



RV: REPORTE AUDIENCIA PRUEBAS 2018-00250 || CASE:17917 VIVIANA MUELAS VS HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA

Desde Informes GHA <informes@gha.com.co>

Fecha Mié 23/04/2025 21:48

Para María Fernanda López Donoso <mflopez@gha.com.co>; Nicol Dahian Bulla Avendaño <nbulla@gha.com.co>;
Monica Liceth Torres Escobar <mtorres@gha.com.co>

PREVISORA

De: Lizeth Navarro Maestre <lnavarro@gha.com.co>

Enviado: miércoles, 23 de abril de 2025 17:31

Para: Informes GHA <informes@gha.com.co>; CAD GHA <cad@gha.com.co>

Cc: Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>; Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>; Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>

Asunto: REPORTE AUDIENCIA PRUEBAS 2018-00250 || CASE:17917 VIVIANA MUELAS VS HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA

Estimados Compañeros CAD e Informes.

Por este medio, me permito remitir reporte de audiencia de pruebas llevada a cabo el día 22 de abril del 2025 dentro del proceso que refiero a continuación:

DEMANDANTE: VIVIANA MUELAS PAJA
DEMANDADO: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., PRONACER
JUZGADO: SEXTO ADMINSTRATIVO DE POPAYÁN
RADICADO: 2018-00250
CASE: 17917
COMPAÑIA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS

Se reconoce personería jurídica para actuar dentro del presente proceso a los apoderados judiciales de las partes. En esta diligencia se llevarán a cabo los siguientes testimonios:

- Ana María Velasco

La testigo Dra. Ana María Velasco relató que el día 14 de junio de 2016 se encontraba de turno cuando recibió un llamado de urgencias del área de partos. Según lo informado, se trataba de un embarazo gemelar en el cual la madre se encontraba en franco trabajo de parto. Inmediatamente, la testigo acudió a la sala de partos para asistir el nacimiento.

La Doctora Ana María indicó que el primer recién nacido, identificado como Éver Alejandro Aranda Muelas, nació a las 23:05 horas en condiciones críticas. De acuerdo con lo consignado en el folio número

5 de la historia clínica, el neonato presentaba muy malas condiciones generales, sin esfuerzo respiratorio, con bradicardia (frecuencia cardiaca baja), tono muscular disminuido y evidente dificultad respiratoria. Se trataba de un prematuro extremo de 26 semanas de gestación, lo que requería atención médica especializada e inmediata.

Ante ese panorama, la testigo procedió a realizar maniobras de reanimación y colocó un tubo traqueal para proporcionar soporte ventilatorio. Una vez estabilizado, el neonato fue trasladado en incubadora desde la sala de partos hasta la unidad neonatal de cuidados intensivos, donde se le aplicaron todas las medidas necesarias para su supervivencia.

Explicó que los neonatos prematuros extremos —aquellos nacidos antes de las 28 semanas de gestación— presentan una alta vulnerabilidad, ya que sus órganos, especialmente los pulmones y el corazón, no están lo suficientemente desarrollados para funcionar por sí solos. En este caso, el neonato no había recibido corticoides prenatales, medicamentos fundamentales para madurar los pulmones antes del parto. Por ello, inmediatamente después del nacimiento, se le administró surfactante, un fármaco que ayuda a los pulmones a expandirse y respirar.

Además, debido a que el corazón del recién nacido no funcionaba adecuadamente, se le suministró un medicamento inotrópico para mejorar su función cardiaca. Como no podía alimentarse por vía oral, fue necesario iniciar soporte nutricional intravenoso, seguido de nutrición parenteral total, así como la administración de antibióticos para prevenir infecciones, dada su condición altamente vulnerable. Explicó que el bebé fue ubicado en una incubadora, diseñada para simular las condiciones intrauterinas, proteger su piel extremadamente frágil y ofrecerle un ambiente controlado. También se implementó monitoreo continuo, tanto de signos vitales como de parámetros metabólicos, dado que estos pacientes pueden presentar alteraciones en los niveles de glucosa, electrolitos y otros indicadores clínicos.

