

Doctor:

MAURICIO CASRILLO MOLINA

Juez Primero Civil del Circuito

Florencia, Caquetá.

PROCESO	VERBAL DE MAYOR CUANTIA – RESPONSABILIDAD MEDICA
DEMANDANTE	SINDY YULIANA MONCADA ARROYAVE Y OTROS
DEMANDADO	CLINICA MEDILSER S.A.S.
RADICACIÓN	18-001-31-03-001-2021-00445-00

DEYBY ANDRES LONDOÑO SARRIA, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 1.010.168.920 expedida en Bogotá, Abogado Titulado e Inscrito, portador de la Tarjeta Profesional número 200.021 del Consejo Superior de la Judicatura,, con domicilio profesional en la Calle 16A No. 6-100 Oficina 206 Edificio Normandía, Barrio Siete de Agosto de la Ciudad de Florencia, Caquetá, abonado telefónico 3116556622, Correo electrónico para notificaciones judiciales conforme la Ley 2213 de 2022 el Email. deybyandres@hotmail.com actuando en la calidad de apoderado judicial de la parte demandante dentro del proceso del asunto en referencia, estando dentro del término de Ley, de manera respetuosa me permito contestar excepciones en los siguientes términos:

FRENTE A LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO PROPUESTAS A LA DEMANDA.

I. A LA DENOMINADA: INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA Y CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A

De entrada, se pone de presente que el medio exceptivo no tiene visión alguna de prosperidad por existir una errónea interpretación de las situaciones fácticas que rodearon las atenciones prestadas a SINDY YULIANA MONCADA ARROYAVE, teniendo en cuenta que se acomodan las precarias atenciones médicas suministradas a la paciente, pero en nada se contradice o refuta los argumentos que desde la misma demanda fueron dejados sentados de manera objetiva, ya que se puntualizaron de manera pormenorizada cada una de las fallas presentadas.

La primera situación alegada fue el evidente abono de la paciente del que se hizo víctima a la paciente SINDY YULIANA MONCADA ARROYAVE durante la atención médica, situación que no fe desvirtuada.

En Colombia la prestación del servicio de salud se encuentra plenamente regulada por la Ley, encontrando en el caso específico de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, como lo es el caso de la Clínica Medilaser S.A., la Ley 100 de 1993 la cual en su artículo 185 establece que son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley, debiendo tener como principios básicos la calidad y la eficiencia.

Frente al principio de calidad, la misma Ley 100 de 1993 en su artículo 153 No. 9 establece que se debe garantizar a los usuarios del sistema de salud la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional.

Desde esta perspectiva, tenemos que bajo las condiciones en las que fue concebido el sistema de salud colombiano se debe garantizar por lo menos la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua conforme los estándares y normas técnicas aceptadas en el territorio nacional, lo que nos lleva a concluir que debe ponerse en el tiempo requerido a disposición del paciente todos los recursos humanos, técnico-científicos y de infraestructura de que disponen conforme el nivel de complejidad que les ha sido aceptado.

Siguiendo la línea, en el campo específico de la Gineco-Obstetricia, teniendo en cuenta los estándares aceptados y que deben ser cumplidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, frente al parto tenemos que a través de la Resolución 00412 de 2000 emanada del Ministerio de Salud, Colombia adopta la Norma Técnica de la Atención del Parto, la cual es de obligatorio e inexcusable cumplimiento.

En el caso Sub Examine, tenemos que la Clínica Medilaser S.A., en la atención prestada a la señora Sindy Yuliana Moncada Arroyabe el 05 de enero de 2018 incumplió por completo los protocolos establecidos en la Norma Técnica de la Atención del Parto tal y como se soportará.

El Reporte de Triage diligenciado por el Dr. Edinson Ferney Jaramillo Grijalba-

Gineco-Obstetra, el día 05 de enero de 2018 da cuenta que el ingreso de la gestante Sindy Yuliana Moncada Arroyabe ocurre a las 06.43am., determinando que la paciente se encuentra en trabajo de parto activo por lo que ordena hospitalización en sala de partos, según consta en la Historia Clínica diligenciada a las 07.16am., encontrando una segunda valoración a las 09.01am., esta vez por el Gineco-Obstetra Dr. Harold Enrique Silva Meneses, sin que se volviera a registrar atención alguna por médico hasta pasadas las 12.20am., cuando se evidencia la complicación.

Con lo anterior, claro resulta que entre las 09.01am y las 12.12m., espacio superior a tres horas, la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyabe no fue atendida ni valorada por médico alguno, pese a encontrarse hospitalizada en la sala de partos de la Clínica Medilaser S.A.S., de Florencia, con lo que tenemos el primer incumplimiento de los protocolos médicos establecidos en la Norma Técnica para la Atención del Parto, adoptada la cual en el punto 5.2 establece literalmente que el parto debe ser atendido por el **Médico** y asistido por el personal de enfermería.

Como puede verse, según consta en la historia clínica la señora Sindy Yuliana Moncada Arroyabe el día 05 de enero de 2018 fue dejada a su suerte en la Sala de Partos de la Clínica Medilaser S.A., lo que se traduce en un evidente abandono del paciente por parte de los médicos que de manera obligatoria debieron estar en la Sala de Partos y haberla valorado con periodicidad.

El abandono del paciente viene siendo entendido como el evento en el que la atención en el servicio de salud no se proporciona con cuidado o se proporciona de forma inadecuada o negligente, de lo que se desprende un incumplimiento de las obligaciones legales y éticas, reprochables desde todo punto de vista.

A modo de ejemplo, resulta claro que el presente caso los Gineco-Obstetras que atendieron inicialmente a la gestante Sindy Yuliana delegaron en el personal de enfermería la atención de la paciente y se ausentaron por un periodo de tiempo superior a tres horas, lo que puso a la paciente en un nivel inadecuado de atención en el servicio médico en la sala de partos, situación que igualmente se traduce en un abandono del paciente¹ lo que finalmente tuvo injerencia directa en el fatal desenlace ya conocido, muerte del producto por nacer.

¹ <https://www.prucomercialre.com/que-es-el-abandono-del-paciente/>

Por otra parte, se alega como causal de responsabilidad el evidente incumplimiento de las ordenes médicas – Negligencia por parte del personal de enfermería como se pasa a exponer:

Una vez el Dr. Édison Ferney Jaramillo Grijalba, médico Gineco-Obstetra hace el ingreso y diligencia el Triage de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe el 05 de enero de 2018, define el plan de atención a suministrar a la paciente, ordenando.

- “ Hospitalización sala de partos
Dieta Normal
Se indica conducción de trabajo de parto con **OXITOCINA**: 5UI de oxitócina más 500 CC de Sol salina pasar 30 CC/cada hora por bomba de infusión.
SS hemograma VIH, FTA.
SS monitoria fetal
Control de signos vitales maternos, FCF cada hora
Avisar cambios”

Las anteriores órdenes se encuentran acordes con lo establecido en el Protocolo Médico Nacional, contenido en la Norma Técnica de la Atención del Parto, adoptada mediante la Resolución No. 00412 de 2000 emanada del Ministerio de Salud, en donde literalmente se dispone en el punto 5.2 entre otras las medidas ordenadas.

Frente al control de los signos vitales de la madre cada hora, observamos un total incumplimiento, abandono, desapego y negligencia por parte del personal de enfermería, pues revisando el Reporte de Toma de Signos Vitales se puede constatar que se le tomaron Signos Vitales a Sindy Yuliana a las 7.17am, y se le volvieron a tomar a las 12.10m., es decir, por espacio de 5 horas no le fueron tomados signos vitales a la gestante.

Con relación a la Frecuencia Cardíaca Fetal la situación no es menos preocupante, pues tenemos un monitoreo fetal fue practicado a las 9.01am., y el siguiente a las 12.10m., más de tres horas después, tiempo dentro del cual, sin duda, empezó a presentarse el sufrimiento fetal, pues solo hasta las 12.10m., que le es practicado el Doppler, fue que se pudo constatar por parte del personal de enfermería la inexistencia de fetocardia.

Finalmente se estableció dentro del plan, la obligatoriedad del personal de

enfermería de avisar cambios, no obstante existe evidencia en el historial clínico que desde las 10.00am., Sindy Yuliana empezó a presentar fuertes dolores y sangrado, situación que el personal de enfermería obvio y no aviso a los médicos, lo que permite denotar que un factor de riesgo como lo es el sangrado vaginal, no fue puesto en conocimiento del personal médico, situación producto de una inadecuada comunicación entre los profesionales de la salud que atendieron el parto.

Así mismo se denota un indebido diligenciamiento de la historia clínica o manipulación de la misma pues existe una curiosa situación que llama poderosamente la atención y que permite concluir que en el presente caso existió un inexcusable descuido o en su defecto una manipulación y adulteración del historial clínico, veamos.

Como ya se indicó, al ingreso de la paciente, el Dr. Édison Ferney Jaramillo Grijalba, médico Gineco-Obstetra ordeno iniciar conducción de trabajo de parto con **OXITOCINA:** 5UI de oxitócina más 500 CC de Sol salina pasar 30 CC/cada hora por bomba de infusión, orden que según consta en la historia clínica fue cumplida por Gleira Liliana Corrales Figueroa a las 07.17am., SE INSTALA INFUSIÓN DE OXITÓCINA 5UND EN 500CC DE SODIO A RAZÓN DE 30CC/H POR BOMBA DE INFUSIÓN POR ORDEN MÉDICA.

No obstante, extraña e inexplicablemente a las 08.00am., aparece la siguiente nota de enfermería por parte de Gleira Liliana Corrales Figueroa.

“Paciente es revalorada por el servicio de ginecología quien decide suspender infusión de oxitócina la cual no fue iniciada y se administra 25 mcg de Misoprostol sublingual”.

Resulta extraña y sospechosa la siguiente nota por las siguientes razones, la orden médica dada por el Dr. Édison Ferney Jaramillo Grijalba aparece registrada a las 07.16am., y cumplida por Gleira Liliana Corrales Figueroa a las 07.17am., y hasta antes de las 8.00am., no aparecen revaloraciones adicionales sobre Sindy Yuliana.

El suministro de MISOPROSTOL por parte de la Jefe de Enfermería Gleira Liliana Corrales Figueroa conforme la hoja de Aplicación de Medicamentos por Día aparece a las 8.00am.

La siguiente valoración donde supuestamente se ordena la suspensión de la Oxitócina y el suministro de Misoprostol fue realizada por Gineco-Obstetricia Dr. Harold Silva Meneses a las 09.01am., luego genera cierta suspicacia que la Jefe de Enfermería una hora antes este dando cumplimiento a una orden que no había sido impartida, lo que evidencia que fue el personal de enfermería y no el médico el que decidió que medicamentos suministrar a la paciente de manera irresponsable.

Adicional a lo anterior, dentro de la Historia Clínica aparece registro claro que hasta las 12.45m., que Sindy Yuliana ingresa a Sala de Cirugía aún tenía administración de Oxitócina, luego solo puede existir dos explicaciones, se manipulo la historia clínica, o hubo una total falta de coordinación entre el personal que atendió a la paciente lo que género que concomitantemente le fuera suministrado Oxitócina y Misoprostol.

Con todo, lo que resulta claro y quedará probado, fue que a Sindy Yuliana si se le administro la Oxitócina, pues la paciente misma le pregunto a la enfermera cuando le la estaban suministrando y concomitantemente se le suministro Misoprostol.

Por otra parte, lo que genera aún más suspicacia y desconfianza, es que en la historia clínica no aparezca la razón por la cual supuestamente el Ginecólogo Dr. Harold Silva Meneses decide cambiar de Oxitócina a Misoprostol.

Con todo, acudiendo a los métodos hermenéuticos y de la lógica, efectuando la construcción de premisas válidas y la correlación entre las mismas, se puede concluir que en realidad la orden de suspensión de la Oxitócina jamás se impartió, y fueron anotaciones que se efectuaron a posteriori, cuando se dio cuenta el personal médico que a la paciente concomitantemente se le había suministrado Oxitócina y Misoprostol, para de esa forma ocultar tan magno error.

Tal situación solo puede ocurrir por la indebida prestación del servicio, pues la única explicación existente, es que el personal médico no consulto los antecedentes clínicos de ingreso y Triage, adicional a que el personal de enfermería no dejo constancia del suministro de Oxitócina, situación que no es difícil de ocurrir, dada la pluralidad de fallas mostrada por el personal de enfermería durante la atención.

En el caso Sub Examine se efectuó inducción del parto utilizando el método farmacológico con Oxitócina y Misoprostol sin explicársele a la gestante en trabajo de parto en fase activa los riesgos, posibles complicaciones y resultados adversos

que se podrían presentar.

No se le explico a la paciente la finalidad de cada medicamento, que buscaban y que se podría lograr con el suministro, así como los demás usos médicos que se le da a estos medicamentos, resultando claro que si a una paciente se le explican a detalle los usos de Misoprostol, las finalidades del mismo, para que fue creado y que puede generar, es muy factible que no consienta en su suministro.

Se violó en el presente caso de manera flagrante y grosera el consentimiento de la paciente, pues se efectuó inducción del parto utilizando el método farmacológico sin explicársele todas las situaciones que le permitieran adoptar una decisión libre, consiente y voluntaria.

La inducción del parto, es el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir el borramiento y dilatación del cuello uterino. Es una intervención médica, que puede exponer a la madre y el feto a efectos adversos, por lo que está indicada cuando existe un beneficio mayor materno-fetal de interrupción de la gravidez, comparado con la prolongación de la misma.

Existe un gran número de indicaciones: tanto maternas como fetales.

Se destacan: alteraciones en la duración del embarazo, alteración del crecimiento y desarrollo fetal, ruptura prematura de membranas ovulares, patología médica del embarazo y otros.

Los métodos de inducción del parto pueden ser no farmacológicos, como colocación de sondas Foley, decolamiento de membranas ovulares, amniotomía, y métodos farmacológicos, como prostaglandinas sintéticas E1 (misoprostol) y E2 (dinoprostona), y oxitocina².

El consentimiento informado y firmado por la paciente, debe realizarse con la suficiente antelación ante la toma de decisión de inducción del parto. En situaciones de urgencia, basta con dar la información apropiada y dejar constancia de la misma en la historia clínica para cualquier intervención.

La información sobre un procedimiento médico, es un derecho de la paciente y

² Induction of Labour. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. September JOGC 2013. S7 - S11

brindarla, una obligación del médico. Esto, está consignado tanto en Normas Jurídicas nacionales como internacionales, dándole un marco legal³.

El adecuado registro en la historia clínica forma parte del acto médico y, por ello, constituye un criterio de *lex artis*. En este sentido, la cantidad y calidad de lo registrado traduce la calidad del acto médico⁴. La historia clínica es, entonces; un documento médico-legal complejo, siendo una condición necesaria para la asistencia médica y aspecto crítico de la responsabilidad médica⁵.

El consentimiento informado, forma parte del acto médico y debe surgir de la relación médico-paciente, siendo un derecho del paciente y una obligación ética y legal para el médico. Tiene como contrapartida desde el médico el principio de beneficencia, que constituyen junto con la autonomía, no maleficencia y justicia los principios de la bioética⁶.

Se trata de un acto clínico que no puede ser sustituido por otro de carácter solamente formal o administrativo⁷. Bergese, considera que el consentimiento informado no constituye una delegación de responsabilidades del médico al paciente, sino, por el contrario, compartir las mismas⁸. Es un fenómeno bilateral.

³ Castaño P. El consentimiento informado en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis, 1997: 461.

⁴ Sosa Aguerre T. Relación vinculante entre médico y paciente: el consentimiento. En Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 147-52.

⁵ Galán Cortés JC. Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarpyo, 2000: 166

⁶ Galán Cortés JC. Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarpyo, 2000: 166-
Briozzo L. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. Rev Med Uruguay 2007; 23: 139-141 - Briozzo L. Apuntes para la discusión: los valores del profesionalismo y el trabajo médico. Cuadernos del CES Nº 2 Junio 2008; 111-118.

⁷ Castaño P. El consentimiento informado en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis, 1997: 461. - Rodríguez Almada H, Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Uruguay 2001; 17(1): 17-23 - Galán Cortés JC. Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarpyo, 2000: 166 - Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Med Uruguay 1999; 15: 5-12. - Rodríguez Almada H. Seudoconsentimiento informado en Uruguay. Rev Med Uruguay 2002; 18:89-93.

⁸ González D, Rodrí Bergese C. el 99% de los juicios parte de una relación médico-paciente inadecuada. En: Sindicato Médico del Uruguay. II Jornadas de

Ésta, debe ser lo suficientemente razonable para que el paciente pueda tomar una decisión válida, acorde con sus valores. Debe ser ofrecida en una forma y lenguaje claro para el paciente, de acuerdo a su nivel cultural y las posibilidades de comprender la misma⁹. Se ha de informar acerca de los objetivos del acto médico, las diferentes opciones, la relación beneficio-riesgo, así como las eventuales limitaciones o secuelas posteriores¹⁰.

La inducción del parto, así como cualquier acto médico requiere el consentimiento de las pacientes. Para esto, es imprescindible que conozca la indicación de este procedimiento, la medicación utilizada, el tiempo que se espera lleve este proceso, así como los posibles riesgos y complicaciones que pueda determinar a nivel materno y fetal. Con esta información y analizando los riesgos y beneficios, la paciente podrá dar su consentimiento o no sobre la realización de este procedimiento, hecho que debe constar en la historia clínica.¹¹

En Colombia en su momento el Ministerio de Protección Social dejó claro los requisitos que debe cumplir el Consentimiento Informado para que sea válido, encontrando que en la práctica médica institucional y privada tanto de médicos, dentistas, y otros profesionales de la salud, debe figurar la información completa en el consentimiento informado, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los pacientes.

A continuación información imprescindible en el consentimiento informado.

- Datos personales del paciente. (Nombre completo, sexo, edad, domicilio y teléfono). (El Sistema de información de la institución garantiza los datos

responsabilidad médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 125-7. guez Almada H, Berro G. Consentimiento Informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. Rev Med Uruguay 2005; 21: 291-297. –

⁹ Rodríguez Almada H, Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Uruguay 2001; 17(1): 17-23.

¹⁰ Sosa Aguerre T. Relación vinculante entre médico y paciente: el consentimiento. En Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 147-52.

¹¹ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400003

- de sexo, edad, domicilio o teléfono, pero no son imprescindibles en el consentimiento informado).
- Nombre y apellidos del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente.
 - Nombre y apellidos del médico que realice el procedimiento en el que se consiente.
 - Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.
 - Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia. (por ejemplo: amputación).
 - Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. Se entiende por tales, aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen también aquellos que siendo infrecuentes pero no excepcionales tienen la consideración clínica de muy graves.
 - Descripción de los riesgos personalizados. Deben entenderse por éstos los que están relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al estado previo de salud, a la edad, a la profesión, a las creencias, valores y actitudes de los pacientes, o a cualquier otra circunstancia de naturaleza análoga.
 - A criterio del profesional puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.
 - Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento con pros y contras, de forma que el paciente participe, si así lo desea, en la elección de la más adecuada y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias.
 - Manifestación del paciente de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.
 - Si el paciente no consiente el procedimiento, debe quedar registro que no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.
 - Fecha y firmas del médico que informa y del paciente.

- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento que deberá figurar en el propio documento.
- Se deberá informar al paciente acerca del costo aproximado del tratamiento incluyendo impuestos y gastos de hospitalización y un estimado del tiempo del mismo y asegurarse de avisar al paciente cuando exista un cambio de costos, tiempo o pronóstico. (Esta no es información clínica, el profesional de la salud no puede informarlo ni debe quedar registrado en el consentimiento).

Por ultimo tenemos otra falencia inexcusable, como se ha multicitado desde el mismo libelo introductorio y es que en Colombia a través de la Resolución 00412 de 2000 emanada del Ministerio de Salud se adoptó la Norma Técnica para la Atención del Parto, la cual contiene de manera clara e inequívoca los pasos, atenciones y procedimientos mínimos que se deben observar en la atención del trabajo de parto.

Así, encontramos en el punto 5.2 de la Norma Técnica en cita la atención que debe ser suministrada de manera obligatoria a las gestantes en el primer periodo del parto.

5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- **Tomar signos vitales a la madre cada hora:** Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- **Iniciar el registro en el partograma** y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y **registrar los resultados en el partograma.**
- **Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el**

partograma.

- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. **Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación.**

Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. **El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.** Negrilla y subrayado fuera del texto original. Hacen referencia al incumplimiento por parte de la Clínica demandada.

Como puede verse, la Norma Técnica de Atención del Parto establece 6 pasos obligatorios de atención del parto en la primera fase, de las cuales, 5 fueron abiertamente incumplidas en la Clínica Medilaser S.A., aunado al hecho de que la paciente fue abandonada por los médicos tratantes y delegada la responsabilidad plena en el personal de enfermería, el cual queda más que demostrado por sus propias acciones, no estaba capacitado.

Ya en otros apartes he abordado el tema de la falta de toma de signos vitales con la periodicidad de cada hora, así como la falta de toma de fetocardía en los periodos de cada hora ordenados, dicha situación no tiene duda alguna al aparecer flagrante el incumplimiento en los registros clínicos.

En este aparte me referiré concretamente a la inexcusable falta de diligenciamiento del Partograma, el cual es obligatorio, pero hay lógica, pues si se abandonó a la paciente y entre las 9.01am., y las 12.10m., no tuvo atención alguna, con que datos van a diligenciar un partograma, tal situación no tiene justificación alguna y se erige como una verdadera falla médica que a la postre influyo en el fatal desenlace ya conocido.

En otros casos se ha tenido la experiencia, concretamente con la Clínica Medilaser S.A.¹², que han tratado de justificar la inexistencia de partograma argumentando que todas las situaciones médicas y clínicas, así como la evolución de la paciente se encuentra consignada en la historia clínica, y probablemente así lo traten de

¹² Proceso Verbal de Mayor Cuantía de Responsabilidad Médica, por Falla Obstétrica, Rad. 41001310300520170005100 de Nancy Romero Ramos y otros contra la Clínica Medilaser S.A., tramitado ante el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva Huila, donde el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Neiva condenó a la Clínica Medilaser S.A.

hacer en el presente caso, sin embargo desde ya se anticipa que dicha situación no tiene fundamento alguno pues el diligenciamiento del partograma es OBLIGATORIO y no puede ser suplida con ningún otro registro, ni ningún otro documentos, aunado al hecho de que no se encuentra en la Historia Clínica atenciones, valoraciones ni evoluciones sobre el proceso de Sindy Yuliana entre las 9.01am y las 12.10m.

En conclusión la multiplicidad de fallas presentadas contribuyeron de manera directa en el fatal y lamentable desenlace, pues el abandono médico del que fue víctima la paciente durante más de tres horas evito que se evolucionara correctamente a la gestante, la no toma de signos vitales cada hora impidió conocer el estado de salud de la gestante, la falta de toma de fetocardia cada hora tal y como había sido ordenado, impidió conocer de manera temprana que el producto estaba atravesando por sufrimiento feral, la aplicación de oxitócina y Misoprostol afectaron el ritmo cardiaco del feto, pues está indicado como una de las posibles complicaciones, la falta de comunicación entre personal de enfermería y médicos impidió que los médicos conocieran que desde las 10.00am., la gestante tenia sangrado vaginal, claro factor de riesgo, la falta de diligenciamiento del Partograma, impidieron determinar si la curva mostraba bienestar fetal o por el contrario existían situaciones que hicieran prever una complicación, el suministro de Oxitócina y Misoprostol fue un riesgo que de manera autónoma asumieron los médicos, al no haber explicado a la madre las posibles complicaciones y riesgos que comportaban dichos fármacos, así como la falta de consentimiento informado.

