Santiago de Cali, noviembre 28 de 2023.

Señor
JUZGADO 10 ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA: REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE: WENDY PAOLA ZUÑIGA TORRES Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
RADICACION: 2018-125

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Mediante esta apoderada judicial los señores **WENDY PAOLA ZUÑIGA TORRES, FABIOLA TORRES BENITEZ, CARLOS DAVID OROBIO CAMACHO, LEIDY DAYANA ZUÑIGA TORRES, VIVIANA ANDREA ZUÑIGA TORRES, GLORIA INES CAMACHO VALENCIA Y GUIDO FERNANDO ZUÑIGA (Q.E.P.D)** instauraron demanda civil con el fin de que mediante sentencia judicial se declare que las demandadas son **ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES** por los daños morales causados a cada uno de ellos por el fallecimiento de la bebé de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA**, en la unidad de cuidados intensivos de neonatos del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE** el día 20 de abril del 2016.

SINTESIS DE LOS HECHOS

El día 12 de abril del 2016 la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA**, ingresó al servicio de urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE,** con el fin de que se atendiera su parto que se encontraba en pretérmino y que finalmente culminó a través del procedimiento quirúrgico denominado cesárea el día 20 de abril a las 7:05 p.m., cuando se extrae al bebé del útero de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA**, bebé que nace deprimido por lo que le realizan maniobras de reanimación, es entubado y trasladado a la sala sirena del **HUV** donde fallece el 20 de abril del 2016 a la 8:15 p.m., es decir una hora y diez minutos después de su nacimiento.

En relación con los hechos de que trata este proceso, obra en el expediente las siguientes pruebas susceptibles de valoración:

1. la historia clínica perinatal simplificada aperturada a la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA,** en el puesto de salud del barrio Puerto Mallarino, que pertenece a la Red de Salud del Norte E.S.E, donde se constata que la madre gestante de manera cumplida acudió a sus controles prenatales oportunamente los días **2**4 de septiembre de 2015, noviembre 15 de 2015, enero 21 del 2016, febrero 27 de 2016, marzo 31 de 2016 y abril 7 de 2016, que arrojaron **total normalidad** del feto en relación con su frecuencia cardiaca y tensión arterial de la madre gestante, es decir que el bebé presentaba un excelente bienestar fetal y la madre gestante, se encontraba en buen estado de salud.

2. Historia clínica de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA TORRES**, aperturada en el **HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO,** el día 11 de abril del 2016 a las 6:18 p.m., al que ingresó por el servicio de urgencias. Al examen físico se encontró una hipertensión gestacional (149/85), seis contracciones por minuto, refirió mareo y fosfenos, edema grado II de miembros inferiores y obesidad de la gestante; la atención medica termina con el egreso de la paciente con unas recomendaciones y con una remisión para parto en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE (nivel III)** si persistía la sintomatología antes relacionada.

3. Historia clínica de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA,** aperturada en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE** desde el día 12 de abril del 2016, fecha de su ingreso hasta el día 20 de abril del 2016. En esta historia se constata que evidentemente la madre gestante fue atendida en esa institución medica en el periodo de tiempo antes indicado en su etapa final del embarazo y parto por vía vaginal o por cesárea como finalmente sucedió.

4. Copia del resultado de necropsia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que concluyó que la muerte de la recién nacida ocurrió en el contesto de la anoxia anoxica secundaria a insuficiencia respiratoria aguda, debido al sufrimiento fetal agudo. En el mismo informe pericial como hallazgo encontró edema cerebral con hemorragia subaracnoidea y edema pulmonar marcado.

5. Copia del acta de reunión del comité de Mortalidad Neonatal No. 2, donde se analizó el caso de la paciente **WENDY PAOLA ZUÑIGA** y su bebé celebrada el 03 de mayo del 2016, reunión de la que participaron médicos del **HUV** señores **MARIA EUGENIA ACEVEDO, MARTHA PALADINES, HEBERTH ANTONIO**, donde se constataron las siguientes situaciones o irregularidades en la atención prestada en el servicio **GINECOBSTETRICO** a la madre gestante y su bebé, que se relacionaron de la siguiente forma:

   Traslado de la paciente a la sala de partos en horas de la tarde, no disposición del quirófano en el área de partos para cirugía de urgencias, no funcionó la planta del hospital para funcionamiento de ascensores, no presencia de asistencial de pediatría al momento del nacimiento del recién nacido, registros médicos y de enfermería incompletos, inadecuada comunicación por parte del asistencial de pediatría con el equipo interdisciplinario encargado de la cesárea.