A las 24 horas de nacido, dentro del protocolo de exámenes de rutina, se le realizó una ecografía transfontanelar, que permitió diagnosticar una hemorragia intraventricular grado IV, considerada como la más grave dentro de la escala médica. Esta afectación neurológica, que ocurrió en uno de los hemisferios cerebrales, representaba un alto riesgo de secuelas neurológicas irreversibles a futuro, como consecuencia de la extrema fragilidad de los vasos sanguíneos cerebrales en recién nacidos prematuros. Durante el proceso de hospitalización, el menor fue sometido a más de 200 exámenes médicos. La testigo manifestó que ella estuvo a cargo del manejo clínico del paciente durante aproximadamente 60 días, y que el menor permaneció internado en la unidad neonatal durante alrededor de tres meses.

Finalmente, al ser interrogada sobre el término “expulsivo”, la testigo aclaró que esa es una valoración que corresponde al área de ginecología. Ella fue notificada cuando la madre ya se encontraba en franca actividad uterina, y fue entonces cuando se preparó con todo su equipo asistencial —terapeuta, enfermera e incubadora— para asistir el nacimiento. Según la historia clínica, la madre, una mujer de 27 años, ingresó al servicio de ginecología en trabajo de parto activo y fue trasladada de inmediato a la sala de partos, donde se produjo el parto gemelar espontáneo.

PRONACER – interroga

Se le pregunta a la testigo sobre su declaración en la que afirmó: "Yo me preparé con todo mi equipo, con personal médico, con recursos y con equipos". El abogado le pide una aclaración respecto a si, el día en cuestión, a esa hora y en ese momento, el Hospital Susana López contaba con los recursos necesarios para atender situaciones de esa magnitud. La testigo responde afirmativamente, explicando que el hospital cuenta con una unidad neonatal de alta capacidad, comparable a un nivel terciario. Asegura que la unidad está equipada y preparada para atender a pacientes prematuros, incluso aquellos de muy bajo peso como el bebé en cuestión, así como a niños más grandes con otros tipos de patologías.

La testigo detalla que todo el equipo médico está capacitado para atender nacimientos prematuros extremos. Explica que, al ser notificados de un ingreso urgente, como el caso de un parto prematuro gemelar, la unidad neonatal está siempre preparada para reaccionar rápidamente. "Cuando nos llaman, estamos listos. Siempre tenemos una incubadora con termorregulación encendida, un equipo especializado para la parte respiratoria, y personal clave como el terapeuta respiratorio y las enfermeras, quienes se encargan de verificar el estado del paciente antes de cada turno", señala la testigo.

Añade que, en casos de emergencia como este, se activa un código, y el equipo médico responde inmediatamente. "En este caso, nos llamaron con el código correspondiente para un embarazo gemelar prematuro. En menos de un minuto, ya estábamos listos para atender al recién nacido", afirma la doctora. Resalta que el hospital tiene acceso a equipos de última tecnología, medicamentos, y sigue estrictamente los protocolos y guías tanto nacionales como internacionales, especialmente en lo que se refiere a reanimación neonatal. En particular, menciona que las pautas seguidas en ese momento corresponden a las guías de la Academia Americana de Pediatría, que se aplican no solo en Popayán, sino en todo Colombia y América Latina. Así, la testigo reafirma que el hospital estaba completamente preparado para atender al bebé prematuro, siguiendo los estándares más altos en la atención neonatal.

Se le pregunta a la testigo si tuvo oportunidad de relacionarse con la señora Muelas durante su tiempo en el hospital. La testigo, tras una breve reflexión, responde afirmativamente y explica que estuvo aproximadamente 70 días al cuidado del niño, período durante el cual se le practicaron alrededor de 200 evaluaciones y desarrollos médicos.

A continuación, se le plantea una última pregunta respecto a su experiencia en la recuperación del niño. Se le pregunta si ella fue la persona encargada de equilibrar el proceso de recuperación y la vida del niño en términos médicos, a lo que la testigo responde que, en su opinión, el proceso de recuperación fue exitoso, ya que el niño sobrevivió los 70 días y, actualmente, sigue vivo. Reconoce que, dado el estado crítico del niño al momento de su ingreso, las secuelas que pueda presentar son esperadas, pero que su vida fue salvada gracias a los esfuerzos médicos.

La pregunta se profundiza en cuanto al pronóstico a largo plazo del niño, considerando las condiciones críticas en las que ingresó. La testigo explica que, debido a su prematuridad y a las complicaciones neurológicas que presentaba, como la hemorragia intraventricular, el niño requirió de un seguimiento especial. En cuanto a la parte neurológica, la testigo menciona que se le realizaron ecografías transfontanilares, una técnica que permite examinar la cabeza de los recién nacidos sin necesidad de trasladarlos a equipos de tomografía o resonancia magnética, los cuales no son adecuados para bebés tan pequeños debido al riesgo de complicaciones.