La muerte del bebé por nacer de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe era evitable desde todo punto de vista, y el mismo no es más que el resultado de las fallas en la prestación del servicio de salud acaecidos al interior de la Clínica Medilaser S.A., de Florencia el fatídico 05 de enero de 2018.

Para soportar aún más las fallas presentadas y teniendo esta como la ultima oportunidad para aportar pruebas, se allega el Dictamen Pericial de Parte rendido por la Dra. AGELICA MARIA LOSADA SUAREZ – Medica Especialista en Medicina Forense quien al estudiar el caso sub examine concluyó y evidencio las fallas en la prestación del servicio médico del que se hizo objeto injustificadamente a Sindy Yuliana Moncada Arroyabe, determinando:

“(…) Posterior a verificación de toda la información disponible en el expediente, se extrae información de la historia clínica y del informe

pericial de necropsia médico legal; la cual se encuentra únicamente en el archivo con el nombre ARCHIVO 03 ANEXOS SINDY YULIANA MONCADA. Se consideran los siguientes datos en la emisión del presente informe pericial:

Folio No. 94: Resultado de hemograma interpretado en seguimiento de ginec obstetricia el 09:01 del 05/01/2018:

ORDENES MEDICAS

SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Servicios Con Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
05/01/2018 07:16:42 a.m.	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	5	<input type="checkbox"/>
Interpretación: NORMAL		Folio Inter: 7	

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NUMERO DE GRANULOCITOS	10.30 x10 ³ mm ³	
RECUENTO DE LEUCOCITOS	13.3 x10 ³ mm ³	
NUMERO DE LINFOCITOS	2.50 x10 ³ mm ³	
NUMEROS DE MONOCITOS	0.50 x10 ³ mm ³	
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS	76.6 %	
PORCENTAJE DE LINFOCITOS	19.1 %	
PORCENTAJE DE MONOCITOS	4.3 %	
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.42 10 ⁶ mm ³	
HEMOGLOBINA	14.2 g/dl	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	89 fl.	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.2 pg	
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.6 g/dl	
DESVIACION ESTANDAR DEL ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	14.6 fl.	
HEMATOCRITO	42.3 %	
RECUENTO DE PLAQUETAS	191 x10 ³ mm ³	
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	9.2 um ³	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS	14.8 %	
PLAQUETOCRITO	0.174 %	

Folio No. 97: Ingreso a sala de partos:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: DOLO ABDOMINAL + SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA
Enfermedad Actual: PACIENTE 26 AÑOS G1p0 GS: A RH+ CURSANDO EMBARAZO DE 38.5 SEM POR FUM , AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES REFIERE PERDIDAS VAGINALES HECE 3 HORAS , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, PERCIBE MOV FETALES NORMALMENTE.

PARACLINICOS:
 IMAGEN: TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA
 03/11/17 EG: 31.6 SEM PARA HOY EG: 40.6 SEM
 10/07/17 EG: 13.3 SEM PARA HOY EG: 39.0 SEM

Folio No. 98 y 99: Examen físico de la historia de ingreso a sala de partos y ordenes medicas:

Abdomen: N AN GLOBOSO UTERO GRAVIDO AU 31 CM FETO UNICO LONG CEFALICO DORSO DERECHO FCF 145 LPM , MOV FETALES PRESENTES , DINAMICA UTERINA 1/10 DE 15 SEG DE DURACION

Genitourinario: N AN NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE , TACTO VAGINAL CUELLO CENTRAL DILATACION 1-2 CM , BORRAMIENTO 50% , MEMBRANAS ROTAS , LIQUIDO MECONIO GRADO 1

PLAN:
 ·HOSPITALIZACION EN SALA DE PARTOS
 ·DIETA NORMAL
 ·SE INDICA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA : 5 UI DE OXITOCINA + 500 CC DE SOL SALINA PASAR 30 CC / HORA POR BOMBA DE INFUSION
 ·SS HEMOGRAMA , VIH, FTA
 ·SS MONITORIA FETAL
 ·CONTROL DE SIGNOS VITALES MATERNOS , FCF CADA HORA
 ·AVISAR CAMBIOS

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

DIETA: NORMAL

MEZCLA Y LIQUIDO: (N: Tratamiento Nuevo, M: Tratamiento Modificado)

Impreso el 12/01/2018 a las 07:40:11 Por el Usuario 543 - VIVIANA ANDREA CABRERA CABRERA - FLA
 Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit: 813001952-0

Fecha de Impresion: viernes, 12 de enero de 2018 07:38 a.m.

Página 3/11

Mezcla/Líquido:		Administración:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Infusion: 5 UI de OXITOCINA en: 499 ml de SSN Total Mezcla: 500 ml	Infusion: 0,30 UI/hr - 30 CC/Hora	
Medicamentos Solicitados:			Cantidad
300102081	SODIO CLORURO AL 0.9 50 ML		10
H01BO007702	OXITOCINA 10 UI/1 ml Solución Inyectable		1
LABORATORIOS:			
Código Servicio	Servicio:		Cantidad
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		1
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS		1

Folio No. 100: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 09:01 am del 05/01/2018:

NOTA MEDICA

PACIENTE FEMNEINA DE 26 AÑOS CON DX:

1. G1P0A0
2. EMBARZO DE 38.5 SEM POR FUR Y EMB DE 39 SEM POR ECO
3. FETO UNICO VIVO CEFLAICO
4. TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
5. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
6. BAJO RIESGO OBSTETRICO

PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR DE MUUY BAJA INTENSIDAD, MOV FETALES PRESETNES, NO SANGRADO AMNNIORREA(+)

AL EXMAEN FISICO

PACIENTE CONSCIENTE ALERTA HDIRATADA
 UTERO GRAVIDO AU: 34CM FETO UNICO VIVO CEFALICO Fcf: 143XMIN CON DOPPLER NO ACTIVIDAD UTEIRNA
 TV: D: 2CM B: 70% AMNIIORREA (+) PELVIS ADECUADA

PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO CON RUPTURA DE MEMEBRNAS AHORA CERVIX GRUESO , NO SE HA INICIADO CONDUCCION POR LO CUAL SE SUSPENDE Y SE INCIA DOSIS UNICA DE 25MCG MISOPROSTOL Y VIGILAR TRABAJO DE APRTO
 SS MONITORAI FETAL INTRAPARTO

Folio No. 101: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 01:42 pm del 05/01/2018:

ANALISIS

EVOLUCION DR SILVA G/O NOTA EXTEMPORANEA HORA: 12:20

PACIENTE A QUIEN SE FUE A EVOLUCIONAR POSTERIOR A LA VISITA, Y NO SE ENCONTRO FETOCARDIA CON EL DOPPLER POR PARTE DE ENFERMERIA. ENFERMERIA AVISA. SE PROCEDE A EVALUARLA Y LA PACIENTE INFORMA SANGRADO UTERINO. LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. TRANQUILA. CON BUENA TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES. SE VISUALIZA SANGRADO UTERINO MODERADO, NO ACTIVO. SE PASO AL ECOGRAFO Y SE EVIDENCIA BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA. AL TACTO VAGINAL: DILATAION DE 3 CM BORRAMIENTO: 80% AMNIOORREA ACTIVA CON LIGERO TIENTE MECONIAL. POR LO QUE ORDENA DE INMEDIATO: BOLO DE 1500 CC DE SSN + OXIGENO POR CANULA A 3 LITROS MINUTOS + DECUBITO LATERAL IZQUIERDO Y PREPARAR PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

MONITORIA FETAL DE LAS 05:50 AM. NO REACTIVA. PERO CON BUENA VARIABILIDAD. SIN ACTIVIDAD UTERINA. MONITORIA FETAL DE LAS 9:50 AM: REACTIVA. SIN REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA.

PLAN: 1. SE PASA DE INMEDIATO A QUIROFANO PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

Folio No. 102: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 04:06 pm del 05/01/2018:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	EMBARAZO A ATERMINO + TRABAJO DE PARTO INDUCIDO + RPM + SFA	<input checked="" type="checkbox"/>
O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION		<input type="checkbox"/>

ANALISIS

SIENDO LAS 12+40 RECIBO LLAMADO PARA REALIZACION DE CESAREA URGENTE POR PACIENTE EN SALAS DE PARTOS CON DX DE G1P0 EMBARAZO A TERMINO + RPM + INDUCCION Y CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON BRADICARDIA SEVERA Y EN SFA ME DIRIJO A SALAS DE CX DONDE SE LE REALIZA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SIENDO LAS 12+53 HORAS SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO HIPOTONICA FLACIDA PALIDEZ GENERALIZADA MAL ESTADO GENERAL QUE PASA RAPIDAMENTE A MEDICO PEDIATRA PARA EXAMEN CORRESPONDIENTE - SE CONTINUA PROCEDIMIENTO QX HASTA SU FINALIZACION SIN COMPLICACIONES --

Folio No. 104: Nota de Operatoria por ginecobstetricia 04:55 pm del 05/01/2018:

ANALISIS

Hallazgo Operatorio: LIQUIDO AMNIOTICO CON LEVE TINTE DE MECONIO FETO UNICO CE-FALICO SEXO FEMENINO CON LEVE HIPOTONIA Y CON PALIDEZ GENERALIZADA EN MAL ESTADO GENERAL PASA INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR MEDICO PEDIATRA - PLACENTA HIPERMADURA - CORDON UMBILICAL CON TRES VASOS CON IMPRESION DE PROCUBITO - UTERO Y ANEXOS NORMALES

Detalle Quirurgico - Procedimientos: ASEPSIA Y COLOCACION CAMPOS ESTERILES INCISION TIPO PFANNESTIELL HASTA CAVIDAD ABDOMINAL PREVIA DISECCION DE PLANOS DE LA PARED HISTEROTOMIA SEGMENTARIA ARCIFORME TIPO KERR LIQUIDO AMNIOTICO CON TINTE DE MECONIO CORDON UMBILICAL IMPRESIONA PROCUBITO PCR DELANTE DE CALOTA FETAL SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO CON PALIDEZ GENERALIZADA LEVE HIPOTONIA PINZAMIENTO Y CORTE DE CORDON UMBILICAL Y SE PASA FETO INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR PEDIATRIA - ALUMBRAMIENTO COMPLETO NO ZONAS DE DESPRENDIMIENTO O ABRUPTIO CORDON UMBILICAL DELGADO CON TRES VASOS REVISION Y ASEO DE CAVIDAD UTERINA HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS CON VICRYL 1 Y CATGUT CR 1 REVISION Y ASEO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE REvisa HEMOSTASIA RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS HASTA PIEL - NO COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO QX SANGRADO APROXIMADO DE 700 CC --

Folio No. 146: Registro de signos vitales del 05/01/2018 al 06/01/2018:

OBJETIVO - EXÁMEN FÍSICO										
TA	FC	FR	T	SO2	PESO	TALLA	GLUCO	TAM	FECHA REGISTRO	PROFESIONAL
110/70	80	20	36.5	99	710	176		83	05/01/2018 07:16:42 a.m.	EDISON FERNEY JARAMILLO GRIJALB
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 07:17:00 a.m.	GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 12:10:00 p.m.	GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA
120/70	84	19	35.5	99	710	176	0	86	05/01/2018 02:28:00 p.m.	JUAN DANIEL CRIOLLO MONJE

Folio No. 157: Nota de enfermería de ingreso a sala de partos

Unidad Funcional: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 07:17:00 a.m.

Título: HISTORIA INICIAL DE ENFERMERIA

el:

Subjetivo:

PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHO DOLOR TIPO COLICO Y SALIDA D LIQUIDO POR VAGINA

Objetivo:

INGRESA USUARIA MAYOR DE EDAD AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE ORIENTADA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON SIGNOS VITALES ESTABLES ANOTADOS. PACIENTE AFEBRIL, NORMOCEFALICA, MUCOSAS HUMEDAS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA TORAX NORMAL MAMAS BLANDAS A LA PALPACION SIMETRICAS. ABDOMEN GRAVIDICO POR EMBARAZO , CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, CON PERDIDAS VAGINALES LIQUIDO AMNIOTICO CON MECONIO GRADO I, SE CANALIZA VENA PERIFERICA EM MIEMBRO SUPERIORDERECHA EN REGION RADIAL CON CATETER NO 16 PREVIA SEPSIA Y ANTISEPCIA EN SITIO DE VENOPUNCION, MIEMBROS INFERIORES NORMALES ES VALORADA POR EL GINECOLOGO DE TURNO. DIAGNOSTICO EMBARAZO 38.5 SEMANAS DE GESTACION + TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA + RPM . SE DEJA HOSPITALIZADA, SE INSTALA INFUSION DE OXITOCINA 5 UND EN 500CC DE SODIO A RAZON DE 30CC/H POR BOMBA DE INFUSION POR ORDEN MEDICA , SE TOMAN PARACLINICOS DE CONTROL SIN COMPLICACION PLAN/ VIGILANCIA MATERNO FETAL, ESCALA DE DOWN TON VALOR DE 2 CON BAJO RIESGO DE CAIDA, SE DA EDUCACION A LA PACIENTE SOBRE ACTIVIDADES DE PREVENCION DE CAIDAS Y ASI BRINDAR UN ENTORNO SEGURO

Actividades:

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
TOMA DE SIGNOS VITALES
ADMINISTRACION Y REGISTRO DE TRATAMIENTO
CANALIZACION DE VENA
MONITORIA FETAL
TOMA DE LABORATORIOS
INDICADORES DE ENFERMERIA

Profesional: GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA

Especialidad: JEFE DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1045686410

Gleira Corrales

Folio No. 156: Nota de enfermería seguimiento en sala de partos

Unidad Funcional: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 10:00:00 a.m.

Título: Nota Rapida de Enfermeria

Nivel: NORMAL

Subjetivo:

PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHO DOLOR Y SANGRADO

Objetivo:

SE ATIENDE A EL LLAMADO PACIENTE ESTABLE EN TRABAJO D PARTO EN FASE ACTIVA, SE REvisa SANGRADO ESCASO, MANIFIESTA QUE TIENE SENSACION DE HACER D POSICION DE PASA PATO PACIENTE QUE REALIZA DEPOSICION, QUEDA PACINETE ESTABLE EN SU UNIDAD

Actividades:

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Profesional: GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA

Especialidad: JEFE DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1045686410

Gleira Corrales

Folio No. 154 y 155: Nota de enfermería de ingreso a quirófano

Ingreso: 2341436

Apellidos: MONCADA ARROYAVE

Nombres: SINDY YULIANA

Tipo Documento: CC

Numero: 1117525195

paciente con muchos dolores de parto

Objetivo:

12+45 Ingres a Paciente femenina mayor de edad en camilla con protocolo de barandas arriba para seguridad del paciente en compañía de auxiliar de enfermería a la quirófano #3 paciente para cirugía de cesarea urgente por el dr natera ginecólogo ,con diagnostico de sufrimiento fetal agudo,se intenta obtener fetocardia sin encontrar foco , sin consentimientos quirúrgicos por la urgencia vital ,paciente con liquidos endovenosos permeables en miembro superior derecho pasando infusion sodio 500cc con 30 unidades de oxitocina se suspende, se le inicia con profilaxis de

Actividades:

Monitorización Sv

Se le realiza fetocardia sin encontrar foco

Oxigenación canula nasal

LEV Tto indicado MSD infusión 30 unidades de oxitocina en 500 cc ssn 0.9% se suspende

Anestesia raquídea por el Dr. Garzon anesthesiologo

Asepsia y antisepsia abdominal

Campos estériles quirúrgicos

Sonda vesical conectada a cistoflo

Inicio del procedimiento Quirurgico por el dr natera ginecólogo

control de Sv

LEV + Tto indicado

Muestra tsh

Hemoclacificacion

recuento de compresas incompleto

control de Sv

LEV mas Tto indicado

herida abdominal cerrada y cubierta con material esteril

traslado a unidad de recuperacion de cirugía en camilla bajo efectos de anestesia raquídea

Protocolo de barandas arriba

Historia clínica completa

Patología se entrega auxiliar de recuperación

KAROL MARTINEZ ESCOBAR

Profesional: KAROL MARTINEZ ESCOBAR

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1048292019

Unidad Funcional: QUIROFANO FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 02:28:00 p.m.

Título: HISTORIA INICIAL DE ENFERMERIA

Nivel:

Subjetivo:

PACIENTE INGRESA CON DOLORES DE PARTO

Objetivo:

12.45 PM INGRESA PACIENTE FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE ADMISIONES DE CIRUGIA PROCEDENTE DEL SERVICIO DE SALA DE PARTOS, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CAMILLA, CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADO, PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CESAREA, PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL DR NATERA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES T.A. 120/70, F.C. 84, F.R. 19, SO2. 99, T. 35.6, PACIENTE NO ALERGICA A NINGUN MEDICAMENTO, CON VALORACION SEGUN LA ESCALA DE DOWTON 4, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON BROWN # 16 CON INFUSION DE OXITOCINA 30 UNIDADES EN 500 CC DE SOLUCION SALINA CERRADA, SE OBSERVA CABEZA NORMOCEFALICA, CUELLO Y TORAX SIMETRICO CON MOVILIDAD MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES NORMALES CON MOVILIDAD, SE ADMINISTRA PROFILAPXIS DE ANTIOTIOTICOS CEFAZOLINA 2GR IV EN SALA PORQUE SE PASA DE URGENCIA, SIN CONSENTIMIENTOS POR URGENCIA VITAL, SE REALIZA MONITORIA FETAL Y SE OBSERVA AUSENCIA DE FETOCARDIA.

Actividades:

INGRESA PACIENTE EN CAMILLA

TOMA DE SIGNOS VITALES

INDAGACION DE ALERGIAS

CAMILLA DE IDENTIFICACION COLOR VERDE

TOMA DE FETOCARDIA

SIN CONSENTIMIENTO POR URGENCIA VITAL

SE PASA A SALA INMEDIATAMENTE POR URGENCIA

daniel Criollo

Profesional: JUAN DANIEL CRIOLLO MONJE

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1117551387

Folio No. 181: Hoja de anestesia:

CARRERA 7 No. 11-31 PBX: 8724100 Nelsa - Huila		Calle 6 No. 14A - 55 Barrio: Juan XXIII Tels: 4362011 - 4363526 Florencia - Caquetá		Cra. 2E No. 67 B - 80 Barrio: Suamox Tels: 745 3000 Tunja - Boyacá	
---	--	--	--	---	--

FORMULARIO DE ANESTESIA

PROTECCIÓN OCULAR SITIOS DE PRESIÓN ESTE SALE UCRA UCI

COLORACIÓN MUCOSAS: Mucosas sonrosadas 2, Pérdidas 7, TOTAL 9

OBSERVACIONES Y/O COMPLICACIONES: *Procedido en malas condiciones, mareos, hipotensión sin actividad en registro a neurofisiología, quienes inician reanimación neonatal ambulatoria.*

Firma Anestesiólogo: *Alfredo Corzo*

Firma enfermera o auxiliar: _____

Folio No. 342: Reporte anatomopatológico. Espécimen placenta (Biopsia No. 300-18) Laboratorio clínico Colcan

DIAGNOSTICO:

PLACENTA DE TERCER TRIMESTRE. PESO 460 GRAMOS.
MADURACIÓN ADECUADA.
CORIOAMNIONITIS AGUDA LEVE.
CORDÓN NORMAL.

Folio No. 366: Resultado de estudio histopatológico, Hija de Sindy Yuliana Moncada, Rad: LHS079-2018.

CONCLUSIÓN: Al revisar los cortes histológicos, se encontraron tejidos que muestran congestión con focos de hemorragia. Al hacer la contextualización del caso, y teniendo en cuenta el estado hipóxico agudo perinatal, debe hacerse la correlación con la historia clínica completa y los hallazgos de necropsia. Importante conocer si hubo estudio anatomopatológico de la placenta y su resultado.

Se extraen los principales hallazgos descritos en el informe pericial de Necropsia 2018010118001000008 del Instituto Nacional de Medicina Legal, Sede Florencia.

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

1. Cuerpo de un menor de edad sexo femenino; vestida con pijama infantil de color rosado, sin lesiones externas por trauma.
2. Eritema superficial rojizo perioral compatible con el contacto con micropore durante la fijación del tubo orotraqueal.
3. Promedio de edad gestacional 38-39 semanas
4. Peso y talla normales para la edad
5. Hematoma pericraneal laminado.
6. Mucosa de vías respiratorias inferiores pálidas con mucosidad amarillosa espesa.
7. Edema cerebral de moderado a severo sin signos de herniación
8. Órganos aumentados de tamaño para la edad y peso
9. Hallazgos inespecífico de hipoxia:
 - Cianosis central y periférica
 - Congestión visceral
 - Petequias en cerebro, timo y epicardio.
10. Se descartan anomalías congénitas macroscópicas.
11. No se evidencian signos de enfermedad natural.

RESUMEN DEL CASO

El caso se trata de una mujer de 25 años quien cursaba con un embarazo a término de aproximadamente 39 semanas, quien consultó a centro hospitalario por presentar salida de líquido por vagina aproximadamente dos horas previo al ingreso hospitalario y contracciones.

Los antecedentes encontrados en la historia clínica de la Clínica Medilaser y los aportados durante el control prenatal por Sinergia Salud permiten categorizar la gestación con un bajo riesgo y los controles prenatales evidencian que la Sra. Moncada cursó con un embarazo dentro de los límites de la normalidad y los controles llevados a cabo cumplen con lo sugerido con las recomendaciones médicas.

Posterior al ingreso hospitalario, se inicia manejo médico en aras de producir parto vaginal y se suministran medicamentos debido a la irregularidad de las contracciones en la labor de parto. Durante la hospitalización se evidencian hallazgos cardiotocográficos (Doppler, monitoreo fetal y con ecógrafo) que sugieren sufrimiento fetal agudo, por lo cual fue llevada a cirugía de emergencia en donde se halla un feto femenino sin signos vitales. El producto de la gestación fue llevado al Instituto Nacional de Medicina Legal en donde realizaron necropsia médico legal y la placenta fue enviada a Colcan; tanto al feto como a la placenta se les realizó estudio histopatológico.

El estudio histopatológico documenta infección en placenta (corioamnionitis) y en el feto se encuentran hallazgos compatibles con estado hipóxico sin otras alteraciones”.

Hasta aquí contamos con el resumen objetivo, pormenorizado y cronológicamente organizado, por lo que la perito se adentra a responder los interrogantes necesarios tendientes a darle solución al problema jurídico planteado mediante el ejercicio de la presente acción, previa indicación de la bibliografía aplicable al sub examine:

“(…) La paciente en el momento de la atención tenía 25 años, no tenía antecedentes médicos previos ni durante el desarrollo de la gestación, acudió a centro hospitalario posterior a inicio de la sintomatología (salida

de líquido amniótico e inicio de contracciones), no se registra que durante la atención hospitalaria que la paciente hubiera dejado de seguir las normas de acuerdo con los deberes de los pacientes, ni las recomendaciones dadas por personal médico ni de enfermería.

Con relación a las entidades nosológicas, se encuentra la ruptura de membranas la cual es una indicación para hospitalizar y requiere una adecuada categorización para iniciar la conducta, debido a que el producto se encontraba a término y presentaba actividad uterina irregular, se inició de forma adecuada la conducción del trabajo de parto de acuerdo con lo recomendado por la norma y la comunidad científica.

En la ruptura de membranas se debe considerar que la pérdida de líquido amniótico puede llevar a compresión del cordón umbilical y a la disminución de líquido amniótico, los cuales pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo.

