EN EL MOMENTO NIEGA SANGRADO NIEGA OTRO SITOMA	
Revisión por Sistemas	

El **14 de agosto de 2017**, asiste por vómito acá se registra que tiene un embarazo de 16 ss y se indica que es una posible intoxicación alimentaria.

El **22 de enero de 2018**, asiste nuevamente allí se indica que tiene un estado general normal, que refiere sentirse bien, sin sangrado, bajo peso, y es remitida a nutrición

Estado General: NORMAL	Peso(Klg): 50.00
Talla (cm): 150	IMC: 22.00
Temperatura: 37.00	Tensión arterial sistólica: 110
Tensión arterial diastólica: 70	Cardiorespiratorio: NORMAL
Altura Uterina (cm): 33	Presentación fetal: Cefálico
Fetocardia: 150	Movimientos fetales: POSITIVOS
Extremidades: NORMAL	Neurologico: NORMAL
Curva Altura Uterina: NORMAL	Curva de Peso: NORMAL
Observaciones: Evolucion satisfactoria	
Impresión Diagnóstica	
Dx. Principal: Z348-SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Riesgo Materno	
Riesgo Biológico Obstetrico: BAJO	Riesgo Sicosocial: BAJO
Plan de Estudio y Manejo	
Comentarios: PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD. ---- G1 P0 V0---- FUR. 23/04/2017 – FPP. 30/01/2018 ---- EG X FUR. 38,6 SS.REFIERE SENTIRSE	

El **23 de enero de 2018**, se registra que expulsó el tapón mucoso sin síntomas adicionales

Nivel Triage: TRIAGE 3	E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Dirección: CR 74 H 62 F SUR 03	Causa Externa: OTRA
Finalidad de la Consulta: ATENCIÓN DEL PARTO (PUERPERIO)	
Identificación	
Nombre: ELIANA KATERINE PRADA POLANIA	Edad: 29 Años
Estado Civil: Soltero	Natural de: BOGOTÁ D.C.
Ocupación: PROFESORES Y EDUCADORES	Sexo: Femenino
Teléfono: 3124685732	Acompañante: FABIAN BOTERO (ESPOSO)
Anamnesis	
Motivo de la Consulta: "ENTRE AL BAÑO Y EXPULSE TAPON MUCOSO"	
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 29 AÑOS, G1 P0A0, CON EMBARAZO DE 39,4 SEMANAS POR FUR CONFIABLE CONCORDANTE CON ECO DE PRIMER TRIMESTRE, ADECUADA CURVA DE CRECIMIENTO. CONSULTA POR HABER PRESENTADO HACIA LA 1 PM SALIDA DE TAPON MUCOSO, ASOCIADO A 1 DIA DE DOLOR EN HIPOGASTRIO IRRADIADO A REGION LUMBAR, PRECIBE MOVIMIETNOS FETALES, NO SANGRADO NI AMNIORREA, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO, NO SINTOMAS INFECCIOSOS. TRAE CARNET MATERNO CON 6 CPN, STORCH NEGATIVO HEMOCLASIFICAICON B POSITIVO, IVU TRATADA EN PRIMER TRIMESTRE.	
Revisión por Sistemas	

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: PRIMIGESTANTE DE 29 AÑOS CON EMBARAZO DE 39.5 SEMANAS EN EL MOMENTO EN PREPARTO, EXPULSO STAPON MUCOSO HACE 2 HORAS, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE NORMOTENSA CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR Y CAMBOS CERVICALES INICIALES. SE INDICA REALIZAR OMNITORIA FETAL PARA EVALUAR BIENESTAR FETAL, SI ES ADECUADA SE DARA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Ese día se da salida al ser atendida por ginecología y obstetricia, se considera el buen estado general. En las notas de enfermería se tiene que se hace la monitoria fetal normal y no se encuentran complicaciones.

NOTA PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

Nota: NOTA RETROSPECTIVA16+25 INGRESA PACIENTE CON ORDEN DE MONITORIA FETAL PREVIA VALORACION MEDICA SE VERIFICA ORDEN, SE UBICA EN CAMILLA SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR TOMA DE MONITORIA FETAL FETOCARDIA POSITIVA 149 LTS/MIN, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ESCUCHADOS POR LA PACIENTE, REACTIVA, Y SIN COMPLICACIONES PACIENTE SALE DEL SERVICIO SIN COMPLICACION. PENDIENTE VALORACIÓN CON REPORTES.

Asiste nuevamente el **26 de enero de 2018**, por citación que le hicieron para ese día, es vista por la Doctora Jhoselin Rodríguez,

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: PACIENTE CON EMB DE 40.1 SEM POR ECO, QUIEN INGRESA POR FPP, PACIENTE REFIERE DOLOR EPLVICO Y DISMINUCION DE OVIMEINTOS FETALES, EN EL MOMENTO PACEINTE ESTABLE NROMOTENSA, CON FCF PRESENTE CON ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE AL TV SIN CAMBIOS ECRVICALES NO AMNIOORREA, SE INGRESA PACAINETE PARA PBAS DE BIENENSTAR FETAL Y SS ECO OBST PARA CONFIRMAR CRECIMIENTO FETAL, NO SE CUENTA CON ECO DE II TRIMESTRE. CON REVAL POR GIENCOLOGIA, SE EXPLICA A APACVIENTE QUIEN REFIERE ENETNDER Y ACEPTAR

Ese mismo día es vista a las **5:08 pm** por la doctora **Claret Morón**, quien diagnostica déficit en el crecimiento fetal y le indica asistir al día siguiente para trabajo de parto.

Impresión Diagnóstica

Dx. Principal: O385-ATENCIÓN MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Riesgo Sicosocial: BAJO

Para reporte especial: No aplica

Riesgo Biologico Obstetrico: BAJO

Información sobre IVE: No aplica

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: PACIENTE OCN EMBARAZO A TERMINO Y RCI CN PERFIL BIOFISCO FETAL Y MONITORIA FETAL NORMALES, INDICO ASISTR MAÑANA A INDUCCION DLE TRABAJO EPARTO

A las **7:15 pm**, es atendida se toma nuevamente monitoreo fetal sin complicaciones.

Para el **27 de enero de 2018**, se registra a las **6:56 am** el ingreso, procediendo a canalizarla, se dejan las siguientes notas de enfermería, en donde se evidencia que ingresa en buen estado:

ORIENTADA, SE REALIZA SALUDO INSTITUCIONAL, EN ESTADO DE GESTACION CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SANGRADO, NO PERDIDAS VAGINALES, PACIENTE PROGRAMADA PARA INDUCCION DE PARTO CON ORDEN DE HOSPITALIZACION PARA EL DIA DE HOY, POR EMBARAZO DE 40 SS, CON CONSENTIMIENTOS FIRMADOS, SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO PACIENTE NIEGA ALERGIAS, SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA , SE EDUCA PACIENTE EN TECNICAS DE RESPIRACION Y ADECUADO MANEJO PARA SU TRABAJO DE PARTO, SE LE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO MADRE E HIJO NUMERO 22225 PACIENTE CONFIRMA DATOS SE EXPLICA EL USO Y LA CONSERVACION DE ESTA HASTA SALIR DE LA INSTITUCION, ASI COMO DE MANILLA DE CODIGO DE BARRAS SE INDICA COLOCACION DE BATA SE LE ENTREGAN PERTENENCIAS AL FAMILIAR, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PIEL SE CANALIZA VENA CON YELCO NUMERO 16 EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO UNICA PUNCION SE TOMA MUESTRA PARA LABORATORIOS SEROLOGIA SE INICIA LACTATO DE RINGER POR EQUIPO DE BOMBA DE INFUSION SE CONTROLAN Y REGISTRAN SIGNOS VITALES FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 138 LTS/MIN ESCUCHADA POR LA PACIENTE. SE ROTULA ROPA BINOMIO MADRE E HIJO, SE EXPLICAN DERECHOS Y DEBERES , HORARIOS DE VISITAS A LA PACIENTE Y AL FAMILIAR 07+10 SE TRASLADA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS PARA SALA DE PARTOS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADA ,CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO MADRE E HIJO Y MANILLA DE CODIGO DE BARRAS, ABDOMEN GRAVIDO MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FETOCARDIA POSITIVA ESCUCHADA POR LA MADRE , NO SANGRADO, NO PERDIDAS VAGINALES, CON ROPA BINOMIO MADRE E HIJO, SE ENTREGA A PERSONAL DE PARTOS CON HISTORIA CLINICA COMPLETA.