6. Dictamen medico pericial, llevado a cabo por el doctor **HEBERTH QUINTERO FAJARDO**, especialista en **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA** de fecha 25 de septiembre del 2023, donde concluye que la recién nacida presentó una circular de cordón la cual esta descrita en la literatura como causa de hipoxia fetal; que el día 20 identifican los médicos tratantes de la madre gestante, una presencia de desaceleraciones en el monitoreo fetal, por lo que llegan a un diagnostico de sufrimiento fetal y ordenan terminar el embarazo con una cesárea de urgencia obstétrica; orden medica que se demora por cumplir

porque no había disponibilidad de anestesiólogo, tampoco había disponibilidad de servicio eléctrico, por lo que se demora el traslado e ingreso de la paciente al quirófano para practicarle la cesárea que le fue ordenada como urgencia obstétrica y finalmente dice que, lo acontecido en la atención medica de la madre gestante lo define como un **evento adverso prevenible**, en el sentido, de que si se maneja alto volumen de flujo de pacientes obstétricas, deben haber más salas quirúrgicas disponibles para casos de urgencia, debe de haber un buen mantenimiento a la planta eléctrica para garantizar el funcionamiento de equipos médicos y maquinas vitales, para el mantenimiento de la salud de los pacientes que para este caso, se trata del ascensor el cual es fundamental para el traslado rápido y oportuno de la paciente al área quirúrgica.

HIPOTESIS DE ESTA APODERADA JUDICIAL

Con las pruebas antes relacionadas, dan cuenta que el proceso de gestación de la señora **WENDY ZUÑIGA,** que fue controlado inicialmente en la Red de Salud del Norte E.S.E, a través del puesto de atención de salud del barrio Puerto Mallarino, fue normal, que no tuvo ninguna complicación, no se advirtió la existencia de ningún riesgo con el desarrollo de la criatura, ni para el alumbramiento, además que la madre gestante asistió mes a mes a sus debidos controles prenatales.

En la historia clínica perinatal se consignaron los resultados de los controles practicados a la madre gestante los día 24 de septiembre de 2015, 08 de noviembre de 2015, 21 de enero de 2016, febrero 237 de 2016, marzo 31 de 2016 y abril 07 de 2016, en todas estas ocasiones, se señala que la paciente se hallaba en buenas condiciones, con movimientos fetales activos, con frecuencia cardiaca fetal dentro de los parámetros normales, con una tensión arterial de la madre gestante de absoluta normalidad, lo que hacía presumir una terminación del embarazo sin complicaciones.

Me pregunto ¿cuál es la explicación medica de la muerte del bebé una hora y 10 minutos después de haber sido extraído del útero de su madre, mediante el procedimiento quirúrgico denominado cesárea.?

Para dar respuesta a esta pregunta, es necesario precisar los acontecimientos que se dieron antes y después del nacimiento del bebé.

ANTES DE LA CESÁREA:

1. Tenemos que la madre gestante ingresó al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, el día 12 de abril del 2016 a las 6:48 p.m., a su ingreso se establece que el bebé de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA,** presenta una frecuencia fetal cardiaca de 134 latidos por minuto y la madre gestante presenta una presión arterial de 124/32, información que se encuentra dentro de los parámetros normales. Esta atención termina con un diagnostico de trabajo de parto pretérmino y con una justificación de riesgo materno fetal, por presentar como factores de riesgo una obesidad mórbida por exceso de calorías y amenaza de parto.

Transcurre la permanencia de la madre gestante en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE** el día 13 de abril con un diagnóstico de amenaza de parto, obesidad materna por exceso de calorías y se verifica que el feto se encuentra vivo con tensión arterial de la madre gestante en parámetros normales y sin actividad uterina, con paraclínicos de control en rangos de normalidad.

Los días 14, 15, 16 y 17 de abril de 2016, continua la madre gestante en observación en la sala de **ARO** (Alto Riesgo Obstétrico), hemodinámicamente estable, sin taquicardia fetal, con amenaza de parto pretérmino, por lo que, se inicia maduración pulmonar, con una presión arterial materna normal.