En relación con el inicio de medicamentos en el trabajo de parto, se encuentra descrito en la literatura que el manejo depende del índice de Bishop es decir de las características del cuello uterino; en el ingreso el cuello se encontraba con dilatación lo cual presupone una mayor favorabilidad para que la inducción/conducción del trabajo de parto sea exitoso; si el cuello uterino es favorable (tiene una puntuación de 6 ó más), generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con oxitocina. Si el cuello uterino es no favorable (tiene una puntuación de 5 o menos), se realiza maduración del cuello uterino con como el misoprostol, una sonda de Foley o sonda con o con oxitocina si las prostaglandinas no están disponibles.

El trabajo de parto requiere de seguimiento, se recomienda una vez se inicia manejo con medicamentos hacer control riguroso, ya que los beneficios esperados deben compensar los posibles eventos adversos como la hiperestimulación uterina, la ruptura uterina y el sufrimiento fetal, por lo cual después del inicio de la oxitocina intravenosa, es indispensable controlar de cerca la velocidad de infusión de oxitocina, la respuesta del útero a la oxitocina y la frecuencia cardíaca fetal.

No se evidencia en la historia clínica compromiso fisiopatológico de los

signos vitales maternos ni fetales debido a que no se encuentran registrados en la historia clínica, el ultimo control referenciado fue realizado a las 7 de la mañana por enfermería y a las 9 de la mañana por especialista en ginecobstetricia. No es posible determinar si había alteraciones en la cantidad de líquido amniótico que pudieran explicar el sufrimiento fetal agudo como tampoco las contracciones que pudieran explicar hiperestimulación uterina, como tampoco del sangrado uterino que pudiera documentar alteraciones placentarias.

Con relación al entorno, no se aporta información que permita determinar la disponibilidad, suficiencia y oportunidad de los recursos humanos, tecnológicos y terapéuticos. No se aporta documentos generados por la Clínica Medilaser en torno a la atención de partos ni participación a Comité de Vigilancia Epidemiológica Departamental, como tampoco guías internas de atención del parto. Sin embargo, se referencia que la Institución es un segundo nivel de atención.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A. De acuerdo con lo documentado en la historia clínica, la atención del parto requería conducción del trabajo del parto, ya que al momento del ingreso al centro hospitalario había salida de líquido amniótico por vagina, contracciones uterinas irregulares y cambios en el cuello uterino (fase latente).

En el proceso de atención de acuerdo con lo documentado en las notas, cuenta con tres valoraciones por el servicio de ginecología previo al ingreso al quirófano:

1. La nota de ingreso a sala de partos en donde se considera hospitalizar para atención del trabajo de parto y conducirlo mediante medicamentos (oxitocina), no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10 minutos. No se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal ni de ordenes medicas asociadas con el resultado; únicamente se encuentra el resultado reportado como no reactivo de forma individual y aislada dentro de la historia clínica.

2. La nota a las 9 de la mañana en donde se considera realizar cambio de medicamento oxitocina por misoprostol oral, no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10 minutos, ni de las características de la amniorrea. Tampoco se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal ni de ordenes medicas asociadas con el resultado.
3. La nota a las 12 del medio día donde se encuentra bradicardia fetal, no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10 minutos. Tampoco se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal, en el barrido ecográfico no se describe el valor de la bradicardia en latidos por minuto ni se encuentra registro del índice de líquido amniótico.

El inicio de medicamentos oxitocina y misoprostol, en las indicaciones médicas y los registros, cumplen con las dosis y vías de acceso recomendadas por la literatura. Sin embargo, durante el ingreso al quirófano la nota de enfermería registra que se encontraba con infusión de oxitocina, no se aclara cual era la velocidad del goteo, pero se referencia permeabilidad. El anterior hallazgo es contrario a la nota de las 9 de la mañana que refería que el medicamento no se había iniciado y que se realizaba cambio a prostaglandinas (misoprostol). Lo anterior sugiere la posibilidad de administración de los dos medicamentos en la Sra. Moncada.

No se describe en la historia clínica la razón por la cual hubo cambio de oxitocina a misoprostol, como tampoco se consigna la hora de la administración del misoprostol. No se consignan los signos vitales maternos desde las 7 am hasta las 12 pm. No se encuentra registro de la actividad uterina ni de la frecuencia cardiaca fetal, después de las 9 de la mañana.

- B. Hay una correlación médica, entre la atención en salud brindada y la muerte del producto de la gestación.

CONCLUSIÓN

La conclusión versa sobre los siguientes aspectos:

- C. La atención del parto no fue adecuada de acuerdo con la atención esperada para el caso específico.
- D. Se produjo un daño en la vida del feto y se estableció la causa de la muerte en el informe pericial No. 20180101180010000008. No es claro si el sufrimiento fetal fue multicausal o derivado de una sola causa debido a que no hay hallazgos que permitan hacer una mayor aproximación sobre la posible causa, ya bien sea por hipertensión uterina, oligoamnios, y/o infección materna (coriamnionitis).

10. RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

- a. Es clínicamente aceptable o no, conforme los protocolos médicos de la atención del proceso de parto que se suministre a una misma paciente gestante OXITOCINA y MISOPROSTOL. En caso negativo explique las consecuencias adversas de suministrar estos dos fármacos a la misma paciente, además de los riesgos o complicaciones que se pueden presentar.

No se encuentra recomendado usar oxitocina y misoprostol de forma simultánea. Dependiendo del estado clínico del cuello uterino es posible usar misoprostol y oxitocina de acuerdo con lo descrito en la revisión de la literatura realizada previamente.

- b. Conforme los protocolos médicos internacionales ¿la inducción farmacológica del parto requiere el diligenciamiento del Consentimiento Informado? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe ¿se diligenció consentimiento informado para el suministro de Oxitocina y Misoprostol? ¿existe en la Historia Clínica registro de explicación a la gestante sobre el riesgo, complicaciones y posibles consecuencias adversas producto del suministro de fármacos como la oxitocina y el Misoprostol?

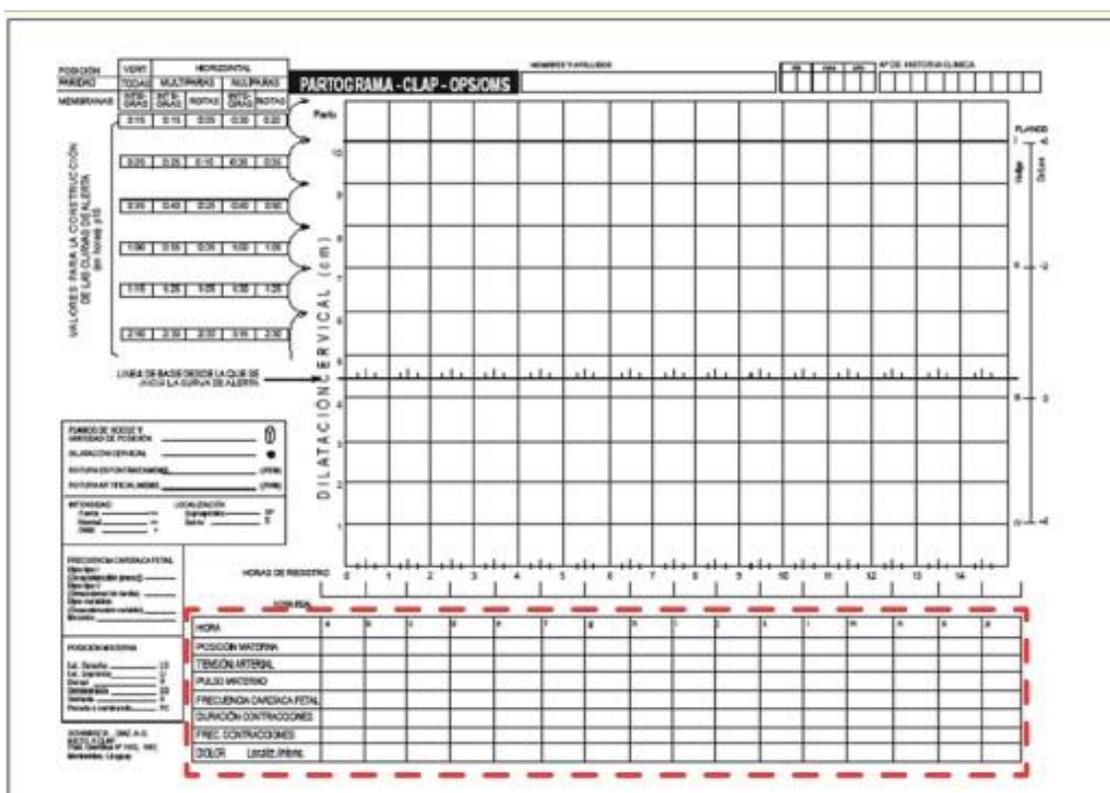
No hay recomendación sobre el diligenciamiento de consentimiento informado para la administración de medicamentos, sin embargo, la atención al paciente exige comunicación sobre las diferentes actuaciones que se realizan en el proceso de atención hospitalaria.

- c. Conforme los protocolos Médicos, Norma Técnica de Atención del Parto y Lex Artis, ¿en Colombia es obligatorio el diligenciamiento del PARTOGRAMA?, ¿qué finalidad tiene el diligenciamiento del PARTOGRAMA? y ¿en el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe se diligencio?

Es obligatorio el diligenciamiento del partograma sobre todo una vez el trabajo de parto se encuentre en fase activa, ya que permite la elaboración de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente. Para el caso específico y teniendo en cuenta la descripción de la dilatación del cuello uterino la Sra. Moncada durante su hospitalización estaba en fase latente y no se encuentran registros que se haya iniciado el diligenciamiento del trabajo de parto.

El partograma es un registro grafico que permite evaluar el progreso del trabajo de parto e identificar patrones de distocia (curva de alerta) y con ello la toma de decisiones en la atención del parto. Particularmente el partograma CLAP/SMR - OPS/OMS, ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.

En el partograma CLAP/SMR - OPS/OMS la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, se utiliza para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería).



PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en mmHg x 10)

120	130	140	150	160
110	120	130	140	150
100	110	120	130	140
90	100	110	120	130
80	90	100	110	120
70	80	90	100	110

LINEA DE BASE INDICA LA QUE SE SIGUE LA CURVA DE ALERTA

PARTE DE INFERIOR

POSICIÓN MATERNA

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO MATERNO

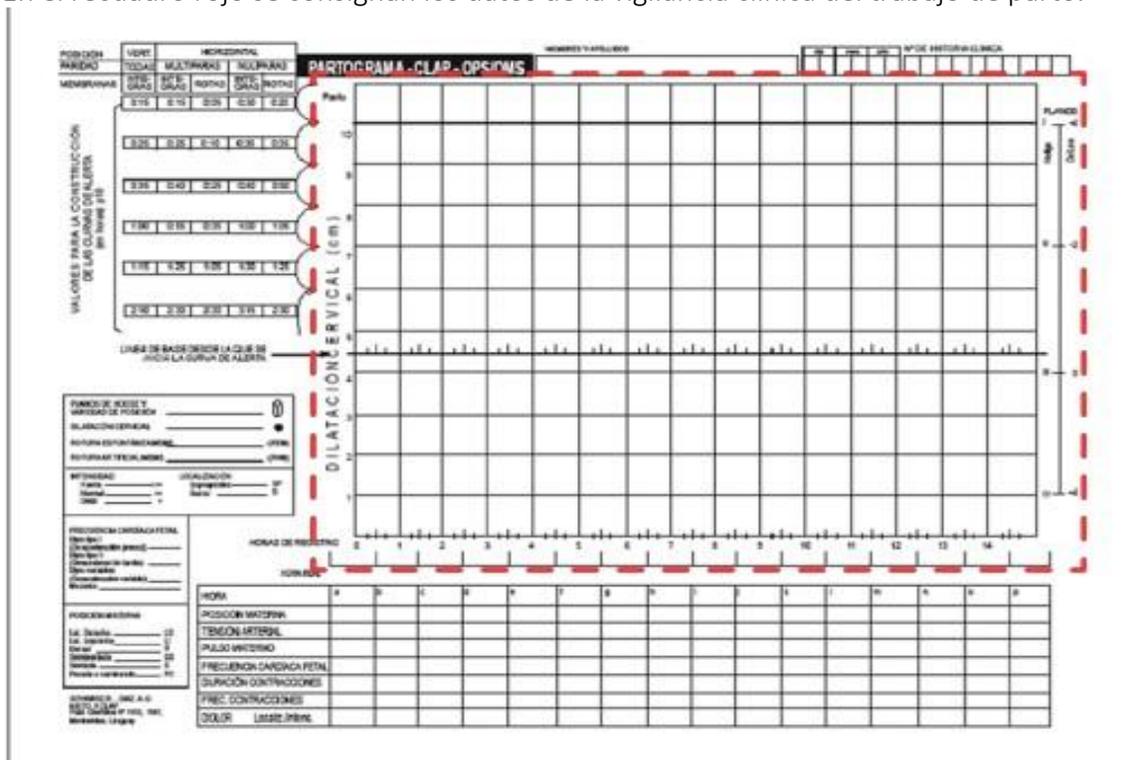
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

DURACIÓN CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

OLOR LIMBIC/PRINC.

En el recuadro rojo se consignan los datos de la vigilancia clínica del trabajo de parto.



En el recuadro rojo se consignan los datos de la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

- d. ¿Cada cuánto debe efectuarse Monitoreo fetal a una gestante que ingresa a un Centro Hospitalario en Trabajo de Parto? ¿Qué finalidad cumplen los



monitoreos fetales en una gestante en trabajo de parto? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe. ¿Cuántos monitoreos fetales le fueron practicados el 05 de enero de 2018 desde que ingreso con trabajo de parto a la Clínica Medilaser?

No se encuentra descrito la frecuencia con la cual debe hacerse el monitoreo fetal de una gestante hospitalizada. Se encuentra descrita la frecuencia con la que se debe examinar la frecuencia cardiaca fetal, máxime si se inician medicamentos estimulantes de actividad uterina, cuya finalidad es vigilar el bienestar fetal en dicho momento.

Se encuentra registro en la historia clínica de dos monitoreos fetales electrónicos.

Recomendación de la OPS: ● Mida la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto completo por lo menos una vez cada hora durante la fase latente, una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el segundo período.–

Si se observan anomalías de la frecuencia fetal (menos de 100 más de 180 latidos por minuto), sospeche de sufrimiento fetal (página S-109).

- e. Cada cuanto y con qué intervalos de tiempo debe efectuarse toma de signos vitales a una gestante que ingresa en trabajo de parto a un centro Hospitalario. En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe cuantas veces le fueron tomados los signos vitales? ¿Se le tomaron a Sindy Yuliana Moncada Arroyabe los signos vitales en la forma y los intervalos requeridos el 05 de enero de 2018?

Recomendación de la OPS:

- Supervise el estado de la mujer:
 - Durante la fase latente del primer período del trabajo de parto: Verifique el estado de ánimo y el comportamiento de la madre (tensa, ansiosa) por lo menos una vez cada hora; verifique la presión arterial, el pulso y la temperatura por lo menos una vez cada cuatro horas.
- Cunte el número de contracciones durante un período de 10 minutos y su duración en segundos, por lo menos una vez cada hora en la fase latente y una vez cada 30 minutos durante la fase activa.
- f. ¿Una gestante en trabajo de parto requiere vigilancia, control, valoración y supervisión constante y permanente por parte de especialista en Gineco-Obstetricia? ¿Qué consecuencias, riesgos y complicaciones se pueden presentar el caso de que una gestante en trabajo de parto no sea valorada por Gineco-Obstetricia durante largos periodos de tiempo? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe cuantas valoraciones, a qué hora, con que intervalos y que especialistas en Gineco-Obstetricia la valoraron el 05 de enero de 2018 mientras estuvo en trabajo de parto en la



Clínica Medilaser S.A.?

El trabajo de parto requiere la vigilancia de acuerdo con las recomendaciones consignadas en los literales c, d y e. La vigilancia del trabajo de parto se realiza para evitar la morbilidad materno fetal.

De acuerdo con lo consignado en la historia clínica previo a la extracción del producto, se realizaron 3 valoraciones por Ginecobstetra, a las 7 am, a las 9 am y a las 12 del medio día.

- g. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018 ¿que profesionales médicos la valoraron entre las 9am y 12.10m?

Se encuentran notas medicas del Dr. Edison Ferney Jaramillo y Harold Enrique Silva.

- h. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018, en la Nota de Enfermería de las 10.00am se consigna por parte de la enfermera Gleira Liliana Corrales Figueroa que la gestante refiere que tiene mucho dolor y sangrado, la revisa y encuentra sangrado ¿es el sangrado un factor de riesgo o una complicación en el trabajo de parto? ¿Qué conducta médica se debió adoptar por parte del personal médico ante la existencia del sangrado por Sindy Yuliana Moncada Arroyabe? ¿existe registro en el Historial Clínico de que Sindy Yuliana haya sido valorada por personal médico ante el sangrado que presentaba?

No existen elementos en la historia clínica sobre el sangrado que sugieran hemorragia en el trabajo de parto, se evidencia nota de enfermería donde se documenta sangrado pero no se cuantifica ni hay valoraciones medicas asociados a dicho hallazgo que permitan hacer una mayor aproximación. En la nota medica de las 12:20 se consigna que haysangrado uterino moderado y que no es activo.

Es importante tener en cuenta que el desarrollo del trabajo del parto no ocurre sin ningún tipo de sangrado, sin embargo de acuerdo a las características del mismo se puede realizar categorización, diagnóstico y manejo y dichas características no se encuentran consignadas en la historia clínica (no es claro si el sangrado uterino se evidencio mediante el ecógrafo o al realizar el tacto vaginal, en cuyo caso se debió consignar color, cantidad, etc.

- i. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018, una vez el Gineco-Obstetra Dr. Edison Ferney Jaramillo Grijalba hace el ingreso, diligencia el Triage y valora la paciente, define como plan.
- Hospitalización en sala de partos.
 - Dieta Normal.
 - Se indica conducción de trabajo de parto con Oxitocina.
 - Hemograma, VIH, FTA.
 - **Monitoreo Fetal.**



- **Control de signos vitales maternos, FCF cada hora.**
- **Avisar cambios.**

Respecto de las últimas tres órdenes, las cuales se encuentran en negrilla, ¿fueron cumplidas a cabalidad por el personal de enfermería? Identifique las notas en las que aparece referenciado su cumplimiento.

No se encuentran registros de la frecuencia cardíaca fetal cada hora.

- h. Si la señora Sindy Yuliana Moncada Arroyabe desde el ingreso a la Clínica Medilaser S.A., el 05 de enero de 2018 se encontraba en Sala de Partos de la Clínica Medilaser S.A.S., ¿Cuál es la razón para que solo hasta las 12.10m, el personal de enfermería se dé cuenta que no existía fetocardia y había un posible sufrimiento fetal?

Remitirse al punto 10 literal B”

Como puede verse, contrario sensu a lo sostenido por el excepcionante, la señora Sindy Yuliana Moncada Arroyabe no fue atendida por un equipo multidisciplinario, sino que en realidad se presentaron fue un conjunto de fallas multidisciplinarias, una violación directa de los protocolos médicos, que en nada se acompasa con la supuesta buena praxis descrita por el libelalista.

Resulta evidente el abandono del paciente por parte de la especialidad en gineco - obstetricia, la violación de las ordenes médicas dadas desde el ingreso, la definición de conducta por parte del personal de enfermería, la falta de comunicación entre enfermería y profesionales médicos, incumplimiento de la labor paramédica y en si, cada una de las fallas descritas en la demanda.

4. A LA DENOMINADA: INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL EXTREMO PASIVO.

Se aclara que conforme la enumeración que venía haciéndose en el escrito de excepciones, la presente correspondería a la segunda excepción, no obstante, en aras de no alterar la numeración dada, se responde como excepción No. 4

Acertado y aplicable resulta realizar como cita jurisprudencial la Sentencia del 07 de abril de 2011, exp. 19.801, M.P. Ruth Stella Correa Palacio, Sección Tercera del Consejo de Estado, en donde en la parte pertinente se sostiene:

“siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos, ante la falta de una prueba directa de responsabilidad, dadas las especiales condiciones en las 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 embrazo se ha



desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico”

Situación presentada en el sub lite, pues a lo largo del proceso de gestación se observó un inmejorable bienestar fetal, una bebé que se desarrolló en condiciones normales, que no mostro signo alguno de alarma, ni de afecciones, y por lo mismo, lo mínimo que hubiese podido ocurrir como consecuencia del hecho natural del parto, es que hubiese nacido una bebé sana, fuerte y vigorosa, tal y como se mostró en todo el proceso de gestación.

En el presente caso, más allá de la prueba indicaría dada por las condiciones propias del estado gestacional, lo cierto es que en la historia clínica analizada en conjunto con la literatura médica, los protocolos médicos y la prueba pericial allegada, tenemos que ocurrieron una pluralidad de errores, fallas y atentados contra la debida praxis, los cuales se encuentran definidos de manera clara en el acápite fáctica, mismos que a la postre condujeron de manera directa al lamentable desenlace.

5. A LA DENOMINADA: FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE FRANCISCO GERMAN OSPINA

El tema de la legitimación en la causa ha sido ampliamente desarrollado por la jurisprudencia Nacional.

Analizando el caso en concreto y en tratándose de Responsabilidad Extracontractual encontramos que la jurisdicción administrativa a través del Honorable Consejo de Estado se ha referido a la Legitimidad en la Causa de la siguiente forma:

“En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte demandada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al demandante o a las demandadas.

Con relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso", de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas.

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella



falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

"(...) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (...).

En el Sub Examine se alega por el excepcionante la inexistencia de legitimidad en la causa por activa de Francisco German Ospina al aseverar que no existe prueba en el plenario que acredite la condición de padre de crianza de Sindy Yuliana Moncada que se alega en la demanda.

Frente a lo anterior debemos establecer que en el sistema jurídico colombiano no existe el barómetro de la tarifa legal, luego existe libertad probatoria en punto a demostrar las situaciones fácticas que se alegan como sustento de pretensiones y de excepciones.

Así las cosas, conviene recordar que en el presente caso dentro de la sustentación que se dio a las peticiones probatorias de índole testimonial, se fue lo suficientemente cuidadoso en dejar sentado que se pretendía probar, y entre ellas se describió de manera clara las condiciones filiales que aquí se reprochan.

Conforme lo anterior, abiertamente desacertado resulta la petición de que se decida el medio exceptivo dentro de la audiencia inicial como excepción previa, primero porque no fue así propuesto técnicamente hablando y segundo, porque dentro del mismo libelo introductorio se especificó de manera diáfana los elementos de prueba con los que se demostraría tal condición, luego es un aspecto que de manera ineludible, debe resolverse en sentencia.

Dentro del hecho tercero de la demanda se estableció a literalidad:

“3. LUZ ELENA ARROYAVE RIOS y FRANCISCO GERMAN OSPINA RINCON, son compañeros permanentes y desde el momento de su unión, el



señor FRANCISCO GERMAN OSPINA RINCON asumió la crianza, manutención y cuidado de SINDY YULIANA MONCADA ARROYAVE y DIANA MARCELA MONCADA ARROYAVE, haciendo las veces de un verdadero padre”.

Y dentro de la justificación de los testimonios de Yolanda Navarro Morales, Marcela Ospina Duque y Paola Gómez se dejó sentado que los mismos conocen la composición familiar, los roles que desempeñan cada uno de los demandantes al interior de la familia, luego la situación echada de menos por el excepcionante será aclarada en la oportunidad legal correspondiente, que es a la hora de la práctica de pruebas.