La testigo detalla que, además de las ecografías, el niño fue valorado por un especialista en neuropediatría, quien solicitó una tomografía cerebral para hacer un seguimiento más detallado, aunque aclara que esta no cambiaría el pronóstico ni el manejo del niño, ya que las hemorragias cerebrales ya habían sido diagnosticadas. Sin embargo, esta neuroimagen serviría para monitorear el desarrollo del niño a lo largo del tiempo, dado que podrían presentarse alteraciones a nivel cerebral.

La testigo también explica que, por la fragilidad del niño, se tomaron medidas cuidadosas al momento de realizar cualquier examen, evitando traslados innecesarios que pudieran generar complicaciones, como inestabilidad hemodinámica o respiratoria. Además de los exámenes neurológicos, el niño también fue sometido a ecocardiogramas para evaluar su función cardíaca, radiografías para seguir la evolución de sus pulmones y cultivos sanguíneos para prevenir infecciones. Se realizaron también hemogramas y análisis metabólicos para asegurar que su condición general se mantuviera estable.

La testigo concluye que, en total, el niño recibió una amplia gama de evaluaciones y cuidados médicos para asegurar su recuperación, lo que permitió que, a pesar de su estado crítico, pudiera superar los primeros días de vida y mantenerse con vida.

La doctora Ana María Velasco explica con detalle las condiciones de los niños prematuros y las complicaciones que pueden surgir debido a su nacimiento. En primer lugar, aclara que, independientemente de si el niño es gemelo o no, y del tipo de parto, los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas neurológicos a largo plazo debido a la inmadurez de sus órganos, especialmente el cerebro. En este caso, el bebé en cuestión sufrió una hemorragia intraventricular severa en uno de los hemisferios cerebrales. Esta condición podría causar secuelas en su desarrollo motor, en el habla y en otras funciones neurológicas. No obstante, la doctora destaca que, afortunadamente, el otro hemisferio cerebral no se vio afectado, lo que permitió que el cerebro pudiera intentar compensar la parte dañada a través de la neuroplasticidad, un proceso mediante el cual las áreas sanas del cerebro toman funciones de las zonas dañadas.

En cuanto a la posibilidad de haber evitado la hemorragia, la doctora explica que los bebés prematuros, especialmente los nacidos antes de las 26 semanas de gestación, tienen vasos cerebrales extremadamente frágiles, lo que los hace vulnerables a este tipo de hemorragias. Señala que aunque el riesgo disminuye a medida que aumenta la edad gestacional, incluso los bebés nacidos a las 32 o 34 semanas pueden presentar hemorragias cerebrales, lo que es una complicación común en los prematuros.

Sobre el estado de salud del bebé, la doctora menciona que, a pesar de las complicaciones iniciales, el bebé mostró una mejora significativa, como el hecho de tolerar la leche materna, lo cual fue un buen indicio de su recuperación. Sin embargo, también resalta que los bebés prematuros, especialmente aquellos nacidos antes de las 37 semanas, tienen un mayor riesgo de desarrollar otras patologías, lo que aumenta su vulnerabilidad.

En cuanto al otro bebé gemelo, una niña que nació en las mismas condiciones, la doctora también fue responsable de su atención. La niña, como su hermano, requería ventilación mecánica debido a su prematuridad y fue trasladada a la unidad neonatal. En este caso, también se realizaron ecografías cerebrales y otros exámenes para evaluar su estado de salud. La atención médica a ambos bebés fue intensa y constante, dada la gravedad de su prematuridad.

Ante la pregunta sobre cuál fue la complicación de salud más grave que presentó la niña y que finalmente condujo a su fallecimiento, la testigo manifestó que dicha información no fue consignada en sus propios folios, debido a que entregó a la paciente en muy malas condiciones generales, aunque en ese momento se encontraba clínicamente estable y con todo el soporte médico disponible.

Indicó que, posteriormente, fue otro profesional quien asumió la atención de la menor. Sin embargo, al revisar la historia clínica elaborada por los demás miembros del equipo médico, pudo constatar que la recién nacida persistía en un estado crítico y que, tras cumplir aproximadamente 24 horas de vida, presentó una hemorragia pulmonar, a diferencia de su hermano gemelo, quien había sufrido una hemorragia a nivel del sistema nervioso central.