El día 18 de abril de 2016, en la valoración que le hizo la doctora Liliana Hurtado Zegovia, consignó que se trataba de un embarazo de 36 semanas y 4 días, con amenaza de embarazo pretérmino, obesidad materna y anemia leve, con un feto único vivo, con una frecuencia cardiaca de 132 latidos por minuto y la madre gestante con una tensión arterial de 120/100 (tensión arterial fuera de crisis), con paraclínicos sin alteraciones y madre hemodinámicamente estable; con una orden médica para realizarle un examen de proteína en orina para 24 horas, que no se ha podido analizar su resultado **por falta de reactivos, porque el HUV no cuenta con ellos.**

El día 19 de abril del 2016, al ser valorada la madre gestante encontrándose en la sala de **ARO,** al revisar sus signos vitales, se encuentra una tensión arterial materna de 130/90, un feto único vivo, con una frecuencia cardiaca de 128 latidos por minuto (frecuencia fetal), y en esta atención se ordena ecografía obstétrica y otros paraclínicos.

El día 20 de abril del 2016 a las 6:07 a.m., nuevamente se valora a la madre gestante, que en criterio del médico, ella se encuentra estable, con cifras tensionales normales, **sin signos clínicos de infección**, **sin taquicardia fetal**, **con una orden sin cumplir de suministro de líquidos de mantenimiento**, por lo que, se insiste al personal de enfermería, para que lo suministre y se ordena el traslado a la sala de partos, para inicio de maduración cervical porque al día siguiente cumpliría las 37 semanas de gestación.

El mismo 20 de abril, pero a las (16:42) 4:42 p.m., ingresan a la sala de partos a la madre gestante y como notas medicas relevantes, se consigna que no se ha encontrado **evidencia objetiva de foco infeccioso**, **sin alzas térmicas, con la tensión arterial materna en limites de normalidad, con urocultivo negativo, con RX de tórax negativo, y sin taquicardia materna ni fetal, sin actividad uterina de trabajo de parto**, **con resultado de monitoria fetal, reactiva con categoría 2, por desaceleración variable, se ordena un PTC (Prueba de Tolerancia de Contracciones) con oxitocina,** con un resultado de monitoria fetal que muestra **DESACELERACIONES SEVERAS**, por lo que se ordena, **PROGRAMAR CESÁREA**, esta última orden es impartida por la doctora Martha Lorena Paladines, como **URGENCIA OBSTÉTRICA**.

De las anteriores notas médicas, es fácil concluir que hasta las 4:42 p.m. del día 20 de abril del 2016, la madre gestante, se encuentran en un muy buen estado, **sin foco infeccioso**, **sin alzas térmicas**, **con una tensión arterial en limites de normalidad, con un urocultivo negativo y con un RX de tórax negativo y sin actividad uterina de trabajo de parto**. Por el contrario, con el resultado de la monitoria fetal, se observa que el feto presenta **DESACELERACIONES SEVERAS**, por lo que se ordena terminar el embarazo por cesárea, orden esta que se impartió el mismo 20 de abril de 2016 a las (16:42) 4:42 p.m., por la doctora Martha Lorena Paladines.

DESPUES DE LA CESÁREA:

El día 20 de abril del 2016, a las (19:05) 7:05 p.m., se ingresa la madre gestante a sala de cirugía, el parto por cesárea es atendido por el doctor **HEIBERG ALFRANIO ACOSTA,** médico ginecólogo y obstetra, quien consigna en la historia quirúrgica de evolución que a las 7:18 p.m. extrae al recién nacido, quien nace deprimido con una calificación de Apgar de 7, quien lo entrega al pediatra (información falsa), porque por anotación en historia clínica de la doctora **OLIDA MANUELA CASTILLO**, quien en ese momento era médico residente de pediatría, en el acápite de "**OBJETIVO**" indica lo siguiente "**recién nacido femenino 36.6 semanas, que nace en sala de cirugía en malas condiciones generales, deprimida - hipoactiva, recibido por enfermera jefe y anestesióloga de turno quién dan los primeras medidas de reanimación debido a que no se encontraba en el momento asistencial de turno, al momento de llegar a la sala de cirugía encuentro paciente hipoactivo se encuentra con VPP paciente responde con coloración rosada y un llanto, por lo que se decide entubar con tubo número 3, es evaluado por anestesióloga quien indica que no está bien posicionado (extubado) y ella decide entubar, paciente responde con frecuencia cardíaca de 65 latidos por minuto y se decide trasladar a sala de cirena**"