6. A LA DENOMINADA: LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS DESCONOCEN LOS LÍMITES JURISPRUDENCIALES ESTABLECIDOS POR EL MÁXIMO ÓRGANO DE LA JURISDICCIÓN ORDINARIA ESPECIALIDAD CIVIL

Se empieza la presente excepción haciendo alusión a una supuesta “Evidente falta de técnica en la solicitud de este perjuicio” y frente a esa casi irresponsable afirmación, la presente representación jurídica quisiera saber ¿cuál es la forma correcta que en el sentir del excepcionante se debe pedir?

El derecho de defensa jamás puede descalificar de manera inconsulta la forma en que se formula una demanda, como si de tener revelada la verdad jurídica se tratara, o como si existiere un formato pro o preforma que estableciese de manera correcta como se debe formular una pretensión.

Pese a lo anterior, se recurre a la confusión de medios exceptivos, como los argumentos propios de la exculpación, con los topes indemnizatorios, lo que puede calificarse como un sofisma argumentativo, situación que si raya en la falta de técnica jurídica.

Pero lo esgrimido, no es lo más inconsulto de la excepción propuesta, sino el hecho descalificante de afirmar que el perjuicio moral solicitado respecto de los demandantes resulta exorbitante.

Frente a lo anterior, acudiendo a principios humanistas, al principio de realidad, al principio de justicia y a las reglas de la experiencia y la sana crítica, como quiera que en el presente medio exceptivo en forma alguna podría conforme a la “técnica jurídica” aludida por el excepcionante, hacer alusión a responsabilidad propiamente dicha, DEBE PLANTEARSE COMO PRIBLEMA JURIDICO de la presente excepción si el monto pedido de 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes resulta exorbitante o desproporcionado.



O lo que es lo mismo, ¿la vida de un hijo de cualquiera de nosotros valdría más, o nuestro dolor sería más gravoso o más valorable cuantificablemente hablando que el de los demandantes?

Si la vida o el daño que se estuviese reclamando fuese el propio, estoy seguro que la excepción propuesta resultaría más que arbitraria, humillante, deshumanizada y desproporcionada, luego acudiendo a la hermenéutica jurídica, propia de quienes practicamos el derecho, acudiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, y sobre, poniéndonos en el lugar del otro, en aplicación de un método representativo, debemos responder si lo solicitado ¿en realidad es desproporcionado o exorbitante?

Como litigante y practicante del derecho siempre he sido un convencido que la vida no tiene precio, no existe dinero alguno que pueda reparar la pérdida de un ser querido, menos la de un hijo, tal dolor intrínseco es solamente cuantificable, perceptible y sufrible por la persona que lo padece.

Pese a lo anterior, debe buscarse en términos jurídicos una forma de resarcimiento o de indemnización, que jamás va copar el daño sufrido, siquiera de una forma equiparable a la realidad, pero decir que 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes como tope indemnizatorio para un padre que pierde a su hijo es exorbitante, en el sentir la suscrita representación jurídica, resulta un tanto más que irresponsable y reactivante.

De antaño se ha establecido doctrinaria y jurisprudencialmente que el daño moral es propio de la órbita subjetiva, íntima o interna de la persona, pero exteriorizada por el dolor, la aflicción, el decaimiento anímico, el pesar, la congoja, la angustia, la desolación, la sensación de impotencia u otros signos expresivos, su reconocimiento económico tiene una función en esencia satisfactiva y no reparatoria en toda su magnitud, pues si bien, los medios de persuasión pueden demostrar su existencia, sin embargo, no lograrán jamás comprender una dimensión patrimonial y menos exacta frente al dolor de quien lo sufre y por eso es que su reconocimiento, se hace a manera compensatoria y no reparatoria, real y absoluta, precisamente porque el alma puede seguir doliendo y de muchas maneras y en muchas formas en cada persona y en sus seres queridos por lo que se ha propendido en la gran mayoría de las oportunidades dejar la valoración sobre el daño moral al arbitrio del juez, quien debe a través del proceso mental idóneo determinar las condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, la situación o posición tanto de víctima como de perjudicados, el grado de cercanía entre la víctima y quienes buscan la reparación, la intensidad de esta y los demás aspectos subjetivos.

Frente a análisis jurisprudencial sobre el daño moral se debe determinar que existen



diferencias entre la jurisdicción civil y la contenciosa administrativa, pero pretender que no pueden ser analizadas de manera conjunta conforme el método de análisis integral, constituye un verdadero despropósito jurídico.

Frente al particular tenemos que ambas jurisdicciones coinciden en cuanto a la naturaleza satisfactoria o compensatoria de la indemnización, la presunción del daño moral en los familiares más cercanos a la víctima directa y en el monto considerado tope, siempre sujeto al prudente arbitrio del juez.

Con respeto se afirma, desde el punto de vista subjetivo del suscrito apoderado, en el año 2014 se comienza una peligrosa carrera jurisprudencial en la jurisdicción de lo contencioso administrativo cuando mediante la decisión hito la sentencia del 28 de agosto de 2014, de la Sección Tercera del Consejo de Estado mediante la cual unificó la jurisprudencia en cuanto al reconocimiento y liquidación de perjuicios morales por causa de muerte, considerando diversos niveles de cercanía afectiva, con lo que se pretende de manera incorrecta, OBJETIVIZAR EL DOLOR, estableciendo que en cuanto a las relaciones conyugales, paterno filiales y a los miembros de un mismo núcleo familiar, al que asignó como tope indemnizatorio 100 SMLMV y para el cual consideró que basta la acreditación del parentesco atendiendo la presunción del daño, sin perder de vista que se justifica hasta un reconocimiento triplicado atendiendo la intensidad y gravedad conforme lo expuesto en Sentencia del 28 de agosto de 2014, Rad: 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251), CP Jaime Orlando Santofimio Gamboa m reiterada en múltiples ocasiones, entre ellas en Sentencia de la Subsección A del 9 de abril de 2021 dentro del radicado 50001-23-31-000-2012-00196-02 (63211), sienta Consejera Ponente la Dra. Marta Nubia Velásquez Rico.

Por otra parte, en la Jurisdicción Ordinaria, la Sala de Casación Civil ha establecido como doctrina probable que se presume el daño moral derivado de la muerte de un familiar cercano, pero para su estimación es necesario el prudente arbitrio del juzgador “naturalmente, ponderado, razonado y coherente según la singularidad, especificación, individuación y magnitud del impacto, por supuesto que las características del daño, su gravedad, incidencia en la persona, el grado de intensidad del golpe y dolor, la sensibilidad y capacidad de sufrir de cada sujeto, son variables y el quantum debeatur se remite a la valoración del juez” conforme lo estipulado en la Sentencia del 18 de septiembre de 2009.

Atendiendo el evidente desconocimiento del desarrollo jurisprudencial por parte del excepcionante se hace casi que obligatorio determina que, en punto de la cuantificación, se puede afirmar que la jurisprudencia civil ha establecido como tope de la tasación del daño moral hasta 100 SMLMV, situación que se ha venido fundamentado en los siguientes topes:



En sentencia de 2011 la Honorable Corte Suprema de Justicia advirtió ausencia de fundamento para diferenciar la tasación del daño moral por causa de muerte entre las jurisdicciones civil y contenciosa, además de que calificó el daño para el caso como de “intensa aflicción” y dispuso ajustar el valor de referencia al equivalente a 99 SMLMV.

En sentencia de 2012 la Corte Suprema de Justicia concluyó “daño sumo” y lo tasó en el equivalente a 97 SMLMV.

En fallo de 2013 la Corte Suprema de Justicia reiteró la postura, pero no calificó la intensidad del daño y condenó al equivalente para la época a 93 SMLMV.

En sentencias de 2016 nuevamente se aplica el precedente contenido la SC13925 y se califica el daño como de “grado sumo” y se reajustó en virtud del paso del tiempo al equivalente a 87 SMLMV, y en Sentencia SC15996, sin calificar la intensidad del daño, condenó a idéntica suma.

Así mismo tenemos que en sentencia de 2018 se calificó el daño moral como un sufrimiento indecible” de “inmenso dolor” en donde se reajusto el tope al equivalente a 92 SMLMV y se dispuso que tal condena se dosificara según el vínculo afectivo.

Posteriormente en el año 2019 la Corte reiteró la doctrina, pero no calificó la intensidad del daño moral para el caso en concreto y se limitó a condenar por una cantidad que para el momento ascendía al equivalente a 72 SMLMV.

Es importante advertir que, con posterioridad a las sentencias referidas como parte de la doctrina probable, se expidieron otras que hicieron referencia a la cuantificación del daño moral, pero no abordaron propiamente como razón de la decisión el valor tope o de referencia de los mismos.

En conclusión, debemos decir que la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo por la misma naturaleza de la prestación del servicio médico público tiene un desarrollo abrumador frente a la jurisdicción ordinaria, que dicho sea de paso, corta se ha quedado frente al desarrollo internacional.

Excepciones como la propuesta en el presente caso dejan sin piso el valor de la persona en sí misma y debe ser considerado como indicio judicial respecto del valor que se le da a la vida por parte de la representación judicial de la parte demandada.

En Sentencia SC5125-2020 se atacó en casación la sentencia por exceso en la tasación de los perjuicios morales, pero la insuficiencia del reproche impidió la prosperidad del cargo, por tanto, la Corte no casó ni emitió una sentencia sustitutiva al respecto.



En Sentencia SC4703-2021, la Corte casó con el propósito de indexar la condena por el daño moral que el tribunal tasó en pesos, de tal forma que, sin adentrarse en el examen del tope, la Corte reconoció la conveniencia de utilizar índices o unidades que permitan actualizar la condena por daño moral en aplicación del principio de reparación integral, pues la condena nominal es contraria a la equidad, **situación insensata que se pretende hoy por el excepcionante.**

A modo de conclusión debemos decir que la doctrina probable de la Sala de Casación Civil en cuanto a la cuantificación del daño moral, que:

- i) No hay fundamento para sostener un tope distinto al de la jurisdicción contenciosa, que lo ha fijado en 100 SMLMV, sujeto al prudente arbitrio judicial y susceptible de incremento en casos excepcionalmente justificados.
- ii) Dicho tope ha sido reajustado periódicamente por la Corte, reconociendo la pérdida de valor de la moneda con el transcurso del tiempo y que tal actualización no demerita su naturaleza compensatoria, sino que atiende los principios de equidad y reparación integral.
- iii) Excepción de la Sentencia SC13925-2016, donde se consideró que los casos en los que la condena por daño moral ha sido inferior al tope, son aquellos en los que la Corte no calificó el agravio subjetivo como de grado sumo o máximo, lo cual explica su inferioridad.
- iv) La Honorable Corte Suprema no ha expuesto ningún argumento que indique, explique o justifique la reducción del tope establecido desde 2011 por concepto de daño moral, pero si ha reiterado que el mismo debe servir de parámetro de referencia para la tasación, conforme al prudente arbitrio judicial de cada caso.

Conforme la anterior línea jurisprudencial, se marca lo inconsulto y agravioso de la excepción propuesta, puesto que la suma solicitada se muestra acorde con los principios de justicia que se han venido edificando, ya que se insiste, un tope nominal hace que las indemnizaciones sean cada vez menos ajustadas a la realidad, atendiendo la monumental pérdida del poder adquisitivo de la moneda, marcada por la incontrolable inflación que se ha venido afrontando.

7. A LA DENOMINADA: IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD.

Se obvia deliberadamente por el excepcionante que el Daño a la Salud no fue solicitado en la demanda como daño autónomo, sino como tipología integrada de daño



extrapatrimonial diferente al daño moral.

Con relación al Daño a la Salud (...) existen dos corrientes doctrinarias y jurisprudenciales, en cuanto unos lo consideran como un daño autónomo y otros lo incorporan como un segmento del daño fisiológico o a la vida de relación; sin embargo aunque solamente dicho daño ha sido reconocido por el Consejo de Estado involucrando dentro del daño a la integridad personal y la salud (...) no obstante también la Corte Suprema de Justicia, si bien no se tiene noticia de que haya reconocido en forma expresa esa clase de perjuicios (...); sin embargo, dejó planteado la Corte Suprema en las sentencias del 13 de mayo del 2008 expediente 1997-09327-01 y del 18 de septiembre del 2009 expediente 2005- 0406- 01, la posibilidad de reconocimiento de otros daños de naturaleza extrapatrimonial, diferentes al daño moral y al daño a la vida de relación, que de resultar probados, debían ser reconocidos en forma autónoma.

En Sentencia de constitucionalidad 10297 del 5 de agosto del 2014 con Radicado 11001-31-03-003-2003-00660-01 con ponencia del Honorable Magistrado, Dr Ariel Salazar Ramírez, se conceptuó “las anteriores referentes jurisprudenciales permiten deducir que el daño en los bienes personalísimos de especial protección constitucional que constituyen derechos humanos fundamentales, no encaja dentro de las categorías tradicionales en que se subdivide el daño extrapatrimonial, por lo que no es admisible forzar esa clase de daños para incluir en ellos una especie autónoma cuya existencia y necesidad de reparación no se pone en duda, de ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias formas a saber: 1. Mediante la lesión a un sentimiento interior y por ende subjetivo, daño moral. 2. Como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas, tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc, daño a la vida de relación o 3. Como vulneración a los Derechos Humanos Fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad (...) y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional. Las dos primeras formas de perjuicio han sido amplia y suficientemente desarrolladas por esta Corte, el menoscabo a los bienes jurídicos personalísimos de relevancia constitucional, en cambio, aunque sea enunciado tangencialmente por la jurisprudencia, no ha sido materia de profundización, dado que hasta ahora no se había planteado este asunto, en sede de Casación, de suerte que es esta la oportunidad propicia para retomar la línea trazada por la jurisprudencia de la sala y especialmente por las sentencias del 13 de mayo del 2008 expediente 1997-09327-01 y del 18 de septiembre 2009 expediente 2015-0406-01, con relación al tema del resarcimiento de las diversas subclases de perjuicio que constituyen el daño a la persona o extrapatrimonial y en concreto, respecto de la protección en materia civil de los bienes jurídicos de especial relevancia **constitucional**”.



En la Sentencia de constitucionalidad 10297 del 5 de agosto del 2014 que se acaba de citar se determinó que tanto el daño moral como el daño la vida de relación, son independientes de los daños personalísimos causados a las víctimas, mismos que resultan al amparo de derechos de especial protección constitucional, debiéndose destacar ahora que **el daño a la salud vulnera** (...) el derecho a la integridad personal, en sus fases física y moral, derecho fundamental de especial protección constitucional, mismo que aunque no está expresamente contemplado, se hace referencia en el artículo 49 de la Constitución Política, derecho de naturaleza inalienable ya que surge del mismo derecho a la vida, como lo ha reconocido la Corte Constitucional en la sentencia T- 584 del 98.

El artículo 5o numeral 1 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos, estipula literalmente “derecho a la integridad personal. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”,

En un análisis integral del ordenamiento jurídico, especialmente el jurisprudencial, tenemos que el derecho a la integridad personal debe asumirse como un conjunto de condiciones físicas, psíquicas y morales mismas que le permiten al ser humano llevar una existencia digna, esto es, sin que deba sufrir ni soportar ningún tipo de menoscabo, en cualquiera de esas tres esferas o dimensiones de su propia humanidad.

Respecto del daño a la salud, la integridad física hace referencia a la plenitud corporal del ser, lo que explica el por qué los Estados tienen el deber de garantizar el derecho de que toda persona deba ser protegida contra agresiones que puedan afectar o lesionar su cuerpo, ya sea destruyéndolo, causándole dolor físico o daño a su salud, conceptos dentro de los cuales cabe el concepto de la incolumidad de la estética corporal del individuo, que en el mundo de hoy suele gastar ingentes cantidades de tiempo y dinero para el cuidado de su estética corporal, porque a la gente le gusta verse bonita ante los demás, circunstancia que per se conlleva a que un menoscabo de tan fundamental derecho deba lograr una indemnización equitativa cuando quiera que sea vulnerado, perjuicio que resulta muy distinto al sufrimiento moral que también puede surgir de un menoscabo, como también resulta muy diferente al daño a la vida de relación.

8. A LA DENOMINADA: TASACIÓN EXCESIVA DAÑO EN VIDA RELACIÓN:

Escapa totalmente a la lógica los argumentos expuestos de entrada en la presente excepción, pues no se entiende como puede hablarse de exorbitante y desproporcionado la solicitud de reconocimiento de 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes para cada uno de los padres de la bebé por nacer por concepto de daño a la vida en relación, al proyecto de vida, daño a la salud y daño psicológico, denotando una total deshumanización y pérdida total por el sentido y valor de la vida. Mismo desprecio que evidenciaron en la reprochable atención brindada a la gestante



en la Clínica Medilaser S.A.S., de Florencia Caquetá.

Frente al daño a la vida de relación, con las diversas modificaciones y desarrollos que ha tenido esta tipología de perjuicio, debemos decir que la honorable Corte Suprema de Justicia a través de la Sala de Casación Civil ha precisado en diversas oportunidades que el daño a la vida de relación es un perjuicio de naturaleza extrapatrimonial, distinto del perjuicio moral, con un carácter especial y con una entidad jurídica propia, dejando sentado que el reconocimiento del daño a la vida de relación, es propio del prudente arbitrio del juez, acorde con las circunstancias particulares de cada evento.

Para cada caso en particular deben valorarse las situaciones fácticas en concreto, debiendo decir que en el sub iudice nos encontramos frente a un daño notable y evidente al proyecto de vida de familia, a la privación de sentir el amor, la unión, la felicidad que gira en torno a un hijo, de disfrutarlo, sentirlo y amarlo, situación que, por demás, hace más agradable la existencia.

En el sub examine existen elementos de juicio suficientes desde el punto de vista ontológico y dogmático para valorar con el subjetivismo necesario y acudiendo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, determinar sin lugar a duda alguna la configuración del perjuicio reclamado, como valor intrínseco afectado¹³.

Y es que contrario sensu a lo planteado por el excepcionante, la configuración de esta tipología de perjuicio en el presente caso aparece de bulto, y no se requiere acudir a los más estructurados procesos mentales para de manera diáfana determinar su configuración, pues es un acto de sentimientos intrínsecos, imaginables y cuantificables únicamente poniendo en el lugar del otro, en este caso de las víctimas, para dimensionar la afectación sufrida.

Desde esta óptica y con respecto se afirma, cualquier monto que reclame o que se reconozca es poco frente a la dimensión del daño experimentado por los demandantes, daño inconmensurable, incuantificable y no medible en precio alguno, pero que para efectos de indemnización se tasa en 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes para cada padre, cifra que se muestra por lo menos justa y que desde ningún punto de vista desborda en lo desproporcionado o exorbitante como pretende hacerse ver.

Frente al Daño a la Vida de relación en la jurisdicción ordinaria civil, debemos decir que en Sentencia del 13 de mayo de 2008 se introduce esta tipología de perjuicio como perjuicio autónomo, tomando como referente el avance y desarrollo doctrinario y jurisprudencial italiano, definiéndolo expresamente como “el daño que sufre un sujeto

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC-220362017 (73001310300220090011401), Dic. 19/17. (M. P. Aroldo Wilson Quiroz).



a consecuencia de una lesión a su integridad psicofísica o a la salud, consistente en la disminución de las posibilidades de desarrollar normalmente su personalidad en el ambiente social” “esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil”

En cuanto a la alteración de las condiciones de existencia o daño a la vida de relación la Honorable Corte Suprema de Justicia ha señalado algunas pautas en las siguientes providencias: CSJ AC 2923-2017, 11 mayo., rad. 2017-00405-00; CSJ AC 3265-2019, 12 ago., rad. 2019-02385-00; CSJ AC 1323-2020, 6 jul., rad. 2020-00686-00; CSJ AC 188-2021, 1º feb., rad. 2020-02990-00), pero también la ha deferido al arbitrium iudicis: CSJ SC 13 may. 2008, rad. 1997-09327-01, reiterada en CSJ SC 21828-2017, 19 dic.2017, rad. 2007- 00052-01.

De lo anterior tenemos que esta tipología de perjuicio no siempre se ha basado en tarifas inmodificables, sino que en muchos eventos, dependiendo de la particularidades del caso en concreto, la tasación se ha realizado conforme el arbitrio del juez atendiendo principalmente a las reglas de la experiencia y la sana critica.

Ahora, debemos tener como cierto que en un tiempo y por algunas oportunidades la Honorable Corte Suprema de Justicia taso la indemnización para la víctima directa y los parientes dentro del primer grado de consanguinidad en cincuenta millones de pesos (\$50.000.000), pero estas situaciones las encontramos máximo hasta el año 2019, teniendo como referente entre otras la SC5686-2018, 19/12/2018, situación obviada intencionalmente por el excepcionante.

En un estado absoluto, inmodificable, sin incremento del costo de vida sería admisible que el monto de la indemnización debería mantenerse en el tiempo, es decir, que la indemnización reconocida en el 2018 fuera igual a la del año 2024, pero con ajuste a la realidad, una pretensión semejante desborda los límites de lo absurdo y lo ilógico.

Por otra parte, atendiendo ese arbitrio y el desarrollo de pensamiento que como seres inteligentes nos encontramos en la capacidad de estructurar, debemos decir que la Honorable Corte Suprema de Justicia en eventos también ha reconocido hasta ciento cincuenta millones de pesos (\$150.000.000) por esta clase de perjuicios, teniendo como referente entre otros la SC3728-2021, 26/08/2021.



Conforme lo expuesto, la aseveración de que la pretensión indemnizatoria resulta “desproporcional y exorbitante” amén de resultar deshumanizada y revictimizadora, resulta contraria a los elementos y principios básicos de derecho.

Frente a las excepciones propuestas con relación al llamamiento en garantía, al tener exclusiva relación contractual conforme al aseguramiento pactado, corresponderá a la Clínica Medilaser SAS efectuar los pronunciamientos del caso.

PRUEBAS

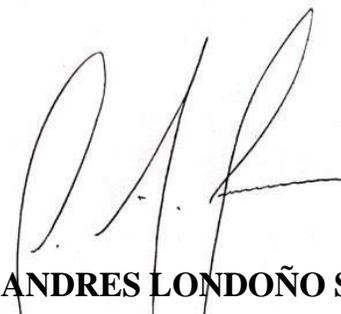
Como prueba en la presente contestación de Excepciones téngase además de las solicitadas en el libelo introductorio la siguiente:

PRUEBA PERICIAL:

Dictamen Pericial rendido por la Dra. ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.026.250.959 de Bogotá D.C., Medica especialista en Medicina Forense de la Universidad Nacional de Colombia, cuya experiencia, títulos, estudios, y toda la información relacionada con las cualidades y calidades para rendir el presente dictamen se encuentran descritas en la hoja de vida anexa al dictamen.