REGISTROS DE ENFERMERIA

Nota: NOTA RETROSPECTIVA06+00 INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DE GINECOLOGIA POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE, ALERTA Y

PLAN DE ENFERMERIA

Diagnostico de Enfermeria: RIESGO DE ALTERACION DE LA DIADA MATERNO FETAL

Cuidados de Enfermeria: CONTROL DE SIGNOS VITALES VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA MONITORIA FETAL VIGILAR MOVIMIENTOS FETALESVIGILAR PERDIDAS VAGINALES EDUCACION SOBRE MANEJO DE MANILLA BINOMIO MADRE E HIJOBRINDAR MEDIDAS DE COMODIDAD Y CONFORTBRINDAR EDUCACION E INFORMACION CLARA Y OPORTUNA AL PACIENTE Y AL FAMILIAR

es atendida por la doctora **Alejandra Ríos** ingresa nuevamente y se registra a las **8:10 am** lo siguiente:

INGRESO

Nota: DX EMBARAZO DE 40.1 SEM + FETO VIVO TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE G1P0 DX ANOTADOS, NORMOTENSA, ASINTOMÁTICO PARA VASOESPASMO BIENESTAR FETAL POR CLÍNICA, CAMBIOS CERVICALES INICIALES (D 3 B 50% E: -2) PARACLÍNICOS DE CONTROL PRENATAL NORMALES. EVOLUCIÓN ESTABLE. SS MONITORIA FETAL POSTERIOR A ESTA REFUERZO DE DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA SEGUN PROTOCOLO. SE EXPLICA A PACIENTE. ACEPTA Y ENTENDE CONDUCTA. SS. AC. TREPONEMICOS.

Impresión Diagnóstica

Dx. Principal: O620-CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: SS MONITORIA FETAL SS AC. TREPONEMICOS.

DE RUEDAS, CONCIENTE ALERTA ORIENTADA, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, IDENTIFICADA CON MANILLA BINOMIO MADRE E HIJO NÚMERO 22271, NIEGA ALERGIAS MEDICACION ALIMENTOS, VENOPUNCION PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON ORDEN DELACTATO DE RINGER DEL DÍA 27/01/18, EN ESTADO DE GESTACION CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ACTIVIDAD UTERINA, NO SANGRADO, NO PERDIDAS VAGINALES, ELIMINANDO ESPONTANEO, PIEL INTEGRAS SIN ZONAS DE PRESION, RIESGO DE CAIDA BAJO. HISTORIA CLINICA PENDIENTE REPORTE DE TREPONEMA, SE UBICA EN LA UNIDAD EN CAMA 7 CON BARANDAS ARRIBA, SE REALIZA PRESENTACION DE ENFERMERIA, PROTOCOLO DE RECEPCION, SE CONFIRMA MANEJO DE MANILLA Y DATOS NUEVAMENTE MADRE HIJO, LAVADO DE MANOS POR PAERSONAL ASISTENCIAL MEDICO, INFORMACION CLARA ALA QUE SE ESTA ADMINISTRANDO, MANEJO DE CAÑECAS, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA FRENTE A SU DIAGNOSTICO Y MANEJO DE TRABAJO DE PARTO SE EXPLICAN MEDIDAS DE SEGURIDAD A LA PACIENTE SE COLOCA MONITOR PARA MONITORIZACION CONTINUA DE FETOCARDIA 08+00SE CONTROLAN SIGNOS VITALES AFEBRIL SATURANDO 95% SE TOMA MONITORIA FETAL FCF 144LTS/MIN SE ESTIMULA SE DEJA EN DECUBITO CON MOVIENTOS, SE ANEXA A HISTORIA CLINICA PENDIENTE VALORACION MEDICA SE DEJA PASANDO BOLO DE LACTATO DE RINGER PACIENTE es VALORADA POR EL DRA RIOS GINECOLOGO QUIEN INDICA INICIAR GOTEO DE 1000CC DE LR+6UI DE OXITOCINA A 40CC/H FETOCARDIA POSITIVA 09+00 PACIENTE COMODA Y SEGURA SIN ACTIVIDAD UTERINA FETOCARDIA POSITIVA EN VIGILANCIA DE SU TRABAJO PARTO VALORADA NUEVAMENTE POR EL DOCTOR HERREA SIN CAMBIOS EN EL MOMENTOS

Acá se observa que la frecuencia cardiaca del **feto era de 144 LTS/MIN**. La cual fue tomada a las **8:00 am**. A las **9:00** se indica que continúa en vigilancia y es valorada nuevamente por el doctor **Herrera**.

A las **9:36 am** se deja una nueva nota, por parte de la enfermera **Yudy Muñoz**, en la que señala que se inicia inducción lactato de ringer de oxitoxina.

A las **10:18 am** se registra que esta monitoreada y bajo vigilancia materno fetal, es atendida por el doctor **Harold Herrera**.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Nota: 10+00 JEFE DA INFORMACION DE ESTADO DE LA PACIENTE INTRESO AL SERVICIO PREVIO LAVADO DE MANOS 10+30 SE REALIZA RONDA PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PENDIENTE NUEVA VALORACION, 11+00 SE TERMINA HORA DE VISITA PACIENTE SIN FAMILIAR, 12+00 SE CONTROLA SINGOS VITALES SE REGISTRA, 12+30 PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERIAN ACTIVA, SE DEJA CON MONITOR, 13+00 CONTINUA PACIENTE COMODA Y SEGURA, CONCIENTE, ALERTA Y ORIENTADA, MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO MADRE/HIJO 14832. VENOPUNCION PERMEABLE, EN ESTADO DE GESTACION MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FETOCARDIA POSITIVA ESCUCHADA POR LA PACIENTE, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO SANGRADO, NO PERDIDAS VAGINALES, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN VIGILANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO CON MONITORIZACION CONTINUA DE FETOCARDIA SE ACUDE AL LLAMADO PACIENTE CON SALIDA DE LIQUIDO ESCASO 13+20 PACIENTE ES VALORADA POR LA DRA TAMAYO QUIEN REALIZA TACTO DILTACION 4 INDICA NO SENTIR MEBRANAS. PENDIENTE NUEVA VALORACION

En la anterior nota, se indica que a las **10:00 am** la jefe da información del estado de la paciente, que a las **10:30 am** se realiza ronda en compañía de familiar, a las **11:00am** termina la hora de visita sin familiar, a las **12:00 m** se controlan signos, a las **12: 30 pm se registra actividad uterina activa y se deja con monitor**, a las **1:00 pm** continúan bien y en vigilancia del trabajo de parto con monitorización continua de fetocardía, como también que, a la se acude al llamado de la paciente con salida de líquido escaso, por lo que a la **1:20 pm** es valorada por la **Doctora Tamayo**, quien realiza tacto dilatación 4, indica no sentir membranas y se diagnostica bienestar materno fetal, por lo que, indica continuar con el manejo de la paciente con monitoreo, pues tiene mala técnica de respiración.

A las **2:00 pm** es valorada nuevamente por la doctora Tamayo quien observa fetocardía a la baja e indica pasar a la sala, a las **2: 40 pm** se traslada a la sala de transición en camilla el feto registra **frecuencia cardiaca de 142**, escuchada por la paciente.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Nota: 13+20 DRA RIOS GINECOLOGA MEDICO DEL SERVICIO DRA TAMAYO VALORA INDICA CONTINUAR MANEJO PACIENTE CON MONITORIZACION, PACIENTE CON MALA TECNICA DE RESPIRACION SE EXPLICA VOMITO CON PÁTO DEPOSICION , SE INDICA METODO DE RESPIRACION NO CON PUJO , 14+00 VALORADA POR LA DRA TAMAYO QUIEN REALIZA TACTO , COMPLETA PENDIENTE BAJARLO , SE EXPLICA ALA PACIENTE DEJAR MONITORIA , SE OBSERVA FETOCARDIA ALA BAJA , SE INFORMA A DRA TAMAYO CON ACOMPAÑAMIENTO PERMANTE CON MONITORIZACION , DRA TAMAYO VALORA , INDICA PASAR A SALA , 14+40SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSICION EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA , CONCIENTE ,ALERTA Y ORIENTADA , MANILLA BINOMIO ,ACTIVIDAD UTERINA CONTINUA DRA RIOS TOMA DE NUEVO FETOCARDIA FCF 142 ESCUCHADO POR DOPER , POSITIVA ESCUCHADA POR LA PACIENTE QUEDA COMODA Y SEGURA EN VIGILANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO

Actividades de Enfermería

A las **2:45 pm** se registra:

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Nota: 14+45 MEDICO DE TURNO DOCTORA RIOS VALORA PACIENTE CON BUENA ACTIVIDAD UTERINA EN DILATACION COMPLETA REFIERE TRASLADAR A SALAS DE PARTO , RECIBO PACIENTE SE UBICA EN MESA DE LITOTOMIA PACIENTE COLABORADORA SE REALIZA LAVADO VAGINAL ,SE EXPLICA A PACIENTE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO Y GINECOLOGO SE INDICA MANTENER TECNICA DE RESPIRACION , PACIENTE COLABORADORA CON TECNICA DE RESPIRACION , POR ORDEN DE LA DOCTORA RIOS SE TOMA FCF FETO ASIENDO POLISISTOLIA 15+03 ORDENA PASA PACIENTE PARA SAL E CX DE URGENCIA POR BIENESTAR FETAL INSATISFACTORIO CONCIENTE SE ENTREGA A AUX DE ENFERMERIA EN SALA DE CX CON HISTORIA CLINICA COMPLETA Y MANILLA BINOMIO 22271 PARA SU REALIZACION DE PROCEDIMIENTO

Actividades de Enfermería

Según lo anterior, a las **3:03 pm** se ordena pasar a la paciente a sala de cirugía por bienestar fetal insatisfactorio