Por historia clínica sabemos que el bebé nació en **regulares condiciones generales, con pobre esfuerzo respiratorio,** que fallece en la sala sirena del **HUV,** el día 20 de abril del 2016 a las 8:15 p.m., y su cuerpo es enviado al anfiteatro, donde se le realizó la necropsia 2016010176001001017, por el doctor **OSCAR ALONSO PLAZA PATIÑO.**

Analizada la anterior información, es fácil concluir, que hubo **DEMASIADO RETARDO** en el traslado de la madre gestante al quirófano 10 de la sala 4 que le fue asignado para realizar la cesárea de urgencia a la madre gestante; entre la conducta medica impartida por la doctora Martha Lorena Paladines (programación de la cesárea) y la realización de la cirugía (cesárea), transcurrieron 2 horas y 23 minutos, retardo que para el bebé, resultó fatal porque al presentar una circular de cordón apretada (colapso de cordón), no le llegaba suficiente oxígeno a sus órganos, teniendo en cuenta que a través del cordón umbilical la madre gestante le aporta oxígeno y sangre rica en nutrientes hacia el cuerpo del bebé.

La cesaría que se ordenó como una **urgencia obstétrica**, la cual es definida por la literatura médica como complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal; esta urgencia en este asunto, tenía como única finalidad que en la menor brevedad posible en el tiempo de demora se terminara el embarazo de la madre gestante con el fin de tener una mayor posibilidad de un pronóstico de supervivencia materno-fetal.

Indica la literatura médica, que, si antes del parto se detectan criterios que puedan hacer sospechar alteraciones o anomalías en el feto o en su madre, se deben comenzar a ejecutar las medidas de emergencias que sean necesarias para la resolución del mismo y derivar al obstetra; por eso es de vital importancia, la **INMEDIATA ACTUACIÓN** dado que esto mejora notablemente el pronóstico de supervivencia tanto de la madre como del feto.

La literatura médica, también dice que el **prolapso de cordón es una emergencia obstétrica**, porque esta genera un riesgo asociado a la compresión que puede producir la oclusión de la vena umbilical, provocar el vaso espasmo de esta arteria, que trae como consecuencia directa la disminución o interrupción de la circulación funicular y los intercambios gaseoso, entre placenta-feto, derivando en el compromiso de la oxigenación fetal, causante de daños neurológicos o incluso muerte fetal.

Por otro lado, una vez el bebé es extraído del útero de la madre, este nace **en malas condiciones generales deprimido, hipoactivo** y es entregado por el ginecólogo a la **enfermera jefe y anestesióloga** de turno, quienes dan las primeras medidas de reanimación; entubándolo, porque ya que no se encontraba en el momento la asistencial de turno en pediatría (quien por su especialidad debía haberla recibido); la enfermera jefe lo entubo y al percatarse la anestesióloga que estaba mal intubado, lo extuba y vuelve la anestesióloga a intubarlo, para así continuar con el VPP (ventilación con presión positiva); el bebé responde con una frecuencia cardíaca de 65 latidos por minuto, que se encuentra por debajo de los rangos normales y es por lo que se traslada a la sala sirena, debido a **su poco esfuerzo respiratorio.**

Obsérvese señor juez, que, aunque la cirugía fue realizada por un ginecólogo obstetra, el bebe que nació con poco esfuerzo respiratorio, no fue recibido por el personal médico idóneo especialistas en maniobras reanimación con habilidades y conocimientos en el tratamiento de urgencias en recién nacidos (médico de pediatría o neonatos), factores estos claves para mejorar la tasa de supervivencia del binomio madre-hijo.

La literatura médica indica que los asistentes al parto, deben estar perfectamente preparados, para dar apoyo en la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficiente y seguras, incluso cuando se produzca cualquier siniestro que pueda alterar el trascurso normal del bebé, así como estar dotados de conocimientos y habilidades actualizadas, que incluye el conocimiento actualizado de los protocolos estandarizados, vigentes para todos los profesionales que asisten al parto para dar respuesta a complicaciones derivadas de este proceso, sobre una correcta actuación de estas situaciones de emergencia.