Para efectos de la sustentación del dictamen la profesional puede ser citada en la Carrera 69ª No 64f-11 Bogotá, Colombia Teléfono (57) 3176383114 amlosadas@unal.edu.co y amlosadas@gmail.com

Del señor juez,



DEYBY ANDRES LONDOÑO SARRIA
T.P. No. 200.021 del Consejo Superior de la Judicatura
C.C. No. 1.010.168.920 de Bogotá



INFORME TECNICO DE CASOS DE PRESUNTA RESPONSABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. IDENTIFICACIÓN

A. DATOS DEL LESIONADO O DEL CADAVER

- Nombre: Sindy Yuliana Moncada
- Edad: 25 años (en el 2018)
- Ocupación: Independiente
- Sexo: Femenino
- Documento de Identidad: 1117525195
- Estado Civil: Unión Libre
- Escolaridad: Técnico
- Dirección del Lesionado (Residencia): Carrera 16 # 9-05 Juan XXIII
- Régimen de Seguridad Social

B. DATOS DEL INVESTIGADO

- Nombre De La Institución: Medilaser
- Ciudad: Florencia
- Nivel De Complejidad: Segundo

2. MOTIVO DE PERITACION

3. INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se suministra link de acceso del expediente 2021-00445-00, https://etbcsj-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jcivcfl01_cendoj_ramajudicial_gov_co/EtcY7HmRFnINjEmxik9_xWMB4vvEsHTC-vRDgL15GI3SpA?e=p8zr3G

Desde el que se encuentran los siguientes documentos:



OneDrive

↓ Descargar

	00 Indice.xlsm	✕	12/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	65,7 KB	🔗 Compartido
	01ACTA 1360.pdf	✕	08/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	20,8 KB	🔗 Compartido
	02DEMANDA DE RESPONSABILIDAD ME...	✕	08/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	1,51 MB	🔗 Compartido
	03 ANEXOS SINDY YULIANA M ONC...	✕ ...	08/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	71,3 MB	🔗 Compartido
	04ENVIO DEMANDA A LA DEMANDADA...	✕	11/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	384 KB	🔗 Compartido
	05ADMITE DDA. 2021-445.pdf	✕	12/11/2021	Juzgado 01 Civil Circui	200 KB	🔗 Compartido
	06NOTIFICACIÓN RAD. 2021-00445-00.pdf	✕	6 de marzo	Juzgado 01 Civil Circui	802 KB	🔗 Compartido
	07CONTESTACIÓN DEMANDA, PODER Y ...	✕	6 de marzo	Juzgado 01 Civil Circui	59,1 MB	🔗 Compartido

De los anteriores documentos, se considera la siguiente información:

1. ARCHIVO 03 ANEXOS SINDY YULIANA M ONCADA, documento en pdf, con 366 paginas el cual contiene:
 - a. Folio 1 al 86: Demanda y documentos anexos (fotocopias de cedula, documentos de representación legal, entre otros)
 - b. Folio 87: Respuesta a oficio radicado el 09 de enero de 2018, firmado por Argenis Garavito.
 - c. Folio 87 al 96: Historia Clínica – Epicrisis a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha del 05/01/2018.
 - d. Folio 97 al 113: Historia Clínica – Consolidada a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha del 05/01/2018.
 - e. Folio 114 al 117: Historia Clínica – Formato estandarizado de referencia de la paciente y triage a nombre de Sindy Yuliana Moncada
 - f. Folio 118 al 125: Historia Clínica – Ingreso a nombre de Sindy Yuliana Moncada con fecha 05/01/2018 a las 06:43:15 am.
 - g. Folio 126 al 132: Historia Clínica – Reporte Notas de evolucion a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha 05/01/2018, especialidad de ginecobstetricia.
 - h. Folio 133: Historia clínica – Consentimiento informado de internación (Hospitalización-UCI).
 - i. Folio 134: Historia clínica - Seguimiento posparto de la madre y el recién nacido.
 - j. Folio 135 al 138: Historia Clínica – Reporte Notas de evolución a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha 05/01/2018, especialidad de pediatria y solicitud de estudio anatomopatológico de feto y placenta.
 - k. Folio 139 al 141: Historia Clínica – Reporte Notas de evolución a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha 05/01/2018, Nota quirúrgica - ginecobstetricia.
 - l. Folio 142 al 143: Historia Clínica – Reporte resultados de laboratorio a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha 05/01/2018.

- m. Folio 144 al 145: Historia Clínica – Aplicación de medicamentos por día a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha 05/01/2018.
- n. Folio No. 146: Historia Clínica – Registro de signos vitales a nombre de Sindy Yuliana Moncada del 05/01/2018 al 06/01/2018
- o. Folio 147 al 157: Historia Clínica – Notas de enfermería a nombre de Sindy Yuliana Moncada.
- p. Folio 158 al 161: Historia Clínica – Notas de evolución a nombre de Sindy Yuliana Moncada por especialidad de ginecología.
- q. Folio 162 al 176: Historia Clínica – Notas de evolución a nombre de Sindy Yuliana Moncada por especialidad de trabajo social, pediatría, medicina general y ginecología.
- r. Folio 177 al 186: Historia Clínica – Notas de quirófano, recuento de compresas, consentimiento informado, administración de medicamentos durante cirugía evolución a nombre de Sindy Yuliana.
- s. Folio 187 al 188: Historia Clínica – Monitoreos fetales a nombre de Sindy Yuliana.
- t. Folio 189: Historia Clínica – Autorización especial a nombre de Sindy Yuliana.
- u. Folio 189 al 204: Historia Clínica – Consolidada, signos vitales y aplicación de medicamentos a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2147517 con fecha del 11/09/2017.
- v. Folio 205 al 221: Historia Clínica – De otras atenciones previas al 2017 (Oftalmología, medicina general) a nombre de Sindy Yuliana Moncada
- w. Folio 222 al 311: Historia Clínica – Materno fetal de Sinergia Salud– controles prenatales a nombre de Sindy Yuliana Moncada.
- x. Folio 312 al 314: Reporte de ecografías obstétricas del 10/07/2017, 06/09/2017 y 01/11/2017 a nombre de Sindy Yuliana Moncada.
- y. Folio 315 al 327: Reporte de paraclínicos – Colcan a nombre de Sindy Yuliana Moncada.
- z. Folio 328 al 337: Historia Clínica – Epicrisis a nombre de Sindy Yuliana Moncada con ingreso No. 2341436 con fecha del 05/01/2018.
- aa. Folio No. 338 al 341: Historia Clínica – Monitoreo fetal sin fecha ni reporte médico.
- bb. Folio No. 342: Reporte anatomopatológico. Especimen placenta (Biopsia No. 300-18) Laboratorio clínico Colcan a nombre de Sindy Yuliana Moncada
- cc. Folio 343 al 352: Queja y respuesta a inconformismo presentado por Carlos Espinosa.
- dd. Folio No. 353 al 366: Expediente penal (FPJ-2, protocolo de necropsia Hija de Sindy Yuliana Moncada, Certificado de defunción, resultado de histopatología).

Posterior a verificación de **toda** la información disponible en el expediente, se extrae información de la historia clínica y del informe pericial de necropsia médico legal; la cual se encuentra únicamente en el archivo con el nombre ARCHIVO 03 ANEXOS SINDY YULIANA MONCADA. Se consideran los siguientes datos en la emisión del presente informe pericial:

Folio No. 94: Resultado de hemograma interpretado en seguimiento de ginecobstetricia el 09:01 del 05/01/2018:

ORDENES MEDICAS

SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Servicios Con Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
05/01/2018 07:16:42 a.m.	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	5	<input type="checkbox"/>

Interpretación: NORMAL

Folio Inter: 7

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NUMERO DE GRANULOCITOS	10.30 x10 ⁹ mm ³	
RECUENTO DE LEUCOCITOS	13.3 x10 ⁹ mm ³	
NUMERO DE LINFOCITOS	2.50 x10 ⁹ mm ³	
NUMEROS DE MONOCITOS	0.50 x10 ⁹ mm ³	
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS	76.6 %	
PORCENTAJE DE LINFOCITOS	19.1 %	
PORCENTAJE DE MONOCITOS	4.3 %	
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.42 10 ⁶ mm ³	
HEMOGLOBINA	14.2 g/dl	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	89 fL	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.2 pg	
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.6 g/dl	
DESVIACION ESTANDAR DEL ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	14.6 fL	
HEMATOCRITO	42.3 %	
RECUENTO DE PLAQUETAS	191 x10 ⁹ mm ³	
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	9.2 um ³	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS	14.8 %	
PLAQUETOCRITO	0.174 %	

Folio No. 97: Ingreso a sala de partos:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: DOLO ABDOMINAL + SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA
Enfermedad Actual: PACIENTE 26 AÑOS G1p0 GS: A RH+ CURSANDO EMBARAZO DE 38.5 SEM POR FUM , AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES REFIERE PERDIDAS VAGINALES HECE 3 HORAS , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, PERCIBE MOV FETALES NORMALMENTE.

PARACLINICOS:
 IMAGEN: TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA
 03/11/17 EG: 31.6 SEM PARA HOY EG: 40.6 SEM
 10/07/17 EG: 13.3 SEM PARA HOY EG: 39.0 SEM

Folio No. 98 y 99: Examen fisico de la historia de ingreso a sala de partos y ordenes medicas:

Abdomen: N AN GLOBOSO UTERO GRAVIDO AU 31 CM FETO UNICO LONG CEFALICO DORSO DERECHO FCF 145 LPM , MOV FETALES PRESENTES , DINAMICA UTERINA 1/10 DE 15 SEG DE DURACION

Genitourinario: N AN NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE , TACTO VAGINAL CUELLO CENTRAL DILATACION 1-2 CM , BORRAMIENTO 50% , MEMBRANAS ROTAS , LIQUIDO MECONIO GRADO 1

PLAN:

- HOSPITALIZACION EN SALA DE PARTOS
- DIETA NORMAL
- SE INDICA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA : 5 UI DE OXITOCINA + 500 CC DE SOL SALINA PASAR 30 CC / HORA POR BOMBA DE INFUSION
- SS HEMOGRAMA , VIH, FTA
- SS MONITORIA FETAL
- CONTROL DE SIGNOS VITALES MATERNOS , FCF CADA HORA
- AVISAR CAMBIOS

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

DIETA: NORMAL

MEZCLA Y LIQUIDO: (N: Tratamiento Nuevo, M: Tratamiento Modificado)

Impreso el 12/01/2018 a las 07:40:11 Por el Usuario 543 - VIVIANA ANDREA CABRERA CABRERA - FLA
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit: 813001952-0

Fecha de Impresion: viernes, 12 de enero de 2018 07:58 a.m.

Página 3/17

Mezcla/Liquido:	Administración:	
[N] Infusion: 5 UI de OXITOCINA en: 499 ml de SSN Total Mezcla: 500 ml	Infusion: 0,30 UI/hr - 30 CC/Hora	
Medicamentos Solicitados:		Cantidad
300102081	SODIO CLORURO AL 0.9 50 ML	10
H01B0007702	OXITOCINA 10 UI/1 ml Solución Inyectable	1
LABORATORIOS:		
Código Servicio	Servicio:	Cantidad
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	1

Folio No. 100: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 09:01 am del 05/01/2018:

NOTA MEDICA

PACIENTE FEMNEINA DE 26 AÑOS CON DX:

1. G1P0A0
2. EMBAARZO DE 38.5 SEM POR FUR Y EMB DE 39 SEM POR ECO
3. FETO UNICO VIVO CEFLAICO
4. TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
5. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
6. BAJO RIESGO OBSTETRICO

PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR DE MUUY BAJA INTENSIDAD, MOV FETALES PRESETNES, NO SANGRADO AMNNIORREA(+)

AL EXMAEN FISICO

PACIENTE CONSCIENTE ALERTA HDIRATADA

UTERO GRAVIDO AU: 34CM FETO UNICO VIVO CEFALICO FCF: 143XMIN CON DOPPLER NO ACTIVIDAD UTEIRNA
TV: D: 2CM B: 70% AMNIIORREA(+) PELVIS ADECUADA

PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO CON RUPTURA DE MEMEBRNAS AHORA CERVIX GRUESO , NO SE HA INICIADO CONDUCCION POR LO CUAL SE SUSPENDE Y SE INCIA DOSIS UNICA DE 25MCG MISOPROSTOL Y VIGILAR TRABAJO DE APARTO SS MONITORAI FETAL INTRAPARTO

Folio No. 101: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 01:42 pm del 05/01/2018:

ANALISIS

EVOLUCION DR SILVA G/O NOTA EXTEMPORANEA HORA: 12:20

PACIENTE A QUIEN SE FUE A EVOLUCIONAR POSTERIOR A LA VISITA. Y NO SE ENCONTRO FETOCARDIA CON EL DOPPLER POR PARTE DE ENFERMERIA. ENFERMERIA AVISA. SE PROCEDE A EVALUARLA Y LA PACIENTE INFORMA SANGRADO UTERINO. LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. TRANQUILA. CON BUENA TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES. SE VISUALIZA SANGRADO UTERINO MODERADO, NO ACTIVO. SE PASO AL ECOGRAFO Y SE EVIDENCIA BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA. AL TACTO VAGINAL: DILATAION DE 3 CM BORRAMIENTO: 80% AMNIOGONIA ACTIVA CON LIGERO TIENTE MECONIAL. POR LO QUE ORDENA DE INMEDIATO: BOLO DE 1500 CC DE SSN + OXIGENO POR CANULA A 3 LITROS MINUTOS + DECUBITO LATERAL IZQUIERDO Y PREPARAR PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

MONITORIA FETAL DE LAS 05:50 AM. NO REACTIVA. PERO CON BUENA VARIABILIDAD. SIN ACTIVIDAD UTERINA. MONITORIA FETAL DE LAS 9:50 AM: REACTIVA. SIN REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA.

PLAN: 1. SE PASA DE INMEDIATO A QUIROFANO PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

Folio No. 102: Nota de seguimiento por ginecobstetricia 04:06 pm del 05/01/2018:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	EMBARAZO A ATERMINO + TRABAJO DE PARTO INDUCIDO + RPM + SFA	<input checked="" type="checkbox"/>
O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION		<input type="checkbox"/>

ANALISIS

SIENDO LAS 12+40 RECIBO LLAMADO PARA REALIZACION DE CESAREA URGENTE POR PACIENTE EN SALAS DE PARTOS CON DX DE G1P0 EMBARAZO A TERMINO + RPM + INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON BRADICARDIA SEVERA Y EN SFA ME DIRIJO A SALAS DE CX DONDE SE LE REALIZA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SIENDO LAS 12+53 HORAS SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO HIPOTONICA FLACIDA PALIDEZ GENERALIZADA MAL ESTADO GENERAL QUE PASA RAPIDAMENTE A MEDICO PEDIATRA PARA EXAMEN CORRESPONDIENTE - SE CONTINUA PROCEDIMIENTO QX HASTA SU FINALIZACION SIN COMPLICACIONES --

Folio No. 104: Nota de Operatoria por ginecobstetricia 04:55 pm del 05/01/2018:

ANALISIS

Hallazgo Operatorio: LIQUIDO AMNIOTICO CON LEVE TINTE DE MECONIO FETO UNICO CE-FALICO SEXO FEMENINO CON LEVE HIPOTONIA Y CON PALIDEZ GENERALIZADA EN MAL ESTADO GENERAL PASA INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR MEDICO PEDIATRA - PLACENTA HIPERMADURA - CORDON UMBILICAL CON TRES VASOS CON IMPRESION DE PROCUBITO - UTERO Y ANEXOS NORMALES

Detalle Quirurgico - Procedimientos: ASEPSIA Y COLOCACION CAMPOS ESTERILES INCISION TIPO PFANNSTIELL HASTA CAVIDAD ABDOMINAL PREVIA DISECCION DE PLANOS DE LA PARED HISTEROTOMIA SEGMENTARIA ARCIFORME TIPO KERR LIQUIDO AMNIOTICO CON TINTE DE MECONIO CORDON UMBILICAL IMPRESIONA PROCUBITO PCR DELANTE DE CALOTA FETAL SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO CON PALIDEZ GENERALIZADA LEVE HIPOTONIA PINZAMIENTO Y CORTE DE CORDON UMBILICAL Y SE PASA FETO INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR PEDIATRIA - ALUMBRAMIENTO COMPLETO NO ZONAS DE DESPRENDIMIENTO O ABRUPTIO CORDON UMBILICAL DELGADO CON TRES VASOS REVISION Y ASEO DE CAVIDAD UTERINA HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS CON VICRYL 1 Y CATGUT CR 1 REVISION Y ASEO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE REvisa HEMOSTASIA RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS HASTA PIEL - NO COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO QX SANGRADO APROXIMADO DE 700 CC --

Folio No. 146: Registro de signos vitales del 05/01/2018 al 06/01/2018:

OBJETIVO - EXÁMEN FÍSICO											
TA	FC	FR	T	SO2	PESO	TALLA	GLUCO	TAM	FECHA REGISTRO	PROFESIONAL	
110/70	80	20	36.5	99	710	176		83	05/01/2018 07:16:42 a.m.	EDISON FERNEY JARAMILLO GRIJALB	
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 07:17:00 a.m.	GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA	
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 12:10:00 p.m.	GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA	
120/70	84	19	35.6	99	710	176	0	86	05/01/2018 02:28:00 p.m.	JUAN DANIEL CRIOLLO MONJE	

Folio No. 157: Nota de enfermería de ingreso a sala de partos

Unidad Funcional: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 07:17:00 a.m.

Título: HISTORIA INICIAL DE ENFERMERIA

el:

Subjetivo:

PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHO DOLOR TIPO COLICO Y SALIDA D LIQUIDO POR VAGINA

Objetivo:

INGRESA USUARIA MAYOR DE EDAD AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE ORIENTADA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON SIGNOS VITALES ESTABLES ANOTADOS. PACIENTE AFEBRIL, NORMOCEFALICA, MUCOSAS HUMEDAS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA TORAX NORMAL MAMAS BLANDAS A LA PALPACION SIMETRICAS, ABDOMEN GRAVIDICO POR EMBARAZO, CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, CON PERDIDAS VAGINALES LIQUIDO AMNIOTICO CON MECONIO GRADO I, SE CANALIZA VENA PERIFERICA EM MIEMBRO SUPERIOR DERECHA EN REGION RADIAL CON CATETER NO 16 PREVIA SEPSIA Y ANTISEPCIA EN SITIO DE VENOPUNCION, MIEMBROS INFERIORES NORMALES ES VALORADA POR EL GINECOLOGO DE TURNO. DIAGNOSTICO EMBARAZO 38.5 SEMANAS DE GESTACION + TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA + RPM. SE DEJA HOSPITALIZADA, SE INSTALA INFUSN DE OXITOCINA 5 UND EN 500CC DE SODIO A RAZON DE 30CC/H POR BOMBA DE INFUSION POR ORDEN MEDICA, SE TOMAN PARACLINICOS DE CONTROL SIN COMPLICACION PLAN/ VIGILANCIA MATERNO FETAL, ESCALA DE DOWN TON VALOR DE 2 CON BAJO RIESGO DE CAIDA, SE DA EDUCACION A LA PACIENTE SOBRE ACTIVIDADES DE PREVENCION DE CAIDAS Y ASI BRINDAR UN ENTORNO SEGURO

Actividades:

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
TOMA DE SIGNOS VITALES
ADMINISTRACION Y REGISTRO DE TRATAMIENTO
CANALIZACION DE VENA
MONITORIA FETAL
TOMA DE LABORATORIOS
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Gleira Corrales

Profesional: GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA

Especialidad: JEFE DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1045686410

Folio No. 156: Nota de enfermería seguimiento en sala de partos

Unidad Funcional: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 10:00:00 a.m.

Título: Nota Rapida de Enfermería

Nivel: NORMAL

Subjetivo:

PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHO DOLOR Y SANGRADO

Objetivo:

SE ATIENDE A EL LLAMADO PACIENTE ESTABLE EN TRABAJO D PARTO EN FASE ACTIVA, SE REvisa SANGRADO ESCASO, MANIFIESTA QUE TIENE SENSACION DE HACER D POSICION DE PASA PATO PACIENTE QUE REALIZA DEPOSICION, QUEDA PACINETE ESTABLE EN SU UNIDAD

Actividades:

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Gleira Corrales

Profesional: GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA

Especialidad: JEFE DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1045686410

Folio No. 154 y 155: Nota de enfermería de ingreso a quirófano

Ingreso: 2341436

Apellidos: MONCADA ARROYAVE

Nombres: SINDY YULIANA

Tipo Documento: CC

Numero: 1117525195

paciente con muchos dolores de parto

Objetivo:

12+45 Ingresar Paciente femenina mayor de edad en camilla con protocolo de barandas arriba para seguridad del paciente en compañía de auxiliar de enfermería a la quirófano #3 paciente para cirugía de cesarea urgente por el dr natera ginecólogo ,con diagnostico de sufrimiento fetal agudo,se intenta obtener fetocardia sin encontrar foco , sin consentimientos quirúrgicos por la urgencia vital ,paciente con liquidos endovenosos permeables en miembro superior derecho pasando infusion sodio 500cc con 30 unidades de oxitocina se suspende, se le inicia con profilaxis de

Actividades:

Monitorización Sv

Se le realiza fetocardia sin encontrar foco

Oxigenación canula nasal

LEV Tto indicado MSD infusión 30 unidades de oxitocina en 500 cc ssn 0.9% se suspende

Anestesia raquídea por el Dr. Garzon anesthesiologo

Asepsia y antisepsia abdominal

Campos estériles quirúrgicos

Sonda vesical conectada a cistoflo

Inicio del procedimiento Quirurgico por el dr natera ginecólogo

control de Sv

LEV + Tto indicado

Muestra tsh

Hemoclacificacion

recuento de compresas incompleto

control de Sv

LEV mas Tto indicado

herida abdominal cerrada y cubierta con material esteril

traslado a unidad de recuperacion de cirugía en camilla bajo efectos de anestesia raquídea

Protocolo de barandas arriba

Historia clínica completa

Patología se entrega auxiliar de recuperación

KAROL MARTINEZ ESCOBAR

Profesional: KAROL MARTINEZ ESCOBAR

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1048292019

Unidad Funcional: QUIROFANO FLORENCIA

Fecha Registro: 05/01/2018 02:28:00 p.m.

Título: HISTORIA INICIAL DE ENFERMERIA

Nivel:

Subjetivo:

PACIENTE INGRESA CON DOLORES DE PARTO

Objetivo:

12.45 PM INGRESA PACIENTE FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE ADMISIONES DE CIRUGIA PROCEDENTE DEL SERVICIO DE SALA DE PARTOS, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CAMILLA, CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADO, PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CESAREA, PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL DR NATERA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES T.A. 120/70, F.C. 84, F.R. 19, SO2. 99, T. 35.6, PACIENTE NO ALERGICA A NINGUN MEDICAMENTO, CON VALORACION SEGUN LA ESCALA DE DOWTON 4, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON BROWN # 16 CON INFUSION DE OXITOCINA 30 UNIDADES EN 500 CC DE SOLUCION SALINA CERRADA, SE OBSERVA CABEZA NORMOCEFALICA, CUELLO Y TORAX SIMETRICO CON MOVILIDAD MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES NORMALES CON MOVILIDAD, SE ADMINISTRA PROFILAPXIS DE ANTIOTIOTICOS CEFAZOLINA 2GR IV EN SALA PORQUE SE PASA DE URGENCIA, SIN CONSENTIMIENTOS POR URGENCIA VITAL, SE REALIZA MONITORIA FETAL Y SE OBSERVA AUSENCIA DE FETOCARDIA.

Actividades:

INGRESA PACIENTE EN CAMILLA

TOMA DE SIGNOS VITALES

INDAGACION DE ALERGIAS

CANILLA DE IDENTIFICACION COLOR VERDE

TOMA DE FETOCARDIA

SIN CONSENTIMIENTO POR URGENCIA VITAL

SE PASA A SALA INMEDIATAMENTE POR URGENCIA

daniel Criollo

Profesional: JUAN DANIEL CRIOLLO MONJE

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Tarjeta Profesional # 1117551387

Folio No. 181: Hoja de anestesia:

VIGILADO SERVICIO DE ANESTESIA	ti	COLORACIÓN MUCOSAS	Mucosas sonrosadas	2'							
			Pálidas	1							
<input type="checkbox"/> PROTECCIÓN OCULAR		<input type="checkbox"/> SÍNTOS DE PRESIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> ESTE SALE UCRA	<input type="checkbox"/> UCI	TOTAL						
OBSERVACIONES Y/O COMPLICACIONES: <i>Excluido en malos condiciones, meomado, hipotension sin actividad en el sistema a neurologico, queres unica vasomocion reonal axonada</i>											
Firma Anestesiologo <i>Alvaro Corzon</i>						Firma enfermera o auxiliar					
Carrera 7 No. 11-31 PBX: 8724100 Nelva - Huila				Calle 6 No. 14A - 55 Barrio: Juan XXIII Tels: 4382011 - 4383526 . Florencia - Caquetá				Cra. 2E No. 67 B - 80 Barrio: Sumacor Tels: 745 3000 Tunja - Boyacá			

Folio No. 342: Reporte anatomopatológico. Espécimen placenta (Biopsia No. 300-18) Laboratorio clínico Colcan

DIAGNOSTICO:

PLACENTA DE TERCER TRIMESTRE. PESO 460 GRAMOS.
MADURACIÓN ADECUADA.
CORIOAMNIONITIS AGUDA LEVE.
CORDÓN NORMAL.

Folio No. 366: Resultado de estudio histopatológico, Hija de Sindy Yuliana Moncada, Rad: LHIS 079-2018.

CONCLUSIÓN: Al revisar los cortes histológicos, se encontraron tejidos que muestran congestión con focos de hemorragia. Al hacer la contextualización del caso, y teniendo en cuenta el estado hipóxico agudo perinatal, debe hacerse la correlación con la historia clínica completa y los hallazgos de necropsia. Importante conocer si hubo estudio anatomopatológico de la placenta y su resultado.

4. OTROS RECURSOS UTILIZADOS

Ninguno.

5. EXAMEN CLINICO O DE PATOLOGÍA FORENSE ACTUAL

Se extraen los principales hallazgos descritos en el informe pericial de Necropsia 2018010118001000008 del Instituto Nacional de Medicina Legal, Sede Florencia:

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

1. Cuerpo de un menor de edad sexo femenino; vestida con pijama infantil de color rosado, sin lesiones externas por trauma.
2. Eritema superficial rojizo perioral compatible con el contacto con micropore durante la fijación del tubo orotraqueal.
3. Promedio de edad gestacional 38-39 semanas
4. Peso y talla normales para la edad
5. Hematoma pericraneal laminado.
6. Mucosa de vías respiratorias inferiores pálidas con mucosidad amarillosa espesa.
7. Edema cerebral de moderado a severo sin signos de herniación
8. Órganos aumentados de tamaño para la edad y peso
9. Hallazgos inespecífico de hipoxia:
 - Cianosis central y periférica
 - Congestión visceral
 - Petequias en cerebro, timo y epicardio.
10. Se descartan anomalías congénitas macroscópicas.
11. No se evidencian signos de enfermedad natural.

6. RESUMEN DEL CASO

El caso se trata de una mujer de 25 años quien cursaba con un embarazo a término de aproximadamente 39 semanas, quien consultó a centro hospitalario por presentar salida de líquido por vagina aproximadamente dos horas previo al ingreso hospitalario y contracciones.

Los antecedentes encontrados en la historia clínica de la Clínica Medilaser y los aportados durante el control prenatal por Sinergia Salud permiten categorizar la gestación con un bajo riesgo y los controles prenatales evidencian que la Sra. Moncada cursó con un embarazo dentro de los límites de la normalidad y los controles llevados a cabo cumplen con lo sugerido con las recomendaciones médicas.

Posterior al ingreso hospitalario, se inicia manejo medico en aras de producir parto vaginal y se suministran medicamentos debido a la irregularidad de las contracciones en la labor de parto. Durante la hospitalización se evidencian hallazgos cardiotocográficos (Doppler, monitoreo fetal y con ecógrafo) que sugieren sufrimiento fetal agudo, por lo cual fue llevada a cirugía de emergencia en donde se halla un feto femenino sin signos vitales. El producto de la gestación fue llevado al Instituto Nacional de Medicina Legal en donde realizaron necropsia médico legal y la placenta fue enviada a Colcan; tanto al feto cómo a la placenta se les realizo estudio histopatológico.

El estudio histopatológico documenta infección en placenta (corioamnionitis) y en el feto se encuentran hallazgos compatibles con estado hipóxico sin otras alteraciones.

8. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR

A. REVISIÓN DE LA LITERATURA:

- Sobre la normatividad de la atención del parto:

La guía de Práctica Clínica Del Ministerio De Salud y Protección Social para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio establece las siguientes recomendaciones:

11. ¿QUÉ MEDICAMENTO ESTÁ RECOMENDADO PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN MANEJO NO EXPECTANTE DE PACIENTE CON RPM SIN TRABAJO DE PARTO?

Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal. (Grado de recomendación A).

11. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBEN VIGILAR LOS SIGNOS VITALES MATERNOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO? Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:

- Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardíaca materna) y la frecuencia respiratoria.
- Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura.
- Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
- Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer. (Grado de recomendación D).

18. ¿CÓMO SE DEFINEN Y DETECTAN LAS DISFUNCIONES DINÁMICAS (HIPOSISTOLIA, HIPODINAMIA, HIPERSISTOLIA, BRADISISTOLIA, TAQUISISTOLIA)?

✓ Las alteraciones dinámicas del trabajo de parto pueden identificarse mediante el examen clínico con la técnica y frecuencia descritas para evaluar los signos vitales de la gestante y durante la auscultación intermitente o mediante el uso del tocodinamómetro externo durante la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal. (✓ Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del GDG).

✓ Se recomienda adoptar las siguientes definiciones para el diagnóstico de las disfunciones dinámicas del trabajo de parto: Dinámica uterina normal: Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino. La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos. Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción. Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales. Alteraciones de la dinámica uterina: Bradisistolia (disminución de la frecuencia): de dos o

menos contracciones en 10 minutos. Taquisistolia (aumento de la frecuencia): 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos. Hiposistolia: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg. Hipersistolia: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción. Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de dos minutos. Incoordinación uterina: alteración del triple gradiente descendente.

✓ Se recomienda para la evaluación clínica de la contractilidad uterina la siguiente técnica: con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.

(✓ Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del GDG).(MSPS, 2013)

4. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS CLÍNICOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS? Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis. (Grado de recomendación **B**). (MSPS, 2013)

La Norma técnica para la atención del parto Del Ministerio De Salud y Protección Social establece las siguientes recomendaciones:

“..., 5.1.2 Examen Físico • Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación,..., • Toma de signos vitales • Revisión completa por sistemas • Valoración del estado emocional • Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto. • Fetocardia • Tamaño del feto • Número de fetos • Estado de las membranas • Pelvimetría

5.2 Atención Del Primer Periodo Del Parto (Dilatación Y Borramiento). Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas: • Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido. • Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria. • Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta. • Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma. • Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma. • Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal,..., (MSPS, 2000)”.

La Guía para obstetrices y médicos de la Organización Panamericana de la Salud establece las

siguientes recomendaciones:

A. Inducción y conducción del trabajo de parto: La inducción y la conducción del trabajo de parto se realizan con diferentes indicaciones, pero algunos de los métodos son semejantes, con independencia de la indicación. Solo se deben realizar cuando existe una clara indicación médica u obstétrica y cuando los beneficios esperados compensan los posibles perjuicios como la hiperestimulación uterina, la ruptura uterina y el sufrimiento fetal. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)(World Health Organization, 2011)

MECONIO ● A medida que el feto madura, con frecuencia se observa en el líquido amniótico la presencia de meconio, el cual, por sí solo, no es un indicador de sufrimiento fetal. La presencia ligera de meconio sin irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal es una advertencia de la necesidad de vigilar a la mujer. ● El meconio espeso sugiere el paso del meconio al líquido amniótico que se encuentra reducido, y puede indicar la necesidad de acelerar el parto y manejar la presencia de meconio en las vías aéreas superiores del recién nacido al momento de nacer para prevenir la aspiración de meconio (página S-167) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

- Sobre la ruptura de membranas:

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto. Se puede clasificar dependiendo de las semanas de gestación, denominándose ruptura prematura de membranas a término la que ocurre en una gestación después de la semana 37.

De acuerdo con las recomendaciones sobre el manejo médico en la ruptura prematura de membranas a término, se recomienda la inducción del trabajo de parto con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal. (Nivel de evidencia A). Según indicación obstétrica, se iniciará inmediatamente inducción con oxitocina sin importar las condiciones del cérvix, pues se ha visto que las pacientes con membranas rotas responden fácilmente a esta, pero no está contraindicado el uso de prostaglandinas. Si cuando la paciente consulta lleva más de 18 horas con membranas rotas y no conocemos el estado de portadora o no, de *Streptococcus* del grupo B, se recomienda utilizar antibióticos profilácticos. (Cortés Yepes, 2021)

Se debe hacer una vigilancia activa del trabajo de parto para asegurar el bienestar fetal, ya que el oligoamnios favorece la compresión del cordón. Se debe evitar al máximo los tactos vaginales que aumentan el riesgo de infección. Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica. (Cortés Yepes, 2021)

Cuando el monitoreo es anormal, se puede solicitar el perfil biofísico. Los signos de infección son el aumento súbito de los reactantes, la pérdida de la variabilidad, el oligoamnios persistente y la disminución de los movimientos fetales y respiratorios; ante esta

situación se debe terminar la gestación evaluando cada caso en particular. (Cortés Yepes, 2021)

- Sobre el bienestar fetal:

El sufrimiento fetal puede definirse como un estado caracterizado por una alteración del intercambio metabólico materno-fetal, que produce como consecuencia: hipoxemia, acidosis, hipercapnia y finalmente hipoxia y daño celular fetal, estados estos que dan origen a lesiones fetales de gravedad variable. (Vélez A., 1996)

Aunque la etiología del sufrimiento fetal puede ser ocasionalmente multifactorial, las causas aisladas suelen ser la regla y se agrupan para propósitos prácticos en cuatro categorías: la placenta, el cordón, la madre y el feto. En el sufrimiento fetal agudo se encuentra dos causas básicas de acidosis fetal: las alteraciones en la eliminación del dióxido de carbono y la disminución del aporte de oxígeno al feto. (Vélez A., 1996)

El diagnóstico de sufrimiento fetal se fundamenta en una clasificación adecuada del riesgo materno, en asociación con una vigilancia óptima del trabajo de parto mediante un control clínico riguroso de la madre y del feto. Es de presunción clínica, por eso se habla de sospecha de hipoxia mediante el control de la frecuencia cardíaca fetal, de probabilidad paraclínica, por la alteración a nivel de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal (MEFCF) y de certeza neonatológica, mediante el nacimiento de un niño con criterios que sugieren asfixia perinatal. Los métodos diagnósticos pueden dividirse en: clínicos, biofísicos y bioquímicos. (Vélez A., 1996)(María & Cuervo, 2009)

El método clínico consiste en la auscultación periódica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) antes, durante y después de las contracciones que permite detectar desaceleraciones tempranas (DIP I), tardías (DIP II) y variables (DIP III). (Vélez A., 1996)

DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

DIP TIPO I: Disminución de la FCF asociada con la contracción, cuyo mecanismo de producción es la compresión de la cabeza fetal. Su presentación es más frecuente en casos de ruptura de membranas o durante el período expulsivo cuando la compresión cefálica alcanza niveles máximos.

DIP TIPO II: Desaceleración de la FCF después de la contracción uterina indicando alteraciones de la reserva de oxígeno fetal. Su presencia es uno de los signos más confiables de compromiso metabólico fetal.

DIP TIPO III: Desaceleraciones de la FCF relacionadas o no con la contracción uterina, cuyo mecanismo de producción es la compresión del cordón umbilical y se caracteriza por la conformación de imágenes en W, a diferencia del patrón de simetría con la contracción que muestran las desaceleraciones tipo I y II.

PATRONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Frecuencia Basal: latidos por minuto (LPM)	
Normal	120-160
Bradicardia	< 120
Bradicardia severa	< 100
Taquicardia	> 160
Variabilidad (amplitud de las deflexiones por encima y debajo de la línea de base en LPM)	
Ausente	0 - 2
Mínima	3 - 5
Moderada	6 - 25
Marcada	> 25
Cambios periódicos	
Aceleraciones	≥ 15 LPM, con duración ≥ 15 segundos
Desaceleraciones variables	
Leves	Duración < 30 seg., o nadir > 80 LPM
Moderadas	Duración 30-60 seg. con nadir > 70 LPM
Severas	Duración > 60 seg., nadir < 70 LPM
Desaceleraciones tardías	Imagen en espejo de la contracción con nadir posterior al acmé.

ELEMENTOS BASICOS EN LA INTERPRETACION DE LOS TRAZOS DE MONITORIZACION FETAL

1. Frecuencia cardíaca fetal de base. Se consideran frecuencias normales entre 120 y 160 latidos por minuto. Frecuencias menores se denominan bradicardia, aunque frecuencias entre 100 y 120 pueden ser normales en fetos maduros. Frecuencias mayores de 160 se consideran taquicardia.
2. Cambios periódicos: presencia o ausencia de desaceleraciones de la FCF.
3. Variabilidad de la FCF. Tal vez el más importante de los parámetros de evaluación de la monitorización fetal. La variabilidad puede definirse como las oscilaciones de la FCF, o variaciones latido a latido que se identifican en el trazo y que traducen la integridad del sistema nervioso central e indirectamente la reserva de O₂ del feto.
4. Aceleraciones transitorias de la FCF, relacionadas con eventos tales como la contracción uterina o los movimientos fetales.

Interpretación de registro cardiotocográfico 1. Ver el contexto clínico: las semanas de gestación, la patología antenatal (preeclampsia, medicación, restricción del crecimiento intrauterino) y la revisión de registros previos. 2. Situación clínica actual e indicación para el monitoreo fetal electrónico. 3. Determinar los límites aceptables de normalidad para este registro antes de iniciar la valoración. 4. Valorar el registro: identificar el riesgo, las

contracciones, la frecuencia cardíaca fetal basal, la variabilidad, las aceleraciones, las desaceleraciones y los patrones de trazado. (Vélez A., 1996)

Dado que la FCF es un proceso dinámico que varía en el tiempo, los trazados de FCF son dinámicos y transitorios, precisando una valoración frecuente, que han de interpretarse en el contexto clínico y, su inclusión en una determinada categoría solo sirve para el período estudiado. Existen diversas formas de interpretar el monitoreo fetal establecidas por el Colegio Americano en el 2009, aún vigentes, FIGO en el consenso de 2015 y NICE en 2017), pero más importante, es reconocer que esto es un proceso dinámico y entender fisiopatológicamente qué está pasando con el feto.(María & Cuervo, 2009)

Una vez realizado el diagnóstico de sufrimiento fetal, deben emprenderse las siguientes acciones: Cambio de posición materna: decúbito lateral, oxigenación adecuada de la madre, líquidos endovenosos, uteroinhibición en pacientes con actividad uterina. Todas las medidas señaladas permiten la "reanimación intrauterina del feto", al mejorarse la perfusión del compartimento feto-placentario. Una vez logrado ello, debe decidirse la vía del parto, eligiéndose la cesárea en pacientes sin trabajo de parto o estados de dilatación temprana, o permitiéndose el parto vaginal cuando la dilatación es avanzada (8 o más cm), siempre y cuando las condiciones fetales lo permitan. (Vélez A., 1996)

- Sobre la corioamnionitis:

Es un cuadro inflamatorio agudo en una o en ambas capas de las membranas placentarias (corion y amnios), en respuesta a una invasión microbiana o debido a otro proceso patológico. Su diagnóstico varía según los criterios utilizados, los cuales pueden ser clínicos, microbiológicos o histológicos. La infiltración leucocitaria ha sido determinada en diferentes estudios como la respuesta a una agresión de origen infeccioso y es la principal causa de mortalidad fetal en la segunda mitad de la gestación. (Menon, Taylor, & Fortunato, 2010) (Mendoza & Briceño, 2013)

Los fetos expuestos in útero al proceso inflamatorio de la placenta desencadenan un cuadro sistémico en el 50% de los casos, denominado síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SIRF). En cuanto a los síntomas maternos, cabe resaltar que alrededor de 80% de las gestantes son asintomáticas, pues sólo el 15% con corioamnionitis presentan cuadros de amenaza de parto pretérmino y el 30% de la RPM se asocia con síntomas de corioamnionitis clínica. Esto revela la baja sensibilidad de la sintomatología materna, por lo que muchos fetos estarán expuestos a desarrollar un SIRF y sus consecuencias en ausencia de síntomas maternos que permitan sospecharlo. (Mendoza & Briceño, 2013)

Las manifestaciones clínicas de la corioamnionitis presentan grandes variaciones, es posible encontrar signos y síntomas inespecíficos como fiebre materna (>37,5°C), dolor abdominal o vaginal y taquicardia materna (>100/min) y fetal (>160/min). (Menon, Taylor, & Fortunato, 2010)

Dentro de estos, la fiebre materna es el signo clínico más importante pues se presenta en más del 90%, mientras que otros signos como las taquicardias materna o fetal se han reportado entre 50 a 80% y 40 a 70%. En cuanto al dolor abdominal, ocurre entre 4 y 25% de las pacientes con la enfermedad y el dolor vaginal en menos del 16%. (Mendoza & Briceño, 2013)

Debido a que la sintomatología es inespecífica al punto de que se puede encontrar en la embarazada con otros procesos infecciosos, es posible que los cuadros de corioamnionitis debuten con trabajo de parto prematuro o más frecuente, con ruptura de membranas como primer hallazgo clínico de la enfermedad. (Mendoza & Briceño, 2013)

B. EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN ESPERADA SE CONSIDERAN LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

- El paciente: Edad, patología, situación de salud previa, idiosincrasia, y en relación con su actuación, se considera la diligencia y capacidad para el autocuidado del paciente (o su responsable) antes, durante y después de la atención.
- La entidad nosológica: Compromiso fisiopatológico del paciente, posibilidades de tratamiento, pronóstico, urgencia.
- El entorno: Disponibilidad, suficiencia y oportunidad de los recursos humanos, tecnológicos y terapéuticos, así como la eficiencia de los procesos de referencia y contra-referencia.

La paciente en el momento de la atención tenía 25 años, no tenía antecedentes médicos previos ni durante el desarrollo de la gestación, acudió a centro hospitalario posterior a inicio de la sintomatología (salida de líquido amniótico e inicio de contracciones), no se registra que durante la atención hospitalaria que la paciente hubiera dejado de seguir las normas de acuerdo con los deberes de los pacientes, ni las recomendaciones dadas por personal médico ni de enfermería.

Con relación a las entidades nosológicas, se encuentra la ruptura de membranas la cual es una indicación para hospitalizar y requiere una adecuada categorización para iniciar la conducta, debido a que el producto se encontraba a término y presentaba actividad uterina irregular, se inició de forma adecuada la conducción del trabajo de parto de acuerdo con lo recomendado por la norma y la comunidad científica.

En la ruptura de membranas se debe considerar que la pérdida de líquido amniótico puede llevar a compresión del cordón umbilical y a la disminución de líquido amniótico, los cuales pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo.

En relación con el inicio de medicamentos en el trabajo de parto, se encuentra descrito en la literatura que el manejo depende del índice de Bishop es decir de las características del cuello uterino; en el ingreso el cuello se encontraba con dilatación lo cual presupone una mayor favorabilidad para que la inducción/conducción del trabajo de parto sea exitoso; si el cuello uterino es favorable (tiene una puntuación de 6 ó más), generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con oxitocina. Si el cuello uterino es no favorable (tiene una puntuación de 5 o menos), se realiza maduración del cuello uterino con como el

misoprostol, una sonda de Foley o sonda con o con oxitocina si las prostaglandinas no están disponibles.

El trabajo de parto requiere de seguimiento, se recomienda una vez se inicia manejo con medicamentos hacer control riguroso, ya que los beneficios esperados deben compensar los posibles eventos adversos como la hiperestimulación uterina, la ruptura uterina y el sufrimiento fetal, por lo cual después del inicio de la oxitocina intravenosa, es indispensable controlar de cerca la velocidad de infusión de oxitocina, la respuesta del útero a la oxitocina y la frecuencia cardíaca fetal.

No se evidencia en la historia clínica compromiso fisiopatológico de los signos vitales maternos ni fetales debido a que no se encuentran registrados en la historia clínica, el último control referenciado fue realizado a las 7 de la mañana por enfermería y a las 9 de la mañana por especialista en ginecología y obstetricia. No es posible determinar si había alteraciones en la cantidad de líquido amniótico que pudieran explicar el sufrimiento fetal agudo como tampoco las contracciones que pudieran explicar hiperestimulación uterina, como tampoco del sangrado uterino que pudiera documentar alteraciones placentarias.

Con relación al entorno, no se aporta información que permita determinar la disponibilidad, suficiencia y oportunidad de los recursos humanos, tecnológicos y terapéuticos. No se aporta documentos generados por la Clínica Medilaser en torno a la atención de partos ni participación a Comité de Vigilancia Epidemiológica Departamental, como tampoco guías internas de atención del parto. Sin embargo, se referencia que la Institución es un segundo nivel de atención.

9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- A. De acuerdo con lo documentado en la historia clínica, la atención del parto requería conducción del trabajo del parto, ya que al momento del ingreso al centro hospitalario había salida de líquido amniótico por vagina, contracciones uterinas irregulares y cambios en el cuello uterino (fase latente).

En el proceso de atención de acuerdo con lo documentado en las notas, cuenta con tres valoraciones por el servicio de ginecología previo al ingreso al quirófano:

1. La nota de ingreso a sala de partos en donde se considera hospitalizar para atención del trabajo de parto y conducirlo mediante medicamentos (oxitocina), no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10 minutos. No se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal ni de ordenes medicas asociadas con el resultado; únicamente se encuentra el resultado reportado como no reactivo de forma individual y aislada dentro de la historia clínica.
2. La nota a las 9 de la mañana en donde se considera realizar cambio de medicamento oxitocina por misoprostol oral, no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10

minutos, ni de las características de la amniorrea. Tampoco se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal ni de ordenes medicas asociadas con el resultado.

3. La nota a las 12 del medio día donde se encuentra bradicardia fetal, no se encuentra registrada de forma adecuada todas las variables que permitan determinar el índice de Bishop, como tampoco cual era el descenso ni la posición del feto ni la cuantificación de las contracciones uterinas en 10 minutos. Tampoco se encuentra registro de valoración del monitoreo fetal, en el barrido ecográfico no se describe el valor de la bradicardia en latidos por minuto ni se encuentra registro del índice de líquido amniótico.

El inicio de medicamentos oxitocina y misoprostol, en las indicaciones médicas y los registros, cumplen con las dosis y vías de acceso recomendadas por la literatura. Sin embargo, durante el ingreso al quirófano la nota de enfermería registra que se encontraba con infusión de oxitocina, no se aclara cual era la velocidad del goteo pero se referencia permeabilidad. El anterior hallazgo es contrario a la nota de las 9 de la mañana que refería que el medicamento no se había iniciado y que se realizaba cambio a prostaglandinas (misoprostol). Lo anterior sugiere la posibilidad de administración de los dos medicamentos en la Sra. Moncada.

No se describe en la historia clínica la razón por la cual hubo cambio de oxitocina a misoprostol, como tampoco se consigna la hora de la administración del misoprostol. No se consignan los signos vitales maternos desde las 7 am hasta las 12 pm. No se encuentra registro de la actividad uterina ni de la frecuencia cardiaca fetal, después de las 9 de la mañana.

- B. Hay una correlación médica, entre la atención en salud brindada y la muerte del producto de la gestación.

10. CONCLUSIÓN

La conclusión versa sobre los siguientes aspectos:

- A. La atención del parto no fue adecuada de acuerdo con la atención esperada para el caso específico.
- B. Se produjo un daño en la vida del feto y se establecido la causa de la muerte en el informe pericial No. 20180101180010000008. No es claro si el sufrimiento fetal fue multicausal o derivado de una sola causa debido a que no hay hallazgos que permitan hacer una mayor aproximación sobre la posible causa, ya bien sea por hipertonia uterina, oligoamnios, y/o infección materna (coriamnionitis).

11. RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

- a. Es clínicamente aceptable o no, conforme los protocolos médicos de la atención del proceso de parto que se suministre a una misma paciente gestante OXITOCINA y MISOPROSTOL. En caso negativo explique las consecuencias adversas de suministrar estos dos fármacos a la misma paciente, además de los riesgos o complicaciones que se pueden presentar.

No se encuentra recomendado usar oxitocina y misoprostol de forma simultánea. Dependiendo del estado clínico del cuello uterino es posible usar misoprostol y oxitocina de acuerdo con lo descrito en la revisión de la literatura realizada previamente.

b. Conforme los protocolos médicos internacionales ¿la inducción farmacológica del parto requiere el diligenciamiento del Consentimiento Informado? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe ¿se diligenció consentimiento informado para el suministro de Oxitocina y Misoprostol? ¿existe en la Historia Clínica registro de explicación a la gestante sobre el riesgo, complicaciones y posibles consecuencias adversas producto del suministro de fármacos como la oxitocina y el Misoprostol?

No hay recomendación sobre el diligenciamiento de consentimiento informado para la administración de medicamentos, sin embargo, la atención al paciente exige comunicación sobre las diferentes actuaciones que se realizan en el proceso de atención hospitalaria.

c. Conforme los protocolos Médicos, Norma Técnica de Atención del Parto y Lex Artis, ¿en Colombia es obligatorio el diligenciamiento del PARTOGRAMA?, ¿qué finalidad tiene el diligenciamiento del PARTOGRAMA? y ¿en el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe se diligenció?

Es obligatorio el diligenciamiento del partograma sobre todo una vez el trabajo de parto se encuentre en fase activa, ya que permite la elaboración de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente. Para el caso específico y teniendo en cuenta la descripción de la dilatación del cuello uterino la Sra. Moncada durante su hospitalización estaba en fase latente y no se encuentran registros que se haya iniciado el diligenciamiento del trabajo de parto.

El partograma es un registro gráfico que permite evaluar el progreso del trabajo de parto e identificar patrones de distocia (curva de alerta) y con ello la toma de decisiones en la atención del parto. Particularmente el partograma CLAP/SMR - OPS/OMS, ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.

En el partograma CLAP/SMR - OPS/OMS la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, se utiliza para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p". Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería).

En el recuadro rojo se consignan los datos de la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

d. ¿Cada cuánto debe efectuarse Monitoreo fetal a una gestante que ingresa a un Centro Hospitalario en Trabajo de Parto? ¿Qué finalidad cumplen los monitoreos fetales en una gestante en trabajo de parto? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe ¿Cuántos monitoreos fetales le fueron practicados el 05 de enero de 2018 desde que ingreso con trabajo de parto a la Clínica Medilaser?

No se encuentra descrito la frecuencia con la cual debe hacerse el monitoreo fetal de una gestante hospitalizada. Se encuentra descrita la frecuencia con la que se debe examinar la frecuencia cardíaca fetal, máxime si se inician medicamentos estimulantes de actividad uterina, cuya finalidad es vigilar el bienestar fetal en dicho momento. Se encuentra registro en la historia clínica de dos monitoreos fetales electrónicos.

Recomendación de la OPS: ● Mida la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto completo por lo menos una vez cada hora durante la fase latente, una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el segundo período.— Si se observan anomalías de la frecuencia fetal (menos de 100 más de 180 latidos por minuto), sospeche de sufrimiento fetal (página S-109).

e. Cada cuanto y con qué intervalos de tiempo debe efectuarse toma de signos vitales a una gestante que ingresa en trabajo de parto a un centro Hospitalario. En el caso

específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe cuantas veces le fueron tomados los signos vitales? ¿Se le tomaron a Sindy Yuliana Moncada Arroyabe los signos vitales en la forma y los intervalos requeridos el 05 de enero de 2018?

Recomendación de la OPS:

- Supervise el estado de la mujer:

- Durante la fase latente del primer período del trabajo de parto: Verifique el estado de ánimo y el comportamiento de la madre (tensa, ansiosa) por lo menos una vez cada hora; verifique la presión arterial, el pulso y la temperatura por lo menos una vez cada cuatro horas.

- Cuento el número de contracciones durante un período de 10 minutos y su duración en segundos, por lo menos una vez cada hora en la fase latente y una vez cada 30 minutos durante la fase activa.

f. ¿Una gestante en trabajo de parto requiere vigilancia, control, valoración y supervisión constante y permanente por parte de especialista en Gineco-Obstetricia? ¿Qué consecuencias, riesgos y complicaciones se pueden presentar el caso de que una gestante en trabajo de parto no sea valorada por Gineco-Obstetricia durante largos periodos de tiempo? En el caso específico de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe cuantas valoraciones, a qué hora, con que intervalos y que especialistas en Gineco-Obstetricia la valoraron el 05 de enero de 2018 mientras estuvo en trabajo de parto en la Clínica Medilaser S.A.?

El trabajo de parto requiere la vigilancia de acuerdo con las recomendaciones consignadas en los literales c, d y e. La vigilancia del trabajo de parto se realiza para evitar la morbimortalidad materno fetal.

De acuerdo con lo consignado en la historia clínica previo a la extracción del producto, se realizaron 3 valoraciones por Ginecobstetra, a las 7 am, a las 9 am y a las 12 del medio día.

g. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018 ¿que profesionales médicos la valoraron entre las 9am y 12.10m?

Se encuentran notas medicas del Dr. Edison Ferney Jaramillo y Harold Enrique Silva.

h. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018, en la Nota de Enfermería de las 10.00am se consigna por parte de la enfermera Gleira Liliana Corrales Figueroa que la gestante refiere que tiene mucho dolor y sangrado, la revisa y encuentra sangrado ¿es el sangrado un factor de riesgo o una complicación en el trabajo de parto? ¿Qué conducta médica se debió adoptar por parte del personal médico ante la existencia del sangrado por Sindy Yuliana Moncada Arroyabe? ¿existe registro en el Historial Clínico de que Sindy Yuliana haya sido valorada por personal médico ante el sangrado que presentaba?

No existen elementos en la historia clínica sobre el sangrado que sugieran hemorragia en el trabajo de parto, se evidencia nota de enfermería donde se documenta sangrado pero

no se cuantifica ni hay valoraciones medicas asociados a dicho hallazgo que permitan hacer una mayor aproximación. En la nota medica de las 12:20 se consigna que hay sangrado uterino moderado y que no es activo.

Es importante tener en cuenta que el desarrollo del trabajo del parto no ocurre sin ningún tipo de sangrado, sin embargo de acuerdo a las características del mismo se puede realizar categorización, diagnóstico y manejo y dichas características no se encuentran consignadas en la historia clínica (no es claro si el sangrado uterino se evidencio mediante el ecógrafo o al realizar el tacto vaginal, en cuyo caso se debió consignar color, cantidad, etc.

i. Conforme la Historia Clínica de Sindy Yuliana Moncada Arroyabe del 05 de enero de 2018, una vez el Gineco-Obstetra Dr. Edison Ferney Jaramillo Grijalba hace el ingreso, diligencia el Triage y valora la paciente, define como plan.

- Hospitalización en sala de partos
- Dieta Normal
- Se indica conducción de trabajo de parto con Oxitocina
- Hemograma, VIH, FTA.
- **Monitoreo Fetal**
- **Control de signos vitales maternos, FCF cada hora**
- **Avisar cambios.**

Respecto de las últimas tres órdenes, las cuales se encuentran en negrilla, ¿fueron cumplidas a cabalidad por el personal de enfermería? Identifique las notas en las que aparece referenciado su cumplimiento.

No se encuentran registros de la frecuencia cardiaca fetal cada hora.

j. Si la señora Sindy Yuliana Moncada Arroyabe desde el ingreso a la Clínica Medilaser S.A., el 05 de enero de 2018 se encontraba en Sala de Partos de la Clínica Medilaser S.A., ¿Cuál es la razón para que solo hasta las 12.10m, el personal de enfermería se dé cuenta que no existía fetocardia y había un posible sufrimiento fetal?

Remitirse al punto 10 literal B.

13. NOMBRE Y FIRMA DEL PERITO

Angélica María Losada
ANGÉLICA MARIA LOSADA SUAREZ
Medica Especialista Forense

14. BIBLIOGRAFIA

- Cortés Yepes, H. (2021). Ruptura prematura de membranas evidencias en el tratamiento. En *XXIX Actualización en ginecología y obstetricia* (pp. 157-161). Universidad de Antioquia. Recuperado de https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347217/20808562
- María, S., & Cuervo, V. (2009). Obstetricia Monitorización fetal intraparto basada en la fisiopatología, 203-212.
- Mendoza, O., & Briceño, F. (2013). Corioamnionitis. *Repert.med.cir*, 22(4), 248-256. <https://doi.org/10.1080/1120009X.2007.11782437>
- Menon, R., Taylor, R. N., & Fortunato, S. J. (2010). Chorioamnionitis - A complex pathophysiologic syndrome. *Placenta*, 31(2), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2009.11.012>
- MSPS, M. de S. y P. S. Norma técnica para la atención del parto, Ministerio de Salud, Colombia § (2000). Recuperado de [minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion del Parto.pdf](https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf)
- MSPS, M. de S. y P. S. (2013). *Guías de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guía 11-15*. <https://doi.org/10.1088/0022-3735/8/4/018>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos* (Segunda). Washington, D.C.
- Vélez A., J. E. (1996). Sufrimiento fetal. Un tema siempre actual. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 47(4), 225-229. <https://doi.org/10.18597/rcog.1460>
- World Health Organization. (2011). WHO recommendations for Induction of labour (pp. 1-40). <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6187.407>

ANGELICA LOSADA

Carrera 69ª No 64f-11 Bogotá, Colombia

Teléfono (57) 3176383114

amlosadas@unal.edu.co

amlosadas@gmail.com



PERFIL

Médica de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Medicina Forense con experiencia administrativa como Directora Seccional Córdoba del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y con experiencia pericial en patología forense y clínica forense con especial interés y desempeño en procedimientos de documentación de violaciones de los derechos humanos dentro de contextos de violencia letal y no letal y con experiencia en educación médica forense y producción literaria científica forense.

TRAYECTORIA

- Experiencia administrativa como directora Seccional Córdoba entre 2019 y 2023
- Experiencia de 11 años en desempeño pericial tanto en el área de Patología como en el de Clínica Forense
- Experiencia en la valoración de lesiones asociadas a delitos sexuales
- Experiencia como testigo experto en el marco del sistema penal oral acusatorio colombiano en casos de necropsia médico legal y en casos de clínica forense
- Experiencia docente en la Universidad de Córdoba en la Facultad de Ciencias de la Salud
- Trabajo de campo con cuerpos exhumados en el Contexto de la Ley de Justicia y Paz
- Trabajo de campo con cuerpos calcinados en eventos de desastres aéreos y otros desastres masivos
- Trabajo de campo en el proceso de identificación de cadáveres humanos en diferentes estados de descomposición
- Trabajo en documentación de violaciones a los derechos humanos en necropsias médico legales.

ANGELICA LOSADA

- Trabajo en documentación de violaciones a los derechos humanos en contextos de violencia no letal.
- Experiencia en la producción de material bibliográfico y de investigación.

EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, (Bogotá, Colombia)

Especialista en Medicina Forense, Marzo de 2017

- Cursos relevantes: Patología General, Patología Forense, Antropología Forense, Clínica Forense (delito sexual), Genética Forense, Toxicología, Necropsias en casos complejos, necropsias en cadáveres esquelizados, identificación humana
- Intercambio académico en Cardiopatología, Valencia-España (2016).
- Tesis de grado: Análisis de las lesiones por el uso de las esposas y el ejercicio de la fuerza por agentes del Estado durante las retenciones en Bogotá (2014-2015)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, (Bogotá, Colombia)

Medica cirujana, Julio 2011

- Internado Hospital Federico Lleras Acosta (Ibagué, Tolima), mención de honor por estar dentro de los mejores promedios de calificaciones.

EDUCACIÓN NO FORMAL

- Rehabilitación del Niño con Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Septiembre de 2008
- II Curso de Ginecología y Obstetricia –ANIR-. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Febrero de 2010.
- Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá. 2012
- Jornada de actualización en Clínica Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, Pereira, 2012
- Curso de inducción para nuevos servidores públicos, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, 2013
- Seminario-Taller Aspectos críticos en la investigación de muertes por proyectil de arma de fuego en casos de sospecha de violación a la DDHH, Bogotá, octubre de 2013
- Curso Seminario- Taller: Gramática, redacción y ortografía Nivel I, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2014.
- Octavo Congreso Mundial de Ciencias Forenses, Puerto Vallarta, México, 2014.
- XVII Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la XVI Reunión Anual de Directores de AICEF, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá. 2014.
- Curso de lesiones por proyectil de arma de fuego en el contexto de derechos humanos. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá. 2014.
- Capacitación Fortalecimiento de las Competencias Comportamentales, Florencia - Caquetá, 2015.

ANGELICA LOSADA

- Diplomado virtual en Docencia e Investigación, Universidad Sergio Arboleda, Bogotá, 2016.
- Curso como redactor y publicar artículos científicos. Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. Bogotá. 2016
- Curso formador de formadores, valoración forense en tortura, tratos inhumanos o degradantes. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- Embajada de España en Colombia. Bogotá. 2016.
- Curso básico de derecho internacional humanitario. Comité Internacional de la Cruz Roja. Bogotá, 2016.
- XVIII Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Cali. 2016.
- Curso Precongreso teórico practico “Abordaje médico legal de la muerte súbita cardiovascular”, XVIII Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Cali. 2016.
- I Congreso Nacional de la Asociación Española contra la Muerte Súbita y II Reunión del Grupo de Trabajo de Cardiopatías Familiares del Hospital Universitario y Politécnico La Fe “Avances en la prevención de la Muerte Súbita. Por un diagnóstico precoz y preciso”. Valencia (España). 2016.
- V Jornada de Cardiogenetica. Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia (España). 2016.
- IV Congreso Nacional Sociedad Española de Patología. Valencia (España). 2017
- Curso como redactor y publicar artículos científicos. Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. Bogotá. 2016
- Curso fundamentos del SGC-NTC ISO 9001:2015. Icontec. 2019
- Curso virtual de Derecho Disciplinario. Universidad de Caldas. 2019
- Curso Cero Tolerancia a la corrupción. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2020.
- Curso intervención Clima Organizacional Líderes “Afilando el hacha”. Compensar. 2021
- Curso Evaluación del desempeño laboral. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2021.
- Curso Escalas Medicas para la cualificación y cuantificación. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Bogotá. 2022.
- Curso de Excel básico. Universidad Antonio Nariño. Bogotá. 2022
- XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Forense. Santa Marta. 2022

EXPERIENCIA PROFESIONAL

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Noviembre 2019 - Junio 2023

Directora Seccional Córdoba

Funciones: Administración y gestión del servicio pericial en el Departamento de Córdoba y Bajo Cauca Antioqueño, organización de la seccional de acuerdo con la misión y visión del Instituto, planes de mejora de acuerdo con hallazgos y estrategias institucionales. Participación en implementación, desarrollo y control del sistema de Gestión de calidad institucional.

ANGELICA LOSADA

Entrenamiento de peritos de acuerdo con estándares de calidad en clínica y en patología. Valoraciones medico legales en clínica y patología incluyendo casos especiales, abordaje de casos de responsabilidad médica.

Junio 2017 – Octubre 2019

Especialista en Medicina Forense

Funciones: Realizar procedimientos médico legales de necropsia y ampliaciones de los casos que lo ameriten, valoraciones de lesiones no fatales, abordaje de casos de responsabilidad médica, administración del servicio de Medicina Legal como directora encargada de la Seccional Florencia en enero de 2016, enero de 2017 y enero de 2018.

Julio 2017 – Junio 2017

Profesional Universitario

Funciones: Realizar procedimientos médico legales de necropsia y ampliaciones de los casos que lo ameriten, valoraciones de lesiones no fatales.

CLINICA MEDILASER

(Florencia, Caquetá)

Enero 2017- Octubre 2017

Médico general urgencias, hospitalización y Sala de partos

Funciones: Realizar los ingresos, valoraciones, seguimientos, atención de parto y posparto a las pacientes gestantes o en posparto, realizar atención médica, seguimiento y atención de emergencias a los paciente del área de hospitalización general y VIP.

CLINICA MEDILASER

(Florencia, Caquetá)

Junio 2015- Diciembre 2015

Médico general hospitalización y Sala de partos

Funciones: Realizar los ingresos, valoraciones, seguimientos, atención de parto y posparto a las pacientes gestantes o en posparto, realizar atención médica, seguimiento y atención de emergencias a los paciente del área de hospitalización general y VIP.

HOSPITAL MARÍA INMACULADA

(Florencia, Caquetá)

Julio 2012- Diciembre 2012

Médico general Sala de partos

Funciones: Realizar los ingresos y seguimientos a las pacientes gestantes o en posparto.

ESE SOR TERESA ADELE

(Puerto Rico, Caquetá)

Julio 2011- Mayo 2012

Médico general en Servicio Social Obligatorio

Funciones: Realizar atención de consulta general, consulta en el servicio de urgencias y consulta del programa de promoción y prevención para los diferentes grupos etáreos. Capacitar al personal

ANGELICA LOSADA

médico y de enfermería en reanimación básica y avanzada y morbilidad materno-fetal. Asistir a las brigadas en las comunidades vulnerables y realizar atención de consulta general y del programa de promoción y prevención para los diferentes grupos etáreos.

EXPERIENCIA DOCENTE

UNIVERSIDAD DE CORDOBA (Montería)

Abril 2019- Diciembre 20019

Docente en Catedra Morfofisiologia I y II, Farmacologia

Funciones: Clases teórico practicas enfocado en aprendizaje basado en problemas.

PUBLICACIONES E INVESTIGACIÓN

- XIX Congreso De Ciencias Básicas Y Especialidades clínicas. Temas actuales en medicina. Universidad Nacional De Colombia, Aexmun. Ponencia: Abordaje de víctimas de violencia sexual. 2023.
- Coordinadora Curso Precongreso Fortalecimiento de capacidades en aspecto prácticos médicos de la valoración de la tortura. Instituto Nacional de Medicina Legal. Bogotá, Colombia. 2022.
- Encuentro De Pediatría: Novedades Pediátricas. Departamento De Pediatría Facultad De Medicina Sede Bogotá y Asociación De Exalumnos De Medicina De La Universidad Nacional De Colombia, Aexmun. Ponencia: Violencia sexual: retractación. 2021.
- Ascanio, C; Losada, A; Farias, N (2019). Yo no escogí mi vida. Bogotá, Colombia. Editorial Universidad Nacional.
- IV Congreso Internacional y 19 Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ponencia: Tortura en Bogotá: una aproximación al significado y al abordaje médico legal. 2018.
- XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP / XXIII Congreso Nacional SEC / IV Congreso Nacional SEPAF. Poster: Utilidad de la Glicoforina A para la detección de hemorragias en cuerpos en putrefacción. Valencia, España. 2017
- XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP / XXIII Congreso Nacional SEC / IV Congreso Nacional SEPAF. Ponencia: Propuesta para la estandarización del abordaje integral de lesiones del cuello en los casos de compresión extrínseca. Ponencia presentada en IV Congreso Nacional SEPAF, Valencia, España. 2017
- Losada, A; Cortes, C; Duran, Y; Tejada, A. Disección de cartílagos laríngeos. Poster presentado al XVII Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, Colombia. 2016
- Colegial, C; Duran, Y; Tejada, A; Losada, A; Cortes, C. Técnica de disección de encéfalo fijado. Poster presentado al XVII Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, Colombia. 2016
- Losada, A; Cortes, C (2014). Lesiones por proyectiles de arma de fuego de alta velocidad y carga sencilla. En Tellez, N. Patología forense un enfoque centrado en derechos humanos. (1a.ed., pp.77-90). Bogotá,

ANGELICA LOSADA

Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Hernández, M; Losada, A; Cortes, C (2014). Técnica general de la necropsia. En Tellez, N. *Patología forense un enfoque centrado en derechos humanos*. (1a.ed., pp.261-285). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, M; Losada, A; Cortes, C (2014). Técnicas especiales de abordaje. En Tellez, N. *Patología forense un enfoque centrado en derechos humanos*. (1a.ed., pp.287-309). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Cortes, C; Losada, A (2014). Juegos de asfixia. En Tellez, N. *Patología forense un enfoque centrado en derechos humanos*. (1a.ed., pp.319-323). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Cortes, C; Losada, A (2014). Muertes asociadas a actividades eróticas. En Tellez, N. *Patología forense un enfoque centrado en derechos humanos*. (1a.ed., pp.324-329). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Losada, A & Camacho, A. (2006). Exposición: Microtopia. Museo Ciencias de la Salud. Corferias, Colombia
- Losada, A & Pérez, G. (2004). José Salvani y la Real Expedición Filantrópica de la vacuna en Colombia. Ponencia en Simposio Internacional Forjadores de la Salud Pública. Bogotá, Colombia. Centro de Historia de la Medicina Universidad Nacional de Colombia.
- Pérez, G & Losada, A. (2004). Jorge Lleras Parra, su aporte a la vacuna antivariólica. Ponencia en Simposio Internacional Forjadores de la Salud Pública. Bogotá, Colombia. Centro de Historia de la Medicina Universidad Nacional de Colombia.
- Losada, A & Camacho, A. (2004) Exposición: Llegada la de la vacuna contra la viruela 1804-2004. Vicedecanatura de Bienestar Universitario- Centro de Historia de la Medicina. Hall Facultad Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

OTROS

- **IDIOMAS:** Inglés; nivel intermedio.