Esta hemorragia pulmonar desestabilizó rápidamente a la menor, provocando un sangrado severo que afectó el adecuado funcionamiento de su corazón. Ante tal situación, se activó nuevamente el código de reanimación y se implementaron maniobras avanzadas con el objetivo de estabilizarla. No obstante, pese a los esfuerzos médicos prolongados durante más de treinta minutos, la niña falleció.

- Olga Lucia Prado

La doctora Olga Lucía Prado, profesional adscrita al Hospital Susana López de Valencia, compareció ante el despacho para explicar la atención médica brindada al menor Ever Alejandro Aranda Muela, quien permanecía hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales. En su intervención, indicó que el menor fue un paciente catalogado como pretérmino extremo, nacido con apenas 26 semanas de gestación, condición que de por sí implicaba un cuadro clínico crítico desde el inicio. Explicó que su rol consistió en brindar atención médica durante los turnos en los que se encontraba de guardia, realizando seguimiento clínico diario, revisión de signos vitales, evolución médica y participación en las rondas médicas matutinas, donde se dejaban constancias en la historia clínica.

Conforme a sus observaciones y registros en la historia clínica, el neonato presentaba un diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria y una hemorragia intraventricular, ambas condiciones asociadas a su alta prematuridad. Su evolución, en los días en que fue atendido por la doctora Prado, era crítica, con episodios infecciosos recurrentes y compromiso neurológico derivado del sangrado cerebral. Ante los cuestionamientos de la parte interviniente, la doctora ratificó que su atención se desarrolló bajo los protocolos establecidos por la unidad neonatal del Hospital, destacando los aplicables a sepsis neonatal temprana y tardía, así como al síndrome de dificultad respiratoria. No obstante, precisó que no existe un protocolo específico para déficit neurológico, siendo este abordado en conjunto con especialistas en neurología pediátrica, según el caso clínico particular.

Frente a la incidencia del embarazo gemelar en el estado clínico del paciente, señaló que no era la condición de gemelaridad lo que agudizaba el pronóstico, sino el hecho de haber nacido con tan solo 26 semanas de gestación. Aclaró que los embarazos múltiples sí aumentan el riesgo de parto pretérmino, y que en Colombia se considera como límite de viabilidad neonatal a los recién nacidos con más de 24 semanas de gestación y un peso superior a los 500 gramos. Este umbral establece una posibilidad básica de supervivencia, que mejora conforme avanza la edad gestacional y aumenta el peso al nacer.

al ser interrogada sobre la escala Apgar registrada en la historia clínica, explicó que se trata de una herramienta estandarizada que permite valorar la adaptación del recién nacido al medio extrauterino, mediante parámetros como el tono muscular, esfuerzo respiratorio, coloración, frecuencia cardíaca y respuesta a estímulos. Esta escala se aplica al minuto de nacido, a los cinco minutos y a los diez, ofreciendo una sumatoria que indica la condición general del neonato en esos momentos específicos.

Con base en la historia clínica, la Dra. Martha Cecilia Torres indicó que conoció al paciente, un recién nacido prematuro de 26 semanas, a los cuatro días de vida. El bebé era producto de un embarazo gemelar y, desde su nacimiento, presentó un estado clínico muy crítico. Se trataba del gemelo número uno, con múltiples diagnósticos severos: hemorragia intraventricular grado IV del hemisferio izquierdo, ductus arterioso persistente de 2.2 mm, síndrome de dificultad respiratoria y enfermedad de membrana hialina, ya tratada con una dosis de surfactante. Además, cursaba con neumonía, sepsis neonatal (confirmada por PCR positiva), acidosis metabólica e ictericia neonatal.

Al momento del primer contacto, el bebé estaba bajo soporte inotrópico y ventilatorio. Se le solicitó una ecografía transfontanelar de control, la cual evidenció la persistencia de un hematoma intraparenquimatoso en el hemisferio izquierdo, configurando un infarto hemorrágico periventricular con herniación subfalcina hacia la derecha, pero sin signos de hidrocefalia. El paciente ya había sido valorado por neuropediatría, especialidad que recomendó un seguimiento con ecografías transfontanelares esporádicas y, a futuro, una resonancia o tomografía cerebral cuando la condición clínica lo permitiera.