Así las cosas, es fácil concluir que por la interrupción del suministro de oxigeno a través del cordón umbilical, por presentar circular de cordón apretado, literalmente la bebé de **WENDY PAOLA ZUÑIGA,** se estaba ahogando dentro del útero de su madre, por lo que, al nacer, se hacía necesario intubar, correctamente por personal médico entrenado, capacitado, especializado para asegurar aporte de oxígeno de alta concentración suficiente para disminuir el riesgo de daños a sus órganos que la colocaban en riesgo inminente de muerte, como finalmente sucedió.

El informe pericial de necropsia determinó que la muerte ocurrió en el contexto de la anoxia anoxica secundaria a insuficiencia respiratoria aguda, debido a sufrimiento fetal agudo.

La literatura medica define la anoxia como la perdida de oxigenación del tejido cerebral cuando esto sucede, dependiendo de la duración del tiempo de hipoxia, la edad, la extensión y la difusión de la lesión, producirán secuelas de mayor o menor intensidad en el paciente.

Obsérvese que en la anterior definición, se habla de que la duración del tiempo de hipoxia tiene relación directa con las secuelas que esta produzca en mayor o menor intensidad en el paciente; por esta razón es que concluyo que las 2 horas y 23 minutos que transcurrieron desde que se dio la orden medica de practicar cesárea por urgencia obstétrica hasta la hora en la que finalmente ingresa la paciente para que se le practique la cesárea al quirófano 10, sala 4, resultó ser demasiado, para la bebé, quien se encontraba en medio de un sufrimiento fetal, por lo que, se le hizo perder la oportunidad de sobrevivir a su nacimiento por cesárea sin ningún tipo de lesión; y aun más, una vez nació con **bajo esfuerzo respiratorio**, el personal médico que realizó las maniobras de reanimación, fallaron en la intubación, por lo que se hizo necesario, extubarlo y volver a intubarlo, es decir, el tiempo que transcurrió entre la primera intubada, la extubación y la segunda intubada, el bebé no recibió el oxigeno suficiente para preservar sus órganos, ya que por si solo no podía respirar por completo (pobre esfuerzo respiratorio), perdiendo así la bebé la segunda oportunidad de poder sobrevivir, con ayuda de las maniobras de reanimación fallidas que le practicaron.

Indica la literatura médica, que una vez descubierta la hipoxia o el sufrimiento fetal, se debe realizar una cesárea para sacar al bebé lo antes posible, previniendo su muerte o alguna complicación, una vez nacido el bebé, si este tiene dificultad para iniciar y mantener la respiración, se tiene que dar una reanimación, limpiar vías respiratorias, realizarle estímulos que constan en masajes en la espalda o golpecitos en los pies y suministrarle oxígeno; si el bebé no respira se procederá a dar una reanimación más enérgica, colocándole un tubo que se conecta a un aparato para que respire por él y se debe llevar a una unidad de cuidados intensivos.

La calificación que le hizo el medico ginecólogo a la bebé recién nacida de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA**, de un Apgar de 7, esta puntuación no resulta ser veraz en este asunto, teniendo en cuenta, que la bebé nació con hipoxia neonatal, por lo que requirió de maniobras de reanimación (intubación), ya que,

cuando se determina en un recién nacido un Apgar de 7, este puntaje es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud.

Por una queja que presentó el señor **CARLOS DAVID OROBIO CAMACHO,** padre de la bebé de la señora **WNEDY PAOLA ZUÑIGA,** se realizó un comité de mortalidad neonatal en el **HUV**, para tratar el asunto de la paciente **WENDY PAOLA ZUÑIGA** y su bebé fallecida; en esta reunión, se establecieron y confirmaron todas las irregularidades, que se dieron en la atención medica de la madre gestante, antes del parto, (programación de cesárea por estado fetal no satisfactorio) y después del parto por cesárea que contribuyeron al resultado final, esto es el fallecimiento de la bebé de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA.**

- Se programa para cesárea.
- Pasan turno a cirugía, asignan quirófano 30 minutos después de solicitarlo, luego se postergó turno quirúrgico, porque solo había 3 anestesiólogos, los cuales estaban ocupados; había sobreocupación de la sala de partos, por lo que, no había disponibilidad de quirófanos para cirugía de urgencia.
- Ausencia de la asistencial en pediatría por no encontrarse dentro del quirófano cuando se inicia la cirugía, por lo que, el bebé es recibido por la anestesióloga y la enfermera jefe.
- la enfermera jefe recibe el bebé e inicia reanimación y es quien lo intuba intubación que resultó fallida.
- Por resultar fallida la intubación, la anestesióloga lo extuba y vuelve a intubar.
- No funcionó la planta del hospital, para funcionamiento de los ascensores, razón por la cual se demoraron en bajar por las gradas a la paciente, esperando que la luz llegara.
- Inadecuada comunicación por parte del asistencial de pediatría, con el equipo interdisciplinario encargado de la cesárea.