REFERENCIA

- Fideligno Pardo Sierra (Medico especialista en investigación Criminal). Instituto Nacional de Medicina Legal. Teléfono. (+57) 3157985986. Correo Electrónico: fpardo@medicinalegal.gov.co
- Diana Emilce Ramírez Páez (Psicóloga especializada en Psicología Jurídica, Derechos Humanos y DIH). Instituto Nacional de Medicina Legal. Teléfono. (+57) 3003027302. Correo Electrónico: diana.ramirez@medicinalegal.gov.co
- Mario Alberto Hernández Rubio (Patólogo Forense). Asociación Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (+57) 3102482814. Correo electrónico: asomef@gmail.com

ANGELICA LOSADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Médica Cirujana

A

Angélica María Losada Suárez

C.C. 1.026.250.959 de Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 18 días del mes de julio de 2011


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1635, Folio 9 del Libro de Diplomas No. 4
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0125173

ANGELICA LOSADA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE
Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1576

El Consejo de Facultad en su sesión del día 09 de junio de 2011 - Acta No. 21

CONSIDERANDO QUE

Angélica María Losada Suárez
C.C. 1.026.250.959 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Médica Cirujana

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0125173 consignado en el Registro No. 1635, Folio 9 del Libro No. 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 09 días del mes de junio de 2011


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARÍA
Consejo de Facultad

ANGELICA LOSADA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE
Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 2310

El Consejo de Facultad en su sesión del día 23 de febrero de 2017 - Acta No. 5

CONSIDERANDO QUE

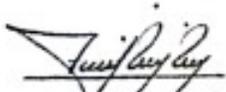
Angelica Maria Losada Suarez

C.C. 1.026.250.959 de Bogotá, D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Medicina Forense

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 47533 consignado en el Registro No. 2335, Folio 56 del Libro No. 4 En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 23 días del mes de febrero de 2017


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARÍA
Consejo de Facultad

ANGELICA LOSADA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad Nacional de Colombia

Teniendo en cuenta que

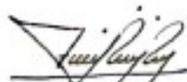
Angelica Maria Losada Suarez

C.C. 1.026.250.959 de Bogotá, D.C.

cumplió satisfactoriamente todos los requisitos académicos reglamentarios del Plan de Estudios de Posgrado, le confiere el Título de

Especialista en Medicina Forense

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 29 días del mes de marzo de 2017


Decanatura de Facultad


Rectoría


Secretaría General

Registro n.º 2335, Folio 56 del Libro de Diplomas n.º 4
de la Sede Bogotá, Facultad de Medicina

ANGELICA LOSADA

ANGELICA LOSADA



GOBERNACION DEL CAQUETA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
NIT. 800091594-4

RESOLUCION NUMERO 18 0 0 0 3 9 3 DEL 2012

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

La Secretaría de Salud Departamental, en uso de sus facultades legales otorga y

CONSIDERANDO

Que. **ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ *****
Identificado con No. **1026250959 de BOGOTA, D.C. *****
ha solicitado autorización del ejercicio profesional, como **MEDICO Y CIRUJANO *****
según título que le otorgo **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - BOGOTÁ**
Según Acta de Grado No. 1576 y Diploma No. 0125173 de 18/07/2011

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado al folio No. 9 del Libro 4 del 18/07/2011, por **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - BOGOTÁ**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en **ESE SOR TERESA ADELE-CENTRO SALUD** del Municipio de **RIONEGRO (CAQUETA)**
En el Período comprendido entre 22/07/2011 al 11/05/2012

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO : Autorizar a : **ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ *****
con Cédula de Ciudadanía No. **1026250959 de BOGOTA, D.C. *****
Para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO *****
en el Territorio Nacional.

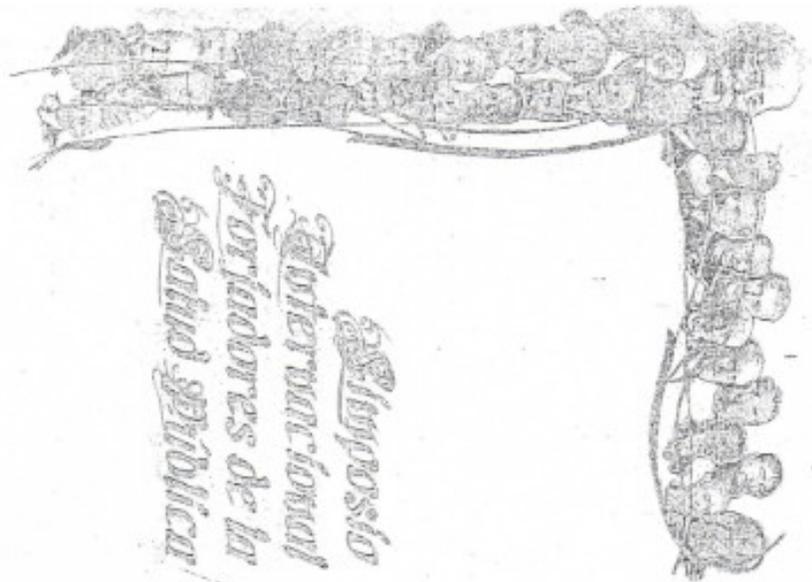
COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Florencia (Caquetá), 16 MAY 2012


LUIS EDUARDO CAMPO CASTILLO
Secretario

Elaboró: Ma Jenny S - 
Aux. Adivo Resist Profesionales

ANGELICA LOSADA



Simposio Interdisciplinario Formadores de la Salud Pública

Bienvenido a este Simposio de Postgrados de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá



Centro de Historia de la Medicina
Oficina 231 Tel. 3165201, 3165000 ext. 15191
www.usm.unicolchm/simposio_hm
equivedo@univ. coli

8 de 2.º. PALEOANTHROPOLOGÍA Y DECISIONES

Marta Polanco-Rizzo, Rectora de la Universidad Nacional de Colombia,
Alejandra Gálvez, Jefe de Laboratorio, Decano de la Facultad de Medicina,
Eduardo Botero, Director Doctorado en Salud Pública,
Emilio Duque, Director Centro de Historia de la Medicina.

8 de 3.º. CONFERENCIA MANUSCRITA

José Celestino Hoyos, la medicina y la higiene pública en el Nuevo Reino de
Granada. Hacia el resaca del papel de los indios en la historia. Centro
Dagoberto, Grupo de Historia de la Fibra Anacarda, Centro de Historia de la
Medicina, Decanato en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

8 de 4.º. SEMINARIO

Formas de la salud pública: FORMADORES DE LA HIGIENE HISTÓRICA: CRORES,
MIASMAS CIRCUNDANTE, ENIGMA PÚBLICA.

The Age of Hygiene (intercultural, methodological, demographic) in Western
Europe or the Hygiene with Laissez and Therapeutic in the World of
Imperialism, Truman Henry Derringer, Bogot Interdisciplinary Institute of Hygiene,
Bogotá, Bogotá.

Marlene Jarama de Acosta y Zulema Prada Cortés, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
Ana Sofía de la Cruz Espinosa, Facultad de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Diego Jarama de Acosta, Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
Juan de Dios Torres Sierra, un médico nacido en la Tropa del siglo XIX, Abel
Fernández Martínez, Grupo de Investigación Historia de la Salud, Facultad
Facultad de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja,
Colombia.

8 de 5.º. SEMINARIO

8 de 6.º. SEMINARIO: FORMACIONES DE LAS HIGIENES NACIONALES Y URBANAS
(II) ENTRE LA HIGIENE Y LA MEDICINA ESTADAL.

La construcción del Etnos médico en México: aproximaciones a la historia del Dr.
Mariano Eulogio Campa, Verónica del Mazo, Departamento de Política y Cultura,
Universidad Autónoma Metropolitana, México, México, DF, México.

Manuel Uribe Aragón y la salud pública en Antioquia, Tatiana Jara, Facultad de
Salud Pública, Grupo de Investigación en Historia Social, Universidad de
Antioquia, Medellín, Colombia.

Formadores de la salud pública en Cartagena y Barranquilla: fines del siglo XIX y
comienzo del XX, Jairo Solano Acosta, Grupo Ciencia Salud y Sociedad,
Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

La salud pública en la Guerra de los 100 Días, Janet Jarral, Universidad de
Cartagena, San Diego, USA.

Juan Eduardo Martínez y Páez, pobreza y resistencia de fibres y microbios,
Victoria Escobar, Grupo de Historia de la Salud, Universidad de Antioquia,
Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia.

8 de 7.º. SEMINARIO

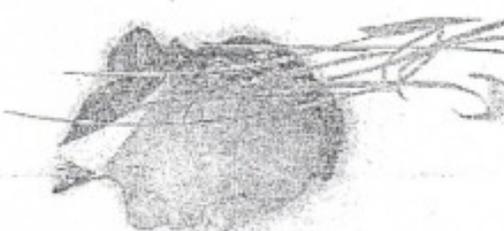
8 de 8.º. SEMINARIO: CONFERENCIA MANUSCRITA
Hacia la vida de un higienista y bacteriólogo: Emilio Coni, Adriana Álvarez, Universidad
Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.

Conferencistas Internacionales:

- Iris Borrero (Alemania)
- Adriana Alvarez (Argentina)
- Adrián Cabreret (Argentina)
- Juan Zúñiga (Argentina)
- Gastón René Demeré (Bélgica)
- Marta de Almeida (Brasil)
- André Pereira Neto (Brasil)
- André Campos (Brasil)
- Grigorio Delgado (Chile)
- Enrique Bolívar (Cuba)
- Rodrigo Cortes (México)
- Verónica Gil Morales (México)
- Ano María Carrillo (México)
- Ang Cecilia R. de Somo (México)
- Edmundo Zúñiga (Perú)
- Janet Jarral (USA)
- Tamara Morán (USA)
- Germán Vargas (Venezuela)

Conferencistas Nacionales:

- Emilia Querejido V. (Bogotá)
- Germán E. Pérez (Bogotá)
- Mónica Gaitan (Bogotá)
- Diana Obregon (Bogotá)
- Josanna Becerra (Bogotá)
- Alain A. Concha (Bogotá)
- Dilanda A. Chocón (Bogotá)
- Zulema Prada (Bogotá)
- Consuelo Gómez (Bogotá)
- Sofía Franco (Bogotá)
- Jairo E. Lina (Bogotá)
- Bertrand Moreno (Bogotá)
- Angelica M. Losada (Bogotá)
- Jairo Salgado (Bogotá)
- Elvira A. Morales (Bogotá)
- Marta Cristina Acosta (Medellín)
- Victoria Estrada (Medellín)
- Margarita P. Castañeda (Medellín)
- Román Restrepo (Medellín)
- Abel F. Martínez (Tunja)



ANGELICA LOSADA

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
ACN NEUROLOGÍA

Certifican que

ANGELICA LOSADA SUAREZ

Asistió al Simposio
"Tratamiento en urgencias de la enfermedad vascular cerebral aguda";
realizado en el Hotel Cosmos de Bogotá, el día 19 de noviembre de 2005.

Juan Ndder, MD,
Presidente SIECV

Javier Torres Zafra, MD,
Presidente ACN

Daniel Narño, MD,
Sec. Ejecutivo ACN

ANGELICA LOSADA



LA
FUNDACIÓN LIGA CENTRAL
CONTRA LA EPILEPSIA
Y LA
LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA



C E R T I F I C A N
QUE

Losada Angelica, M.D.

PARTICIPO EN EL XII CONGRESO NACIONAL DE EPILEPSIA CEI FEBRADO
EN BOGOTÁ DEL 1 AL 3 DE ABRIL DE 2004,
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS.

[Signature]
Dr. Jaime Fandiño Franky
Presidente Nacional

[Signature]
Dr. Luis Enrique Morfio Zarate
Presidente LICCE



[Signature]
Dr. Carlos Medina Malo
Presidente Congreso

ANGELICA LOSADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



Certifica

Que: **Angélica María Losada S.**

Participó en el congreso de:
REHABILITACIÓN DEL NIÑO CON CANCER
el día 12 de septiembre de 2008, con una intensidad de 5 horas, en calidad de

ASISTENTE

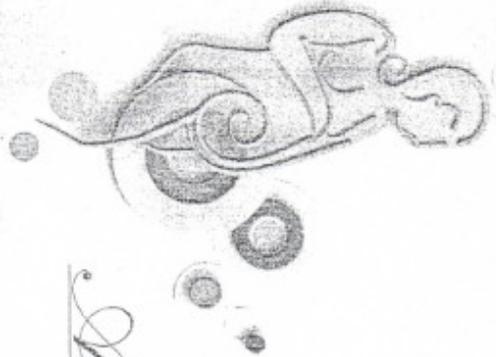
Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá, el día 12 de septiembre de 2008.
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico, ni profesional alguno.

DR. CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR
DIRECTOR GENERAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E. S. E.

DR. ALEXANDER GABRIEL SIBIANO
SUBDIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN EN CLÍNICA
OPORTUNIDAD

DR. JUAN DIEGO RAMÍREZ
COORDINADOR GENERAL DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

ANGELICA LOSADA



La Asociación Nacional de Internos y Residentes - ANIR

Certifica que:

Angelica Maria Losada Suarez

ASISTIÓ AL:

II CURSO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Realizado en Bogotá, D.C. los días 19 y 20 de febrero de 2010

Salon Principal de la Hemeroteca Nacional - (Avda el Dorado No. 44a - 40)

Con una intensidad horaria de 16 horas.

Dr. ALEJANDRO CONCHA MEJÍA
Presidente
ANIR NACIONAL

Dra. BLANCA DORIS RODRIGUEZ
Presidente
II Curso de Obstetricia y Ginecología



ANGELICA LOSADA



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
SECCIONAL CENTRAL

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA
Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Certifica que:

ANGELICA MARIA LOSADA S.

Asistió al:

**SIMPÓSIO
TALLER INTERACTIVO RIESGO CARDIOVASCULAR
NUEVAS ESTRATEGIAS DE MANEJO**

Ibagué, mayo 28 de 2011

JORGE PINEDO ZACCARIA, MD.
Presidente Seccional Central
Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

ALFONSO MUÑOZ VELÁZQUEZ, MD.
Secretario Seccional Central
Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

ANGELICA LOSADA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL



UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA



CERTIFICAN QUE:



ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ
CC. 1026250959



ASISTIÓ EN CALIDAD DE PARTICIPANTE DURANTE EL

III Congreso Nacional De Internos H.M.C.
Enfoque integral del paciente en urgencias
" SABER PARA ACTUAR "

QUE TUVO LUGAR EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL 5 AL 7 DE MAYO DE 2011.


JUAN CARDO GOMEZ NIETO
Jefe de
Hospital Militar Central


FR. FRANCISCO ARROYO ARBOLEDA
Subdirector de docencia e investigacion científica
Hospital Militar Central


JUAN MIGUEL ESTRADA
Jefe de
Escuela Académica UNELAS


CLAUDIA XIMENA ROBAYO G.
Presidenta
III Congreso Hospital de Internos



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Otorgado a:

Angelica Morte Losada Suarez

Por su asistencia al I Congreso Nacional de la AEMS y II Reunión del Grupo de Trabajo de Cardiopatías Familiares del Hospital Universitario y Politécnico La Fe "Avances en la prevención de la Muerte Súbita. Por un diagnóstico precoz y preciso", realizada el día 4 de noviembre de 2016 en el IUS- tre Colegio de Médicos de Valencia y organizada por la Fundación Quaes.


Doña Miriam Pastor Cano
Secretaría Fundación Quaes

ANGELICA LOSADA

ANGELICA LOSADA



CONGRESO NACIONAL 24/26 mayo 2017 | Valencia

La Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP-IAP), la Sociedad Española de Citología (SEC) y la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF) certifican que

el Póster titulado

Utilidad de la Glicoforina A para la detección de hemorragias en cuerpos en putrefacción

firmada por los siguientes autores

Álvaro Herrero Regalado(1), Angélica María Losada Suárez(2), Jennifer Sancho Jiménez(1), Paloma Hevia Ruiz(1), Alejo Sempere Crespo(3), José María Ortiz Criado(1), Ana Monzo Blasco(1) y Pilar Molina Aguilar(1) de (1)Servicio de Patología. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valencia, (2)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, Bogotá D.C. (Cundinamarca) y (3)Departamento de Patología. Universidad de Valencia

se ha presentado en el XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP / XXIII Congreso Nacional SEC / IV Congreso Nacional SEPAF celebrado en el Palacio de Congresos de Valencia del 24 al 26 de mayo de 2017

Valencia, a 26 de mayo de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Enrique de Álava Casado', written over a horizontal line.

Enrique de Álava Casado
Presidente de la SEAP-IAP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Julio Rodríguez Costa', written over a horizontal line.

Julio Rodríguez Costa
Presidente de la SEC

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joaquín Lucena', written over a horizontal line.

Joaquín Lucena
Presidente de la SEPAF

ANGELICA LOSADA



SEAP-IAP **sec** **SEAF**
CONGRESO NACIONAL 24/26 mayo 2017 | Valencia

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

La Sociedad Española de Anatomía Patológica,
la Sociedad Española de Citología y la Sociedad Española de Patología Forense certificaran que

la Dra. Dña. Angélica María Losada Suarez

ha participado en el XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP, XXIII Congreso Nacional SEC y IV Congreso Nacional SEPAF
celebrado en Valencia del 24 al 26 de mayo de 2017.

Valencia, 26 de mayo de 2017

Enrique de Álava
Presidente SEAP-IAP

Julio Rodríguez Costa
Presidente SEC

Joaquín Lucena
Presidente SEPAF

ANGELICA LOSADA



**ACADEMIA COLOMBIANA
DE CIENCIAS EXACTAS,
FÍSICAS Y NATURALES**

*80 años trabajando por el fomento y desarrollo de la ciencia, la tecnología,
la innovación y la educación en Colombia*

HACE CONSTAR QUE

ANGÉLICA MARÍA LOZADA SUAREZ

Aprobó el curso: **Cómo redactar y publicar artículos científicos**
para profesionales vinculados al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
Intensidad horaria: **72 horas.**

Enrique Forero
Presidente

César Moreno
Coordinador del curso

Bogotá D.C., 3 de noviembre de 2016.

ANGELICA LOSADA



4 Congreso Internacional y 19 Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses



"Formación en Medicina Legal y en las Ciencias Forenses"

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Asociación Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses constata que:

ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ

participó en calidad de **ponente** en el **4 Congreso Internacional y 19 Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**, realizado en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, los días 15, 16 y 17 del mes de agosto del año 2018.



Asociación Colombiana de
Medicina Legal y Ciencias Forenses

Carlos Eduardo Valdés Moreno
Director General

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses



ANGELICA LOSADA



certifica que:

Angelica Maria Losada Suarez

1.026.250.959

asistió al curso

FUNDAMENTOS DEL SGC NTC ISO 9001:2015

Con una intensidad de 24 horas

El contenido del curso comprendió:

- FUNDAMENTOS ISO 9001:2015 (24 horas)

Bogotá(Colombia), 31 de Julio del 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Germán Nava Gutiérrez', written over a set of horizontal lines.

Germán Nava Gutiérrez
Director técnico
ICONTEC

ANGELICA LOSADA



**La Caja de Compensación Familiar Compensar
y el Ciclo de Recreación, Educación y Deporte.**

Certifican que:

**LOSADA SUAREZ ANGELICA MARIA
Identificación 1026250959**

Asistió al:

**Curso Intervención en Clima Organizacional Lideres "Afilando el Hacha" Grupo I
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

Con una intensidad de: 6 horas

Bogotá, 03 de junio de 2021

Juan Manuel Rivadeneira Velásquez
Líder de Recreación, Educación y Deporte

Sujeto a verificación en la línea 428 06 66 ext.: 13698

Este servicio está respaldado por un sistema de gestión ISO 9001 SC5892-3. Las actividades Desarrollo personal y familiar. Escuela de capacitación, Desempeño escolar, Enlaces, Desarrollo personal para docentes, Escuelas deportivas, Desarrollo motriz, Natación para niños y adultos, formación para el bienestar de las personas en condición de desempleo, Preparación en Deportes de Alto rendimiento: Academia de Fútbol, Academia de Natación, Academia de Tenis.

ANGELICA LOSADA

Curso virtual
DERECHO
DISCIPLINARIO

Oficina de Admisiones y Registro Académico

la Universidad de Caldas fue creada mediante Ordenanza No. 06 de 1943 y la Ley 34 del 8 de agosto de 1967 la constituyo en establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Educación y decreto 1297 de 1964
Nit: 890.801.063-3



Certifica que:

Angélica María Losada Suárez

Con documento de identificación número 1026250959

Participó en el Curso Virtual de Derecho Disciplinario, ofertado por la Universidad de Caldas, la Facultad de Ciencias para la Salud - Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales - Telesalud, entre el 30 de septiembre y el 18 de noviembre del 2019, con una duración de 96 horas y con una calificación de APROBADO.

Paula Marcela Restrepo López
Jefe de Oficina de Admisiones y Registro Académico
Universidad de Caldas

Claudia Patricia Jaramillo Ángel
Decana
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas



ANGELICA LOSADA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES**

**SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
HACEN CONSTAR QUE:**

ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ

Número de Identificación: 1026250959

Participó en el curso virtual

CERO TOLERANCIA A LA CORRUPCION

Realizado del 1 al 16 de octubre de 2020, con una intensidad de veinte (20) horas

CLAUDIA MERCEDES MONROY AVELLA
Jefe Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses

IVAN PEREA FERNANDEZ
Subdirector de Investigación Científica

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D. C. a los veintiocho (28) días del mes de octubre de dos mil veinte (2020)

Código de seguridad: bwlbmujEAT

ANGELICA LOSADA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES**

**SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
HACEN CONSTAR QUE:**

ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ

Número de Identificación: 1026250959

Participó en:

Curso Virtual de Evaluación del Desempeño Laboral

Realizado del 3 al 28 de mayo de 2021, con una intensidad de treinta (30) horas


JORGE ARTURO JIMENEZ PAJARO
Director General (E)



YAMILE ROMERO VANEGAS
Jefe Oficina de Personal

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D. C. a los ocho (8) días del mes de junio de dos mil veintiuno (2021)

Código de seguridad: lqewfgRFU1

ANGELICA LOSADA



Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-**FUCS**

Certifica que:

Angélica María Losada Suarez

C.C. 1.026.250.959

Asistió en calidad de participante al

CURSO ESCALAS MÉDICAS PARA LA CUALIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN

Realizado del 09 al 29 de septiembre de 2022, con una intensidad de 54 horas,

Expedido en Bogotá D.C., Colombia

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada





Certifica que:

ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ

Con número de identificación: 1026250959

Participó y aprobó el programa:

EXCEL BÁSICO

Con una intensidad horaria de **40 HORAS**

Este programa se desarrolló entre el 31 de Marzo y el 28 de Junio del 2022

Gustavo Adolfo Mora Rodríguez
Director Nacional de Extensión

Richard Ayjas Caballero
Autor de los contenidos de Excel

ANGELICA LOSADA

20 Congreso
Nacional
5 Congreso
Internacional de
Medicina Legal
y Ciencias Forenses

Organiza:



Apoya:



El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses hace constar que:

LOSADA SUAREZ ANGELICA MARIA

Participó en calidad de coordinador del curso precongreso:

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN ASPECTOS PRÁCTICOS MÉDICOS DE LA VALORACIÓN DE LA TORTURA EN CADÁVERES
del 20 Congreso Nacional y 5 Congreso Internacional
de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizado del **21** al **26** de
noviembre de 2022

Iván Perea Fernández

Presidente 20 Congreso Nacional y 5 Congreso Internacional
de Medicina Legal y Ciencias Forenses

“Restaurando dignidades: ciencias forenses al servicio de las víctimas”

ANGELICA LOSADA



CERTIFICADO

La Asociación Latinoamericana de Antropología Forense

Certifica que:

Angélica María Losada

Participó en calidad de ASISTENTE al XVII congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Forense, el cual se desarrolló de manera presencial en la ciudad de Santa Marta - Colombia, del 24 al 28 de octubre de 2022.

Alicia Lusuardo

Alicia Lusuardo
Presidenta

Ute Hofmeister

Ute Hofmeister
Vicepresidenta

ANGELICA LOSADA

ANGELICA LOSADA



ASOCIACIÓN DE EXALUMNOS DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

NIT: 860.512.264-5

Bogotá, D.C., Abril 10 de 2023

Doctora
Angélica Losada Suárez
Médica Especialista en Medicina Forense
La ciudad

Respetada doctora Losada.

En nombre de la Junta Directiva de la Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, AEXMUN, la Facultad de Medicina y el Comité organizador del **XIX CONGRESO DE CIENCIAS BÁSICAS Y ESPECIALIDADES CLÍNICAS. Temas actuales en medicina**, le expresamos nuestro agradecimiento por su participación como conferencista en el mencionado evento académico, realizado durante los días del 23 al 25 de Marzo del año en curso.

Su intervención, estamos seguros que ha contribuido al enriquecimiento del conocimiento de los asistentes y redundará en beneficio de los pacientes.

Esperamos contar con Usted y sus valiosos aportes en nuestros próximos eventos.

Cordialmente,

OSWALDO BORRÁEZ G.
Presidente AEXMUN

Nota: Los certificados como conferencistas serán generados y se les informará cuando estén disponibles para descargar a través de la página de AEXMUN: www.aexmun.org.co