A las **3:16 pm** se obtiene al recién nacido en mal estado general con meconio, por lo que se hace reanimación y se entuba. con un peso de 2395 y 47 cm, para 40 semanas de embarazo, se registra que se debe hacer reanimación respiratoria, bradicardico, sin esfuerzo respiratorio e hipotónico y se diagnostica con síndrome de aspiración neonatal, dificultad respiratoria y retardo en el crecimiento fetal, en este punto el bebé es atendido por la doctora Carolina Núñez

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: SE RECIBE RECIEN NACIDO, SEXO MASCULINO , PRODUCTO DE MADRE 29 AÑOS, G1P0C0A0, PARTO POR CESAREA POR ESTADO FETAL INSATISFACTORIO, MECONIO GRADO II-III RIESGO: ALTO CONTROLES PRENATALES: 6SE REALIZA PINZAMIENTO HABITUAL DEL CORDON UMBILICAL, SE POSICIONA INMEDIATAMENTE BAJO LAMPARA DE CALOR RADIANTE, SE SECA Y ESTIMULA SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, FC MENOS DE 60, SE INICIA VENTILACION CON PRESION POSITIVA MAS MASAJE CARDIACO, SE PROCEDE A INTUBACION OROTRAQUEAL, SE EVIDENCIA LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO EN CUERDAS, TUBO No 3, SE FIJA EN COMISURA LABIAL 9, FIO2 60%, PEEP 5, PIP 20, CON LO QUE RECUPERA FC, PATRON RESPIRATORIO IRREGULAR , COLOR Y TONO SE COMPRUEBA PERMEABILIDAD DE COANAS, ESOFAGICA Y ANAL, SE TOMAN MEDIDAS ANTOPOMETRICAS, SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR, UMBILICAL Y OFTALMICA, PROFILAXIS ANTIHEMORRAGICA CON VITAMINA K, SE TOMARON GASES DEL CORDON AL NACER, NO MARCO PARAMETROS, PARACLINICOS MATERNOS: HEPATITIS B NEGATIVO, TOXO IG M NEGATIVO , TOXO IG G NEGATIVO , VIH NEGATIVO, SEROLOGIA NO REACTIVA, T. PALLIDUM PRUEBA RAPIDA NEGATIVA, CULTIVO S. AGALACTAE VAGINAL Y RECTAL NEGATIVOS. IMPRESION DIAGNOSTICA: 1. RECIEN NACIDO A TERMINO, 2. RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, 3. BRONCOASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO, 4. DIFICULTAD RESPIRATORIA, 5. RIESGO MEGABOLICO, 6. RIESGOS INHERENTES A SU PATOLOGIA DE BASE. SE BRINDA INFORMACION A LA MADRE, SE TRASLADA RECIEN NACIDO A UCIN INTENSIVOS .

Destino del Paciente

Destino del Paciente: Hospitalización

Certificado de Nacimiento Numero: 14482578-8

Huellas Plantares

Huellas plantares: MANILLA 22271.

DR. CAROLINA LEONOR NUÑEZ ROCHA
CC 32780913
Especialidad, PEDIATRIA
Registro. 32780913

A las **3:41 pm** se registra lo siguiente:

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Intraoperatorio.
Observaciones.: INGRESA PACIENTE A LA SALA 2 DE CIRUGIA EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA ALERTA DESPIERTA Y ORIENTADA EN PERSONA TIEMPO Y ESPACIO CON MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO MADRE- HIJO 22271 HISTORIA CLINICA COMPLETA CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE CESAREA Y ANESTESIA , SE INTERROGA PACIENTE QUIEN CONFIRMO LATERALIDAD AYUNO Y NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS CONOCIDOS , SE PASA A LA MESA QUIRURGICA SE MONITORIZA , POR ORDEN DEL DRA ROMERO SE ADMINISTRAN 2 GR DE CEFAZOLINA , DRA ROMERO SE PRESENTA CON PACIENTE CONFIRMA CON HISTORIA CLINICA PROCEDIMIENTO LATERALIDAD Y AYUNO, LISTA DE CHEQUEO, SE ASISTE A LA DRA ROMERO EN LA INDUCCION DE LA ANESTESIA ESPINAL REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA QUIRURGICA CON CLORHEXIDINA Y ALCOHOL BLANCO Y REALIZA UNICA PUNSION CON SPINOCAT 27 E INFILTRA CON MORFINA Y BUPICAINA PESADA SIN COMPLICACIONES SE ACOMODA PACIENTE EN POSICION DE CUBITO DORSAL SE INICIA OXIGENO POR CANULA NASAL, SE BRINDAN COMODIDAD Y PROTECCION, SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURY EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO QUEDA FUNCIONAL, DR ANGELO REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA QUIRURGICA CON ISODINE ESPUMA E ISODINE SOLUCION, Y PASA SONDA NELATON 16 QUEDA BAJANTE, SE OBSERVA SALIDA DE ORINA AMARILLA CLARA, COLOCAN CAMPOS QUIRURGICOS, SE RECIBE LAPIZ DE ELECTROBISTURY Y SUCCION SE CONECTA Y SE CONFIRMA FUNCIONALIDAD CON INSTRUMENTADORA, SE CONFIRMA LISTA DE CHEQUEO, SE INICIA CONTEO DE MATERIAL CON 13 COMPRESAS , DR HERRERA INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CESAREA POR EXPULSIVO PROLONGADO SIN COMPLICACIONES, 15+16 SE OBTIENE RECIEN NACIDO MASCULINO EN MAL ESTADO GENERAL CON MECONIO DR HERRERA SE LO ENTREGA A PEDIATRA LO UBICA EN LAMPARA COLOCA SOPORTE DE OXIGENO POR MASCARA FACIAL REALIZA MANIOBRAS DE REANIMACION SE MONITORIZA DRA ENVIA A LABORATORIO GASES ARTERIALES SE LE COLOCAN MANILLA DE IDENTIFICACION 22271 EN EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO DRA INTUBA RECIEN NACIDO CON TUBO 3.0 SE DEJA CON PRESION POSITIVA SE OBSERVA A RECIEN NACIDO ROSADO ,ES TRASLADADO A LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS SE RECIBE MUESTRA PARA TSH - RH, MUESTRAN

En nota retrospectiva de enfermería se registra el diagnóstico de recién nacido a término con aspiración de líquido meconiado así:

Nota: NOTA RETROSPECTIVA: 27 DE ENERO DEL 2018 SIENDO LAS 15:16 HORAS NACE BEBE DE SEXO MASCULINO, PRODUCTO DE CESAREA POR ESTADO FETAL INSATISFACTORIO, LIQUIDO AMNIOTICO CON MECONIO GRADO II-III, BEBE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, HIPOTONICO, GINECOLOGO DESPEJA VIA AEREA, PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL, SIN COMPLICACION ALGUNA, SE DA A CONOCER SEXO Y SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO CON NUMERO 22271 EN PIE DERECHO SE MUESTRA A LA MADRE, SE PASA INMEDIATAMENTE A LAMPARA DE CALOR RADIANTE EN SALA DE CIRUGIA, PEDIATRA DE TURNO DOCTORA CAROLINA NUÑEZ AUSCULTA FRECUENCIA CARDIACA MENOR DE 60 LATIDOS POR MINUTO SE INICIA REANIMACION CON PRESION POSITIVA CON NEOPUFF MAS MASAJE CARDIACO, BEBE AUMENTA FRECUENCIA CARDIACA NO MAYOR A 90 LATIDOS POR MINUTO, DOCTORA NUÑEZ REALIZA LARINGOSCOPIA POSITIVA CON MECONIO SE ASPIRAN SECRECIONES POR BOCA OBTENIENDO SECRECION CON MECONIO, PROCEDE INMEDIATAMENTE A REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO NUMERO 3,0 FIJO EN 9 CENTIMETROS DE COMISURA LABIAL, PREVIAMENTE SE TOMAN GASES ARTERIALES DE CORDON UMBILICAL SE ENVIAN A EL LABORATORIO COMO URGENCIA VITAL PENDIENTE REPORTE, SE CONECTA TUBO OROTRAQUEAL A PRESION POSITIVA CON NEOPUFF, DOCTORA CAROLINA NUÑEZ VALORA NUEVAMENTE FRECUENCIA CARDIACA POR ENCIMA DE 100 LATIDOS POR MINUTO, SE REALIZA LLAMADO DE URGENCIA A LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS, SE PASA SONDA NELATON NUMERO 08 SE FIJA A COMISURA LABIAL Y SE DEJA A LIBRE DRENAJE, SIN COMPLICACION SEGUN ORDEN MEDICA VERBAL DE LA DOCTORA CAROLINA NUÑEZ, SE REALIZA ASPIRACION DE SECRECIONES DE NARIZ ADECUADO PASO DE SONDA SE OBSERVAN SECRECIONES CON MECONIO, BEBE CON POBRE ESFUERZO RESPIRATORIO, SE TORNA ROSADO, SE VERIFICA QUE LOS NUMEROS DE MANILLA BINOMIO COINCIDAN SE COMPRUEBA PERMEABILIDAD ESOFAGICA, DE COANAS Y ANAL CON SONDA NUMERO 8 SIN COMPLICACIONES SE PALPA PALADAR INTEGRO. SE LIGA CORDON SE OBSERVAN 2 ARTERIAS Y 1 VENA SE REALIZA PROFILAXIS CON ALCOHOL BLANCO. SE REALIZA PROFILAXIS OFTALMICA CON GOTAS GENTAMICINA A 0,3% 1 GOTAS EN CADA OJO. SE ADMINISTRA 1 MG DE FITOMENADIONA "VITAMINA K" INTRAMUSCULAR SIN COMPLICACIONES, INGRESA EQUIPO DE LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS LIDERADO POR EL DOCTOR HECTOR CARRANZA QUIEN EN VALORACION CONJUNTA CON LA DOCTORA CAROLINA NUÑEZ DECIDEN DEJAR HOSPITALIZADO EL BEBE EN LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS PARA INICIAR MANEJO MEDICO, DEFINEN APGAR 2-5-7. SE REALIZA CONTROL DE PESO 2395 GRAMOS TALLA 47 CENTIMETROS, PERIMETRO CEFALICO 33 CENTIMETROS PERIMETRO TORAXICO 30 CENTIMETROS ABDOMEN 29 CENTIMETROS, DOCTORA CAROLINA NUÑEZ Y DOCTOR HECTOR CARRANZA LE EXPLICAN A LA MAMA PROCEDIMIENTO A SEGUIR CON EL BEBE, MOTIVOS DE LA HOSPITALIZACION, MAMA REFIERE ENTENDER Y NO TENER DUDA ALGUNA, SE VERIFICAN NUMERO DE MANILLAS BINOMIO. SE TOMAN HUELLAS PLANTARES. GINECOLOGO ASIGNA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO NUMERO 14482578-8. SE OBSERVA BEBE CON LEVE MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO Y DEL TONO MUSCULAR, EQUIPO DE UCIN LIDERADO POR EL DOCTOR HECTOR CARRANZA, EN COMPAÑIA DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, JEFE Y AUXILIAR DE ENFERMERIA DE TURNO. TRASLADAN BEBE A LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS EN INCUBADORA CERRADA DE TRANSPORTE, CON MONITOREO CONTINUO NO INVASIVO, EN VALORACION CEFALOCAUDAL BEBE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CON OXIGENO POR TUBO OROTRAQUEAL NUMERO 3,0 FIJO EN 9 CENTIMETROS DE COMISURA LABIAL CONECTADO A PRESION POSITIVA NEOPUFF CONECTADO A BALA DE OXIGENO PORTATIL, CON SONDA OROGASTRICA NELATON NUMERO 08 FIJA A COMISURA LABIAL A LIBRE DRENAJE, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA DADA POR TRAJES INTERCOSTALES. SIN ACCESOS VENOSOS, CON MANILLA DE IDENTIFICACION BINOMIO NUMERO 22271 PUESTA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, BEBE DE SEXO MASCULINO, SE REALIZA LISTA DE IDENTIFICACION SIN COMPLICACIONES. SE INICIA MANEJO ASPIRACIONES DE SECRECIONES DE LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS.

Ahora bien, en cuanto a la historia clínica del menor se tiene que este es hospitalizado por su estado, con el siguiente diagnóstico:

CORDONAL NACER. NO MARCHO PARAMETROS PARACLINICOS MATERNS. HEPATITIS B NEGATIVO, TOXOPLASMA NEGATIVO, VIH NEGATIVO, SEROLOGIA NO REACTIVA, T. PALLIDUM PRUEBA RAPIDA NEGATIVA, CULTIVO S. AGALACTAE VAGINAL Y RECTAL NEGATIVOS. IMPRESION DIAGNOSTICA: 1. RECIEN NACIDO A TERMINO, 2. RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, 3. BRONCOASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO, 4. DIFICULTAD RESPIRATORIA, 5. RIESGO MEGABOLICO, 6. RIESGOS INHERENTES A SU PATOLOGIA DE BASE. SE BRINDA INFORMACION A LA MADRE, SE TRASLADA RECIEN NACIDO A UCIN INTENSIVOS.

Destino del Paciente

Dx. Relacionado 2: p059-RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, NO ESPECIFICADO

Detalle Diagnostico: Ingres a recién nacido a término 40 sem recién nacido, sexo masculino, producto de madre 29 años, g1p0c0a0, controles prenatales: 6, infección urinaria en primer trimestre tratada serología no reactiva prueba treponémica rápida negativa toxoplasma iGG 0,2 negativo IgM 0,07 negativo AgS HB 0,21 negativo VIH 0,00 negativo. cultivo S. agalactae vaginal y rectal negativos. parto por cesarea por estado fetal insatisfactorio, meconio grado II-III FN 27/01/18 hora 15+16h Nace bradicárdico en apnea sin esfuerzo respiratorio, fc menos de 60, se inicia ventilación con presión positiva mas masaje cardiaco, se procede a intubación orotraqueal, se evidencia liquido amniotico meconiado en cuerdas, tubo no 3, se fija en comisura labial 9, fio2 60%, peep 5, pip 20, con lo que recupera fc, patron respiratorio irregular, mejora color y tono. Sigue con soporte ventilatorio APGAR 2/5/7/10 con peso 2395 g talla 47 cm PC 33 PT 30cm pAbd 29cm. gases de cordon no registran datos. Por adaptacion conducida con VPP pieza en T y masaje cardiaco persistencia de falla ventilatoria se traslada a UCIN Al ingreso Paciente en mal estado general, hipoactivo, poco reactivo palidez moderada, con cianosis distal no luce infectado con desaturacion 58% y sangrado por TOT patron espontaneo irregular se aspira secreciones teñidas de meconio por TOT, se intenta adaptar a CPAP presenta desaturacion hasta 79% requiere ventilacion convencional parametros PIP 18 PEEP 5 PM 8,5 CPM 30 FIO2 30% saturacion 97% Torax simetrico con expansion disminuida dificultad respiratoria, silverman 3/0, retraccion intercostal y subcostal murmullo vesicular disminuido simetrico roncus bilaterales Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulsos simetricos, perfusion distal 3 segundos Abdomen blando depresible no masas, no megalias, no doloroso a la palpacion, onfalo sin sangrado ni secreciones. Genitales externos masculinos normoconfigurados gonadas en escrotopalidez moderada y cianosis distal no ictericia perfusion distal 3 segundos Extremidades simetricas, caderas estableshipoactivo, poco reactivo, no movimientos anormales ni convulsiones fontanela normotensa leve hipotonia generalizada pupilas mioctcas poco reactivas a luz reflejos primitivos no Moro succion y busqueda negativos sarnat II que mas criterios gasimetricos de asfuxia severa mas evento centinela reanimacion avanzada mas falla ventilatoria tiene indicacion de inicio de protocolo de hipotermia terapeutica tipo cool cap. se hospitaliza en cuidado intensivo. Rx torax infiltrado mixto basal y del lobulo superior derecho con broncograma aereo retrocardiaco sugiere aspiracion emconio TOT alto en T1 punta caeter umbilical en auricula se retira 1 cm silueta cardiaca normal gases venosos 16+08h antes de 1 h PH 7,04 PCO2 47 PO2 77 HCO3 12,7 BE -18,1 sugestivos de asfuxia por no disponibilidad de Cool cap se remite para manejo en hipotermia terapeutica por no disponibilidad de COOLCAP, se deja en hipotermia pasiva se comenta con Dr Sergio Torres y se define tramitar remision para enfriamiento terapeutico glucometria 139 mg/dl alta DIAGNOSTICOS recién nacido a término 40 sem con peso bajo edad gestacional | 2395g talla 47cm PC 33 PT 30cm, RCIU asimetrico indice 2,3 madre de 29 años G1P0 grupo B+, control prenatal 4 normales serologia no reactiva prueba treponémica rapida negativa toxoplasma iGG e IgM negativo AgS HB negativo VIH negativo. cesarea por estado fetal insatisfactorio, meconio grado II-III FN 27/01/18 hora 15+16h adaptacion conducida con VPP+ masaje cardiaco + falla ventilatoria /intubacion y soporte ventilatorio Asfuxia perinatal APGAR 2/5/7/10 gases de cordon PH 7,04 HCO3 12,7 BE -18,1 sugestivos de asfuxia sarnat 2 en manejo en hipotermia pasiva por no disponibilidad de COOL CAP Aspiracion de liquido amniotico meconiado riesgos elevados por patologia de base de choque, desequilibrio electrolitico, sangrados, encefalopatia, disfuncion multiorganica, etc.

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

En vista de su estado, es remitido al hospital san Ignacio, a las **8:10 pm**

Nota: 19+35: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL EN PROTOCOLO DE HIPOTERMIA PASIVA EN VENTILACION MECANICA MODO SIMV, EXPANSION TORAXICA SIMETRICA A LA AUSCULTACION RONCUS BILATERALES, SE OBSERVA SANGRADO POR TUBO LE REALIZO DRENAJE POSTURAL, VIBRACION Y SUCCION OBTENIENDO SANGRADO RUTILANTE FRESCO POR TUBO Y POR BOCA Y NARIZ. SE LE AVISA AL DR CARRANZA QUIEN ORDENA PASO DE 0,5 DE ADRENALINA POR TUBO SIN COMPLICACIONES, REQUIERE AUMENTO DE PRESIONES PEEP 7 PIP 20 Y FIOS AL 50%. 20+18: LLEGA AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA TRASLADO DE PACIENTE A SAN IGNACION CON VENTILADOR DE TRANSPORTE SE CONECTA Y SE ADAPTA PACIENTE SATO2: 98% FC. 146X' TEMPERATURA 33,5 GRADOS C.

PLAN: MEJORAR VENTILACION RIESGO DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION

En el Hospital San Ignacio se registró:

CONCEPTO:

RECIEN NACIDO A TERMINO, BALLARD DE 38 SEMANAS, NACIMIENTO POR CESAREA POR ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO, NO REFIEREN EVENTO ADICIONAL EN HISTORIA CLINICA DE REMISION, BAJO PESO AL NACER, APGAR DE 2-5-7/10, REQUIRO VPP, COMPRESIONES TORACICAS, NO SE ESPECIFICAN CUANTOS CICLOS E IOT. TOMAN GASES DE CORDON CON PH DE 7.04 PCO2 DE 47 PO2 DE 77 HCO3 DE 12 Y BEF DE -18.1, INICIAN HIPOTERMIA PASIVA Y TRASLADAN A NUESTRA INSTITUCION.

A NIVEL NEUROLOGICO, SE ENCUENTRA RECIBE RECIEN NACIDO CON COMPROMISO DE ESTADO DE CONCIENCIA DADO POR PERIODOS DE IRRITABILIDAD ALTERNADOS CON PERIODOS DE SOMNOLENCIA, TONO ADECUADO, REFLEJOS PRIMITIVOS CONSERVADOS, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, FONTAENLA NORMOTENSA.

A NIVEL HEMODINAMICO, TENSIONES Y FRECUENCIAS CARDIACAS NORMALES, INGRESA SIN SOPORTE VASOPRESOR NI INOTROPICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, PULSOS CONSERVADOS.

A NIVEL RESPIRATORIO, INGRESA CON IOT, LA CUAL SE RETIRA POR ADECUADO PATRON RESPIRATORIO Y SATURACIONES SUPRAOPTIMAS, SE DEJA CON CANULA NASAL A BAJO FLUJO, CON LO QUE MANTIENE ADECUADAS OXIMETRIAS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, AUSCULTACION SIMETRICA. RX DE TORAX CON OPACIDADES ALVEOLARES PARAHILIARES BILATERALES, CATETER CAVOATRIAL. PRESENTA SANGRADO POR VIA AEREA, SE REALIZA LARINGOSCOPIA Y SE ASPIRA SANGRE BAJO CUERDAS VOCALES.

A NIVEL GASTROINTESTINAL, SIN VIA ORAL, PRESENTA SANGRADO DE VIAS DIGESTIVAS, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA CON 30 CC, RETORNA SANGRE FRESCA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO IRRITACION PERITONEAL. CONTINUA SIN VIA ORAL CON APORTE POR LEV Y NPT.

A NIVEL RENAL, LUCE HIDRATADO, NO SOBRECARGA HIDRICA. SEGUIIMIENTO A BALANCE HIDRICO.

A NIVEL HEMATOLOGICO, PRESENTA COMPROMISO DE ORGANOS BLANCO A ESTE NIVEL, DADO POR SANGRADO POR VIA AEREA Y GASTROINTESTINAL, SE COLOCA DOSIS DE VITAMINA K Y SE SOLICITA HEMOGRAMA Y TIEMPOS DE COAGULACION.

A NIVEL METABOLICO, SE SOLICITA GLUCOMETRIA, SE INICIARA NTP MAÑANA.

SE CONSIDERA PACIENTE CON ASFUXIA PERINATAL MODERADA DADO POR: CRITERIOS A: REANIMACION NEONATAL REFERIDA EN HISTORIA CLINICA Y GASES CON DEFICIT DE BASE, AUNQUE NO CUMPLA CRITERIO DE PH MENOR DE 7. ADEMAS, PRESENTA COMPROMISO DE ORGANOS BLANCO DADO POR TRASTORNO DE

Y la epicrisis establece lo siguiente:

RESUMEN DE ESTANCIA	
27-31.01.18	RECIENTE NADIDO REMITIDO CON CRITERIOS DE ASFIXIA, A SU INGRESO SE CONSIDERA MODERADA CON COMPROMISO ORGANICO BLANCO DADO POR TRASTORNO DE COAGULACION POR EHEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS Y PULMONAR, ALTERACION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, POR LO QUE SE INICIO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA EL 27.01.18, SE REALIZO EXTUBACION PROGRAMADA DEL TUBO EXTRAINTRATUBERIAL, SE REALIZO LARINGOSCOPIA EN LA CUAL SE EVIDENCIA ABUNDANTE SANGRE EN LAS CUERDAS VOCALES. EL 28.01.18 A LAS 22:45 HORAS PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO REQUIRIENDO DOS CICLOS DE VENTILACION SIN MEJORIA, INTUBACION ORTRAQUEAL, DOS DOSIS DE ADRENALINA, SE OBSERVA VIA AEREA EDEMATIZADA, COMPLETO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA EL 30.01.18 EN LA NOCHE ALCANZANDO TEMPERATURA EL 31.01.18 A LAS 03:00, SOMNOLIENTO CON MOVIMIENTOS TIPO TREMOR DE PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES, TRAZADO ELECTROENCEFALOGRAFICO MODERADO ANORMAL. SE REALIZARA RESONANCIA EL DIA 5 Y 7. SE REALIZA NUEVA EXTUBACION EL 30.01.18 CON ADECUADO PATRON, PERO EN LA MADRUGADA DEL 31.01.18 REQUIERE NUEVA INTUBACION, DURANTE LA MAÑANA CON PROGRESION DE LA DESATURACION POR LO QUE SE DECIDE INICIAR VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA, SE PASA DOSIS DE SURFACTANTE. EN EL DETERIORO SE REINICIA DOBUTAMINA Y ANTE CIFRAS DE TENSION ARTERIAL BAJAS SE DEJA ASOCIADO DOPAMINA. TIENE NTP. TIENE SODIO Y POTASIO NORMALES DEL 30.01.18 CON ADECUADO GASTO URINARIO. DE SU APRTE HEMATOLOGICA SE TRANSFUNDE UNA VEZ PLAUQUETAS EN LA MAÑANA Y HA RECIBIDO TRES DOSIS DE VITAMINA K POR PT PROLONGADO, AL IGUAL QUE INR. SE DEJA MORFINA. DE SU APRTE INFECCIOSA ANTE DETERIORO SUBITO SE ESCALENO AMPICILINA Y AMIKACINA. DESPUES DE LA REVISTA DE INFECTOLOGIA SE INICIA CON VANCOMICINA Y CEFEPIME. ASI MISMO SE INICIO GRE DESLEUCOCITADOS EN 3 HORAS CON ESTRUCTURA VIGILANCIA. PENDIENTE NUEVO ECOCARDIOGRAMA ANTE DETERIORO. DURANTE LA TARDE PRESENTA DETERIORO CLINICO CON SHOCK MULTIFACTORIAL PRESENCIA DE HIPOTENSION NECESIDAD DE INICIO DE SOPORTE CON DOBUTAMINA, Y DOPAMINA, NECESIDAD DE INICIO DE VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA
01.02.18	PACIENTE QUIEN EXISTE EN ESTADO CRITICO, CON SIGNOS DE SHOCK SEPTICO EN TRATAMIENTO, REPORTE PRELIMINAR DE HEMOCULTIVOS CON COCOS POSITIVOS 2 BOTELLAS, SE COMENTA CON INFECTOLOGIA PEDIATRICA QUE INESOLICITAN FILM ARRAY SEPSIS CON REPORTE DE S AUREUS RESISTENTE, INFECTOLOGIA CONSIDERA INICIO DE LINEZOLID CONTINUAR VANCOMICINA SUSPENDER CEFEPIME, PRESENTA ABDOMEN A TENSION CON RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AUSENCIA DE GAS DISTAL, VALORADO POR CX PEDIATRICA QUIEN CONSIDERA NO ES CANDIDATO PARA CX. POR EL MOMENTO CONTINUAMOS VIGILANCIA CLINICA EN TRATAMIENTO ANTIBIOTICO. SE EVALUARA EN LA TARDE POSIBILIDAD DE DESCENSO DE PARAMETROS DE VENTILACION.
02.02.18	PACIENTE CON SEPSIS NEONATAL EVOLUCION CLINICA TORPIDA A PESAR DE SOPORTE HEMODINAMICO VENTILACION Y CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO, HOY CON TROMBOCITOPENIA MARCADA POR LO QUE SE DECIDE TRANSFUNDIR PLAQUETAS CADA 6 HORAS, Y POR ANEMIA EN PACIENTE VENTILADO SE DECIDIO INICIO DE TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS, SE ORDENO BUSQUEDA DE FOCOS INFECCIOSOS, ECODOPPLER DE VASOS DEL CUELLO ECOGRAFIA DE ABDOMEN, ECOCARDIOGRAMA Y HEMOCULTIVOS DE CONTROL. SE AUMENTO DOSIS DE INOTROPICOS SIN MEJORIA, PRESENTA CRISIS HIPOXICA Y PARO CARDIORESPIRATORIO INICIA 12:55 HRS SE INICIA MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA, REQUIRIENDO 4 DOSIS DE ADRENALINA, SE CONSIDERA HORA DE LA MUERTE 13:20 HORAS. SE HABLA CON LOS PADRES SE INFORMA CONDICION, SE ORDENA NECROPSIA, SE LLENA FICHA DE MORTALIDAD PERINATAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NECROPSIA, SE DA APOYO RELIGIOSO Y PSICOLOGICO.

En el informe rendido bajo juramento por el representante legal de la Secretaría de Salud (OneDrive 83), se encuentra que, en la investigación por las presuntas fallas brindadas por el CPO y se señala que, mediante auto 3466 del **04 de septiembre de 2020**, se ordenó la terminación del procedimiento administrativo, pues en concepto técnico se evidenciaron **presuntas fallas** relacionadas con la pertinencia médica y profesional, por lo que se compulsaron copias al Tribunal de Ética Médica, así como requerir al comité de historias clínicas para que implemente acciones de mejora frente al diligenciamiento de la historia clínica.

Respuesta. Retomando las respuestas dadas en los numerales 1° y 2°, se informa que la decisión adoptada en el Auto 3466 del 4 de septiembre de 2020, mediante el cual se ordenó la terminación del procedimiento adelantado en contra de la institución CENTRO POLICLINICO EL OLAYA, obedeció a que en el concepto técnico emitido obrante a folios 21 y 22 del expediente, se evidenciaron presuntas fallas relacionadas con la pertinencia médica y profesional, lo cual, no es de competencia de la Secretaría Distrital de Salud.

Así mismo, se dispuso (i) compulsar copia al Tribunal de Ética Médica para el adelantamiento de las actuaciones de su competencia, y (ii) requerir al Comité de Historias Clínicas de la institución para que implemente acciones de mejora frente al diligenciamiento de las historias clínicas.

Se encuentra también la historia clínica prenatal

dia	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei nura	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita
02	06	17	5	41 kg	100/80	-	-	-	-	-	Ingreso	WIB	4mas
09	08	17	20	42	110/70	22 cm	158	+	-	-	160 2 724 - 500 MNT		
09	08	17	24	46	110/70	22 cm	158	+	-	-	MNT - PROT 24h - DGB		
22	11	17	33	50	110/70	28 cm	158	+	-	-	40 MNT + 5000 + NUTEL + ANTIBIOTICO		04-28-17
23	12	17	34	45	100/70	30 cm	158	+	-	-	Adm. (propio)		
25	12	17	35	47	100/70	33 cm	158	+	-	-	MNT		

Allí se puede ver que, asistió a consulta por primera vez, el **02 de junio de 2017**, cuando tenía **5 semanas de gestación**, posteriormente en **septiembre**,

cuando cuenta **con 20 semanas**, luego a las 28, 33 y 34, siempre se registró una frecuencia cardíaca normal y movimientos fetales positivos.

Como se desprende de lo antes visto, se puede concluir lo siguiente:

- Que, la señora Prada Polania asistió a **6 controles prenatales**, sin ninguna complicación, solo tenía bajo peso por lo que fue remitida a nutrición. (Se resalta que asistió por primera vez cuando tenía 5 semanas de gestación y solo volvió a asistir 15 semanas después, esto es cuando tenía 12 semanas de embarazo)
- Que, pese a que llevó a cabo su embarazo con normalidad, ya presentó complicaciones en el proceso de parto.
- Que, de la historia clínica se desprende que, la atención fue permanente, ello se evidencia también en las notas de enfermería, pues si bien no estaba el ginecólogo todo el tiempo con ella, si estaba monitoreada y vigilada, por las enfermeras.
- En este punto se resalta que, si bien se aporta el documento en el que se dice que hay presuntas fallas por lo que se remitió al Tribunal de ética, no se aportó la documentación que da cuenta de dicha investigación, , lo cual de no es un indicio para determinar la falla en la prestación del servicio de salud, así como la atención a la materna.
- Que, las complicaciones en el parto fueron inesperadas y rápidas, pues como se lee en la historia clínica, ingresó el **21 de enero de 2018** a las **7:10 a.m con signos vitales y presión arterial normal, y la FCF de 136 LTS**

Ronda: 27/01/2018 07:10:00a.m. Grupo: HOSPITALIZACION		
Nombre del Campo:	Título del Campo	Resultado:
PRESION SISTOLICA.		134
PRESION DIASTOLICA.		84
PRESION MEDIA		98
PULSO		75
FR RESPIRATORIA		18
TEMPERATURA.		36.5
GLASCOW.		15
OXIMETRIA		99
Comentario: FCF DE 136 LTS POR MINUTO ESCUCHADA POR LA PACIENTE		

A las **10:00 am** la jefe da información del estado de la paciente.

A las **10:30 am** se realiza ronda en compañía de familiar.

A las **11:00 am** termina la hora de visita sin familiar,

A las **12:00 m** se controlan los signos, continuaba normal, con una frecuencia cardíaca fetal de 142

Ronda: 27/01/2018 12:00:00p.m. Grupo: HOSPITALIZACION		
Nombre del Campo:	Título del Campo	Resultado:
PRESION SISTOLICA.		133
PRESION DIASTOLICA.		90
PRESION MEDIA		100
PULSO		70
FR RESPIRATORIA		20
TEMPERATURA.		36.5
GLASCOW.		15
OXIMETRIA		95
Comentario: FCF 142		

a las **12: 30 pm** se registra actividad uterina activa y se deja con monitor.

A la **1:00 pm** continúan bien y en vigilancia del trabajo de parto con monitorización continua de fetocardía, como también que, a la se acude al llamado de la paciente con salida de líquido escaso.

A la **1:20 pm** es valorada por la **Doctora Tamayo**, quien realiza tacto dilatación 4, indica no sentir membranas y se diagnostica bienestar materno fetal, quien indica continuar con el manejo de la paciente con monitoreo, pues tiene mala técnica de respiración,

A las **2:00 pm** es valorada nuevamente por la **doctora Tamayo** quien observa fetocardía a la baja e indica pasar a la sala. Obsérvese que la paciente está constantemente monitoreada y vigilada en interregnos de 30 minutos aproximadamente, y es tan solo a las 2:00 pm, cuando se detectan anomalías en la fetocardía, pese a ello a las 2:40 pm se registra frecuencia cardiaca de 142

a las **2: 40 pm** se traslada a la sala de transición en camilla el feto registra frecuencia cardiaca de 142, escuchada por la paciente.

A las **3:03 pm** se ordena pasar a la paciente a sala de cirugía por bienestar fetal insatisfactorio, por lo que 13 minutos después nace el menor, mediante cirugía – cesárea

A las **3:16 pm se obtiene al recién nacido en mal estado general** con meconio, por lo que se hace reanimación y se entuba. Así continua la atención de del pop de la madre.

Luego entonces, obsérvese que se evidencia que el acompañamiento fue permanente, no obstante, la evolución fue negativa en cuestión de 1 hora, tal y como quedó plasmado en la historia clínica.

Que, además de lo anterior, el feto tenía bajo peso, y retardo en el crecimiento. Hasta este punto no se evidencia falla en el servicio, ni en los controles prenatales, ni en la atención del parto, como tampoco en la cirugía.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que en la audiencia de pruebas se llevó a cabo el testimonio de los galenos que atendieron a la señora Bejarano, allí se recibió la declaración del doctor **HAROLD CALIXTO HERRERA** que se llevó a cabo en la audiencia de pruebas se indicó que este acudió al llamado de la médica que estaba encargada del proceso del parto, dice que él estaba de turno en el área de cirugía.

Dice que, el proceso de parto está consignado en la historia clínica, que, él hace una anotación a las 10 de la mañana y encuentra a los pacientes en buen estado con estado de dilatación 3, con una frecuencia cardíaca dentro de los parámetros normales, e hizo la anotación en la historia clínica.

Manifiesta que, existen tiempos en el proceso de cirugía y que pueden tomar esos tiempos para descansar o para realizar la evaluación de los pacientes. Indica que, el día que la ingresa, se hace una ecografía al momento del ingreso, que deben ser leídos por quienes la reciben, afirma que su trabajo es revisar cómo va el trabajo de parto.

Afirma que, las complicaciones, no las conocía hasta el momento que acude al llamado de la doctora para realizar la cesárea, quien solicita el traslado de la paciente, quien constató a través de un Doppler que los latidos del bebé estaban muy altos, por lo que decide hacer la cesárea, traslada la paciente inmediatamente y deciden hacer la cesaría.

Señala que el bebé nace en regulares condiciones, con una mala adaptación al medio externo, dice que muchos bebés ante el cambio al mundo externo, nace respirando, pero no con un patrón respiratorio bueno, el líquido amniótico sale con meconio.