Por otro lado, todos sabemos que el **HUV** es de nivel III complejidad, por lo que se entiende que un hospital de alta complejidad, que realiza prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de estas y que se caracterizan por un uso intensivo de recurso humano y equipamientos, con la realización de procedimiento complejos y uso de alta tecnología.

Así las cosas, por ser el **HUV** de un nivel III de complejidad, es obligatorio contar con mecanismos de provisión de energías, auxiliares, confiables y seguros, capaces de mantener en pleno funcionamiento de los aparatos, en caso de falla del sistema de suministro de energía nacional; de hecho, al faltar energía, los generadores son responsables de mantener encendidos los equipos, sin comprometer los tratamiento o procedimientos quirúrgicos que necesitan electricidad para funcionar.

En este asunto, unos de los motivos para demorar el traslado de la madre gestante a la sala de cirugía, fue la interrupción del fluido eléctrico, que hizo que los ascensores no funcionaran, por lo que, se utilizó un tiempo valioso en la espera de que el fluido eléctrico se restableciera, lo que finalmente no sucedió por lo que hubo que bajar a la

madre gestante del sexto piso al cuarto piso, donde se encontraba la sala de cirugía que se le había asignado, por las gradas.

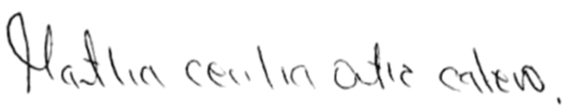
Las plantas eléctricas son una necesidad primaria, por lo que, los hospitales deben integrar grupos generadores de alta calidad, para el soporte de vida, pues ofrecen excelente nivel de eficiencia y actúan con máxima fiabilidad en el respaldo de energía durante la emergencia, ya que constituyen, una fuente de energía constante durante la ausencia o corte de energía; estas plantas generadoras de energía deben contar con un buen soporte técnico, sea diseñado para uso hospitalario, cuente con elevado desempeño y sea altamente confiable.

Finalmente, después de analizados todos los eventos o circunstancias que rodearon la atención medica presta a la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA TORRES** y a su bebé, es fácil llegar a la conclusión que existió una falla de servicio médico-hospitalaria, toda vez que, en estos casos lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia medica acude a apoyarlo o a prever o tratar de corregir, cualquier disfuncionalidad, que obstaculice su desarrollo normal, o ponga en riesgo a la madre o al que esta por nacer.

Así las cosas, las demandadas son responsables del daño moral producido, porque la muerte de la bebé tuvo como causa directa en la falla en la atención del servicio médico, concretamente en la tardanza, para llevar a cabo la cesárea con el fin de extraer a la bebé que estaba padeciendo un sufrimiento fetal por falta de oxígeno, que fue detectado desde las (16:42) 4:42 p.m. y que se prolongó hasta las (19:05) 7:05 p.m. del día 20 de abril del 2016 (2 horas y 23 minutos después), cuando es ingresada la madre gestante al quirófano, donde finalmente a las (19:18) 7:18 p.m., es extraído por completo la bebé del útero de la señora **WENDY PAOLA ZUÑIGA;** la bebé fue liberada de su agonía 2 horas y 36 minutos después desde que se detecto su sufrimiento fetal agudo (después de una monitoria fetal de control), por falta de suministro de oxígeno.

Por todo lo anterior, solicito a usted **DECLARAR** la responsabilidad administrativa y patrimonial de las demandadas y como consecuencia de ellos se ordene a pagar a título de indemnización los perjuicios morales causados a cada uno de ellos por el fallecimiento de la bebé de **WENDY PAOLA ZUÑIGA,** ocurrido en la unidad Sirena del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE,** el día 20 de abril del 2016 a las 8:18 p.m.

Atentamente,



MARTHA CECILIA ORTIZ CALERO
C.C. No. 31.905.331 de Cali (V)
T.P. No. 49.825 del C.S.J.