Dado el mal pronóstico neurológico, el servicio de neuropediatría también dejó constancia de que podrían considerarse limitaciones terapéuticas si el menor llegaba a presentar un paro cardiorrespiratorio. En ese momento, el bebé se encontraba en ventilación mecánica con parámetros

por volumen, mostraba signos de hipoxemia en mejoría y ya había recibido una dosis de surfactante. A nivel gastrointestinal, estaba en reposo enteral y sostenido con nutrición parenteral restringida debido a la presencia del ductus arterioso. El manejo del ductus no incluyó ibuprofeno, por estar contraindicado en pacientes con hemorragia intraventricular, optando en su lugar por una estrategia conservadora basada en restricción hídrica. Afortunadamente, el ductus logró cerrarse sin mayores complicaciones. En cuanto al manejo infeccioso, se encontraba bajo antibióticos y también recibía fototerapia por su ictericia.

Desde el inicio, se informó a la madre sobre el alto riesgo de fallecimiento del menor y la posibilidad de secuelas neurológicas severas. La evolución del paciente fue seguida estrechamente: fue valorado en los días 4, 6 y 18 de vida. Para entonces, el bebé había sido extubado y recibía oxígeno por cánula nasal. Sin embargo, a nivel neurológico ya se observaban secuelas, como una hemiparesia derecha, predominante en el miembro superior. Las ecografías evidenciaban estabilidad en el sangrado, sin extensión al hemisferio derecho.

En el día 18, aún no toleraba vía oral por la presencia de íleo, por lo que continuaba en reposo intestinal, bajo vigilancia radiológica para definir el momento adecuado para iniciar alimentación por vía oral. En el día 19, persistía en manejo estacionario, sin soporte inotrópico, con oxígeno por cánula nasal y tratamiento con cafeína para la apnea del prematuro. Ya no estaba recibiendo antibióticos y, para el día 20, al observarse mejoría radiológica, se dio inicio a la estimulación trófica con leche materna y se comenzó a disminuir la nutrición parenteral.

La evolución fue favorable y, para el día 61, el paciente ya se encontraba en la unidad de cuidado intermedio neonatal con un peso de 1700 gramos. Fue transfundido y valorado nuevamente en el día 65, cuando ya pesaba 1875 gramos. Durante su hospitalización, el menor cursó con varias infecciones, incluyendo sepsis por *Staphylococcus epidermidis* meticilino sensible e infección urinaria por *Klebsiella oxytoca*, todas tratadas y resueltas.

A nivel neurológico, una ecografía transfontanelar en ese punto reveló signos de encefalomalacia, secuela de la hemorragia intraventricular, compatible con riesgo de parálisis cerebral. Se indicó tomografía cerebral, cuya lectura aún estaba pendiente, pero el neurólogo tratante ya había evaluado las imágenes y concluyó que el paciente requeriría terapias físicas de neurodesarrollo para mitigar el impacto de las posibles secuelas, especialmente por el alto riesgo de parálisis cerebral y epilepsia. En ese momento, el bebé ya no presentaba signos de sepsis y toleraba la vía oral mediante succión, aunque esta era débil, por lo cual seguía recibiendo apoyo de fonoaudiología. Continuaba ganando peso, y para el día 65 de vida (equivalente a dos meses y cinco días), fue dado de alta con indicaciones claras para la madre, incluyendo signos de alarma, suplementación con vitaminas y hierro, y seguimiento bajo el Programa Madre Canguro.

Finalmente, frente a las preguntas de los intervinientes, la doctora explicó que la causa principal de la hemorragia intraventricular en prematuros es precisamente la prematuridad extrema, especialmente en bebés con menos de 28 semanas de gestación o peso menor a 1000 gramos. También detalló que hay cuatro grados de hemorragia, siendo el grado IV el más grave, y aclaró que en este caso fue una hemorragia unilateral (solo del lado izquierdo), con una probabilidad cercana al 70% de desarrollar parálisis cerebral.

Frente a la relación entre embarazo de alto riesgo e incidencia de hemorragia intraventricular, explicó que esta es una condición multifactorial, pero que el principal factor sigue siendo la extrema prematuridad. Otras condiciones como asfixia perinatal o sepsis también incrementan el riesgo. Finalmente, aclaró que muchas infecciones son subclínicas y solo se evidencian al momento del parto, a través de hallazgos en la placenta o por el estado clínico del recién nacido, incluso si la madre no presentó fiebre u otros síntomas clínicos durante el embarazo.