Indica que, dan un informe a la familia y a la paciente indicando las condiciones en las que nace el bebé, no sabe las condiciones previas, pues no era su competencia, pues solo acudió al llamado por la taquicardia del menor.

Por otro lado, el interrogatorio de **ALEJANDRA RÍOS**, manifiesta que estaba el día del trabajo de parto, pasando revista en la jornada de la mañana, y a la 1 de la tarde recibió como apoyo de la sala de parto, en ese momento hizo cambio con el **Doctor Harold Calixto**, él se fue a la hora de almuerzo y recibió a las paciente de la 1pm con la médico hospitalario **Lorena Tamayo**, que llegaba como refuerzo de sala de parto, dice que la paciente estaba en trabajo de parto, señala que sobre las 2 de la tarde entra en trabajo de parto expulsivo, por lo que la pasan a sala de partos, y por baja en la frecuencia cardíaca, por lo que hace llamado al segundo ginecólogo **Harold Calixto**, y se decide pasarla a cesárea, quien es operada por este último.

Indica que, de **10 am a 2 pm** en sala de partos estaba el doctor **Calixto**, que ella pasó revista en la mañana y sobre la 1 de la tarde entra a sala de parto, que a las **7 am** las distribuyen para hacer las revistas, indica una primera

monitorización, y a la **1 pm** ve la evolución del trabajo de parto, con los signos vitales reportados, que no presencié la ruptura de membranas.

Dice que tienen 10 camas de atención de trabajo de parto, donde está la paciente durante todo el trabajo de parto, y hay otra sala cuando ya va a nacer el bebé, también hay sala de cirugía. que es cuando se va a trasladar a la sala de parto cuando se detecta la baja frecuencia cardiaca.

Señala que, cuando valora a la paciente antes de la 1pm no ameritaba cesárea, pues el trabajo de parto era normal, ya que, se llevan bajo el criterio de urgencia bajo el trabajo de parto por una baja de la frecuencia cardiaca, que indica que se debe llevar a cabo en un tiempo menor para que nazca. Agrega que en el caso en estudio la paciente ya estaba en la sala de partos,

Afirma que los internos rotan en la sala de parto, ellos están en la formación académica, pero quien estuvo a cargo fue la **médica Tamayo**, habla sobre la desaceleración de la curva de crecimiento, con bajo peso. Indica que estado fetal insatisfactorios, es un cambio de frecuencia cardiaca, ante lo cual se debe hacer la cesárea de urgencia.

Por su parte, el doctor **LEONARDO FONTALVO**, quien atendió a la paciente el **23 de enero de 2018**, esto es antes, de la fecha del parto rindió declaración, indicando la atención dado en el centro policlínico del Olaya, indica que son aproximadamente 25 ginecólogos y de día hay como 10, dice que lleva 15 años de estar trabajando allá y que conoce a los pediatras, que cuentan con recurso de alta tecnología, dice que cuando las pacientes ingresan se les hace monitoria fetal para confirmar el bienestar fetal, y también a través de ecografía. Como también que, siempre cuentan con enfermeras, dice que todos los ginecólogos se apoyan. Explica qué es el monitoreo y habla sobre los parámetros que se evalúan, relata que es el único método en Colombia para hacer el diagnóstico de bienestar fetal.

Dice que se basa en la historia clínica, por el volumen de pacientes, y que no había alteración en la frecuencia cardiaca, manifiesta que no se desembaraza antes de tiempo salvo que esté en riesgo la vida del feto. Hace un recuento del procedimiento para los partos, adicionalmente señala los casos en los cuales se debe estar en vigilancia permanente, como por dolor de cabeza intenso, sangrado, líquido, bradicardia, o actividad uterina intensa. Señala los riesgos de realizar una cirugía sin tener criterio, como una hemorragia, infección intrahospitalaria, embolia, infarto, el riesgo de la anestesia, y las pacientes por estar embarazadas son de alto riesgo y que el caso expuesto era innecesario

Dice que el tapón mucoso es el moco que está en el cuello y su función es evitar que suban o entren infecciones. La expulsión fue lo que ella llegó refiriendo, es algo totalmente fisiológico y se puede dar días antes de iniciar el verdadero trabajo de parto y no es indicativo para realizar una cesárea, ni de

hospitalización, lo que no es normal es sangrado es otra característica para evaluar si requiere hospitalización o cesárea de urgencia, la señora llegó con el cuello cerrado, sin sangrado y en condiciones normales, con las pruebas de bienestar fecal adecuadas, por lo que no había ningún motivo para obrar de otra manera.

Explica lo referente a los protocolos, indicando quien los elabora, qué equipo participa, quien los avala, dice que es una guía de los pasos que se deben hacer en casos de patologías ginecológica, los estudios, tratamiento, medicamentos, y todo lo referente a las patologías, agrega que está basado en las guías de la Secretaría de Salud.

Habla sobre la cesárea, cómo se hace, en dónde se hace, dice que la sala que se usa es la próxima a la sala de partos, pero hay otras salas, dice que hay muchas patologías que requieren hacer la cesárea, y la señala. También expone qué es el sufrimiento fetal, por ausencia de líquido, bradicardia, baja oxigenación, dice que de lo que leyó en la historia clínica dice que la cesárea se dio por bradicardia, dice que el evento se dio en menos de 20 minutos, por lo que es un evento agudo, dice que es frecuente que un parto que viene desarrollándose normal desemboque en un evento agudo.

Relata que, en un turno de **12 horas**, pueden hacer aproximadamente entre **10 y 15 cirugías obstétricas**, dice que la sala de cirugías requiere un cirujano permanentemente. que no había pertinencia para llevar a cabo una cirugía, que en el momento en el que la atendió a la paciente estaba en buenas condiciones, no tenía dilatación cervical, la monitoria demostró bienestar fetal y no daba para dejarla hospitalizada.

Por otro lado, la **DOCTORA CAROLINA NÚÑEZ**, pediatra, quien trabaja en el CPO, dice que al sacar el bebé salió en malas condiciones generales, con frecuencia cardiaca menor de 50, hipotónico sin esfuerzo respiratorio se inician maniobras de reanimación, masaje cardiaco, se intuba, y allí encuentra liquido meconiado en las cuerdas vocales, se traslada a UCI.

Dice que el servicio de adaptación neonatal, está compuesto por un auxiliar de enfermería y un pediatra, tiene todo el equipo para reanimar al paciente, ese mismo equipo está en la sala de cesáreas, expone como se hace el procedimiento después del nacimiento, dice que en este caso el paciente no tenía esfuerzo respiratorio, que pasa a la lampara de calor radiante, si no tiene esfuerzo respiratorio se pone oxígeno con máscara y si no se intuba, el paciente, indica que el líquido amniótico estaba meconiado y el bebé alcanzó a bronco aspirar, por ello no tenía un esfuerzo respiratorio al momento de nacer, lo cual mejora cuando se intuba, allí se obtiene patrón respiratorio, mejora la frecuencia cardiaca, mejora el tono y el color.

Agrega que el paciente nació deprimido tenía diagnóstico de asfixia perinatal, allí se toma una muestra del cordón umbilical, dice que no marcó ningún valor, tenía que marcar pH, el valor de oxígeno, lo cual es indicador de

que el paciente nació muy mal o que la muestra fue insuficiente y por eso no marcó nada, dice que no tiene acceso a la HC de la UCI neonatal para saber si allá le tomaron.

Depone que las maniobras de adaptación se ven en el pensum académico en la residencia de pediatría y además de eso se hace un curso cada dos años de reanimación neonatal, por los cambios dentro del proceso.

Afirma que no se sabe en qué momento en el desarrollo del trabajo de parte se presenta el evento agudo súbito

Ahora bien, de la revisión integral del caudal probatorio arrimado al proceso, es evidente que de la información consignada en la historia clínica de la paciente permitió a este despacho llegar a la conclusión de que, los médicos tratantes no incurrieron en una falla del servicio médico, jamás se privó a la paciente de un tratamiento idóneo, pues las historia clínica y los testimonios, e interrogatorios son consistentes en afirmar que llegó que estuvo monitoreada y en permanente vigilancia y que siendo la 2:00 pm, se encontraba en buenas condiciones generales.

A lo anterior se suma que, como se mencionó con antelación, la paciente ingresó por sus propios medios, con normalidad, por el servicio regular, se le hizo triage, y se le tomaron los signos vitales al binomio madre – feto, sin que se requiriera una cirugía por urgencias.

Luego entonces, se tiene que, como quedó consignado en la historia clínica la paciente tuvo una atención constante desde su ingreso, con monitoreos permanentes y vigilancia, tan es así que según la historia clínica recibe visita a las 11:00 am, y está con un familiar en completa normalidad.

Por otro lado, es claro que, si bien se afirma que no estuvo atendida, se constata que estuvieron presentes el doctor Harold, la doctora Rios, y la Doctora Tamayo, además de médicos internistas y las enfermeras.

Debe tenerse en cuenta que, pese a que estaba programado un parto vaginal, la evolución del proceso que hasta las **2:00 pm** fue normal, derivó en una cesárea de emergencia al detectar cambios en la frecuencia cardiaca, sin que se evidencia demora alguna en este interregno, o falta de diligencia en la intervención. Es claro que, el menor meconio el líquido amniótico y lo bronco aspiró lo que a la postre llevó al fatal desenlace. Ahora bien, tampoco se encontró de la atención posterior al parto alguna falla atribuible a la pediatra que atendió al menor, puesto que se hicieron las maniobras de reanimación de inmediato, así como la intubación para proporcionar oxígeno al menor.

En este punto es relevante resaltar, que, si bien se solicitó y decretó un dictamen pericial, la parte demandante no lo presentó a la audiencia de pruebas, por lo tampoco hay claridad pericial sobre las causas del deceso,

Medicina Legal remitió la siguiente respuesta (24 de abril de 2024):

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	Código del formato: DG-A-P-092-F-001
	FORMATO RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN	Versión: 02
		Página 2 de 2

II. RESPUESTA

Atentamente se acusa recibido de su petición junto con el auto del Juzgado 31 Administrativo, y se informa que, conforme al derecho a turno, (Artículo 15 de la Ley 962-2005. Artículo 13 de la Resolución 000509 de septiembre 10 de 2018), el presente caso será asignado a un perito del Grupo de Patología Forense, para revisión y análisis de la histórica clínica; de llegarse a requerir interconsulta con especialistas médicas, le informo que Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, sólo cuenta con la Especialidad de Ginecóloga y Cirugía General; las demás, deben ser requeridas por la autoridad competente a Facultades de Medicina, y/o Hospitales Universitarios, en donde en su Programa presente las especialidades requeridas.

Lo anterior se suma que, no se halló en el proceso el acta de necropsia.

Para concluir, no se observaron demoras en la prestación del servicio, o un servicio inadecuado, por el contrario de la historia clínica se extrae claramente que la atención prestada fue constante y permanente, tendiente a salvar a la materna y al bebé, pero ante la complicada e inesperada evolución del parto, el desenlace no era evitable, se recuerda que, pese a que la paciente ingresó con signos vitales normales así como el bebé con una frecuencia cardiaca adecuada, es tan solo una hora antes de la cesárea de emergencia cuando se evidenció la alteración de la frecuencia cardiaca del menor trayendo como consecuencia el desafortunado desenlace ya conocido. Sin que ello signifique per se, que dicho resultado hubiera sido producto de una falla en la prestación del servicio médico obstétrico.

Ahora bien, en lo que respecta a la pérdida de oportunidad, el H. Consejo de Estado ha sostenido que la pérdida de la oportunidad se funda en el daño derivado de la lesión a una expectativa legítima²⁵, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.

Dicha Corporación ha precisado además que es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual, debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de

²⁵ Consejo de Estado - Sección Tercera – Subsección. Sentencia del 31 de agosto de 2015. C.P.: Ramiro Pazos Guerrero (Radicado 22637)

probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió²⁶.

Entonces, al no encontrarse suficientemente probado que por no haber hecho la cesárea antes de la hora en que se llevó a cabo, el resultado sería diferente. Pues no quedó demostrado que, una expectativa legítima o el chance de salvarse la vida del nasciturus, no es posible hablar de una falla en el servicio por pérdida de la oportunidad.

Adicionalmente es importante recordar que los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, **no pueden constituir fundamento para imputar el daño cuando este es atribuible a causas naturales**, como aquellos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, **bien porque el organismo de la paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos**, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Esto quiere decir que, puede atribuirse responsabilidad a quien estaba llamado a prestar el servicio en forma idónea y oportuna, cuando se extrae de las pruebas vertidas en el plenario que la entidad infringió el deber funcional de evitar o prevenir el resultado dañoso. En ese sentido, el fundamento para imputar el resultado dañoso en el presente caso se construye sobre razones de derecho y no sobre razones de hecho, en virtud de las cuales se atribuiría la responsabilidad a la entidad demandada, en la medida que compruebe que infringió los estándares normativos funcionales fijados por el orden jurídico.

Así, para el Juzgado es claro que **la clínica demandada**, adoptó las medidas necesarias y suficientes con miras a ofrecer un tratamiento adecuado. Lo anterior quiere decir que el personal médico y asistencial prestó debidamente el servicio, por cuanto utilizó oportunamente todos los recursos científicos y técnicos a su alcance para salvaguardar la vida e integridad física de la madre gestante y su hijo.

Luego entonces, es preciso señalar que, de lo probado en el proceso no se demostró que se hubiera presentado mala praxis, por el contrario de la historia clínica, es posible determinar que, a la actora, se le prestó una atención pronta, que se le llevaron a cabo los exámenes diagnósticos, los laboratorios y demás atenciones médicas, y se puede concluir que el servicio prestado no fue deficiente, defectuoso o insuficiente, y que la carga procesal de demostrar la falla en el servicio no fue cumplida por la parte demandante.

²⁶ En la doctrina colombiana existen autores como Luis Felipe Giraldo Gómez que en su libro *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil*. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, consideran que la pérdida de oportunidad es un daño autónomo. La Subsección B de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sus diferentes pronunciamientos ha adscrito su postura a este enfoque de la pérdida de oportunidad.

Así las cosas, toda vez que no se acreditó la falla en el servicio por parte del **Policlínico del Olaya**, no hay falla atribuible a las demás demandadas que no intervinieron en la prestación del mismo, y en ninguna otra falla que se encuentre demostrada. Luego entonces, para el Juzgado no existe responsabilidad que sea endilgable a las demandas, en tanto que no está acreditado que se hubiera incurrido en falla en el servicio, pues los medios de prueba aportados no se logró demostrar dicha situación, más aún si se tiene en cuenta la actitud tomada por la parte demandante, quien, pese al aplazamiento de la audiencia de pruebas, no cumplió con la carga probatoria.

Ahora bien, en lo que respecta a la falta de legitimación de la **Secretaría de Salud de Bogotá**, se declarará probada la excepción, habida cuenta de que dicha entidad no tiene relación con los hechos que se demandan, ni tampoco tiene relación ya que su función es ejercer inspección, y vigilancia en cuanto al control sanitario sobre las IPS²⁷.

6. COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO EN LA PRESENTE ACTUACIÓN:

6.1. Costas y expensas: El Despacho no encuentra, que se hayan causado costas y expensas.

6.2. Agencias en Derecho: Para fijar las agencias en derecho el Despacho tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- a. La fijación de agencias, está determinado por un criterio objetivo referido a la "parte vencida en el proceso"²⁸.
- b. La tasación está regulada por el Acuerdo PSAA16-10554 de 5 de agosto de 2016, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura que para un proceso de primera, corresponden hasta por el 10% de la condena o las pretensiones de la demanda.
- c. Así las cosas, teniendo en cuenta el valor de las pretensiones, el Despacho fija agencias en derecho a favor de cada una de las demandadas, **atendiendo el Arbitrio Juce, la suma equivalente a 1 SALARIO MÍNIMO LEGALE MENSUALES VIGENTES (1 S.M.L.M.V.) la cual deberá pagar la parte actora**, una vez quede ejecutoriada la presente sentencia.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Uno Administrativo Oral de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

²⁷ Ley 715 de 2001

²⁸ Ver el Artículo 188 de C.P.A.C.A.

PRIMERO. - NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte considerativa.

SEGUNDO: Se fija por agencias en derecho a favor de cada una de las demandadas, **atendiendo el Arbitrio Judice, la suma equivalente a 1 SALARIO MÍNIMO LEGALE MENSUALES VIGENTES (1 S.M.L.M.V.) la cual deberá pagar la parte actora**, una vez quede ejecutoriada la presente sentencia.

TERCERO: DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN de falta de legitimación en la causa por pasiva, propuestas por la SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ. De conformidad con lo expuesto.

CUARTO: La presente sentencia se notifica de conformidad con lo establecido en el artículo 203 del CPACA, a los siguientes correos electrónicos:

dianamile_26@hotmail.es
notificacionjudicial@saludcapital.gov.co - notificacionesjudiciales@saludcapital.gov.co
jslcastro@saludcapital.gov.co
andresdewdney@hotmail.com
notificacionesjud@saludtotal.com.co
notificacionesjudicialescpo@cpo.co
adrianamorenomz@hotmail.com
snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co
notificacionesjudiciales@allianz.co
notificaciones@gha.com.co
notificacionesjud@saludtotal.com.co
mariasancm@saludtotal.com.co
procjudadm83@procuraduria.gov.co
contabilidad@medicallth.com
sanchezmjuliana@hotmail.com
pedrovelandiaperez@gmail.com
haroldherr@hotmail.com
sanchezmjuliana@hotmail.com
notificacionjudicial@saludcapital.gov.co
conava@conava.ne
dirigaba@gmail.com
cpatino@saludcapital.gov.co

QUINTO: Ejecutoriada la presente providencia, liquídense por Secretaría los gastos ordinarios del proceso y, en caso de existir remanentes, devuélvanse al interesado; lo anterior de conformidad a lo establecido por el Artículo 7° y 9° del Acuerdo No. 2552 de 2004 de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE


CORINA DUQUE AYALA
 Juez