- Patricia Ramirez

La doctora Ethel Patricia Ramírez explicó que, en los embarazos, un trabajo de parto puede iniciarse a partir de la semana 37. Sin embargo, cuando ocurre antes de la semana 28, se trata de un parto prematuro extremo, lo que implica un alto riesgo de mortalidad neonatal debido a que los bebés nacen con un desarrollo muy limitado: son pequeños en tamaño y peso, y con órganos, especialmente los pulmones, aún inmaduros. En esos casos, es fundamental investigar las causas que originan el parto pretérmino. Dentro de las causas más comunes, indicó la doctora, se encuentran las infecciones, por lo que se hace necesario descartar infecciones urinarias, infecciones intraamnióticas como la corioamnionitis —una inflamación de las membranas que rodean al feto— o cualquier otra infección presente en el cuerpo de la paciente.

En cuanto a la atención hospitalaria, la doctora explicó que, cuando llega una paciente en estas condiciones, se produce una “congestión del servicio”, ya que todo el equipo médico, incluyendo ginecólogos, pediatras y demás especialistas, debe volcarse de forma prioritaria a su atención, impidiendo que puedan atender otros casos en simultáneo.

Sobre la nomenclatura médica, aclaró que G4 P2 B2 A1 indica que se trata de una paciente con cuatro gestaciones (G4), dos partos (P2), dos hijos vivos (B2) y un aborto (A1). Respecto a los embarazos gemelares, subrayó que estos son considerados de alto riesgo debido a la posibilidad de múltiples complicaciones. Frente a la consulta sobre el examen físico, la doctora puntualizó que la conducta médica dependerá del nivel de atención en el que se encuentre la paciente. Si el personal médico no cuenta con los medios para verificar la causa del dolor, debe remitirla a un centro de mayor complejidad. Un dolor abdominal en una gestante de 26 semanas sí puede justificar una remisión, pero todo dependerá del hallazgo clínico.

Indicó que existen dolores, como los causados por la distensión de los ligamentos uterinos, que no siempre implican trabajo de parto y no necesariamente ameritan remisión. Por tanto, reiteró que el examen físico es la herramienta clave para determinar si se trata de contracciones o de un dolor ligamentoso. Respecto al tacto vaginal, señaló que su finalidad es evaluar si hay modificaciones en el cuello uterino compatibles con trabajo de parto. Además, resaltó la importancia de las ecografías, particularmente las realizadas en etapas tempranas, ya que permiten determinar la edad gestacional, detectar anomalías genéticas, medir el cuello uterino y realizar un estudio Doppler para evaluar el flujo sanguíneo en las arterias uterinas.

Más adelante, explicó que, en el caso específico revisado, a la paciente se le diagnosticó una corioamnionitis —una infección en la bolsa amniótica— que requería tratamiento antibiótico especializado. Luego de completar 24 horas del tratamiento mínimo requerido, la paciente solicitó el alta voluntaria, decisión motivada por el fallecimiento de uno de los gemelos y su deseo de estar con su familia en ese momento difícil.

Aunque el equipo médico no consideraba prudente dar de alta a la paciente en ese momento, dado que era recomendable completar al menos uno o dos días más de antibiótico, se respetó su decisión tras advertirle los riesgos. La paciente firmó el documento correspondiente, y al momento del alta, presentaba signos vitales estables, sin fiebre ni alteraciones clínicas.

A la paciente se le brindaron las recomendaciones necesarias, incluyendo signos de alarma por los cuales debía regresar de inmediato al hospital, tales como fiebre, sangrado vaginal fétido u otros síntomas. Asimismo, se le entregó la fórmula antibiótica para continuar el tratamiento en casa, junto con la indicación de sulfato ferroso debido a su diagnóstico previo de anemia.

Se fija fecha para llevar a cabo continuación de audiencia de pruebas el día 30 de septiembre de 2025 a partir de las 9:00. OJITO: Programarse para todo el día porque la diligencia puede dividirse en jornada mañana y jornada tarde) Se desarrollará de manera híbrida, es decir los demandantes que van a rendir declaración se dirigirán al despacho para surtir la misma. Del mismo modo, se practicarán los testimonios de Jose Ignacio Lopez, Maria Alvarado, Beatriz Cereño, Victoria Agredo y Diego fernado Lopez y el interrogatorio de parte.



gha.com.co

Lizeth Navarro Maestre
Abogada Junior

Of Cali: +57 315 5776200 |

Of Bog: +57 317 3795688 | Cel: 312 226 3744

Email: lnavarro@gha.com.co

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212, Bogotá
- Calle 69 # 4 - 48 Edificio Buró 69 Oficina 502



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments