

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CUARTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO – NARIÑO



San Juan de Pasto (N), Enero Veintitrés (23) de Dos Mil Veinticuatro (2024).

Ref. Sentencia Nro. 04
Proceso: Reparación Directa
Radicación: 520013333004-202000030-00
Demandante: CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ Y OTROS
Demandados: CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. PROINSALUD S.A.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN.

Procede el Despacho dentro del turno asignado a procesos ordinarios, decidir el fondo de la controversia dentro del proceso de la referencia, adelantado por la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ Y OTROS, en contra del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. – PROINSALUD S.A., al tenor de lo normado en los Arts. 182 y 187 del CPACA, no existiendo causal que invalide la actuación.

II. ANTECEDENTES.

1. Síntesis de la Demanda.

1.1. Declaraciones y Condenas. La parte demandante solicitó:

“PRIMERA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por concepto de daños MATERIALES, la suma de CIENTO TRECE MILLONES SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRES PESOS (\$ 113.075.603)

SEGUNDA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por concepto de daños MORALES, la suma de OCHENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$82.811.600) es decir 100 SMLMV.

TERCERO.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la menor HAREN DAYANA ORTIZ MARTINEZ (Hija de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de CUARINTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$41.405.800) es decir 50 SMLMV.

CUARTA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele al señor HUGO ORLANDO ORTIZ

LOPEZ (Compañero permanente de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (\$41.405.800), es decir 50 SMLMV.

QUINTA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora TERESA DE JESUS ORDOÑEZ (madre de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS M/CTE (\$28.984.060) es decir 35 SMLMV.

SEXTA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele al señor JOSE GUILLERMO MARTINEZ (padre de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS M/CTE (\$28.984.060) es decir 35 SMLMV.

SÉPTIMA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A., en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora GLORIA MARTINEZ ORDOÑEZ, (Hermana de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS M/CTE (\$28.984.060) es decir 35 SMLMV.

OCTAVA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora ALBA LUCIA MARTINEZ ORDOÑEZ (Hermana de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS M/CTE (\$28.984.060) es decir 35 SMLMV.

NOVENA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele al señor HERMES ORTIZ ROSERO (suegro de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$16.562.320) es decir 20 SMLMV

DÉCIMA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora ESPERANZA LOPEZ ORDOÑEZ (suegra de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$16.562.320) es decir 20 SMLMV

DÉCIMA PRIMERA.- En ocasión del daño causado, y con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los perjuicios ocasionados en razón de la negligente prestación del servicio de salud a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ

ORDOÑEZ por parte del CENTRO DE SALUD DEL TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y PROINSALUD S.A, en calidad de reparación directa solicito se cancele a la señora LINA JIMENA ORTIZ LOPEZ (cuñada de la víctima), por concepto de daños MORALES, la suma de DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$16.562.320) es decir 20 SMLMV.

DÉCIMA SEGUNDA. - *Que se condene en costas al CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ ESE y a PROINSALUD SA. conforme el artículo 188 del C.P.A y de lo C.A.*

DÉCIMA TERCERA. - *Que el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E y a PROINSALUD S.A., de cumplimiento en los términos de los artículos 192 y 195 del C.P.A y de lo C.A”.*

1.2. Aspectos de Orden Fáctico.

En síntesis, los demandantes aducen como supuestos fácticos los siguientes:

- 1.2.1.** El 28 de noviembre de 2017 a las 4.15 p.m., la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, con 25.5 semanas de embarazo, asiste al CENTRO DE SALUD DEL TRABLÓN DE GOMEZ por presentar posible rompimiento de placenta.
- 1.2.2.** El mismo día a las 6.30 pm es remitida a PROINSALUD S.A. en la ciudad de Pasto ingresando a las 8.40 p.m. refiriendo presentar dolores tipo contracciones, donde es atendida por la Dra. Elba Otero.
- 1.2.3.** El 1° de diciembre de 2017, la Dra. Elba Otero, ginecóloga, decide la evacuación del feto por riesgo de muerte fetal, siendo la demandante objeto de cesárea, fruto de la cual nace un bebé que posteriormente fallece en UCI neonatal.
- 1.2.4.** El 4 de diciembre siguiente se determina que la demandante tiene una infección en la herida, continuando en hospitalización hasta el 16 de diciembre de 2017, cuando es dada de alta con incapacidad médica de 30 días.
- 1.2.5.** Afirma la apoderada demandante, que el 21 de junio de 2019 la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, en cita de control en la Clínica CORPOSALUD S.A.S, presenta una hernia incisional de crecimiento lento debido a la cirugía que se le practicó el 1° de diciembre de 2017.
- 1.2.6.** Se afirma igualmente en la demanda, que la señora CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ ha padecido perjuicios de orden material y moral por los hechos narrados, entre ellos, la imposibilidad de tener hijos.

III. ACTUACION PROCESAL.

La presente demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Pasto, el día 21 de febrero de 2020, fue inadmitida el día 8 de julio de 2020.

Mediante memorial de 24 de julio de 2020 el apoderado de PROINSALUD solicita la declaratoria de nulidad de lo actuado, por indebida notificación.

Tras ser subsanada la demanda, fue admitida mediante auto de fecha 5 de noviembre de 2020, negando la declaratoria de nulidad solicitada por PROINSALUD por improcedente.

Oportunamente las entidades demandadas PROINSALUD y el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GOMEZ, registraron contestación de la demandada dentro del término legal establecido para ello.

Mediante auto de fecha 11 de marzo de 2021, se tuvo por contestada la demanda por parte de PROINSALUD y el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GOMEZ; así mismo se declararon procedentes los llamamientos en garantía formulados por PROINSALUD frente a los médicos especialistas EDISSON FERNANDO MAFLA, ELBA OTERO NARVÁEZ y la compañía de Seguros LA PREVISORA S.A.

La apoderada del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GOMEZ ESE interpone recurso de reposición contra el auto de 11 de marzo de 2021 a fin de que se acepte su llamamiento en garantía. A través de auto de 28 de mayo de 2021 se complementa el auto de 11 de marzo de 2021 declarando procedente el llamamiento en garantía realizado por el Centro de Salud Tablón de Gómez contra la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

La llamada en garantía ELBA OTERO NARVÁEZ interpone recurso de reposición contra el auto que acepta el llamamiento en garantía de 11 de marzo de 2021 por no cumplir los requisitos legales.

A través de auto de fecha 3 de junio de 2021 se decide no reponer el auto de 11 de marzo de 2021, se tienen por contestados los llamamientos en garantía por parte de LA PREVISORA S.A, ELBA OTERO NARVAEZ y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y se tuvo por no contestada la demanda por EDISON MAFLA.

Mediante auto de 13 de julio de 2021 se acepta el desistimiento del llamamiento en garantía planteado por el apoderado de ELBA OTERO NARVAEZ contra Seguros del Estado.

Con auto de 26 de agosto de 2021 se corrió traslado de las excepciones propuestas por las entidades demandadas y llamados en garantía, siendo objeto de pronunciamiento por la parte demandante, en término.

Conforme las previsiones normativas del Art. 180 de la ley 1437 de 2011, se celebró audiencia inicial el día 27 de octubre de 2021, donde se decretaron pruebas documentales, testimoniales y periciales, que fueron practicadas en audiencias de pruebas, los días 9 y 16 de marzo de 2022, suspendiéndose esta última para programar una tercera audiencia de pruebas para el día 29 de junio de 2022, siendo igualmente suspendida para definir la única prueba pericial pendiente.

En auto de 7 de marzo de 2024, se incorpora prueba pericial del Especialista en Ginecología y Obstetricia Dr. Fabio Augusto Zarama Márquez y se corre traslado del dictamen.

El 12 de junio de 2024 se llevó a cabo audiencia de pruebas para contradicción del dictamen pericial referido, en la cual se prescindió de la audiencia de alegaciones y juzgamiento y se otorgó diez (10) días a las partes para que presenten sus alegaciones y al Ministerio Público para que rinda su concepto.

Una vez vencido el término respectivo, se dejó en turno de conformidad con el listado que posee el Juzgado para proferir decisión de fondo, siendo ésta la oportunidad para emitirla.

IV. PRESUPUESTOS PROCESALES.

1. Competencia.

Dada la naturaleza de la controversia planteada, el monto de las pretensiones, al tenor de lo reglado en los Arts. 155 y 157 del C. P. A. C. A., este Despacho es competente para dirimir el conflicto planteado.

2. Legitimación en la causa.

Se acredita este presupuesto, en tanto que la responsabilidad determinada involucra a las partes intervinientes en el proceso. Además, la señora Claudia Lorena Martínez y demás demandantes, tienen capacidad para determinarse y comprometerse o se encuentran debidamente representados, y actúan a través de su apoderado judicial.

Por pasiva, se encuentra acreditado este presupuesto en tanto los hechos y la regulación referidas en la demanda, determinan la posible responsabilidad en las entidades demandadas CENTRO DE SALUD TABLON DE GOMEZ E.S.E. y PROINSALUD y estos la derivan en sus llamados en garantía, quienes tienen la posibilidad de contradecir las pretensiones de la demanda, encontrándose relacionadas con el objeto de la Litis, elemento sustancial vinculado con la pretensión, entidades que tienen personería y autonomía administrativa, por ende, capacidad para comparecer al proceso y lo hacen a través de apoderados idóneos.

V. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

1. Problemas Jurídicos.

a.) ¿Está demostrada la imputación de responsabilidad administrativa y patrimonial de las entidades demandadas CENTRO DE SALUD EL TABLON DE GOMEZ E.S.E, PROINSALUD S.A., por la atención médica que se brindó a la demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ, cesárea de emergencia, en la cual pierde al nasciturus y presenta una posterior peritonitis?

b.) ¿Se encuentran probados en el expediente los presuntos perjuicios materiales y morales ocasionados a la parte demandante, resultando procedente su indemnización?

c.) ¿Conforme lo precedente, deben concurrir a cubrir la indemnización los llamados en garantía: DRA. ELBA OTERO NARVAEZ, DR. EDISSON HERNANDO MAFLA, LA PREVISORA S.A. y la ASEGURADORA SOLIDARIA y en qué porcentaje?

d.) ¿Son de recibo los argumentos, razones de defensa y se probaron las excepciones de fondo planteadas por de las entidades demandadas CENTRO DE SALUD EL TABLON DE GOMEZ E.S.E, PROINSALUD S.A. y los llamados en garantía DRA. ELBA OTERO NARVAEZ, LA PREVISORA S.A. y la ASEGURADORA SOLIDARIA en la contestación de la demanda?

2. Tesis del Despacho.

La respuesta a los literales a.), b.), c.), será negativa, pues la tesis del despacho es que no se demostró la existencia de falla en el servicio médico prestado a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, así como tampoco la falta de oportunidad.

En efecto, conforme el análisis probatorio, se concluye que se rompe el nexo causal del daño consistente en cesárea pre término y muerte del neonato por prematuridad extrema y el actuar de las entidades de salud y personal médico llamado en garantía, toda vez que se encuentra probado con las historias clínicas, informes, dictámenes periciales y declaraciones recaudadas, que los diagnósticos y atenciones en salud ofrecidas en el Centro de Salud el Tablón de Gómez y Proinsalud S.A., se brindaron de manera oportuna, diligente, acertada y conforme a los protocolos y guías médicas de atención en casos complicados por ruptura prematura de membranas, poniendo a disposición de la paciente sus recursos físicos (instalaciones físicas), humanos (médicos generales, especialistas en ginecología, cirugía, psicólogos), tecnológicos (al practicarse los exámenes necesarios y realizar seguimientos estrictos) conforme a su nivel de complejidad, encontrando que la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ estuvo siempre bajo

estricto control, vigilancia y seguimiento por parte de los ginecólogos de turno, cirujanos y se prestaron los servicios médicos necesarios para salvaguardar, en la medida de lo posible, la vida del binomio materno fetal, sin obtener un resultado favorable con ocasión de los antecedentes médicos de la madre que evidenciaban el alto riesgo de su embarazo. De igual manera, la infección posterior a la cesárea, fue manejada y controlada acorde a los protocolos y guías de manejo, con el suministro oportuno de antibióticos y seguimientos interdiarios que permitieron preservar la vida de la madre.

No se encuentra probado que el embarazo transcurrió con normalidad y sin alteraciones que implicaran un riesgo en la gestante y su bebé, no se soporta la existencia de controles prenatales que denoten dicha normalidad y la complicación que llevó al lamentable desenlace de la muerte del neonato y las complicaciones en la madre, ocurrió justamente en el transcurso del embarazo, en la semana 25.6, riesgo inherente a sus antecedentes médicos, que no tienen relación con la atención brindada en las instituciones de salud demandadas.

Por las razones expuestas se negarán las pretensiones de la demanda, conforme al análisis que se procede a realizar.

3. Posición de las Partes.

3.1. La Parte Demandante.

Solicita se responsabilice a las partes demandadas, haber incurrido en falla en el servicio médico y pérdida de oportunidad sobrevida, por el presunto deterioro de la salud de la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, que generó la muerte de su bebé y una infección posterior que presuntamente impidió a la demandante volver a tener hijos generándole daños psicológicos y una afectación en sus condiciones de vida digna y justa.

Se afirma que el hecho generador de la falla en el servicio de la administración se encuentra reflejado en los supuestos fácticos ocasionados el 28 de noviembre de 2017 en el Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E., donde a la demandante le fue realizado un tacto y debido a esto, se ocasiona una ruptura prematura de la membrana.

La demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ fue remitida el mismo día a PROINSALUD S.A., y fue dejada en observación. El día 01 de diciembre de 2017 se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente por presentar un alto riesgo de muerte fetal. El neonato fallece en UCI el mismo día.

El 4 de diciembre la paciente presenta una infección de herida QCA (que la parte demandante considera peritonitis) que generó posteriormente, una hernia incisional de crecimiento lento asociado con limitación funcional.

Se afirma que las lesiones físicas sufridas por la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ de carácter permanente consisten en: i) incapacidad para volver a tener hijos y ii) piel de abdomen retraída con una cicatriz permanente.

Se afirma que la falla en el servicio médico y la pérdida de oportunidad sobrevida por parte del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. y PROINSALUD S.A. hacia la demandante, desencadenó en un daño cierto, afectando su ámbito individual y familiar, generándole depresión e ingesta indebida de alcohol.

La parte demandante manifestó en alegatos de conclusión:

“EL EMBARAZO TRANSCURRIÓ CON NORMALIDAD SIN ALTERACIONES QUE CONLLEVARAN A SUPONER UN RIESGO EN LA GESTANTE O SU BEBÉ.

(...)

En el subjuicio, tal como se verificó con la historia clínica, el embarazo de la señora Claudia Martínez hasta la semana 25 acaeció en términos normales, según da cuenta cada uno de los controles prenatales en la etapa de gestación, hasta el día 28 de noviembre de 2017 (...)

De esta manera, se edifica en el asunto, el indicio de falla propuesto por el Órgano Vértice de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, ya que no obstante haber transcurrido el embarazo con normalidad, sobrevino la muerte del que estaba por nacer.

(...)

NO ES POSIBLE TENER COMO PARÁMETRO DE DECISIÓN EL PERITAZGO EFECTUADO YA QUE EL MISMO NO ARROJÓ CLARIDAD Y CERTEZA.

Como quiera que si bien es cierto el perito médico Fabio Augusto Zarama Márquez dio unas apreciaciones generales respecto de la atención de la señora Claudia Lorena Martínez en la atención recibida en el centro de salud Tablón de Gómez, así como en Proinsalud, no puede perderse de vista que en la experticia no se consignó puntualmente las razones por las cuales si la atención general de la paciente presuntamente estuvo acorde a los protocolos nacional e internacionalmente aceptados, adquirió la bacteria E Coli Blee que es propia de ámbitos comunitarios y hospitalarios, lo que conllevó a otros diagnósticos que dejaron secuelas en su humanidad.

(...)

LA ATENCIÓN PRESTADA A LA PACIENTE NO SE CIÑO A LOS ESTANDARES NACIONALES

(...)

Con base en la guía de atención del parto, se encuentra en la historia clínica de la atención brindada en el centro de salud que tan solo reporta atenciones a las 4:15, 6:20, y posteriormente a las 20:44 cuando ingresa a la clínica proinsalud, las cuales son coincidentes con las notas de evolución que establecen que en estas mismas auscultaciones se tomó los signos vitales a la madre, frecuencia cardíaca y la frecuencia cardíaca fetal.

Lo anterior se traduce que la frecuencia cardíaca de la madre y de su hijo fueron tomadas desde el ingreso a urgencias en el centro de salud de tablón de Gómez, más o menos cada dos horas, cuando la guía de trabajo de parto es incisiva en establecer que la frecuencia cardíaca fetal y a la madre deben tomarse por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa.

(...)

Por lo tanto, es clara la falla en la atención metida, al no realizar el seguimiento debido que requería la señora Claudia Lorena Martínez por el estado en el que se encontraba, y lo que desencadenó en el fallecimiento de su hijo, el adquirir una bacteria y posteriores secuelas, pues la ausencia de un seguimiento impidió al personal de las entidades demandadas se percataran del riesgo al cual estaba sometido la paciente”.

PERJUICIOS MORALES

“Los perjuicios morales se encuentran claramente probados, pues la situación soportada por la demandante, no solo la afectó a ella, sino a su ciclo más cercano que se encuentra conformado por su esposo, su hija, sus padres, sus suegros, cuñados y hermanos (...), con la declaración del señor HUGO ORLANDO ORTIZ LÓPEZ, compañero permanente de la señora Claudia Martínez.

3.2. La Parte Demandada.

3.2.1 PROINSALUD S.A.

La apoderada de la entidad se opone a las pretensiones de la demanda, se afirma que, según las apreciaciones de la apoderada demandante, (...) se realizó un indebido procedimiento del tacto a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, posteriormente la cesárea, en este aparte se aclara que los procedimientos realizados están acorde con los protocolos de guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del 2013 emitida por el Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en Salud CINETS. La paciente ingresó a urgencias, con diagnóstico que reporta al ingreso es salida abundante de líquido claro, **dicha sintomatología deviene de una ruptura de membranas**, no como mal lo quiere hacer entender la apoderada que dicha ruptura se da por el tacto rectal.

El día 1 de diciembre como resultado de los estudios clínicos realizados, el laboratorio reporto aumento de leucocitosis y neutrofilia, lo que indica de acuerdo a los protocolos evacuación del feto por riesgo de corioamnionitis, es decir que hay que realizar cesárea, paso seguido se informa a la paciente y los familiares el alto riesgo de muerte fetal por prematuro extrema, los cuales refieren entender y firman consentimientos informados. La madre se mantiene en hospitalización con manejo antibiótico por 72 horas y el recién nacido se trasladó a Unidad de cuidados intensivos neonatal, donde fallece por prematuro extrema.

Por otro lado, se afirma que la infección contraída por la paciente era un riesgo ante la herida abierta que tenía, el cual fue informado previamente al firmar el consentimiento.

El día 16 de diciembre el Dr. Miguel Ángel Vargas, valora la paciente quien evidencia herida quirúrgica con buen tejido de granulación, limpia y sin evidencia de bordes de aponeurosis, se da egreso y **se explica a la paciente que debe seguir control con cirujano general Dr. Mafla en 1 mes, control con ginecología en 1 mes, para reparación de eventración con malla.**

Tal como registra en la valoración realizada por el Cirujano Dr. Edisson Mafla del 08 de mayo del 2018, **“LA PACIENTE NO ACEPTA LA CIRUGIA”** para reparación de eventración con malla.

Por último, acorde con el reporte de la historia clínica, se determina que no se evidencia en ningún aparte que la señora no pueda tener hijos, tal como ella lo manifestó en cita de control no quiere tener hijos, que es algo diferente a lo que asegura su apoderada, ahora bien la cicatriz que aseguran que se causó deviene de los antecedentes quirúrgicos de cesárea, cotización, laparotomía por peritonitis, eventración contenida que registra en el mismo sitio.

Se proponen las excepciones de fondo: culpa imputable a la señora Claudia Lorena Martínez, Ausencia de relación de causalidad entre los hechos narrados en la demanda y el daño – ausencia de nexo de causalidad, Ineptitud sustancial de la demanda, Inexistencia de dolo o culpa en la Prestación del Servicio, Inexistencia de causa dañosa o falla del servicio – inexistencia de un hecho generador del daño, Adecuada práctica médica – cumplimiento de la lex artis, Cobro de lo no debido, Las innominadas.

Llama en garantía al Dr. EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA, a la Dra. ELBA OTERO NARVAEZ y a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

En los alegatos de conclusión, se reitera la postura planteada con la contestación de la demanda.

3.2.2 CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.

El apoderado de la entidad se opone a las pretensiones de la demanda, afirmando que, conforme a la historia clínica de la paciente, el 28 de noviembre de 2017 a las

5:59 pm ingresó CLAUDIA LORENA MARTINEZ al servicio de urgencias con motivo de consulta “estoy embarazada y me sale líquido”. Con un cuadro clínico de 3 horas de evolución, el médico realiza un tacto vaginal y de inmediato le diagnostica como Ruptura prematura de membranas, siendo indicio que hubo ruptura de membranas previa a la llegada a la institución, que se puede presentar por diferentes causas como: una infección, sobrecarga de líquido amniótico, golpes en la parte baja del abdomen o condiciones genéticas. El tacto vaginal es una maniobra indicada en usuarias en estado de gestación con el fin de determinar el estado de salud de la madre y del bebé y no tiene mayor riesgo para generar ruptura de membranas. Se realiza manejo con antibiótico y se remite a tercer nivel. Se evidencia que el reporte de la usuaria fue oportuno siendo las 6.30 pm, pasaron 31 minutos en la estabilización en primer nivel para remitir a la ciudad de pasto, donde se evidencia que la usuaria se encuentra orientada y el feto se encuentra vivo con una frecuencia cardiaca fetal de 150 por minuto.

Igualmente, se afirma que “La causa fundamental de la muerte del menor, se identificó debido a una infección producto de la cesárea practicada a la señora Claudia Lorena Martínez, dicho procedimiento lo realizó PROINSALUD S.A., entidad completamente independiente del Centro de Salud El Tablón de Gómez”.

Se proponen como excepciones de mérito las denominadas: Inexistencia de falta o falla en el servicio, Culpa de la víctima, la Innominada.

En alegatos de conclusión se reitera la postura de la contestación de la demanda y se manifiesta “Que del peritaje realizado por el doctor FABIO AUGUSTO SARA MÁRQUEZ especialista en ginecología y Obstetricia, se puede desprender que el CENTRO DE SALUD TABLON DE GOMEZ y el doctor WILLIAM CAICEDO, actuaron con la mayor diligencia y la atención prestada a la señora CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ fue la correcta, pues se hizo un correcto diagnóstico y remisión. En este entendido en ningún momento existió falla del servicio por parte del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ ESE (...)”.

3.3. Llamadas en Garantía

3.3.1. LA PREVISORA S.A. (llamada en garantía de Proinsalud S.A)

Se opone a las pretensiones de la demanda, refiriendo en primera instancia, frente a la excepción de mérito denominada “Inexistencia de Falla Médica – Desempeño cabal de los protocolos médicos por parte de la demandada Proinsalud”:

“De la lectura y revisión tanto de los hechos que originaron la acción, como de los “momentos configurativos de responsabilidad estatal” señalados en el escrito de demanda, se observa que la señora apoderada refiere hipótesis contrarias a la realidad fáctica y procesal. Atribuye como causa eficiente de la producción del supuesto daño a la señora Claudia Lorena Martínez el hecho de que se le hubiera realizado un tacto lo que según ella le ocasionó una ruptura prematura de membrana, cuando lo cierto es que desde el momento mismo en que la paciente arribó al Centro de Salud del Tablón de Gómez, presentaba –según sus propias palabras- “abundante salida de líquido claro” lo cual ya indicaba de acuerdo con la literatura médica sobre el tema, una ruptura de membranas.

Ahora bien, en lo que respecta a Proinsalud, acusa la demanda que a la señora Martínez se le ocasionaron daños derivados de:

- la falta de atención oportuna, según ella porque el médico tratante decide dejarla en “observación”, siendo precisamente esa conducta médica la indicada por la gravedad que revestía el desembarazar a la madre, estando el feto en condiciones de prematuridad extrema que no permitían suponer su sobrevivencia.

- “Muerte fetal del nasciturus”. La parte accionante no tiene en cuenta que los riesgos secundarios a la ruptura de membranas y la prematurez extrema del feto no hacían viable su sobrevivencia, tal como les fue explicado tanto a la madre como a sus familiares por el personal médico, lo cual quedó consignado en el consentimiento informado, previo al procedimiento.
- “Infección de herida que generó una hernia incisional de crecimiento lento”. Al respecto es preciso decir que tal como se evidencia en el registro de la historia clínica de la paciente, a ella le fueron indicados los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, riesgos asociados con “infección de herida, seroma, hematoma, absceso, dehiscencia de suturas de piel y fascia, lesión vesical de uréteres intestinal, sangrado, atonía uterina, histerectomía de urgencia, re intervención, paro cardiorespiratorio, riesgos anestésicos, embolia, muerte” riesgos que se potencializaban por las condiciones particulares de la señora Martínez y que hacían relación a sus antecedentes quirúrgicos (apendicectomía con peritonitis con laparotomía y cesárea).
- “Incapacidad para volver a tener hijos” llama la atención que la señora apoderada de los accionantes refiera tal secuela, cuando en ninguna parte de la historia clínica existe registro sobre ese aspecto, sobra decir que en el material probatorio aportado tampoco se evidencia elemento que lleve a dicha conclusión.
- “Piel de abdomen retraída con una cicatriz permanente”, tal como expusimos en líneas precedentes, la señora Martínez ya presentaba una significativa cicatriz en su abdomen de lo cual quedó registro en los diferentes conceptos médicos, uno de los cuales indicó “... tiene una cicatriz mediana infraumbilical en el centro de su abdomen desde el borde inferior del ombligo hasta el pubis, por lo que presenta una cicatriz fibrosa, amplia, marcada y gruesa...”¹ de tal manera, es claro que la cicatriz pre existía en la humanidad de la señora Claudia Lorena, y que precisamente para evitar dejar nuevas señales quirúrgicas, el personal médico realizó la incisión de cesárea, por la ya existente. Adicional a lo anterior, también debe hacerse referencia a la negativa de la paciente a realizarse el procedimiento que mejoraría tal condición.
- “graves patologías psicológicas como la depresión”. al igual que en el punto anterior y si bien se podría suponer tal afectación, no existe prueba que sustente el dicho de la accionante con respecto al tratamiento psicológico a que se hubiese sometido”.

De igual manera se propone la excepción denominada “Ausencia de Nexo Causal” afirmando entre otros puntos que: “Las condiciones específicas que presentaba la señora Claudia Lorena al momento de su ingreso a Proinsalud, fueron determinantes en la producción del resultado que conocemos y por ello podemos sostener que los demandantes carecen de derecho para pretender ser reparados por unos daños que la entidad no les ha ocasionado, en el entendido de que dichos perjuicios no guardan relación de causalidad con la atención brindada”.

Frente al llamamiento en garantía se afirma, igualmente entre otros puntos: “teniendo en cuenta que en el llamamiento en garantía se hace alusión a la póliza No. 1004842 con vigencia entre el 12 de mayo de 2020 y el 12 de mayo de 2021, debo manifestar desde ya, que atendiendo la modalidad bajo la cual fue contratado el seguro (clames made) el contrato que habría de ser afectado en la eventualidad de un fallo condenatorio sería el contenido en la póliza No. 1003279 con vigencia comprendida entre el 31 de marzo de 2019 y el 31 de marzo de 2020, tal como expondré en el acápite correspondiente a las excepciones, siendo precisamente ese documento el que señala los límites de responsabilidad de la aseguradora”.

En este punto se presentan las siguientes excepciones: Falta de determinación de la póliza que debe afectarse en caso de un fallo adverso a los intereses del asegurado, Obligación indemnizatoria condicionada a lo pactado en el contrato de

seguro, Delimitación contractual de amparos, coberturas y deducibles, Sublímite de perjuicios extrapatrimoniales, Disponibilidad de valor asegurado.

En alegatos de conclusión, tras hacer un análisis del dictamen pericial allegado al plenario, suscrito por el Dr. Fabio Augusto Zarama, especialista en ginecología y obstetricia, concluye: “Por lo expuesto, consideramos que en el presente caso, no se evidencia falla en el servicio médico suministrado por PROINSALUD S.A., toda vez que a la paciente se le brindó la atención médica requerida, llevándose a cabo también un tratamiento quirúrgico adecuado y apegado a los protocolos de la medicina. Quedó demostrado que las secuelas que afectan a la paciente, no devienen en modo alguno de la técnica quirúrgica desplegada por el personal a cargo de la señora Martínez, en cambio, resultan atribuibles a las probabilidades naturales de la cirugía a la que por deber médico estuvo expuesta. De tal manera, de la valoración probatoria y del análisis de los antecedentes jurisprudenciales citados, queda debidamente soportado que las actuaciones desplegadas por el personal médico de la accionada PROINSALUD S.A., no fueron los causantes de los perjuicios alegados por la parte demandante”.

Se reitera la postura respecto a la delimitación contractual de amparos, coberturas y deducibles de la póliza y el sublímite de perjuicios extrapatrimoniales.

3.3.2. ELBA OTERO NARVÁEZ (Llamada en garantía de Proinsalud S.A.)

La apoderada de la llamada en garantía se opone a todas las pretensiones de la demanda, planteando:

“En fecha veintiocho (28) de noviembre de dos mil diecisiete (2017), conforme a la historia clínica, la paciente es valorada por la médica especialista que represento ELBA OTERO NARVÁEZ, quien tras valoración ordenó dejar hospitalizada a la paciente con un diagnóstico de ruptura prematura de membranas lejos del término, aplicando un manejo con antibióticos, esteroides para madurar pulmón, nifedipino y restricción de los tactos vaginales (para disminuir riesgo de infección), ordenó ecografía y perfil biofísico con vigilancia materno fetal estricta, por lo tanto, la atención médica brindada (...) se constituye en una conducta adecuada con fiel apego a guías de manejo y protocolos médicos.

En fecha primero (01) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), conforme a la historia clínica, la médico especialista que represento valoró a la paciente presentó leucocitosis (aumento de glóbulos blancos indicativo de infección), pérdida de los valores del perfil biofísico, infección amniótica (corioamnionitis) y prematuridad extrema por embarazo de 25 semanas, ante dichos diagnósticos programó a la paciente para cesárea, informando a la paciente y a su familia sobre el alto riesgo de muerte fetal por prematuridad extrema y por consiguiente la obtención del consentimiento informado debidamente firmado por la paciente.

En fecha primero (01) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), se realizó a la paciente CLAUDIA LORENA MAARTÍNEZ procedimiento quirúrgico de cesárea previamente programado por la médico especialista que represento, dentro del cual se obtuvo un recién nacido de 850 gramos, en malas condiciones y líquido meconiado y fétido causado por el sufrimiento fetal y la infección, el cual es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal dentro de la cual se intentó reanimar, sin embargo, ante la prematuridad extrema y las malas condiciones del neonato este fallece. En cuanto a la paciente materna se cambió de antibióticos por clindamicina y gentamicina, además de ordenar la evaluación por psicología.

La paciente CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ a partir del día tres (3) de diciembre de dos mil diecisiete (2017) empieza a presentar salida de líquido por herida, ante lo cual se realizó una ecografía cuyos resultados arrojaron seroma (colección), en virtud a dicho hallazgo, fueron retirados los puntos, se drena la colección y se cambian los antibióticos suministrados a oxacilina y posteriormente ertapenem,

además de ordenar curaciones diarias y se remitió a la especialidad de cirugía general.

Posteriormente, el día 12 del mismo mes y año, la paciente presentó defecto en fascia con dehiscencia, por lo cual se presentó una evisceración contenida, es decir abertura de la herida; cabe aclarar que la infección en sitio operatorio y la salida de líquido NO ocasionó una peritonitis a la paciente, lo que evidencia un total desconocimiento y confusión en los conceptos médicos por parte de la mandataria judicial de los accionantes.

En cuanto a la hernia incisional se constituye en un daño de la fascia que generó la salida del intestino por el defecto, siendo una situación muy común en pacientes con antecedentes de cirugías previas como es el caso particular de la paciente que contaba con conización cervical por cesárea previa y laparotomía por peritonitis previa, lo que se traduce en una condición inherente para que se dañara su fascia y presentara la hernia; en consecuencia, la hernia incisional no puede atribuirse a la actividad médica desplegada por mi poderdante sino por el contrario como ya se argumentó corresponde a una condición inherente de la paciente.

Con todo lo relatado y expuesto en la contestación de los hechos, se observa con claridad que la Dra. ELBA OTERO NARVÁEZ actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no existen dudas e inconsistencias frente la atención médica brindada a la paciente por el contrario quedó plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación médica asistencial, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso; en consecuencia, no existe fundamento alguno que sustente el llamamiento en garantía formulado por la entidad PROINSALUD S.A.

(...)

para el presente caso la falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del médico llamado en garantía de los doctores ELBA OTERO NARVÁEZ y EDISSON HERNANDO MAFLA, cabiendo resaltar que esta se encuentra configurada respecto de los dos galenos, conforme a lo establecido en el inciso final del artículo 225 del C.P.A.C.A, el llamamiento en garantía con fines de repetición se rige por la ley 678 de 2001, estatuto que en el artículo 19 exige además de los requisitos generales para el llamamiento en garantía, **la acreditación de prueba sumaria sobre la presunta responsabilidad del agente de haber actuado con dolo o culpa grave (...)**”

Se proponen las excepciones de mérito denominadas: Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la *lex artis Ad Hoc*, Ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado, Cumplimiento de la obligación de medios por parte del galeno llamada en garantía Dras. Elba Otero Narváez, Inexistencia de falla en la prestación del servicio y ausencia de responsabilidad por ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de la obligación de indemnizar y estimación excesiva de los perjuicios, Falta de legitimación en la causa por pasiva, la Innominada.

En alegatos de conclusión se analiza la declaración de parte de la Dra. Elba Otero Narváez y el peritazgo del Dr. Emilio Alberto Restrepo Baena y se reiteran las conclusiones frente a esta última intervención:

- LA GINECOLOGA Y OBSTETRA DRA ELBA OTERO NARVAEZ en todo momento aplicó las guías y protocolos. Nada en su conducta puede ser calificado de negligente, imprudente, inoportuno o imperito. No hubo error diagnóstico de su parte.
- La paciente CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ presentó la materialización de 3 riesgos inherentes que se esperaban en ella: ruptura de membranas por conización previa y evisceración por cirugías abdominales

previas acompañada de infección. La infección es un riesgo inherente en TODA paciente con ruptura de membranas.

- Existe un buen consentimiento informado que advierte sobre todas las complicaciones presentadas y tiene las firmas tanto de la paciente como de la Dra. Otero y el esposo como testigo.
- La ruptura de membranas presentada por la paciente CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ no fue producto de un tacto vaginal realizado por el personal médico. Dicha ruptura se presentó 3 horas antes de la primera consulta de la historia aportada y 8 horas antes de la primera evaluación de la Dra. ELBA OTERO NARVAEZ.
- Es falso que a paciente CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ haya presentado una peritonitis como consecuencia de la cesárea practicada el 01/12/2017.

De cara a lo expuesto, es imperativo mencionar que la llamada en garantía doctora ELBA OTERO NARVÁEZ, se encuentra más que acreditado con las pruebas documentales y periciales que reposan en el expediente procesal, que la atención médica brindada a la paciente se encontró acorde a la *lex artis* (...)"

3.3.3. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (Llamada en garantía del Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E.)

En la contestación de la demanda, frente a los hechos conforme a la *lex artis*, la maniobra llevada a cabo en el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. fue acertada para corroborar el diagnóstico de la paciente; debido a que cuando en el motivo de consulta se hace referencia a la salida de líquido amniótico, se debe llevar a cabo un examen físico que permita encontrar si la salida del líquido es por el orificio cervical o hay presencia de largos líquidos en el fondo del saco posterior de la vagina. Inmediatamente después de la evaluación del galeno, se le ordenaron inmediatamente exámenes paraclínicos, antibióticos para evitar que se pudiese producir algún tipo de infección, y lo más importante: la remisión a un centro asistencial de tercer (III) nivel. Acto seguido, a las 18:30 horas del 28 de noviembre del 2017 (folio 46 del cuaderno principal de la demanda), la paciente egresa del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. a PRONISALUD S.A., para ese momento, la usuaria se encontraba estabilizada, orientada y el feto se encontraba con vida.

La literatura médica es completamente clara, ya que la realización de un tacto vaginal no conlleva la ruptura de las membranas de un paciente, máxime cuando ésta narró presentar previamente la salida por tres (3) horas de líquido amniótico; lo cual, como ya se indicó, sí constituye un síntoma serio y fundado de ruptura de membranas.

Dicho lo anterior, se itera que en el escrito de la demanda, se hace referencia a que el hecho generador de la presunta falla en el servicio se refleja por la realización del tacto rectal llevada a cabo por el galeno adscrito al CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E., se deja de presente al despacho desde ya que deberá eximirse de cualquier responsabilidad a esta entidad y por ende a la aseguradora que represento".

Se refuta la cita del sitio web <https://www.embarazoymas.net>, que hace la parte demandante al descorrer excepciones del centro de Salud Tablón de Gómez, porque en ella se hace "referencia a la fragilidad de la información y la enorme posibilidad de encontrarse errores, por lo cual la misma remite directa y exclusivamente a la consulta con un galeno especializado. En todo caso, en el aparte "¿Quiénes somos?", se especifica claramente que no se trata de un médico

especializado en neonatología, o un profesional de la salud. Únicamente se trata de un grupo de madres y padres sin conocimiento alguno en ese ámbito”.

Frente a la cobertura de la póliza de Aseguradora Solidaria, se manifiesta:

Frente a la póliza de responsabilidad civil debo manifestar que no es cierto, al menos frente a las expedidas por la **ASEGURADORA SOLIDARIA**, debido a que la primera relación contractual entre mi defendida y el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, se dio con la Póliza No. 436-88-994000000073, que se expidió el día 25 de junio del 2019, con más de un año de posterioridad a la ocurrencia de los hechos materia de debate.

Póliza de Responsabilidad Civil de Clínicas y Centros Médicos, comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 25/06/2019, hasta las 23:59 horas del 25/06/2020; contrario a ello, los hechos objeto de la demanda **ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad de la póliza (28/11/2017)**. Empero, en el escrito del llamamiento en garantía, el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.** hace referencia al anexo 1 póliza No. **436-88-994000000073**, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 25/06/2020, hasta las 23:59 horas del 25/06/2021. No obstante, esa vigencia tampoco otorga cobertura alguna en el caso de marras. Con relación a la modalidad *claims made*, cabe recalcarle al despacho que la fecha del periodo de retroactividad que otorga mi defendida, hace referencia al inicio de la vigencia del anexo 0 de la póliza, es decir, el 25/06/2019, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviese conocimiento de una reclamación potencial.

Se proponen como excepciones de mérito frente a la demanda, las denominadas: Coadyuvancia de las excepciones que interpuso el centro de salud Tablón de Gómez E.S.E., No se encuentra demostrado el hecho generador del presunto daño alegado por parte de Claudia Lorena Martínez, Inexistencia de responsabilidad por parte del Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E., Hecho exclusivo y determinante de un tercero, Carencia de Prueba de los supuestos perjuicios y exagerada tasación de los mismos, Enriquecimiento sin causa.

Se proponen como excepciones de mérito frente al llamamiento en garantía, las denominadas: Inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado previsto en la póliza de responsabilidad civil para clínicas y centros médicos no. 436-88-994000000073; Ausencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil para clínicas y centros médicos no. 436-88-994000000073, los hechos ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad de la póliza; Marco de los amparos otorgados, límite máximo de la responsabilidad de la compañía aseguradora; En la póliza de responsabilidad civil no. 436-88-994000000073 existe un deducible que se encuentra a cargo del asegurado.

En alegatos de conclusión se reitera la postura de la contestación de la demanda y llamamiento, se analiza el dictamen pericial del Dr. Fabio Augusto Zarama Márquez llegando a las siguientes conclusiones:

Los diagnósticos que se hicieron en la E.S.E. Tablón de Gómez fueron correctos. La atención fue adecuada, el diagnóstico y remisión de la paciente se hizo de manera diligente. Esto se evidencia porque se inició la estabilización con antibióticos líquidos y se realizó la solicitud de remisión, lo cual se ajusta a los protocolos que se exige en un servicio de urgencias (nivel I).

La paciente consulta porque le salió líquido desde las 2:00 de la tarde. Por eso no puede pensarse que el tacto pudo haber roto membranas. El tacto vaginal tenía que realizarse porque es parte de la evaluación clínica.

La ruptura prematura de membranas es una complicación muy frecuente, casi en el 10% de los embarazos. Lo cual aumenta la morbimortalidad materna y prenatal.

La paciente sale remitida desde la E.S.E Tablón de Gómez a las 6:30 p.m., e ingresa a urgencias en Proinsalud a las 8:00 p.m. La RPM estaba diagnosticada desde la remisión.

En la E.S.E Tablón de Gómez se le realizó tacto vaginal en el cual se determinó que la paciente no estaba en trabajo de parto clínicamente, por eso se le dio manejo conservador para intentar que el feto se desarrolle más. (Énfasis propio).

Resultando obvio la inexistencia de una conducta antijurídica ejercida por parte del CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E., por el contrario, como ya se estudió, todas sus actuaciones reflejan total diligencia y cuidado con la señora CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ y su bebé (...).

Se afirma que el contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medio y no de resultado. Que no se logró demostrar los perjuicios morales reclamados y se presenta oposición frente al lucro cesante, al manifestar que no se indica cómo se liquidó dicho perjuicio.

Frente al llamamiento en garantía se reitera que la póliza de responsabilidad No. 436 – 88 – 99400000073, adquirida con la entidad, no presenta cobertura temporal con el hecho demandado, no se logró demostrar la realización del riesgo asegurado. Se solicita considerar los límites máximos de responsabilidad de la póliza y el deducible que registra la misma.

3.4. El Ministerio Público.

No rindió concepto pese a su debida notificación.

4. Fundamentos Jurídicos y Jurisprudenciales

4.1. Configuración de la Responsabilidad en lo Contencioso Administrativo.

Enseña la doctrina y la jurisprudencia que el punto de partida del daño antijurídico, se centra en la fórmula adoptada por el Artículo 90 de la Constitución Política, centro de gravedad sobre el que gira toda la institución de la responsabilidad del Estado. Esto, en tanto los constituyentes de 1991, adoptan la fórmula del daño antijurídico para recoger las diversas modalidades de responsabilidad del Estado, desligando por completo de la conducta individual del agente los criterios subjetivos de imputación del daño como el dolo o la culpa, que sin duda tendrán relevancia jurídica al momento de definir responsabilidades personales.

La constituyente procuró incorporar criterios modernos, consistentes en radicar el fundamento de la responsabilidad en el daño antijurídico y en su imputabilidad al órgano estatal, dada las insuficiencias de las fórmulas de la llamada “falla del servicio público”, dentro de la cual no caben todas las fórmulas de responsabilidad patrimonial.

En esta nueva fórmula de responsabilidad administrativa, existe un desplazamiento del concepto subjetivo de antijuridicidad de la acción del Estado al concepto objetivo de la antijuridicidad del daño producido por ella, misma que se predica cuando el detrimento patrimonial carece de título válido y excede el conjunto de cargas que normalmente debe soportar el individuo en su vida social¹.

Sin embargo, pese a la amplia concepción del criterio de responsabilidad previsto por el constituyente de 1991, ésta no puede ser exclusivamente objetiva, puesto

¹ Responsabilidad Civil y del Estado. Balance Jurisprudencial del Consejo de estado en materia de responsabilidad a partir de la constitución de 1991. RICARDO HOYOS DUQUE.

que subsisten los diferentes regímenes de imputación de responsabilidad del Estado que de tiempo atrás han elaborado tanto la doctrina como la jurisprudencia, entre ellos la falla del servicio, el daño especial y el riesgo excepcional.

4.2. Presupuestos de la Responsabilidad Extracontractual del Estado.

En relación con la responsabilidad del Estado², la Carta Política de 1991 provocó su “constitucionalización”³ erigiéndola como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación e interés.

Así, la responsabilidad de la Administración se articula como una garantía de los ciudadanos, pero no como una potestad, de tal forma que según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, aquella se fundamenta por la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y por la imputación del mismo a la administración pública⁴ tanto por la acción, como por la omisión, bien sea bajo los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional u otro. En los anteriores términos, la responsabilidad extracontractual del Estado se puede configurar una vez se demuestre el daño antijurídico y la imputación (desde el ámbito fáctico y jurídico).

4.2.1. Daño Antijurídico.

De acuerdo con el artículo 90 de la Carta Política, “[e]l Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”. Al respecto, aunque el ordenamiento jurídico no prevé una definición de daño antijurídico, éste hace referencia a “la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extra-patrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”⁵

Entonces, el daño antijurídico comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad extracontractual del Estado impone considerar aquello que, si bien deriva de la actividad o de la inercia de la administración pública no sea soportable por el administrado, ya porque es contrario a la Constitución Nacional o a una norma legal, ora porque sea “irrazonable”, en relación de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos.

Ahora bien, en cuanto al daño antijurídico, el precedente jurisprudencial de la Honorable Corte Constitucional ha señalado que la “(...) antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima”⁶, lo cual sugiere que la concepción de daño antijurídico como fundamento del deber de reparación

² Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización”. Corte Constitucional, Sentencias C-333 de 1996, C-892 de 2001, C-892 de 2001.

³ En precedente jurisprudencial constitucional se indica: “El Estado de Derecho se funda en dos grandes axiomas: El principio de legalidad y la responsabilidad patrimonial del Estado. La garantía de los derechos y libertades de los ciudadanos no se preserva solamente con la exigencia a las autoridades públicas que en sus actuaciones se sujeten a la ley sino que también es esencial que si el Estado en ejercicio de sus poderes de intervención causa un daño antijurídico o lesión lo repare íntegramente”. Corte Constitucional, Sentencia C-832 de 2001.

⁴ Conforme a lo establecido en el artículo 90 de la Carta Política “los elementos indispensables para imputar la responsabilidad al estado son: a) el daño antijurídico y b) la imputabilidad del Estado”. Por ello, como lo ha reiterado esta Corte, esta responsabilidad se configura “siempre y cuando: i) ocurra un daño antijurídico o lesión, ii) éste sea imputable a la acción u omisión de un ente público”. Corte Constitucional, sentencias C-619 de 2002; C-918 de 2002.

⁵ Sentencia de 2 de marzo de 2000, expediente 11945, C.P. María Elena Giraldo Gómez.

⁶ Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

estatal se encuentra en armonía plena con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho, debido a que al andamiaje estatal le corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los administrados frente a la propia Administración, e igualmente, se acompasa con los principios constitucionales de solidaridad e igualdad consagrados en los artículos 1 y 13 de la Carta Política y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2° y 58 ibídem.

Dicho daño tiene como características que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable⁷, anormal⁸ y que se trate de una situación jurídicamente protegida⁹.

4.2.2. La imputación de la responsabilidad y su motivación.

La imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico que opera con fundamento en los distintos criterios de imputación consolidados en el precedente jurisprudencial: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; y riesgo excepcional.

Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado. Precisamente, en el precedente jurisprudencial constitucional se sostiene:

“La superioridad jerárquica de las normas constitucionales impide al legislador diseñar un sistema de responsabilidad subjetiva para el resarcimiento de los daños antijurídicos que son producto de tales relaciones sustanciales o materiales que se dan entre los entes públicos y los administrados. La responsabilidad objetiva en el terreno de esas relaciones sustanciales es un imperativo constitucional, no sólo por la norma expresa que así lo define, sino también porque los principios y valores que fundamentan la construcción del Estado según la cláusula social así lo exigen”¹⁰.

Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización del daño antijurídico es endilgable al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica¹¹.

De ahí que la Jurisprudencia de la Corte Constitucional se cimienta sobre la tesis de que la base de la responsabilidad patrimonial del Estado la constituye **la imputabilidad del daño**, señalando que la responsabilidad patrimonial del Estado y de las demás personas jurídicas públicas se deriva de la imputabilidad del perjuicio a una de ellas, lo cual impide extenderla a la conducta de los particulares o a las acciones u omisiones que tengan lugar por fuera del ámbito de la administración pública¹².

Como se ha sostenido por la Corporación Constitucional y según lo instituido en el artículo 90 de la Constitución Nacional, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas, norma que le sirve de fundamento al artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

⁷ Sentencia de 19 de mayo de 2005. Rad. 2001-01541 AG.

⁸ “por haber excedido los inconvenientes inherentes al funcionamiento del servicio”. Sentencia de 14 de septiembre de 2000. Exp.12166.

⁹ Sentencia de 2 de junio de 2005. Rad. 1999-02382 AG.

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia C-043 de 2004.

¹¹ Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

¹² Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

Administrativo, de donde se tiene que la base del derecho a obtener la reparación de perjuicios es, por un lado, la existencia de un daño antijurídico y por otro, que éste le sea imputable a una entidad estatal, dejándose de lado el análisis de la conducta productora del hecho dañoso y su calificación como culposa o no y sin que de alguna manera esto quiera decir que la responsabilidad patrimonial del Estado se haya tornado objetiva en términos absolutos, puesto que subsisten los diferentes regímenes de imputación de responsabilidad al Estado que de antaño ha elaborado la doctrina y la jurisprudencia.

Bajo los anteriores criterios el Despacho realizará el juicio de imputación, previendo, además, que en los escenarios en que se discute la responsabilidad patrimonial del Estado se debe dar aplicación al principio *iura novit curia*, lo cual implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante, corresponde al juez definir la norma o la motivación de la imputación aplicable al caso, potestad del juez que no debe confundirse con la modificación de la causa petendi, esto es, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión.

Conforme a los anteriores razonamientos, el Despacho debe analizar si en el caso concreto se configuran los presupuestos para establecer la responsabilidad patrimonial del Estado, valorando las pruebas, argumentos y fundamentos jurídicos de manera ponderada, ecuaníme y coherente con el sistema normativo vigente.

4.2.3. Regímenes especiales de imputación de responsabilidad del Estado. Falla del servicio médico y asistencial.

La jurisprudencia de la Máxima Corporación de lo Contencioso Administrativo, ha abordado la responsabilidad del Estado, en particular, a partir de tres criterios de imputación, sin embargo, de tiempo atrás ha indicado que la falla del servicio se constituye en el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado, por cuanto al tener como contenido el incumplimiento de una obligación a cargo del Estado, será el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

En efecto, la falla del servicio, que es el criterio de imputación principal para establecer la responsabilidad del Estado, tiene como presupuesto el reconocimiento de la existencia de mandatos de abstención –deberes negativos- como de acción –deberes positivos- a cargo del Estado; empero, para que se genere responsabilidad con fundamento en ello es menester acreditar, como regla general, i) el incumplimiento o cumplimiento deficiente de deberes normativos, ii) la omisión o inactividad de la administración pública, o iii) el desconocimiento de la posición de garante institucional que pueda asumir la Administración.

Así, la falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia de aquel. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente al prestar un servicio a los administrados; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma distinta a como debe hacerse en condiciones normales, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan y la ineficiencia se da cuando la Administración presta el servicio, pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y por último, se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar el servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía.

De ahí que se le exige al Estado la utilización adecuada y oportuna de todos los medios e instrumentos de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto, por tanto, si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria y por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad.

En particular, respecto de la falla del servicio médico – asistencial como régimen de responsabilidad del estado, el máximo tribunal de lo Contencioso Administrativo señaló:

“Tal como se precisó en acápites anteriores, al encontrarse regido el presente caso por un régimen de falla probada en el servicio, la carga probatoria le corresponde a la parte demandante, para lo cual puede acudir a los medios probatorios previstos en el ordenamiento jurídico, entre ellos la prueba indiciaria que generalmente resulta de analizar el contenido de la historia clínica.

La jurisprudencia de esta Sección, se ha ocupado de estudiar el tema concerniente a las características y exigencias de la historia clínica dentro de los procesos en los cuales se discute la responsabilidad extracontractual del Estado derivada del despliegue de actividades médico-asistenciales y ha precisado la naturaleza jurídica de documento público que corresponde a tales historias y, por ende, su valor probatorio, en los siguientes términos:

"Es de resaltarse que la historia clínica asentada en entidades públicas es un documento público, que da fe, desde el punto de vista de su contenido expreso, de la fecha y de las anotaciones que en ella hizo quien la elaboró (art. 264 del C. P. C.), y desde el punto de vista negativo, también da fe de lo que no ocurrió, que para este caso revela que al paciente no se le practicó arteriografía."

*"...A su vez, esta Sala se ha pronunciado respecto de —y ahora reafirma— la necesidad de elaborar **historias clínicas claras, fidedignas y completas**, las cuales permitan garantizar el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico y en la atención de los pacientes, así como también el pertinente control posterior, tanto interno por parte del centro médico asistencial, como externo por parte de entidades de vigilancia o del propio juez, de suerte que se haga posible el conocimiento y la fiscalización efectiva del proceder de los galenos, tal como resulta necesario dentro de los procesos a los cuales da lugar el ejercicio de la acción de reparación directa por parte de los ciudadanos que se sienten perjudicados por la acción o la omisión de las instituciones que prestan este tipo de servicios o del personal a su cargo. En la anotada dirección se ha aseverado lo siguiente:*

"No debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. Por eso, el énfasis debe centrarse en la exigencia institucional de llevar las historias clínicas de manera tan completa y clara que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de peritos idóneos si es necesario, establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que aduzcan sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación del servicio médico. La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimientos técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes"¹³

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón, sentencia de veintiséis (26) de mayo de dos mil once (2011), 19001-23-31-000-1998-03400-01(20097).

- **Responsabilidad médico hospitalaria – servicio de obstetricia.**

En relación con la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia del Consejo de Estado, en lo que le incumbe al Estado, se debe analizar bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituye el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada¹⁴

El Consejo de Estado, se ha pronunciado respecto a la falla médica en servicios de obstetricia, en los siguientes términos¹⁵:

“35. Dicha concepción resulta aplicable de forma preferente a los casos de falla médica en el servicio de obstetricia, con la diferencia de que, si el demandante demuestra que el embarazo se desarrolló en condiciones de total normalidad, sin posibilidades evidentes de complicaciones y que, sin embargo, sobrevino un daño a raíz del parto, esa circunstancia viene a ser un indicio para declarar la responsabilidad. Lo anterior, sin perjuicio de que dicha prueba indiciaria resulte refutada por la entidad demandada a lo largo del proceso. Así se explicó tal criterio en sentencia de 19 de agosto de 2009¹⁶:

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

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

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

En síntesis, bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales

¹⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 20 de febrero de 2008. M.P. Ramiro Saavedra Becerra. Exp 15.563. "(...) la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño"

¹⁵ Consejo de Estado Sala de lo Contenciosos Administrativo Sección Tercera- Subsección A C.P. Jose Roberto Sachica Mendez. 18 de febrero de 2022. Radicación 050012331000200800881 01 (58.050)

¹⁶ 18 Consejo de Estado. Sección Tercera. Exp 18.364, posición jurisprudencial reiterada en la sentencia proferida el 28 de marzo de 2012, Exp. 22.163, ambas con ponencia del Consejero Dr. Enrique Gil Botero

frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. (...).

No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras, no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio, incluidos los indicios, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica”

36. Como se desprende de la posición jurisprudencial reiterada de la Sala¹⁷, a la parte actora en estos eventos obstétricos le corresponde acreditar: i) el daño antijurídico, ii) la imputación fáctica, que puede ser demostrada mediante indicios, la existencia de una probabilidad preponderante en la producción del resultado dañino, el desconocimiento al deber de posición de garantía o la vulneración al principio de confianza, y iii) el hecho indicador del indicio de falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto. En este sentido cabe precisar que, quien demanda la responsabilidad médico asistencial, debe “acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos”. En efecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha indicado que:

“En relación con la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño ocasionado...”

En efecto, tratándose de la responsabilidad por actos médicos la doctrina y la jurisprudencia extranjera han admitido escenarios en los cuales es preciso que operen sistemas de valoración de la falla del servicio con menor rigurosidad, sin que esta circunstancia desplace la connotación subjetiva de

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencias proferidas el 25 de junio de 2014, exp. 30.583 y el 11 de junio de esa misma anualidad, exp. 27.089, ambas con ponencia del Consejero Hernán Andrade Rincón, entre otras

*la responsabilidad por el acto médico a objetiva, salvo algunos ámbitos en los cuales será posible predicarla bajo la égida del título objetivo de riesgo excepcional, cuando se emplean cosas o actividades peligrosas que son las que irrogan directamente el daño, desligadas del acto médico*¹⁸

37. Adicionalmente, cabe mencionar que, corresponderá a la entidad demandada desvirtuar, mediante elementos materiales probatorios suficientes, el indicio de falla que constituye una presunción judicial. En ese sentido, debe recordarse que, en materia de responsabilidad médica, al Estado se le exige la utilización adecuada de todos los medios técnicos y profesionales de que está provisto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad, pues en este tipo de eventos la responsabilidad del Estado es de medio y no de resultado(...)

Teniendo en cuenta lo anterior se analizará las pruebas traídas al expediente para establecer si se encuentra probado que la atención medica brindada por CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. y PROINSALUD S.A., fue negligente y por tal razón se presentó falla al momento en la atención obstétrica de la señora CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ ORDOÑEZ y por tanto constituye una falla en la prestación del servicio médico, por no haber dispuesto de un tratamiento pertinente en la atención de la madre, tal como lo afirma la demandante en su escrito inicial.

Conforme a los anteriores razonamientos, el Despacho debe analizar si en el caso concreto se configuran los presupuestos para establecer la responsabilidad patrimonial del Estado, valorando las pruebas, argumentos y fundamentos jurídicos de manera ponderada, ecuaníme y coherente con el sistema normativo vigente.

A su vez, sobre la pérdida de la oportunidad en la atención médica, en Sentencia del Consejo de Estado del 5 de abril de 2017, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección B, C.P. Ramiro Pazos Guerrero rad: 17001-23-31-000-2000-00645-01 se pronunció en los siguientes términos:

“...
[E]l fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad. Y es frente al primer componente que la pérdida de oportunidad cimienta no solo el carácter cierto y actual del daño, sino que es el eje sobre el que rota la reparación proveniente de la lesión antijurídica a una expectativa legítima. Por todo lo anterior, la Sala le ha atribuido, en varias decisiones, a ese primer componente las siguientes características: i) el bien lesionado no es propiamente un derecho subjetivo sino un interés jurídico representado en una expectativa legítima, la cual debe ser cierta, razonable y debidamente fundada, sobre la que se afirme claramente la certeza del daño; ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o el perjuicio que se pretendía evitar; iii) la cuantificación del daño será

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia proferida el 28 de septiembre de 2012, exp. 22.424, M.P. Enrique Gil Botero

proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido o de evitar el perjuicio final; iv) no existe pérdida de oportunidad cuando desaparece la posibilidad de la ganancia esperada, esto es, cuando se comprueba que esta se encuentra condicionada todavía a la ocurrencia de situaciones futuras, lo que se traduciría en un perjuicio hipotético, ajeno al daño autónomo de pérdida de oportunidad; si el beneficio final o el perjuicio eludido aún puede ser logrado o evitado, la oportunidad no estaría perdida y, por tanto, se trataría de pretensiones resarcitorias diferentes de la pérdida de oportunidad (...)

[L]a Sala considera necesario realizarlas siguientes precisiones a efectos de reordenar los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad (...) En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción (...) En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiarlos otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad [(certeza de la existencia de una oportunidad e incertidumbre en la ganancia esperada)]”

Conforme a los anteriores razonamientos, el Despacho debe analizar si en el caso concreto se configuran los presupuestos para establecer la responsabilidad patrimonial del Estado, si se dio una pérdida de oportunidad del paciente, valorando las pruebas, argumentos y fundamentos jurídicos de manera ponderada, ecuaníme y coherente con el sistema normativo vigente.

5. Caso Concreto. Análisis Jurídico y Valoración Probatoria.

En el caso sub examine se atribuye responsabilidad al CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. y PROINSALUD S.A. por la atención obstétrica prestada a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ desde el 28 de noviembre de 2017 en el Centro de Salud Tablón de Gómez, siendo remitida el mismo día a PROINSALUD S.A. donde permaneció hasta el día 16 de diciembre de 2017, habiéndose desembarazado con 25.5 semanas de gestación y tras haber sufrido una infección en la herida posterior a cesárea, donde también falleció el recién nacido con ocasión de su prematurés extrema.

PROINSALUD S.A. llamó en garantía a la COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S. A., como la aseguradora que soporta las garantías de sus procedimientos y de igual manera, a los médicos especialistas ELBA OTERO NARVAEZ y EDISSON

HERNANDO MAFLA BOTINA que prestaron el servicio médico a la demandante CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ ORDOÑEZ.

Por su parte, el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GOMEZ E.S.E. llamó en garantía a la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, de igual manera, como la aseguradora que soporta las garantías de sus procedimientos

Como se expresó en líneas anteriores, para establecer la responsabilidad de las entidades demandadas y llamadas en garantía no basta con demostrar la producción de un daño, sino que además debe demostrarse que éste se produjo por la actuación u omisión de la Administración Oficial o del particular que ejerce funciones públicas, de forma tal que debe existir una relación directa entre la actuación u omisión del ente público y la causación del daño al afectado.

Así las cosas, para determinar la configuración de la responsabilidad extracontractual del Estado, se procederán a verificar si dentro del expediente se logró demostrar la existencia del daño antijurídico y su imputabilidad.

• EL DAÑO

De los elementos probatorios obrantes en el expediente, se tiene por acreditada la existencia del daño, el cual consiste en la cesárea practicada a la demandante CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ el 1° de diciembre de 2017 en PROINSALUD S.A., cursando un embarazo pretérmino de entre 25 y 26 semanas, tras presentar leucocitosis (aumento de glóbulos blancos indicativo de infección), pérdida de los valores del perfil biofísico, infección amniótica (corioamnionitis), obteniendo un recién nacido de 850 gramos en malas condiciones, causadas por prematuridad extrema, el sufrimiento fetal y la infección amniótica, que posteriormente fallece en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La muerte del neonato Juan Diego Ortiz Martínez (hijo de CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ), se prueba con Registro Civil de Nacimiento y Defunción de fecha 01 de diciembre de 2017 (fol. 34-37 Archivo 1 No. 2 E.E. Samai).

De igual manera se establece como daño la infección en la herida quirúrgica que sufrió la paciente CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ a partir del día 3 de diciembre de 2017, tras cesárea de emergencia, al igual que hernia incisional, probadas con la historia clínica.

En ese sentido, de los hechos relatados y probados no resulta difícil establecer la producción de un daño, como quiera que la muerte del recién nacido, hijo de la señora Martínez, claramente se configura para la parte demandante, como la lesión a uno o varios bienes o derechos jurídicamente protegidos por la Constitución y la Ley.

Ello por cuanto se puede advertir que la familia del nasciturus Juan Diego Ortiz Martínez, fueron perjudicados con su deceso al igual que con el estado que este hecho desencadenó en su madre, es así como en los testimonios de los demandantes CLAUDIA LORENA MARTINEZ y su pareja HUGO ORLANDO ORTIZ, dan a conocer el dolor presentado por el núcleo familiar, en tanto que es apenas obvio el desconsuelo producido ante las consecuencias fatales que arrojó el hecho penoso, más aún si los perjuicios en este tipo de casos pueden presumirse, de conformidad con la jurisprudencia desarrollada por el honorable Consejo de Estado.

Ahora bien, los daños consistentes en la peritonitis padecida por la demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ, al igual que la pérdida de su capacidad de quedar en embarazo nuevamente, atribuibles a las atenciones médicas recibidas entre el 28 de noviembre y el 16 de diciembre de 2017 en las entidades demandadas,

deberán ser objeto de prueba con el análisis del material probatorio que se procede a realizar.

De esa suerte, corresponde corroborar si la lesión a los intereses legítimos de los demandantes, fluye de la actividad o desidia de las entidades demandadas y llamados en garantía, entendiendo que a las entidades de salud les corresponde hacer lo posible para salvaguardar ciertos derechos de los asociados que la misma Constitución y el ordenamiento legal insta, pero también indicando que esto no significa que deban verse compelidos *per se* a asumir irrestrictamente con todos los daños causados a sus administrados en el devenir de la vida cotidiana, pues no son pocos los casos en que pese a la diligencia del ente estatal y las medidas preventivas adoptadas por éste, se genera un perjuicio a un bien protegido por el derecho, que en esas circunstancias no le podrá ser imputable al Estado.

- **Título de Imputación.**

Demostrado el daño antijurídico consistente en cesárea practicada a la demandante cursando 25.6 semanas de embarazo y como resultado de ello, la muerte de su neonato por prematuridad extrema y posterior infección en el sitio operatorio, se procede a verificar que la causa efectiva del mismo sea responsabilidad de las entidades accionadas y/o llamados en garantía, de acuerdo con los elementos probatorios arrojados al expediente.

Siendo así, se procede a la revisión del material probatorio allegado al plenario, encontrando acreditado:

- a. Historia Clínica de la demandante CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ ORDOÑEZ proferida por el Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E. (fls. 48-57 Archivo 1 No. 2 E.E. Samai) registra las siguientes notas de interés:

FECHA DE ATENCIÓN: 28/11/2017 05:59 PM

(...)

MOTIVO DE CONSULTA “ESTOY EMBARAZADA Y ME SALE LÍQUIDO”

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD CURSANDO SEGUNDO EMBARAZO DE 25.5 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA DE 8 SEMANAS DEL 27/07/2017 Y 25.2 SEMANAS POR FUM NO CONFIABLE DEL 4 DE JUNIO DE 2017 CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR TIPO COLICO DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE HIPOGASTRIO, ASOCIADO A SALIDA DE LIQUIDO EN ABUNDANTE CANTIDAD REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA REALIZO 9 CONTROLES PRENATALES.

(...)

DIAGNOSTICO INGRESO

Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

O0429: RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS. SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión Diagnostica

TRATAMIENTO

1. OBSERVACIÓN

2. LEV LACTATO DE RINGER 1500 CC BOLO, CONTINUAR 50 CC HORA

3. AMPICILINA 1 GR IV CADA 6 HORAS

4. SE SOLICITA HEMOGRAMA

5. VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA
6. VIGILAR FCF
7. VIGILAR PERDIDAS VAGINALES
8. CONTROL DE SIGNOS VITALES
9. INFORMAR CAMBIOS
10. SE COMENTA CON CRUE DE EMSSANAR PARA REMISION A III NIVEL

Suscribe CAICEDO SOLARTE WILLIAM ALBEIRO -MEDICO GENERAL

FECHA ATENCIÓN 28/11/2017 06:18 PM

EVOLUCIÓN

REPORTE DE LABORATORIOS

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 25.5 SEMANAS POR ECO TEMPRANA AL MOMENTO HEMODICAMICAMENTE ESTABLECE CON RUPTURA DE MEMBRANAS DE 3 HORAS SE RECIBE REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS SIN NEUTROFILIA CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA, SIN TRASTORNOS (sic) PLAQUETARIOS, PACIENTE COMENTADA A CRUE DE EMSSANAR SE RECIBE LLAMADA DE CALL CENTER INDICAN QUE ES ACEPTADA EN CLINICA PROINSALUD.

DIAGNOSTICO

Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION

0429: RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS. SIN OTRA ESPECIFICACION

Suscribe CAICEDO SOLARTE WILLIAM ALBEIRO -MEDICO GENERAL

- En Notas de Enfermería (fl. 55 archivo 1 No. 2 E.E. Samai), se registran las siguientes:

28/11/2017

4:15 Ingres a paciente femenina de 29 años de edad consciente y orientada en sus tres esferas, llega caminando por sus propios medios paciente refiere que no siente a su bb y está botando liquido se toma su TA 120/80 FC 70 Fe 20 T 36 PUZ 98%. Se informa a médico de turno William Caicedo quien revisa a paciente toma fetocardia, pero no se escucha bien por lo cual se canaliza con lactato de ringer a bolo y se toma laboratorios hemograma pendiente resultado.

4:30 Médico hace tacto y encuentra membranas (ruptura de membranas) por lo cual médico decide remitir a 3 nivel.

(...)

6:30 Egres a paciente femenino de 29 años de edad del servicio de urgencias consciente y orientada en sus tres esferas mentales se pasa a camilla para traslado a ambulancia va acompañada de jefe de enfermería y familiar con Dx de ruptura de membranas supervisión de embarazo de alto riesgo a nivel abdomen ocupado por feto único vivo con FCF150X´ madre refiere percibir movimientos fetales a nivel de genitales salida de líquido en moderada cantidad.

Suscribe Cristina R.

- b.** Historia Clínica de la demandante Claudia Lorena Martínez Ordoñez proferida por PROINSALUD S.A. E.S.P. (fls. 58-85 archivo 1 No. 2 E.E. Samai). Se extractan los siguientes registros de interés:

Fecha 2017-11-28 Hora: 20:44:08 Servicio: URGENCIAS

Motivo de consulta: SECUNDIGESTANTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 25.6 SEMANAS + RPM?

Enfermedad actual: SECUNDIGESTANTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 25.6 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA, QUIEN REFIERE DESDE AYER EN HORAS DE LA NOCHE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, REFIERE HO A LAS 2 PM PRESENTA SALIDA DE LIQUIDO CLARO, NO FETIDO, EN MODERADA CANTIDAD PRODUCIENDO HUMEDAD EN PANTI Y PANTALONES, POR LO CUAL CONSULTA A CENTRO DE SALUD DEL TABLON DE GOMEZ, INICIAN MANEJOL MEDICO CON AMPICILINA + ERITROMICINA PRIMERA DOSIS 6 PM, EN EL MOMENTO PACIENTE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO CONTRACCIÓN UTERINA IRREGULAR, CON IRRADIACIÓN A REGION LUMBAR, REFIERE DISMINUCIÓN MARCADA DE PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SANGRADO VAGINAL, CPN N P, HEMOCLASIFICACION MATERNA 0+, HEMOCLASIFICACIÓN PATERNA 0+ G2P0 C1 A0 M0 V1, CESAREA HACE 11 AÑOS POR PRECLAMSIA.

ANTECEDENTES

(...)

QUIRURGICOS: CESAREA - CONIZACIÓN - LAPAROTOMIA POR PERITONITIS

(...)

DIAGNOSTICO DE INGRESO. Principal: RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

EVOLUCION CLINICA

2017-11-28 análisis: (...) AL MOMENTO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES DE SALUD, NORMOCEFALO, ABDOMEN UTERO GRAVIDO CON FETO UNICO VIVO, DORSO DERECHO, FCF 145 LPM, SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES, AU 23 CM, GU: ESPECULOSCOPIA AMINIORREA FRANCA. NO FETIDA, TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR DILATACIÓN 1-2 CM, BORRAMIENTO 20%, EXTREMIDADES MOVILES, SIMETRICAS IN PRESENCIA DE EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2SG, PULSOS DISTAALES PRESENTE ++, ROT ++/++++, NEUROLOGICO CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GLASSGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

2017-11-28 análisis: (...) RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LEJOS DEL TERMINOS 5. PREPARTO. 6. ARO POR PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO, RPM LEJOS DE TERMINO 6. BAJO RIESGO DE CAÍDA Y ULCERACIÓN PACIENTE CON CUADRO DE AMNIORREA FRANCA DE 9 HORAS DE EVOLUCIÓN, CON EMBARAZO DE 25.6 SEMANAS POR ECO ES VALORADO POR DRA OTERO GO DE TURNO ORDENA DEJAR HOSPITALIZADA PARA MANEJO EXPECTANTE POR EDAD GESTACIONAL, SE CONTINUA CON ANTIBIOTICOTERAPIA AMPICILINA Y ERITROMICINA, EN EL NIVEL INICIO DOSIS 6 PM MADURACIÓN PULMONAR, NIFEDIPINO 10 MG VIAORAL CADA 6 HORAS, TACTO VAGINAL RESTRINGIDO, SS/PARACLINICOS, ECOGRAFÍA OBSTETRICIA + PERFIL BIOFISICO FETAL. VIGILANCIA MATERNO FETAL ESTRICTA. CONTROL DE FETOCARDIA CADA HORA Y REGISTRAR. SE EXPLICA A PACIENTE LOS RIESGOS SECUN DARIOS A RPM Y EDAD GESTACIONAL. PACIENTE REFIERE ENTENDER.

(...)

2017-12-01 análisis: PACIENTE CON DX 1 EMBARAZO DE 26.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE (2670772017 8 SEMANAS) (...) 3.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LEJOS DEL TERMINO – 5. ARO POR PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO – 6 RIESGO DE CAIDA Y ULCERACION BAJA – PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, CON CUADRO DE DOLOR EN HIPOGASTRIO. HOY CONTROL DE PERFIL BIOFISICO DE 2/8 CON AUSENCIA DE MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS, TONO FETAL, ILA EN 0CM, CON ANHIDRAMNIOS, REPORTE DE PARACLINICOS DE HOY CON MARCADA LEUCOCITOSIS + NEUTROFILIA, MANEJO ACTUAL CON AMPICILINA + ERITROMICINA, SE PASA RONDA MEDICA CON GO DE TURNO DRA OTERO QUIEN REFIERE DADO ESTADO CLÍNICO SE DEBE HACER EVACUACIÓN DE FETO DE INMEDIATO, SE COMENTA CON FAMILIARES ALTO RIESGO DE MUERTE FETAL DADO PREMATUREZ EXTREMA. SE FIRMA CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. SE PASA A QUIRÓFANO.

2017-12-01 análisis: SE OBTIENE RECIÉN NACIDO PRETERMINO EXTREMO A LAS 10+15 HRS, CON LIQUIDO AMNIÓTICO MACONIO GRADO II FETIDO, EN APNEA, HIPOTONICO Y CINAOTICO, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN MALAS CONDICIONES GENERALES POR LO CUAL ES TRASLADADO DE INMEDIATO A UCIN PARA REANIMACIÓN. SEXO MASCULINO – PESO 850 grs – talla 34 cm – APGAR 5-7-7 PC 24.5 CM – PT 21.5 PA 19 cm AL EX FISICO SE OBSERVA EN CUELLO EDEMA RETROAURICULAR IZQUIERDO Y MULTIPLES LESIONES EQUIMOTICAS EN EXTREMIDADES, SE REALIZA REANIMACIÓN CON VENTILACIÓN CON PRESION POSITIVA + INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON ÉXITO – CONTINUA MANEJO EN UCIN.

(...)

2017-12-04 análisis: PACIENTE CON DX – 1POP DIA 3 DE CESAREA POR EMBARAZO DE 26.2 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL I TRIMESTRE (26-07-2017 8 SEMANAS) 2G2C1V1 3. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS + RIESGO DE CORIAMNIONITIS – 5, ARO POR PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO 6- RIESGO DE CAIDA Y ULCERACIÓN BAJA – PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, EN ADECUADA EVOLUCION DE PUERPERIO MODULACION OPTIMA DE DOLOR, INVOLUCION UTERINA INFRAUMBILIDAL, HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SANGRADO VAGINAL ESCASO, NO SIGNOS DE INFECCIÓN PUERPERAL, MAMAS TURGENTES, MANEJO ACTUAL POR RIESGO DE CORIAMNIONITIS Y ENDOMETRITIS DE LIQUIDO CEROSO POR HERIDA QUIRURGICA, SE REALIZA CURACIÓN SIN EVIDENCIA DE CAMBIOS INFLAMATORIOS, SE PASA RONDA MEDICA CON GO DE TURNO DRA OTERO QUIEN ORDENA TOMA DE ECO DE TEJIDOS BLANDOS Y SEGÚN REPORTE CONTEMPLAR POSIBILIDADES DE SALIDA, SE EXPLICA A PACIEN QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

(...)

2017-12-05 (...) MANEJO ACTUAL POR RIESGO DE CORIAMNIONITIS Y ENDOMETRITIS PUERPERAL EN MANEJO CON CLINDAMICINA + GENTAMICINA HOY DIA 4 DE TRATAMIENTO, REPORTE DE ECO DE PARED CON SEROMA EN TERCIO INFIOER (sic), EL DIA DE HOY SE VALORA NUEVAMENTE CON SALIDA DE LIQUIDO (ilegible) PURULENTO ESCASO, ERITEMA REGIONAL, CALOR LOCAL, SE PASA RONDA MEDICA CON GO DE TURNO DR HERNANDEZ QUIEN ORDENA RETIRO DE PUNTOS, REALIZACIÓN DE CURACIÓN PARA TOMA DE CULTIVO + GRAM DE SECRECION, ORDENA CAMBIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA A OXACILIONA + CLINDAMICINA, SE EXPLICA A PACIENTE NECESIDAD DE MANEJO MEDICO

2017-12-05 analisis: INFECCIÓN DE HERIDA QCA, SE CAMBIA ATB SE SOLICITA CULTIVO, SE ORDENA CURACIONES 3 VECES DIA

2017-12-07 analisis: (...) PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, NO SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HERIDA CON SALIDA DE LIQUIDO SEROSO EN POCA CANTIDAD, CON REPORTE DE CULTIVO DE SECRECIÓN CON E COLI BLEE POR LO CUAL SE ESCALONA MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO PARA BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACAMASAS, A ERTAPENEM 1 GR IV CADA 24 HORAS POR 7 DÍAS, SE DEJA EN HABITACIÓN UNIPERSONAL POR AISLAMIENTO DE CONTACTO, SE SOLICITA PARACLINICOS DE CONTROL, CONTROL DE SIGNOS VITALES, INFORMAR NOVEDADES.

(...)

2017-12-11 análisis: (...) 2. INFECCIÓN EN SITIO OPERATORIO POR E COLI BLEE 2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS + RIESGO DE CORIANMNIONITIS 5. ARO POR PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO- (...) PACIENTE HEDMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, EN ADECUADA EVOLUCION DE PUERPERIO MODULACION OPTIMA DE DOLOR, INVOLUCION UTERINA INFRAUMBILICAL SANGRADO VAGINAL ESCASO, MAMAS TURGENTES, HERIDA QUIRURGICA ABIERTA CON SALIDA DE LIQUIDO PURLENTO, REPORTE DE E COLI BLEE CON CAMBIOS DE ANTIBIOTICOTERAPIA A ERTAPENEM, HOY DIA 5 DE TRATAMIENTO, SE PASA RONDA MEDICA CON GO DE TURNO DR HERNANDEZ QUIEN REVIZA HERIDA QUIRUGICA, ORDENA CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO, VIGILANCIA DE DOLOR, EN MEJORES CONDICIONES DE HERIDA SE DEBE PASAR A QUIROFANO PARA NUEVO CIERRE DE FASIA. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

(...)

2017-12-12 análisis (...) PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, LIBRE DE SRIS CON CUADRO DE DOLOR EN HIPOGASTRIO SECUNDARIO A CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA EN MANEJO ACTUAL CON ERTAPENEM EN DIA 5 DE TRATAMIENTO, CURACIÓN DIARIA CON EVOLUCIÓN CLÍNICA FAVORABLE, SE VALORA EN CONJUNTO CON DR. HURTADO QUIEN REVISA HERIDA REFIERE QUE DADO PERDIDA DE CONTINUACIÓN DE SUTURAS EN PLANO PROFUNDO SE DEBE SOLICITAR VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL PARA POSIBILIDADES DE COLOCAR MALLA, ESPECIALISTA SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON DR MAFLA QUIEN REFIERE SE ACERCARA A VALORACIÓN EN PISO, SE ESPERA CONCEPTO PARA CAMBIOS DE CONDUCTA, SE EXPLICA A PACIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA.

(...)

2017-12-16 análisis: PACIENTE CON DX 1. POP DIA 16 DE CESAREA POR EMBARAZO DE 26.2 SEMANAS (...) 2. INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POR E COLI BLEE - 3. DESHICENSIA DE SUTURA DE APONEUROSIS + NEVISCERACION CONTENIDA (...) 3. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS + RIESGO DE CORIAMNIONITIS 5. ARO POR PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO. 6. RIESGO DE CAIDA Y ULCERACION BAJA AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES POR LO CUAL SE ORDENA SALIDA CON CIPROFLOXACINA 500 mg CADA 12 HORAS POR 7 DIAS, IBUPROFENO 400 mg CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS, CURACIÓN DIARIA DE HERIDA EN CASA, CONTROL CON DR VARGAS EN QUIRÓFANO EL 18/12/2017 CONTROL CON GINECOLOGIA EN 1 MES, CONTROL CON CIRUGIA GENERAL DR MAFLA EN 1 MES, INCAPACIDAD MEDICA DE 30 DIAS (...).

- Paciente asiste a control médico el 16 de enero de 2018 (FL. 70 archivo 1 No. 2 E.E. Samai). Registra, entre otras anotaciones:

Otros hallazgos:

BUEN ESTADO GENERAL
CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN PERISTALTISMO PRESENTE HERIDA QUIRURGICA LIMPIA
CON BUEN PROCESO DE CICATRIZACIÓN EVENTRACIÓN CONTENIDA
GENITALES NORMALES

Análisis:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESAREA HACE 1 MES Y MEDIO CON INFECCION EN SITIO OPERATORIO Y EVENTRACIÓN CONTENIDA, EN MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL. HOY CITA MEDICA CON DR MAFLA PARA DEFINIR CIERRE CON MALLA. CONTROL EN UN MES.

- El 16 de enero de 2018 la paciente asiste igualmente a control con cirugía (Fl. 76 archivo 1 No. 2 E.E. Samai) donde se registra (muy mala redacción):

Análisis:

TARDIOSISN COCMPLCAICO NES FINALES (...) SE SOLSISTA ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINALA Y COCNTORL COCN RESULTADOS EN DOS MESES PARA DEFINIR NESECADA DE CIRUGIA (sic).

Suscribe EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA – CIRUGIA

- Paciente asiste a consulta con servicio de cirugía el 08 de mayo de 2018 (fl. 74 archivo 1 No. 2 E.E. Samai) Registra (Se realiza una transcripción de los apartes comprensibles por su mala redacción, haciendo claridad en que hay frases y palabras ilegibles):

CONSULTA

Subjetivo: PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL ANTECEDENTE CLÍNICO DE DOLOR Y MASA EN REGIÓN INCISIONAL TRAE REPORTE DE ECO EN RELACIÓN CON EVENTRACIÓN ASOCIADA SIN FISTULA EN EL MOMENTO ASINTOMATICA

Objetivo: ABDOMEN (ilegible) LLAMA LA ATENCION LA PRESENCIA DE CICATRIZ QUELOIDAL SIN MASA O ANILLO PALPABLE SIN OTROS HALLAZGOS EN MENCIÓN

Análisis: PACIENTE CON EVENTRACIÓN ASINTOMATICA SIN SIGNO DE SUFRIMIENTO O EASA (ilegible) DE MANEJO CLINICO POR AHORA. LA PACIENTE NO ACEPTA CIRUGIA SE CITA A REVISIÓN EN 6 MESES COCNE CO D ECONTROL MANATENER ELASTOCOMPRESIONA BDOMINAL Y PCUIDADOS SON LA DIETA (sic)

DIAGNOSTICO

Tipo diagnóstico: Confirmado nuevo

Principal: K439 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

(...)

Suscribe EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA – CIRUGIA

- 2017-12-02 Registra Valoración Psicológica (fl. 22 archivo 99. No. 2 E.E. Samai), en los siguientes términos:

SE VALORA PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD QUE VIVE CON SU ESPOSO Y UNA HIJA DE 10 AÑOS EN EL TABLON DE GOMEZ BUENA RELACIÓN FAMILIAR, BUENA RED DE APOYO, LABORA EN SERVICIOS GENERALES, ESCOLARIDAD: 9 DE BACHILLER.

COMENTA QUE ESTABA PLANIFICANDO CON PASTILLAS Y QUE SE DIO CUENTA DEL EMBARAZO CUANDO TENIA 7 SEMANAS PORQUE SE EMPEZO A SENTIR MAL Y ACUDIO AL CENTRO DE SALUD DONDE LE CONFIRMARON Y EMPEZO LOS CONTROLES PRENATALES DONDE LE DECIAN QUE TODO IBA BIEN HATA (sic) QUE TUVO 25 SEMANAS CUANDO VINO AL CONTROL EN PASTO EL GINECOLOGO LE DIJO QUE POS SUS ANTECEDENTES DEBIAN SACARLE SU BEBÉ ANTES Y SE FUE NUEVAMENTE A SU MUNICIPIO DONDE EMPEZO A SENTIR DOLOR Y LA REMITIERON A PASTO DONDE SU BEBÉ NACIO DE 26 SEMANAS Y FUE LLEVADO A UNIDAD (sic) DE CUIDADOS INTENSIVOS DONDE FALLECIO

PACIENTE EN CAMA, ORIENTADA, CONSIENTE (sic) COHERENTE, ALERTA, CON BUENA DISPOSICIÓN ADEUADA FLUIDEZ VERBAL, BUENA PROSPECCIÓN HE (sic) INTROSPECCIÓN, AFECTO TRISTE, LLANTO LABIL, REFIERE QUE SE SIENTE MAL PORQUE YA ESTABA ILUSIONADA CON EL NACIMIENTO DE SU BEBÉ Y NO PUEDE ASIMILAR LO QUE LE PASO EL VER A SU BEBÉ MUERTO REFIERE SE PUDO DESPEDIR DE EL Y SE SIENTE UN POCO MEJOR AUNQUE LE HUBIERA GUSTADO IR A SU SEPELIO Y ESTAR MAS TIEMPO CON EL. AHORA SE SIENTE TRANQUILA Y PENSANDO EN VOLVER A INTENTAR EMBARAZARSE PERO SABE QUE DEBE ESPERAR UN TIEMPO Y POR ESO DESIDIO (SIC) PLANIFICAR CON LA INYECCIÓN TRIMESTRAL. Y PREPARARSE PARA UN NUEVO EMBARAZO.

PREVENCIÓN EN CRISIS, PAUTAS DE ACEPTACIÓN, INICIAR PSICOTERAPIA DE APOYO, PAUTAS PARA ELABORAR EL DUELO.

Suscribe Dr. CLAUDIA PATRICIA ZAPATA NARVAEZ – PSICOLOGIA CLINICA

- c. Historia Clínica de CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ proferida por la Clínica de Especialidades CORPOSALUD, en la cual se registra (fl. 86- archivo 1 No. 2 E. E. Samai):

Fecha de ingreso 21/08/2019

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE COCN CUADRO CLINICO DE UN AÑO Y MASA EN REGION INCISOSNAL DE CRECIMIENTO LENTO ASOCIADO LIMITACIÓN FUNCIONAL TRAE REPORTE DE ECO EN RELACIÓN COCN HERNIA INCISIONAL (sic).

(...)

EVALUACION PARACLINICOS HERNIA INCISIONAL POR ECO

(...)

DX CLINICO EVENTRACION SINTOMATICA

ANALISIS Y PLAN

DE MANEJO MEDICOC PRO AHORA (sic)

SE SOLSISTA ECO DE PARED ABDOMINALA (SIC) Y REVISIÓN EN SEIS MESES

VALORACION PRO GINECOLOGIA PAARDEFINIR POSIBLE EMBARAZAO (sic)

Suscribe EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA – Cirujano General

Conforme a las historias clínicas antes descritas, se puede evidenciar que la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ de 29 años de edad, en el transcurso de su segundo embarazo, acudió el 28 de noviembre de 2017 a las 4:15 p.m. al CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GOMEZ E.S.E., municipio de residencia de la paciente, por presentar salida de líquido por vagina, cuando cursaba con un embarazo de 25.5 semanas; en el ingreso manifestó la salida de líquido desde hace 3 horas y que percibía movimientos fetales. El médico general tratante, al examen físico corroboró la ruptura temprana de membrana. Al practicarle exámenes paraclínicos, se reportó un hemograma que no arrojó presencia de infección. En las notas de enfermería de fecha 28 de noviembre de 2017, a las 4:15 pm, se anota que no se percibe los movimientos fetales y continúa botando líquido, posteriormente a las 4:30 es valorada por médico general quien realiza tacto vaginal, pero se aclara que la ruptura temprana de membranas se presentó dos o tres horas antes de acudir a consulta. Se inició plan de manejo médico consistente en suministro de antibióticos y se remite a Institución Hospitalaria de tercer nivel.

En Pasto, el mismo 28 de noviembre de 2017 siendo las 8:44 p.m., se realiza el primer registro en la Historia Clínica de PROINSALUD S.A., donde la paciente es valorada por el médico especialista en ginecología y obstetricia ELBA OTERO NARVAEZ, quien decide dejar hospitalizada a la señora MARTINEZ ORDOÑEZ con diagnóstico de ruptura de membranas lejos de término. Se continuó con suministro de antibióticos, se aplicaron esteroides para maduración pulmonar del feto y restricción de los tactos vaginales con el objeto de disminuir riesgo de infección, se ordenaron exámenes y vigilancia materno fetal estricta.

En fecha primero (01) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), la paciente presentó infección y pérdida de los valores del perfil biofísico, ante lo cual el médico tratante decidió practicar cesárea, previo consentimiento informado a la paciente y sus familiares, por el alto riesgo de muerte fetal por prematuridad extrema y riesgo de muerte de la madre por infección generalizada por corioamnionitis. Una vez realizada la cesárea, nace un niño de 850 gramos, en malas condiciones y líquido meconiado y fétido por el sufrimiento fetal y la infección. Es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal dentro del cual se intenta reanimar y fallece.

Durante el posoperatorio, se cambió los antibióticos suministrados y se ordenó valoración por psicología. El día tres (03) de diciembre de dos mil diecisiete (2017), la paciente presentó salida de líquido por herida, se le practicó una ecografía que arrojó un hallazgo de infección (seroma - colección), ante lo cual se retiran puntos, se drenó la colección, se cambian los antibióticos y ordenan curaciones diarias; posteriormente el día doce (12) de diciembre de la misma anualidad, la paciente presentó defecto en fascia con dehiscencia, por lo cual la herida se abre (evisceración contenida). Tras presentar mejoría, el día 16 de diciembre del mismo año afrontan la piel y se da de alta con cita con cirugía general para cierre con malla.

El 16 de enero de 2018 la paciente asiste a control con medicina general y cirugía, programando ecografía de paredes abdominales y control en dos meses. El 08 de mayo de 2018 asiste nuevamente a control con Cirugía General, Especialista EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA, donde registra que la paciente no acepta cirugía para el manejo de eventración abdominal con malla.

En un control posterior en la clínica CORPOSALUD, el día 21 de agosto de 2019, con el Médico cirujano Mafla Botina, se ordena control con ginecología por posible embarazo.

Con la contestación de la demanda por parte de PROINSALUD S.A E.S.P. se allegaron los siguientes conceptos o informes médicos de especialistas adscritos a la entidad, anexando hojas de vida con soportes que acreditan su calidad de especialistas y los contratos suscritos con los mismos:

- Concepto médico emitido por la Dra. ELBA OTERO NARVAEZ especialista en ginecología y obstetricia, que concluye (fol. 321-324 archivo 20 No. 2 E.E. Samai):

“En consideración de lo expuesto, se concluye que la paciente consulto al centro de salud de Su municipio, por salida de líquido por vagina lo que en término médico se denomina como ruptura prematura de membranas con embarazo pretérmino extremo, se dio el manejo médico de conformidad a la guía establecida por el ministerio, la infección que presentó en el pos operatorio es una complicación que depende de la evolución de cada paciente, es uno de los riesgos que se pueden presentar en cualquier acto quirúrgico, independientemente del paciente, los cuales se explican antes de cirugía y por eso firman el consentimiento informado, cabe resaltar que la señora tenía previo conocimiento de la masa por hernia incisional de crecimiento lento, por parte de los especialistas desde el día 16 diciembre del 2017 se deja constancia que debe seguir control periódico por cirugía general para realizarse el procedimiento indicado, más sin embargo tal como consta en consulta del 8 de mayo del 2018 consulta con el Dr. Mafla, la paciente no acepta cirugía.

Por último se aclara que en ningún aparte de la historia clínica se encuentra que la señora tenga alguna imposibilidad de tener hijos, ni tampoco se evidencia controles con psicología o psiquiatría que demuestren que actualmente está en tratamiento por la ingesta de alcohol, por otro lado la cicatriz que argumenta ya la tenía por antecedentes previos quirúrgicos de apendicetomía con laparotomía abdominal con peritonitis antes de su primera cesárea, lo que consta en antecedentes consignados en historia clínica.”

- Concepto médico emitido por el Dr. OSCAR GIOVANNI HERNÁNDEZ ERASO especialista en ginecología y obstetricia, se extracta lo siguiente (fol. 378-380 archivo 20 No. 2 E.E. Samai):

“Se trata de una paciente de 26 años quien ingreso a la Clínica Proinsalud el día 28 de noviembre de 2017, remitida de nivel I Centro de Salud del Tablón con diagnóstico de embarazo de 26 semanas y ruptura prematura de membranas, este último diagnóstico confirmado con el examen ginecológico.

A su ingreso a la Clínica como consta en Historia Clínica se reconfirmo el diagnóstico de ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares. La prueba diagnóstica más específica para diagnóstico de ruptura de membranas es la evidencia de salida de líquido amniótico a través del cérvix con la especuloscopia, lo cual se hizo en la paciente.

El tacto vaginal hace parte del examen ginecológico rutinario en las pacientes embarazadas, su realización es para evaluar cambios del cérvix uterino, como dilatación, borramiento, además presencia de sangrado. y en conjunto con la visualización del cérvix con especuloscopia se puede determinar estado de las membranas ovulares, si están rotas o integras.

Es totalmente fuera de contexto, pensar que este examen ginecológico produzca algún daño en la paciente, en el feto o membranas ovulares.

Cabe de anotar, que, en el caso de la paciente, su motivo de consulta en nivel I fue salida de líquido transvaginal y se documentó en ese sitio de remisión, la ruptura de membranas lo cual fue el motivo de remisión, diagnóstico que fue confirmado en la clínica proinsalud por especialista.

(...)

En el caso de la paciente se trataba de un embarazo pretérmino extremo inicialmente la conducta era intentar este manejo expectante siempre pensando en que mejora el pronóstico fetal, que como se ha explicado, se beneficiaria de este manejo con maduración pulmonar fetal, antibiótico profiláctico, sin embargo no fue posible continuar este manejo por alteración de los exámenes de infección sospechándose una infección intraamniotica, y el día 1 de Diciembre, se decidió entonces terminación

de embarazo por cesárea, con las complicaciones potenciales esperadas como muerte perinatal, infección de sitio operatorio, entre otras.

La paciente tenía antecedentes de cirugías previas con una cicatriz mediana infraumbilical, cuando hay cicatriz previa la incisión de una nueva Cesárea se debe hacer por la misma cicatriz por motivos estéticos, puesto que si se hace en un sitio diferente quedarán visibles más cicatrices.

Por el motivo de la Cesárea, el cual fue, sospecha de infección intraamniótica, había alto riesgo de infección de sitio operatorio, que evidentemente se presentó en la paciente con posterior eventración contenida, cuyo manejo fue evaluado y propuesto por cirugía general.

(...)”.

- Concepto médico emitido por el Dr. EDISSON HERNANDO MAFLA BOTINA, médico cirujano, del cual se extracta lo siguiente (fol. 458-459 archivo 20 No. 2 E.E. Samai):

“Se trata de una paciente con un pop tardío de cesárea realizada por parte de ginecología en una paciente remitida para manejo integral por estado de embarazo y ruptura de membranas para lo cual se brinda estudio y posterior se decide realizar cesárea por sospecha de corioamnionitis, con posterior infección del sitio operatorio que requirió manejo mediante retiro de puntos, toma de muestra para cultivos y manejo antibiótico con antibióticos de amplio espectro por espacio de 10 días junto con curaciones de la misma por parte de enfermería con evolución favorable y posterior egreso para cierre de la herida de forma diferida, ante lo cual se realiza seguimiento clínico en el servicio de consulta externa según registra en la historia clínica de la institución

Con respecto al análisis de este caso es de anotar que las infecciones del sitio operatorio son una complicación inherente a cualquier procedimiento mayor o menor de origen multifactorial en donde están involucrados factores externos e internos que permiten hacer su clasificación y posterior el manejo y desenlace del mismo.

Se cataloga este tipo de infección de tipo contaminado por un germen resistente que no permite su cierre primario inmediato por riesgo de complicaciones mayores tales como fascitis necrotizante, fistulas o abscesos residuales.

Ante tal situación está recomendado por las guías de manejo clínico el control de la infección como pilar fundamental del mismo con posterior reparo y reconstrucción de la pared cuando la fase aguda esté resuelta, para este caso programar eventrorrafia con malla en un tiempo diferido a un espacio de 8 a 10 semanas idealmente, no es posible realizarlo en el pop inmediato por el riesgo de complicaciones arriba mencionadas.

La infección del sitio operatorio tiene una clasificación que nos permite direccionar el manejo según el grado de complicación de caso clínico a enfrentar, para este caso factores de riesgo como el ser una urgencia vital, la colonización previa el presentar un germen resistente en el cultivo aumento la probabilidad de este evento que se manejó de forma idónea para evitar complicaciones mayores.

La eventración contenida presentada de forma tardía también limito el cierre primario de la misma por riesgo de lesión intestinal y posterior fistula que hubiera aumentado al morbilidad en esta paciente.

El 16 de enero del 2018, la paciente consulta conmigo, en donde remití ecografía de pared abdominal y control con resultados en dos meses para definir necesidad de cirugía.

El día 8 de mayo del 2018, consulta con resultados de exámenes, se confirma diagnóstico HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA, remití a cirugía, pero **la paciente no acepta**, por lo tanto, se cita a revisión en 6 meses.

Con respecto a la no aceptación por parte de la paciente de la corrección de la hernia ventral sugerida en la última consulta programada, la paciente desiste del mismo por razones personales, por lo tanto, se le explico las implicaciones tardías puesto que esta condición clínica predispone a la formación de fistulas, obstrucción intestinal por adherencias, dolor abdominopelvico crónico e incapacidad física y funcional la cual es potencialmente reversible con dicho procedimiento. Pero ante la negativa del mismo se deja consignado de o expresado por la paciente y se desiste del mismo; más sin embargo no se evidencia consulta por urgencias ni tampoco controles posteriores por lo que se desconoce su desenlace.

Es importante recalcar que el momento en que se remitió la cirugía era el momento oportuno para completar manejo y que las probabilidades de complicaciones por tal procedimiento eran menores que en la época que sucedió el evento.

(...)"

- Concepto médico emitido por el Dr. MIGUEL ANGEL VARGAS RIOS, cirujano general, del cual se extracta lo siguiente (fls. 518 archivo 20 No. 2 E.E. Samai):

“Mi concepto médico de dicho caso es de destacar que las infecciones del sitio operatorio es una de las complicaciones que se puede presentar posterior a una cirugía sea mayor o menor siendo de origen multifactorial por lo que involucra factores externos e internos múltiples que permiten hacer su clasificación y posterior manejo y desenlace del mismo.

Por lo que esta infección se cataloga como un germen multirresistente el cual no permite hacer una reconstrucción o cierre primaria de la pared abdominal inmediato por lo que podría conducir a riesgos y complicaciones mayores tales como fascitis necrotizante fistulas o abscesos residuales e incluso rechazo de prótesis posiblemente utilizadas en la pared abdominal

Es por ello que existen recomendaciones para el manejo de dicho cuadro clínico donde se debe controlar en primera instancia el foco de infección y con un posterior reparo de la pared abdominal una vez se resuelta la fase aguda, siendo un espacio aproximado de dicho reparo de 8 a 10 semanas diferidas; por lo que si se intentaba inmediatamente reparar la pared abdominal se tenía un alto riesgo de obtener las complicaciones antedichas.

Por lo que el día 16 de enero de 2018 valore a dicha paciente definiendo el manejo de la misma como una evisceración contenida obteniendo mejoría de la paciente y un posterior control por consulta externa motivo por el cual se le da su egreso y una posterior revaloración a la cual la paciente antedicha no asistió.

Se evidencia en la epicrisis valoraciones por cirugía general en la cual dicho reparo en la pared abdominal se le ofrece en inaceptación de la paciente.

(...)"

- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO**, allegada por PROINSALUD S.A. E.S.P., de la cual se extractan los siguientes apartes referentes a la ruptura prematura de membranas, diagnóstico de la demandante al momento de

consulta en el Centro de Salud Tablón de Gómez EPS, confirmado en PROINSALUD S.A. ESP (fls. 575-645 archivo 20 No. 2 E.E. Samai)

1.- *¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)?*

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.

2. *¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?*

Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

3. *¿QUÉ AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESTÁN RECOMENDADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?*

Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amniocentesis o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

(...)

9. *¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO Y EL TIEMPO DE DURACIÓN RECOMENDADO PARA PROFILAXIS DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA EN RPM?*

Se sugiere que, en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, se administre desde el momento del diagnóstico uno de los siguientes esquemas: eritromicina oral sola por 10 días o ampicilina + eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

10. *¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO RECOMENDADO PARA TRATAMIENTO DE CORIOAMNIONITIS EN EL ESCENARIO DE UNA RPM?*

Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar.

Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.

(...)

13. *¿CUÁL DEBE SER EL MANEJO RECOMENDADO DE LA RPM ACORDE CON LA EDAD GESTACIONAL?*

No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.

Se recomienda considerar la inducción del parto desde la semana 34 de gestación.

Cuando se indique el manejo expectante, las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato.

En gestaciones entre 32 y 34 semanas y a falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso del esquema antibiótico definido y desembarazar electivamente.

Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.

En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.

Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido.

El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevivencia entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.

Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia. (subrayado fuera de texto).

Más adelante, en la introducción y justificación de la guía de manejo, se determina (fls. 647-648 archivo 20 No. 2 E.E. Samai)

“En relación con las infecciones en el embarazo, ocupa un lugar de alta importancia la Ruptura Prematura de Membranas (RPM). Esta patología complica aproximadamente entre el 8 y el 10% de todos los embarazos, generando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal (1). En la mayoría de los casos esta ocurre en embarazos a término; cuando este evento sucede antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual complica aproximadamente entre 1 a 3% de todos los embarazos únicos y entre 7 y 20% de los embarazos gemelares, siendo la causa directa de aproximadamente 40% de todos los partos pretérmino en el mundo, generando complicaciones y secuelas graves en el neonato (2). El periodo de latencia, el cual es definido como el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante (3). Entre las complicaciones maternas se destaca el mayor riesgo de corioamnionitis, siendo este a su vez factor de riesgo para subsecuentes infecciones y complicaciones asociadas a la hospitalización como el tiempo de estancia y la inmovilización, entre otras. En la mayoría de los casos el diagnóstico correcto de la RPM está basado en una buena historia clínica, apoyado en hallazgos concordantes durante el examen físico (2). Aunque es una patología muy frecuente en los servicios obstétricos, el manejo aún se basa en un balance entre el riesgo de infección amniótica y/o fetal y las complicaciones asociadas a la prematurez, existiendo todavía controversias en cuanto a su diagnóstico y la manera de poder realizar este manejo de forma segura, lo cual genera a su vez disparidades en los beneficios a los pacientes como un incremento en la tasa de corioamnionitis, sepsis neonatal, ingreso a UCI, entre otros (2-4)”.

- Dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional proferida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño (archivo 141 No. 2 E.E. Samai) practicado a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ, de fecha 18 de febrero de 2022.

Se relaciona como Información Clínica y conceptos:

Paciente que el día 01 de diciembre de 2017 le realizaron cesárea en la Clínica Proinsalud, indicada por ruptura de membranas de 3 días de evolución, recién nacido llega con apnea, cianótico, hipotónico (...) por inmadurez extrema murió, presenta síntomas de ansiedad y depresión.

La ingresaron a quirófano a las 8:00 am, posteriormente presenta infección de herida quirúrgica, donde recibió tratamiento con antibióticos por 17 días, en el momento presenta protrusión de masa en la parte infraumbilical lateral de la línea media, no recibe tratamiento.

Ant Pat: gastritis crónica, conización, apendicectomía más drenaje de peritonitis, 2 cesáreas.

(...)

Título I Calificación /Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

O342 Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa – Origen común

F320 Episodio depresivo leve – Enfermedad común

Las anteriores deficiencias, más la autosuficiencia económica y edad, le otorga un porcentaje total de Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional del 21, 60%

De las declaraciones, testimonios técnicos y contradicciones de dictámenes periciales recaudados en la etapa probatoria, se extractan los siguientes apartes:

Testigos de la parte demandante, audiencia de 9 de marzo de 2022

- **MIGUEL ANGEL VARGAS RIOS** - Médico especialista en Cirugía General, vivo en Pasto, ciudadano venezolano con nacionalidad colombiana, trabajó para Proinsalud y el Valle de Atriz, sin relación actual con la parte demandante.

Relató sobre los hechos de la demanda: Paciente referida del Tablón de Gómez por una ruptura prematura de membranas de aproximadamente 9 horas, embarazo gestacional por debajo de 26 semanas de gestación, se ingresa en el área de urgencias de ginecología, con una serie de protocolos que maneja obstetricia y ginecología, a los cuales no tengo la capacidad. Se inició antibióticoterapia por riesgo de corioamnitis y esperando maduración fetal por riesgo alto de prematuridad y por la ruptura prematura de membranas, tengo entendido que el primero de diciembre se tuvo que evacuar el útero, por medio de una cesárea segmentaria la cual se hace media e infraumbilical, se hace una línea del ombligo a la región suprapúbica, por antecedentes importantes de cirugías previas por apendicectomía y peritonitis, encontrando antes del acto quirúrgico una cicatriz bastante amplia y deforme. El área de ginecología decide abordar por la misma incisión para no ocasionar otra incisión y mayores riesgos inherentes a un procedimiento quirúrgico previo.

El estado de un bebé prematuro, sigue en evolución y para el día 4 hay una salida de secreción cero purulenta a través de la herida, decide la parte de ginecobstetricia abrir puntos para drenar el contenido que había previa ecografía de partes blandas, donde definen que había contenido de planos abdominales. Se toma cultivo, se

cambió de antibióticos de más alto espectro, siguen con curas pertinentes y manejo de apósitos o una serie de elementos que permiten disminuir el foco de infección de la herida quirúrgica.

El día 5 o 6 sale cultivo de germen echericha coly resistente a todos los antibióticos y hacen una rotación de la antibioticoterapia, solicitan valoración con el Evisceración contenida, deciden manejo conservador por la infección que presentaba, ocasiona mayores riesgos por otro procedimiento quirúrgico.

El día 16 que la valoré por solicitud de la Dra Otero, había mejoría de la herida pero persistía edema a nivel local, un procedimiento quirúrgico no se podía realizar Mi conducta fue colocar unos puntos a nivel de piel para cerrar las heridas y debía seguir el tratamiento por conducta externa como recomendó el Dr. Mafla por la evintración que iba a quedar en 8 a 10 semanas y reparar la pared abdominal definitivamente.

Se le indicó que debía ir a consulta con el Dr. Edison Mafla para reparación de la pared abdominal.

(...)

En cuanto a la cicatriz del abdomen que ud dice tenía por un procedimiento anterior la paciente, nos puede ampliar lo que conoció al respecto? Responde: no vi la cicatriz solo está registrado en la nota quirúrgica de la doctora otero, donde dice que había una cicatriz del ombligo al hueso del pubis, de dos cirugías previas, una de ellas por una peritonitis parte de partida del apéndice que se había dañado y debieron hacer un lavado cicatriz hipertrófica es que es ancha, no es lineal (...)

Procedimiento del Dr. Mafla tras controlar la infección. Al momento de ingreso la infección ya está controlada, porque se hizo control de la herida y viene un proceso de cicatrización (...) cierre debía ser secundario debe desinflamar a su máximo para poner una malla y no tenga ningún rechazo o reinfecciones

Por la condición de la cicatrización previa que tenía de otras cirugías, ruptura prematura de membranas, sonaltos riesgos de infección y adicionalmente todo procedimiento quirúrgico hago firmar un consentimiento informado a los pacientes Aun cuando sea un procedimiento quirúrgico mayor o menor se rompe la barrera de la dermis de la piel que protege de otros gérmenes externos, los cuales pueden llegar a colonizar, aparte otros factores como estado nutricional, cantidad de tejido adiposo, favorece a una replicación bacteriana y por eso en las evoluciones de ginecobstetras insistían en no dejar ir a la paciente porque a los primeros días no se notaban signos de infección purulenta, esto llegó a los 3 o 4 días de haber hecho la cirugía, que es el periodo estipulado para ver infección en este tipo de pacientes.

Apoderada proinsalud.

Sírvase manifestar si la infección presentada en la herida de la paciente es un riesgo inherente al procedimiento realizado. Si evidentemente, tenía mayores factores de riesgo que otros porque no fue una cirugía electiva programada, fue una cirugía de urgencia, tiene mayor riesgo de san}grado, infección, edicencia, aponeurosis, aventración incluso de muerte.

El manejo y el tratamiento que usted revisó considera que es el pertinente, conforme a los protocolos y guías de práctica clínica? Si claro porque yo siempre voy a favor del paciente si de repente algún procedimiento quirúrgico inmediato puede complicar al paciente por los tiempos de recuperación, que se le de mejor salida al problema o complicaciones post quirúrgicas.

Buen tejido de granulación? Ya no había secreción purulenta, por el manejo y antibiótico, se usaron apósitos que absorbían la secreción purulenta y tenía un

tejido de cicatrización que se podía manejar con cierre de la piel y seguir con tratamiento por consulta externa

Se controló la infección y por eso se dio de alta a la paciente? Si claro de lo contrario no se habría egresado para su casa (...)

La demora y no adherencia de la paciente al Consulta a los 18 meses y no al mes siguiente que complicaciones puede tener elastrocompresión abdominal. Trae muchas complicaciones hay un plano de la pared abdominal que se llama aponeurosis para que contenga el contenido de la cavidad abdominal que no está cerrada (...) al demorarse más tiempo de 8 a 10 semanas de esta aponeurosis se va retrayendo y el espacio se va agrandando más (...) puede llegar a tener perforaciones intestinales adheridos, (...)

Apoderada demandante:

Razón de evacuar el útero: me remito a la historia clínica por ruptura prematura de membranas y le estaban dando una viabilidad fetal por maduración pulmonar, pero ahí tengo entendido que lo hicieron porque el bb ya tenía un compromiso y no había líquido amniótico.

Apoderada de La Previsora S.A.

En que consiste y para qué sirve la Reparación de eventración con malla. Consiste en cerrar la aponeurosis, si se diera el caso afrontar los dos bordes que se encuentran libres y encima de ella colocar una malla para que el paciente no llegara a tener una recidiva constante de la misma ya que hay una aponeurosis debilitada por procedimientos quirúrgicos previos y en esta oportunidad una infección de herida quirúrgica

Considera usted que la omisión de la paciente de asistir nuevamente para cirugía influyó en la hernia ventral que posteriormente presentó? Claro y puedo repetir que entre más se demore en decidir un procedimiento quirúrgico las complicaciones van a ser mayores porque la eventración no va a ser el foco que tenía cuando la vimos, va a ser de mayor magnitud y de más difícil manejo.

Apoderado de Elba Otero

La evisceración por hernia incisional o daño en la fascia se considera un riesgo inherente en pacientes por cirugías previas? Si claro, tiene un alto riesgo, mayor riesgo que en un paciente que no haya tenido ningún antecedente quirúrgico.

- **LEIDY CRISTINA ROSERO GOMEZ**, vivo en el Tablón de Gómez, C.C. No. 1.087.647.395, auxiliar de enfermería

(...) yo estaba como auxiliar disponible(...) llego como alas 2 de la tarde, la atendieron como a las 4.30 de la tarde y la remitieron cerca de las 7 de la noche. Le tomé los signos, tenía la presión bajita y los demás signos normales. Solo se registró la atención con la toma de signos.

La demandante era aseo del hospital. Trabajo en la mañana, fue al hospital a que la atendieran.

Ella tenía alto riesgo porque tenía que ir cada mes a control a Pasto, porque era complicado el embarazo, por lo que presentó el primer embarazo una cesárea y le dio una peritonitis, ella tenía una cicatriz y la piel se le extendía mucho, creo que era por eso.

Ella cumplió con los controles? Si porque ella pagaba un remplazo para que vaya a hacer aseo

William Caicedo la atendió a ella, era médico rural

Usted no realizó ningún registro en historia clínica? No señor

La auxiliar de enfermería que estaba de turno? Cindy López Espinosa.

Apoderada parte demandante

Manifieste al despacho que ud estaba disponible en esa oportunidad. Ayudarle a la auxiliar de turno si hay algún paciente uno acompaña a los pacientes en la ambulancia, remisiones.

Hubo una demora en la atención, explique: ella llegó a las 2 de la tarde y en ese momento no la atendieron y cuando ella me pidió que le tome los signos, pero era más tarde, más o menos 4 pm

¿Estuvo presente cuando le realizaron el tacto? Si, hubo más ruptura de membranas porque salía mucho líquido, le pasé el pato para que no se mojen las camillas y la sábana

Las notas firmadas por la testigo las firmó Cindy López Espinoza.

Apoderado Tablón de Gómez E.S.E.

¿Usted estuvo en permanente contacto con la señora Claudia Martínez el 28 de diciembre de 2017? Solamente en la toma de signos, en el tacto y no más

¿Como puede conocer que tras el tacto salía más líquido si no estuvo en contacto con ella? Porque ella no estaba mojada y después del tacto el médico me pidió que pasara el pato

Nota de 4.15 reporta los signos vitales de la paciente que usted manifiesta haber tomado, porqué la nota es falsa? Yo los tomé pero

¿Usted bajo qué argumentos desde su conocimiento usted afirma que el tacto pudo contribuir en la ruptura de membranas? Solo hablo de lo que miré

¿Remisión a la ciudad de Pasto? Fue antes de las 7

Apoderada Proinsalud:

¿El contacto inicial de la paciente lo tuvo usted? No, lo tuvo con la jefe, yo le tomé los signos y le dije al doctor.

¿Las notas de enfermería usted dictó los datos para que su compañera de turno los registre en la hc? No son porque le puso todos los signos normales. Yo se los pasé en un papelito, para que los pase a la hoja de triage.

Apoderado Aseguradora Solidaria

¿Solicitó investigación interna por las notas de enfermería que usted no registró? No porque no tenía conocimiento

- **HUGO ORLANDO ORTIZ LOPEZ**, C.C. No. 1.087.642.277, técnico electricista, del Tablón de Gómez, esposo de la demandante.

Manifiesta que Claudia Lorena Martínez acudió por urgencias a las 2 pm, fue remitida y llegó a Pasto cerca de las 9 pm, la causa fue el tacto porque estaba

botando líquido. En Proinsalud dijeron que para qué le hacen tacto si ella tenía 5 meses de embarazo. Le dieron tratamiento para el niño.

Al otro día ya el niño había fallecido y a la noche lo saqué y me lo llevé para mi pueblo.

Claudia Lorena laboraba en el centro de salud? Si era barredora, era disponible 24 horas

¿Ese 28 de noviembre, cuando salió en la mañana ella como se encontraba? Bien, ella fue a trabajar al centro de salud a hacer aseo, porque ella pidió de favor porque era de alto riesgo el embarazo y no le hicieron caso, normal, lo que le contestaron es que mejor renuncie, le tocó seguir laborando.

¿A las 2 pm cuando fue al centro de salud iba a laborar o por atención médica? Ella fue porque se sentía mal

¿Cuales eran los signos, que tenía?: había tenido un bote de una agüita que medio le había mojado el interior

Usted nos ha dicho que era un embarazo de alto riesgo. ¿Ella asistía a los controles en el centro de salud o en otro lugar? Si en el centro de salud

¿Como fue el primer embarazo de su esposa? Cuando tuvimos la primera niña tuvo apéndice y le dio peritonitis, tuvieron que hacerle cesárea.

¿Ustedes no pueden tener más hijos? Yo le hice hacer unos exámenes, si tiene más hijos puede fallecer ella o fallecer los dos, por eso cogí miedo a tener más hijos (...)

¿Cuanto tiempo estuvo hospitalizada la sra Claudia Lorena? 15 días porque por el niño eran dos días, pero ella cogió una bacteria en el quirófano (...) no pudo ir ni al entierro del niño.

(...)

Después ella entró en una depresión que no se la podía controlar, le dio ansiedad de llevarse tomando, para ella se había acabado todo, no nos paraba bolas ni a mi hija ni a mí, toco meterle psicólogo, íbamos a perder el matrimonio, no sabía qué hacer.

¿Esa atención en psicología se llevó a cabo en alguna IPS o EPS? Fue particular y con amigos en el pueblo.

Apoderado Aseguradora Solidaria de Colombia, tacha el testimonio por parcialidad.

Apoderado Centro Salud Tablón de Gómez

¿En la epicrisis de proinsalud su esposa refiere que en horas de la noche presentó un dolor abdominal el 27 de noviembre, usted se percató de ese dolor? No

Respecto a la tacha propuesta por el apoderado de Aseguradora Solidaria de Colombia. Se determina que, el artículo 211 del C.G.P., norma aplicable en el presente asunto y conforme lo establecido en Sentencia de Unificación del Consejo de Estado del 25 de junio de 2014¹⁹, concordante con lo dispuesto en providencia de esa misma corporación del 6 de agosto de 2014, dispone que:

"Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en

¹⁹ Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, SENTENCIA DE 25 DE JUNIO DE 2014. EXP. 25000- 23-36-000-2012-00395-01(I.J), M.P. ENRIQUE GIL BOTERO.

razón de parentesco, dependencia, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales y otras causas.

La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo a las circunstancias de cada caso".

La tacha es un cuestionamiento que se realiza respecto del testigo, bien por sus calidades personales, bien por sus relaciones afectivas o convencionales con las partes, de modo que su declaración pueda estar influenciada por elementos ajenos a su simple percepción, lo que lo torna en "sospechoso".

Son fundamentos de la tacha, i) la inhabilidad del testigo, ii) las relaciones afectivas o comerciales, iii) la preparación previa al interrogatorio, iv) la conducta del testigo durante el interrogatorio, v) el seguimiento de libretos, vi) la inconsonancia entre las calidades del testigo y su lenguaje y vii) la incongruencia entre los hechos narrados.

Frente al testigo **HUGO ORLANDO ORTIZ LOPEZ**, en calidad de esposo de la demandante, se determina que al ser la persona más cercana a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, es el llamado a dar fe de los hechos y la aflicción padecida por la demandante y su núcleo familiar más próximo. Adicionalmente se determina que las manifestaciones del señor Ortiz López no contradicen las declaraciones de otros testigos, en cuanto a fechas y horarios de ocurrencia de los hechos, por tanto, su declaración será valorada en contexto con todo el material probatorio recaudado.

Testigos audiencia de pruebas del 16 de marzo de 2022

- Para contradicción del dictamen pericial allegado con la contestación de la demanda de Elba Otero Narvaez, pasa el **Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA** Médico y cirujano, Especialista en ginecología y obstetricia, Especialista en cirugía laparoscópica ginecológica (dictamen a fls. 1774-1806).

Dictamen solicitado con base en HC, paciente CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ, 29 años, presenta 3 situaciones previas que llaman la atención: cesárea previa, conización cervical, es decir una amputación del cuello uterino, por un proceso de displasia en el cuello o un picadito de cáncer, 3º una pelculitis secundaria a una apendicitis perforada, que le había obligado a hacer una laparotomía; tenía dos cirugías abdominales y una vaginal. La laparotomía por peritonitis presentaba una cicatriz en el abdomen grande, que tenía como antecedentes que había sido cicatrizada después de una infección que es una peritonitis.

Esta paciente cursando su segundo embarazo consulta a un hospital local por presentar salida de líquido por vagina en cantidades abundantes y continuas, esto se presentó a las 2, fue evaluada tres horas después (...) como ven que tiene 25 semanas de gestación es remitida a centro de más nivel, allí determinan como diagnóstico el siguiente: precesariada, ruptura prematura de membranas y embarazo de 26 semanas más seis días lejos de término. Como dice el protocolo deciden ponerle antibióticos profilácticos que son los que se utilizan para prevenir la infección únicamente para hacer un procedimiento que se llama maduración pulmonar, que cuando los niños están tan lejos del término, el problema es que el pulmón es inmaduro y es difícil que sobrevivan una vez al nacido, entonces se hospitaliza, se ponen antibióticos preventivos de la infección, en este caso ampicilina más eritromicina que dicta el protocolo, y más adelante se le aplica otro medicamento protocolizado que se llaman los esteroides (...) buscan que tengan autonomía al nacer porque no tienen surfactante lo que no tienen los bebés con esta prematuridad extrema para tener autonomía respiratoria una vez nazcan (...) el protocolo dice se aplica antibiótico y esteroide, madure el niño, trate de tener el

embarazo mientras no haya infección, entre 24 a 72 horas cuando se considera que se logra la maduración en un porcentaje de los casos, no en todos (...) a la señora se le hizo un examen que se llama el leumoleucograma que muestra que no tiene aumento de los glóbulos blancos que son los indicativos de infección, entonces se deja en reposo, se le prohíben los tactos vaginales, se le ponen antibióticos, se le pone el esteroide y como no tiene infección se deja en un manejo expectante (...) en el primer control de la doctora Elba, 8 horas después de la ruptura de membranas. El día 1 presenta un cambio y es que el hemograma que no presentaba cambios ya presenta un incremento de los glóbulos blancos, esto en medicina se conoce como una leucocitosis, indicativa de infección, en una paciente con ruptura de membranas debe ser interpretada como infección y debe ser tratada como tal, hay que evacuar el embarazo, porque permanecer en embarazo ya es un grave riesgo no solo para el bebé sino también para la mamá. La Dra. Otero decide hacerle una cesárea y obtiene un bebé de 850 grs muy por debajo de los procesos mínimos en que uno puede hacer medidas salvadoras, el líquido está caliente y está fétido lo que indica una infección amniótica, una infección de la parte interna del útero y el producto de esa placenta y posteriormente el bebé fallece. (...) posteriormente a la cesárea la paciente presenta salida de líquido por la herida quirúrgica lo que es indicativo de infección en el sitio operatorio, después descubre que la paciente tiene la deicencia de la sutura, es decir se reventó la sutura, (...) eso quiere decir la apertura de la fàcia la que retiene los intestinos y el tejido anterior al abdomen, los intestinos se pueden salir y es lo que se llama una eventración, o una hernia de la pared abdominal, por lo que se llama al cirujano para que le corrija esa eventración y le ponga una malla porque la facia o la telita que retiene los intestinos se rompió porque presentó infección y porque tenía mala calidad porque presentó una peritonitis previa y según leo en la historia la señora se niega a ser reoperada para serle aplicada la malla que resolvería el problema de su eventración o hernia abdominal.

¿Pudo establecer si era un embarazo de alto riesgo? Si se considera de alto riesgo por dos razones: 1. Por ser precesariada, tener una cesárea previa, pueden tener varias complicaciones: una ruptura uterina, que se ganen una nueva cesárea, que la placenta se pegue mal pegada a la cicatriz previa; 2. Haber tenido una conización o una amputación del cuello uterino por haber presentado una displasia o un picadito de cáncer en el cuello, es peligroso porque las membranas que cubren al bebé se pegan en el punto del cuello a la cicatriz de la conización y generalmente se pega de forma inelástica, de forma cicatricial, entonces cualquier movimiento del útero o cualquier contracción puede romper la membrana, por eso uno de los mayores factores de riesgo importantes para las pacientes con conización previa es la ruptura de membranas, entonces esta señora presentó una complicación que tenía alta probabilidad de presentar por tener una conización previa.

(...)

El tiempo que pasa desde las 2 pm cuando asiste la paciente al centro de salud y la atención a las 5.50 es determinante para la pérdida de líquido? Sucede que cuando se establece en una paciente lejos del término con la ruptura de membranas y pérdida de líquido ya se hace un partidor, hasta el momento que ingresa al hospital y le hacen el hemograma no hay cambios, porque no hay fiebre, no hay temperatura, no hay taquicardia y no hay cambios en el hemograma, entonces teóricamente hasta ahí no hay nada. En la ruptura de membranas hay una ventana de seguridad que es la que uno utiliza y mientras no haya criterios objetivos de infección, es la ventana que uno utiliza para hacer los tratamientos de rescate para tratar de madurar el pulmón, o sea no todos los embarazos se terminan de inmediato cuando se presenta una ruptura de membranas, usted tiene que establecer qué peligro real existe de tener infección y si no hay peligro real inminente, se aprovecha esa ventana terapéutica para mandarle el antibiótico y la maduración pulmonar, entonces puede que en esas primeras tres horas no haya nada determinante, simplemente a partir de las doce horas desde el punto de vista estadístico la viabilidad de una infección real y eso lo tenemos claro siempre, por eso debemos de tratar de llegar urgente a tratar de madurar para que si nos coje

el parto en las primeras 12 a 48 horas nos coja madurados el pulmón. Esas dos o tres horas no establecen una diferencia muy clara como si ocurre con un desprendimiento de placenta o cuando hay un sufrimiento fetal, simplemente es la ventana infecciosa, cuando las bacterias empiezan a proliferar y empiezan a aumentar la probabilidad real de una infección que se manifieste desde lo clínico. Los analistas dicen que todas las pacientes con ruptura de membranas tienen en uno o en otro grado, más o en menos factor algún tipo de infección, lo importante es que no sea una infección clínicamente evidente y cuando se detecte se desembarace de una porque una infección corre el peligro primero que se muera el feto y segundo que se muera la mamá o que se compliquen

¿Según la historia clínica pudo establecer si en el centro de salud el Tablón de Gómez se hizo un tacto vaginal? Anotan que hay un tacto vaginal y que se evidencia la salida de líquido entonces se comprueba que hay una ruptura de membranas. Se determina por unas características como salida de líquido abundante con un olor especial, es líquido como con grumitos. Aunque no se anotan las características del líquido amniótico

¿Usted nos explica que llega un momento en el que hay una prohibición de tacto vaginal, esa prohibición inicia desde cuando en casos como el que nos ocupa? No es una prohibición, es una recomendación prudencial, es decir a mayor número de tactos vaginales, mayor probabilidad de afectar el líquido amniótico, porque cuando se realice un tacto vaginal por más que se use yodo, usted atraviesa toda la vagina con sus dedos y desplaza la flora de las bacterias desde la vagina hasta el cuello que tiene las membranas rotas, entonces no hay una prohibición sino una advertencia de que hay que ser lo más prudente posible con los tactos vaginales, porque cuando una señora está en trabajo de parto se le hace un tacto cada dos horas, pero cuando una señora tiene una ruptura de membranas, se evitan los tactos excepto que haya una indicación muy exacta que la señora tenga ganas de pujar, que está sangrando, que diga que no se le está moviendo la criatura, algo fuera de lo común, a ver si está dilatando, si está saliendo el cordón, a ver si salió un piecito del bebé, hay que hacerlo, lo importante es limitar el número de tactos (...) pero hay tactos que son obligatorios, cuando hay una señora remitida con rompimiento de membranas yo hago un tacto de referencia para saber cómo estoy trabajando

¿Ese entrenamiento para realizar ese tacto, es un entrenamiento que recibe un médico general o un médico rural? Claro doctor un médico general recibe una formación, al menos en las universidades antioqueñas que es lo que yo conozco (...) reciben un semestre entero de ginecología y obstetricia donde yo le puedo garantizar a usted que varias veces por semana y a veces por día, los estudiantes hacen los tactos vaginales, porque el tacto es la herramienta fundamental en obstetricia; casi que el cerebro y los ojos de los ginecólogos está en el tacto porque es lo que le permite tomar decisiones y tener el criterio clínico para saber que se hace con la paciente. Entonces un médico general está perfectamente capacitado y está certificado si está graduado, que puede atender obstetricia de primer nivel que quiere decir la evaluación de las pacientes y la atención de los partos no complicados y remitir los que estén complicados, la respuesta es sí doctor están capacitados y tiene que estarlo.

En este caso una paciente con los antecedentes de la señora Claudia Lorena Martínez de embarazo de alto riesgo, lo recomendable para evitar estas complicaciones cual era desde el punto de vista médico y clínico: es que nos entregaron una paciente ya en un estado altamente crítico. Es que si me entregan una señora que tiene 25 semanas de gestación, con una ruptura de membranas evidenciada, lejos del término, ya de entrada estoy con un caso perdedor con una altísima probabilidad de enfermarse o de morir tanto el feto como la madre, es como si recibo un paciente con cuatro balazos en el tórax y luego me demandaran porque se murió. El caso entra con una gran dificultad, es un niño que de entrada pesa menos de mil gramos, porque es que en medicina hay unas cifras partidorias entonces uno sabe en obstetricia que cuando hay niños que pesan más de mil

gramos que tienen más de 28 semanas, con esos hay forma de trabajar más pero con niños de menos de 1000grs el caso está crítico, hay pocos centros en Colombia que sacan niños con menos de 1000 grs, tienen que ser centros muy especializados en Bogotá, Medellín, Cali o Barranquilla. Es muy poquito lo que hay que hacer, el pronóstico es muy malo (...) se hace lo posible para darle una oportunidad de que aplicamos las guías y se puede obtener un resultado (...) cuando se salvan bebés de 850 grs, en mi experiencia que llevo más de 30 años en esto, no soy muy de estas medidas salvadoras, porque cuando se salvan bebés por debajo de 900 grs, los daños, las secuelas con las que quedan son aterradores, desde el punto de vista neurológico, desde el punto de vista de la visión, retardo motor, retardo cognitivo. El protocolo dice que se aplique de acuerdo a las semanas y ellos van actuando, si hacemos esto a la semana 32 la probabilidad de que se salve es del 80%, pero si hacemos esto antes de la semana 28 las probabilidades de que se salve están entre el 30 a 40%, en este caso estamos trabajando con un niño con una prematurez muy extrema de pésimo pronóstico. Mire que cuando la médica hace por ahí unas advertencias en la historia clínica y el consentimiento informado lo primero que dice es alta probabilidad de muerte fetal porque de entrada estamos trabajando con un riesgo altísimo que se presentó por un riesgo inherente que tenía la señora que era una conización que muy probablemente fue la precipitante para esa ruptura, es algo que supera al personal médico (...).

¿Doctor esos controles prenatales en estos casos contribuye a que el pronóstico sea mucho mejor? Permiten detectar posibilidades que pueden ayudar un poco pero es muy poco lo que modifican. Por ejemplo en este caso se advierte que la señora tiene una conización que puede implicar una ruptura de membranas, trate de no hacer ejercicio, de no ir al gimnasio, de no tener relaciones sexuales por encima de la semana 24, trate de no levantar objetos pesados, de no hacer caminatas porque todo eso que le estoy diciendo puede generar contracciones uterinas que hala la membranita que tiene cicatrización del colon y romper la membrana, pero trate de dejar a una señora acostada desde la semana 24 a la semana 40 es imposible o que no haga fuerza para ir al baño, yo desconozco las circunstancias de la señora, no sé si estuvo levantando un balde pesado, si estuvo haciendo fuerza para dar del cuerpo, yo no sé si la señora estaba teniendo una relación sexual o montando una escalera, ese tipo de cosas que aumentan el riesgo de contracciones, aumentan la tracción sobre esa bolsa que contiene el líquido y romper la membrana. El control prenatal puede ayudar a dar instrucciones muy teóricas, muy genéricas, muchas veces las señoras son juiciosas, están tranquilas sentadas en su casa y les da una contraccioncita de nada, natural que se llama contracción de Braxton Hicks que son las contracciones naturales que se presentan en todas las señoras, hala la bolsa y rompe la fuente estando la señora quieta, bien juiciosa, sin hacer oficio. Entonces el control prenatal ayuda, pero no garantiza (...)

Apoderado de la Dra. Otero Narvaez

¿La ruptura de membranas tuvo origen en el tacto vaginal en la ESE CENTRO DE SALUD TABLON DE GOMEZ? Me atengo a la hc, la sra presentó ruptura de membranas a las 2 pm y fue evaluada a las 4.30, de manera que no fue el tacto lo que rompió la membrana, el tacto vino a confirmar lo que había pasado hace 2 horas en la casa, por tanto, el tacto no fue lo que rompió la fuente, sucedió en la casa con ocasión de la conización.

La paciente tenía unos antecedentes quirúrgicos importantes. Podría generar riesgo inherente de la ruptura de membranas? La conización como es en el cuello, tanto la dilatación como las membranas como la conización implican al cuello uterino y producen una cicatrización anormal y fibrótica de ese sitio entonces la conización predispone a la ruptura de membranas, ahí está justificado con bibliografía, eso se encuentra en cualquier parte. Lo segundo haber tenido una cesárea previa implica haber tenido una cicatriz en el útero si también no sabemos exactamente si se rompió por el lado de la cesárea o por el lado del colon, pero la cesárea como tal si las membranas se pegan de la cicatriz de manera normal

también se puede romper (...) esta señora tiene al menos dos riesgos para romper membranas identificables (...). El antecedente de la peritonitis que sufrió por una apendicitis perforada que la llevo a una laparotomía con una respectiva cirugía de corrección de la pared abdominal es la que la va a predisponer para otro evento distinto no tanto a la ruptura de membranas ni a la prematurez extrema ni a la infección del líquido amniótico que eso es por las primeras, sino a la que presentó tardíamente que es la dehiscencia de la sutura por ser una facia de mala calidad que no cicatriza bien por ser una cosa rígida, rugosa, de mala calidad de colágeno como todas las facias que han cicatrizado después de una peritonitis o sea le pongo un ejemplo, no es lo mismo una facia que cicatriza después de una cirugía limpia, bonita como una cirugía plástica o una cirugía ginecológica que esas quedan bonitas, de buena calidad de las que cicatrizan después de haber tenido pus en el abdomen, como ocurre en la peritonitis, eso son litros de pus que uno tiene que entrar a lavar, eso las mismas bacterias si se me permite la expresión, se comen el hilo de sutura, entonces ese antecedente es fundamental en la complicación tardía que la paciente presentó que es el daño en la facia que la llevó a una eventración, que la llevó a una hernia abdominal, que en palabras un poco grotescas implica que tiene las tripas por fuera del abdomen y contenidos por la piel que es la que necesita una corrección quirúrgica con una malla que fue la que la paciente no permitió que hasta que yo evalué la respectiva corrección quirúrgica que era la una oportunidad que tenía. (...)

Toda ruptura de membranas tiene un grado de infección con mayor o menor impacto, sin maduración pulmonar hay muerte del feto garantizada.

(...)

Tras la cesárea la paciente presenta una infección en la herida, eso es equivalente a una peritonitis? No nada que ver, es una infección del sitio operatorio, de la facia para arriba, involucran la piel, involucran la grasa subcutánea, involucra las partes que están por encima de la facia. Una peritonitis es una enfermedad catastrófica purulenta que se presenta de la facia para abajo, allá donde están las víceras internas intra abdomen, que es una enfermedad que si no se trata, necesariamente mortal (...) aquí peritonitis en este evento es imposible que haya existido, porque es infección masiva en el peritoneo con litros de pus en el abdomen, esta paciente lo que tuvo fue una infección del sitio operatorio, que en la escala de gravedad del 1 a 10 una peritonitis es un 10 y una infección del sitio operatorio, de 1 a 2 (...)

Se puede evidenciar que la paciente tiene alguna limitación con ocasión del procedimiento quirúrgico de cesárea está impedida para tener en el futuro más hijos? Habría que hacer estudios, con todos esos antecedentes que tiene de la peritonitis, habría que hacer estudios de cómo está la permeabilidad de la trompa, hay que ver cómo está menstruando, como está su nivel hormonal, pero yo se lo digo con toda honestidad si esa paciente me consulta a mí yo le doy asesoría para que no se vuelva a embarazar a esa señora la facia no le aguanta otro embarazo la conización previa y haber roto membranas implicaría que tenga un embarazo tortuoso (...) esa señora no se debería embarazar (...) le va a pasar lo mismo y peor.

Apoderada de la parte demandante

Cuales fueron las cicatrices corporales que se consignan en la Historia clínica de la señora CLAUDIA MARTINEZ? Yo no he examinado a la señora pero si uno tiene una conización tiene una cicatriz invisible en el cuello de la matriz, si uno tiene una cesárea tiene una cicatriz en la parte baja del abdomen y si tiene una peritonitis previa por laparotomía, tiene una cicatriz en la parte baja del abdomen

¿En qué lugar era lo más recomendable hacer la incisión para poder hacer la cesárea? Uno de los principios en cirugía es usar las cicatrices previas que ya existen en la paciente para tratar de no agregarle nuevas cicatrices (...) eso tiene discusión (...) yo me adhiero a entrar por los mismos sitios donde ya se hicieron cirugías para no generar cicatrices antiestéticas.

Que es la infección amniótica y como se trata? es la infección de una estructura que queda dentro del útero que se llama el amnios que es contenido en la bolsa donde está contenido el feto (...) que tiene un líquido adentro, cuando se rompe ese líquido entra desde un punto de vista ascendente desde la vagina porque desde otra parte no entra infección (...) llega al cuello del útero y se sube al útero y produce una infección ascendente que se llama corioamnionitis la parte del corio es la parte del útero y la parte del amnio es la parte del feto, es una infección que se produce por la ruptura de membranas

¿Con qué tipo de medicamentos se trató esa infección de la señora CLAUDIA MARTINEZ? En la primera parte cuando la paciente presenta ruptura de membranas todavía no hay evidencia objetiva de haber tenido infección entonces utilizan antibióticos profilácticos que son antibióticos preventivos que los protocolos han indicado que cuando los utilizamos las infecciones se presentan con menor frecuencia (...) se utilizaron ampicilina más eritromicina (...) una vez se presenta la infección se utiliza antibióticos de amplio espectro cada hospital tiene sus recomendaciones (...) si los antibióticos preventivos no funcionan hay de desembarazar y utilizar antibióticos fuertes no profilácticos

(.....)

En la historia clínica aparece que a ella le realizaron un cultivo de la bacteria que ella había adquirido, nos puede explicar cuál fue la bacteria que adquirió? Si mal no recuerdo fue una escherichia coli, es una bacteria que está omnipresente en la mayoría de las infecciones y generalmente es contaminación de origen fecal (...) es una de las más recurrentes en las complicaciones quirúrgicas

¿Esa bacteria tiene origen nosocomial? Eso es imposible saberlo en este momento porque usted en este momento en su cuerpo y yo también sin estar en un hospital tenemos dentro de nuestra flora normal la escherichia coli, es que nosotros convivimos con la bacteria (...) en nuestro intestino hay millones de escherichia coli pero las defensas del organismo tratan de mantener contenida la escherichia coli y que no produzcan infección. Cuando se bajan las defensas, cuando hay una situación oportunista como una ruptura de membranas, el ano queda a dos cms de la vagina y el ano está lleno de escherichia coli, como le decía ahorita, la infección amniótica es de ahí para arriba, si la señora tenía millones de escherichia coli en el ano, la señora estaba hospitalizada, operada, no puede garantizar el aseo que nosotros los sanos garantizamos en el baño (...) entonces la escherichia coli pudo viajar vagina arriba por el líquido amniótico o por la piel y entrar a la herida quirúrgica que ella tenía (...) la mayor probabilidad es que la bacteria haya salido del cuerpo de la paciente porque es que el coli es una flora que puede llegar a ser oportunista, le repito, usted como la veo tan aliviada, tiene en su cuerpo millones de sepas de escherichia coli pero usted está aliviada, sus defensas las controlan, no tiene heridas en su cuerpo, no tiene membranas rotas, entonces escherichia coli vive ahí como un invitado de su flora normal, pero cuando usted tenga una infección, tenga una cortada, tenga una herida, una baja de defensas, tenga el estrés de un niño muerto, tenga una facia de mala calidad, la bacteria se le mete y genera una infección que puede ser terrible. Muchas veces es personal, muchas veces es nosocomial, yo no puedo garantizarle que la enfermera que le fue a hacer la curación había acabado de salir del baño y no se había lavado bien las manos eso también puede pasar pero es especulativo porque es que estamos rodeados de bacterias, unas vienen de la calle, otras de la unidad de cuidados intensivos, otras de los guantes de la enfermera y otras del cuerpo de la paciente, no hay forma de saber de dónde vino ese coli. No soy capaz de decirle y ningún especialista bajo juramento va a decirle de donde salió ese coli (...)

(....)

Apoderado Demandante

Respecto al consentimiento informado, revisada la historia clínica, ¿qué profesional de la salud le hizo firmar a la paciente? Veo varias situaciones de advertencia de riesgo, en la historia la médico le advierte que tiene alto riesgo de muerte fetal por prematuridad extrema, pero en el consentimiento informado se especifican cosas que me parecen muy interesantes porque quiere decir que la doctora Elba según veo, entendió muy bien lo que estaba viviendo, porque ella explica, riesgos: infección, eventración, dehiscencia de suturas, mire que la doctora sabía a lo que se estaba enfrentando, coloca específicamente infección se presentó a pesar de los antibióticos, eventración se presentó, entonces me imagino que fue muy cuidadosa al hacer la sutura pero eso va más allá de una buena técnica, se necesita una buena facia para trabajar, y lo mismo la dehiscencia de suturas, esas complicaciones presentadas que llevaron posteriormente a una hernia abdominal estaban descritas en el consentimiento y eso me demuestra a mi como evaluador de la historia que la doctora entendió el proceso (...) porque los ginecobstetras temblamos con este tipo de pacientes, porque sabemos que todo lo que nos va a pasar con ella es malo porque el resultado es malo, fetal, materno, porque pueden demandar, advierto informo, pero de entrada se está trabajando con un riesgo grandísimo. La doctora con mano propia hace más de doce anotaciones de lo que puede ocurrir (...)

Apoderada Proinsalud

¿Usted manifiesta en su declaración que la demandante tiene un alto riesgo al embarazarse, pero existe alguna anotación en la historia clínica que diga que la señora está imposibilitada físicamente para tener hijos? No hay nada objetivo, reproducible y demostrable en la historia que me fue presentada que me diga que la señora no puede tener hijos, a mí nadie me ha hablado que le sacaron las trompas, que le sacaron el útero, a mí nadie me ha hablado que la señora quedó con una obesidad mórbida que las hormonas se le dañaron, entonces no veo nada objetivo que me demuestre eso, otra cosa es que usted me pregunte si estoy de acuerdo con otro embarazo

(...)

- Llamado en garantía **EDISSON HERNANDO MAFLA** Médico especialista en Cirugía General.

Atendí a la paciente en su etapa final, estaba en un posoperatorio por un procedimiento obstétrico en el cual se solicita el concurso de mi especialidad para dar manejo final a la complicación de una herida y dar manejo integral a un proceso infeccioso que se presentó en esta paciente

(...) se solicita la interconsulta por encontrar una paciente en estado postoperatorio con una complicación secundaria que era la infección del sitio operatorio con un abdomen abierto en el cual se solicitaba el concepto para definir el cierre de la herida por cualquiera de las técnicas que se considerara en ese momento. En la primera inspección que yo realizo a la paciente se encontraba en el servicio de sala general bajo los cuidados de enfermería con un protocolo de manejo establecido por ginecología. A la inspección por examen físico se encuentra una herida quirúrgica abierta en fase de granulación con un abdomen bloqueado que se conoce en términos coloquiales de cirugía y en la cual no se evidenciaba una complicación mayor como una fistula intercutánea un sangrado activo, una perforación o una obstrucción intestinal. Observando los laboratorios de rigor y que reposan en la historia lo que se concluye es que se contaba con una paciente en etapa de recuperación mediata, con un proceso infeccioso en modulación, con una pared abdominal abierta, con buen tejido de granulación pero que no permitía realizar un buen cierre primario temprano por el riesgo de las complicaciones que se presentaron, en este caso se evidenciaba la presencia de un cultivo que mostraba una bacteria echerichia coli con patrón de resistencia alto por lo cual se había establecido un protocolo de antibiótico antibacteriano de amplio espectro y curaciones por servicio de enfermería. Ante esta situación la recomendación que

se dio fue realizar la curación de este tipo de procedimientos que en medicina se conoce como el cierre primario tardío y posteriormente entrar a hacer una corrección, pero una vez el proceso infeccioso y la fase aguda del procedimiento se resuelva, eso es decir en tiempo cronológico en un intervalo de 8 a 10 semanas posterior a la resolución de la fase aguda. Bajo esta situación solo se ofreció la consejería y se le explica a la paciente y al grupo tratante de ginecólogos la decisión que se toma y la recomendación para que continúen el manejo puesto que la parte de cirugía general como hice mención hago parte de un grupo de apoyo dentro de un manejo interdisciplinario

¿Con posterioridad usted tuvo la posibilidad de examinar y tomar alguna decisión respecto a la señora Claudia Lorena Martínez? Si señor juez, posterior al egreso de la paciente, se vuelve a valorar en el servicio de consulta externa, encontrando una paciente con mejor condición clínica, en una fase de convalecencia resuelta, evidenciando un defecto de pared abdominal denominada eventración, la cual requería una corrección de la misma a través de materiales, para darle una solución definitiva

(...)

En esta segunda oportunidad la paciente se realizó el procedimiento que se aconsejaba? No aparece registrado, la paciente no se pudo realizar el procedimiento señor Juez

¿La paciente Claudia Lorena Martínez se negó en algún momento a realizarse el procedimiento que se estaba aconsejando? Si desde luego, una vez resuelto el proceso infeccioso y la fase aguda, la recomendación inicial fue entrar a hacer la reparación de la pared abdominal, pero para ese momento la paciente no acepta el procedimiento

Apoderada de Proinsalud

¿Cuándo valoró a la paciente por interconsulta considera que la infección que presenta es inherente al procedimiento quirúrgico? (...) lo que encontramos es una infección del sitio operatorio secundario a una ruptura prematura de membranas según reporta en la historia, es decir que la colonización de la herida quirúrgica y la infección posterior tiene como punto de partida y foco infeccioso inicial que fue la ruptura de membranas y el proceso ginecológico que cursó con el desenlace de la paciente.

(...)

Usted recomendó a la paciente consultar después de 8 semanas para realizarle el procedimiento, que complicaciones puede tener esta herida abierta, por decirlo así, para la paciente, ¿si espera 18 meses para consultar y no aceptar el procedimiento? Ese tipo de heridas tiene dos puntos a manejo, fase aguda y fase tardía, en la fase aguda durante el proceso inicial de cicatrización si se pueden presentar complicaciones iniciales tardíamente estos pacientes presentan limitación funcional puesto que al no contener la cavidad abdominal la tensión que brinda el tejido aponeurótico normal que todos poseemos limita a estas personas para realizar el ejercicio, su actividad física normal, así mismo predispone a largo plazo a producir complicaciones inesperadas como puede ser la estrangulación, como puede ser la encarcelación del contenido herniario, la presencia de fistulas intestinales a largo plazo y en algunos casos sangrados y perforaciones u obstrucciones intestinales que requieran atención inmediata. Es por eso que a este tipo de complicaciones se hace un estudio previo de cual es la estrategia para la corrección abdominal porque hay muchas técnicas quirúrgicas para corregirlo y de esta forma dar por terminado el problema. No con esto, cabe aclarar que una vez la pared abdominal abierta no vuelve a recuperar al ciento por ciento su fuerza tencil, en el mejor de los casos.

¿La paciente perdió la capacidad para tener hijos? No se evidencia que haya perdido la capacidad para embarazarse, desde el punto de vista quirúrgico anatómico mío, no tendría ninguna limitación para que la paciente entre en estado de gestación.

A la pregunta de si el manejo de la paciente fue oportuno, el médico responde que sí, siendo una paciente de alto riesgo quirúrgico obstétrico, entro a urgencias y se le brindó todos los protocolos de manejo según las guías, pero en la situación de la paciente se presentaron todos los agravantes que en la literatura se presentan, es difícil establecer que porcentaje de pacientes pueden presentar un desenlace favorable.

- llamada en garantía **ELBA OTERO NARVAEZ** (Médico especialista en Ginecología)

Adscrita a Proinsalud para el momento de la atención brindada a CLAUDIA LORENA MARTINEZ (28 de noviembre al 1° de diciembre de 2017).

La señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ el 28 de noviembre de 2017 (...) Ingresa a Proinsalud en horas de la noche, es valorada por la doctora de turno en ese momento quien me llama de inmediato para valoración conjunta, se diagnostica embarazo de 25.6 semanas, con más de siete horas de ruptura prematura de membranas y dolor tipo contracción, se constata una fetocardia presente dentro de rangos normales, se perciben los movimientos fetales, se evidencian al examen físico ginecológico la salida de líquido amniótico a través de la vagina, en ese momento hacemos la inspección, palpación, oscultación, signos vitales tanto de la madre y el feto con fetocardia normal, salida de líquido amniótico y hay cambios cervicales con dilatación de un cm, la paciente ingresa a hospitalización de maternidad con un control estricto de fetocardia cada hora, monitoreo fetal nocturno y laboratorios clínicos pertinentes tanto a la madre como pruebas de bienestar fetal, ecografía obstétrica y perfil biofísico fetal. Se sigue con manejo antibiótico que venía aplicado desde primer nivel y esquema de maduración pulmonar, en una paciente con una edad gestacional tan prematura, tan lejana de 37 semanas o 40 semanas que es un término de sobrevivencia, al tener 25 semanas, el manejo a nivel nacional e internacional es un manejo expectante, para lograr madurez pulmonar con aplicación de medicación a la madre, porque es un feto inmaduro a nivel cerebral, a nivel pulmonar, gastrointestinal que puede tener muchas complicaciones de mortalidad al nacer, entonces lo que uno hace es mantener al bebé el mayor tiempo posible en el vientre materno con controles periódicos de un proceso infeccioso que me indique que yo tengo que terminar esta gestación, la señora llegó con laboratorios del centro de referencia normales, sin muestra de proceso infeccioso, se le hicieron laboratorios en nuestra clínica sin muestra de proceso infeccioso y la frecuencia cardiaca de la madre y el feto estaba dentro de los rangos normales. El día 29 se realiza control ecográfico donde dice que el nivel de líquido amniótico estaba todavía dentro de rangos normales, el peso del bebé estaba por debajo de 800 grs, el bebé se estaba moviendo, estaba respirando, el hemograma y el pcr de la mamá estaban normales, al igual que el pulso, entonces el manejo es expectante hasta lo máximo que podemos sostener ese embarazo para lograr una supervivencia del bebé porque el riesgo que tiene de muerte intra útero o fuera de él es altísimo por prematuridad extrema, por inmadurez de todos sus órganos vitales.

¿Los antecedentes de la señora Claudia Lorena Martínez, este era un embarazo de alto riesgo? Permítame señor Juez catalogarlo como un embarazo de muy alto riesgo: primer procedimiento quirúrgico que ella tuvo en el pasado desde su primer hijo, fue una peritonitis posterior a una apendicitis complicada, siendo una cirugía muy compleja, por eso la señora tiene una cicatriz que va desde el ombligo hasta el pubis, después de esa cirugía tuvo ella una cesárea hace once años en su primer embarazo, complicado también y fue cesárea por una preclamsia severa q también implica un alto riesgo, tercero la señora tiene antecedente de una conización cervical, eso es que a la señora le cortaron una parte del cuello del útero porque de pronto ella tuvo una enfermedad pre cancerosa en el útero (...) por esa razón la

señora tiene un cuello corto que la predispone a lo que posteriormente le pasó, que es una ruptura prematura de membranas.

(.....)

¿En la consulta de primer nivel Centro de Salud Tablón de Gómez se especifica que a la paciente se le realizó un tacto vaginal? Nosotros como médicos tenemos que hacer un examen físico completo, céfalo caudal, es decir de cabeza a pies, en la parte de ginecología nos detenemos en el abdomen, para determinar si hay un feto o hay dos, si la fetocardia está presente, si la señora tiene dolores, contracciones o dinámica uterina y a nivel genital si la señora nos consulta por dolor y salida de líquido, nosotros tenemos que valorar eso.

En el expediente aparece que la señora Claudia Lorena Martínez asistió al Centro de Salud el Tablón de Gómez a las 2 de la tarde y en la historia clínica aparecen de manera contradictoria dos registros, uno a las 5 de la tarde y una atención antes a las 4.35 pm, esa demora incide en la cantidad de líquido amniótico que pierde la paciente? Las horas que se registran en la historia clínica son el tiempo de evolución que la señora presentó al momento de la consulta, la señora se encontraba no sé, en su casa, en su lugar de trabajo no sabemos y a las 2 pm la señora presentó salida de líquido que la hace consultar porque en la historia registra que presentó dolor desde la noche anterior, es decir que para el momento de la consulta ella ya tenía dolor tipo cólico y no consultó en esas horas, consultó a las 2 pm y fue atendida a las 5 pm, habiendo transcurrido 3 horas de salida de líquido tiempo transcurrido desde el lugar en que se encontraba hasta la atención.

¿Esa pérdida de líquido amniótico tiene alguna incidencia en el resultado que posteriormente se dio en este caso? No señor Juez porque ella ya viene con la salida de líquido amniótico desde su lugar de residencia, o sea el diagnóstico ya está dado y es una ruptura de las membranas amnióticas y el manejo que se da es acorde a ese diagnóstico que ya es evidente.

¿La pérdida de líquido amniótico tiene incidencia en el feto? ¿En la maduración pulmonar? La paciente perdió líquido ese día desde las 2 de la tarde, al otro día se le hizo la ecografía y le reportaba un nivel de líquido normal todavía a pesar de estar saliendo líquido, reporta una ecografía del 29 de noviembre con un líquido amniótico de 13.2, dentro de los límites normales (...).

La indicación cuando una paciente tiene una cicatriz previa se incide por la misma cicatriz para evitar riesgos funcionales y estéticos

¿Con el manejo posoperatorio y las complicaciones que presentó la señora Claudia Lorena Martínez, cual fue el manejo que ustedes le dieron y cuales los procedimientos recomendados? Se decide terminar con el embarazo, hacer la evacuación del feto porque en uno de los laboratorios ya empezó a haber alteraciones, en el examen de sangre de la señora empezó a haber leucocitosis, eso es una elevación de los glóbulos blancos que nos indica que hay un proceso infeccioso, y el reporte de la ecografía de ese día nos dijo que ya no hay líquido, que la señora se quedó sin líquido, por lo tanto el bebé ya no se mueve adecuadamente, ya no respira adecuadamente, la indicación es terminar el embarazo independientemente de la edad gestacional para salvaguardar la vida de uno de los dos porque el feto ya tenía un muy alto riesgo por prematuridad extrema. Se hace la evacuación, se hace la cesárea, la incidencia es por la misma cicatriz que ya tenía por dos procedimientos quirúrgicos previos, la señora tiene que quedar hospitalizada con un manejo antibiótico diferente al de ingreso para evitar infección interna de su útero y de la piel mínimo por 72 horas (...) se hacen las curaciones pertinentes por personal capacitado y se dan recomendaciones de manipulación de la herida, lavado de manos (...) se hacen muchas recomendaciones profilácticamente. La señora tenía muchos factores de riesgo tenía ya 3 cirugías con esta por la misma cicatriz con unos tejidos de mala calidad, una herida amplia, que loide, con unos músculos débiles, frágiles, una fascia débil friable, la señora

presentó primero una infección en la piel, en la grasa y eso hizo que invada la fascia intestinal, que se debilita y los puntos se abren, pero tenía muchos antecedentes de muy alto riesgo para que esto a ella le pase. Por esto antes de iniciar un procedimiento hacemos firmar un consentimiento informado donde se aclara al paciente y al testigo (...) y se les advierte, hay que operar, por los motivos que voy a operar, usted tiene riesgos inherentes a todo procedimiento, riesgos anestésicos, alérgicos que haya infección, que la cicatriz se abra, que queden queloides, depende de la cicatrización del paciente, ella está informada de todo eso por eso firma el consentimiento informado, junto a su esposo y firmo yo como médico tratante, así autoriza a la institución y a mi persona a realizar el procedimiento, conociendo todo lo que le pueda pasar.

Por último el daño que manifiesta la paciente no se encuentra ninguna anotación en la historia clínica que establezca imposibilidad de procreación, por otro lado la cicatriz que refiere se puede deber a los antecedentes quirúrgicos de apendicetomía con peritonitis con laparotomía y cesárea, por lo cual presenta una cicatriz mediana infraumbilical en el centro de su abdomen desde el borde inferior del ombligo hasta el pubis, que es consecuencia de las intervenciones anteriores que generaron una cicatriz amplia, marcada y gruesa.

La infección del sitio operatorio que presentó la paciente fue posterior a la cesárea realizada de emergencia tras identificar la existencia de infección (corioamnionitis), sin embargo, se trata de un riesgo común o una complicación inherente a cualquier procedimiento quirúrgico, siendo objeto de información en consentimiento previo al procedimiento.

(...)

Apoderado de Elba Otero Narváez

(...)

¿Producto de la cesárea se dio una complicación adicional, ya sea la extracción de útero que pudiera impedir la futura reproducción de la paciente? No en ningún momento porque todo fue realizado en tiempos oportunos, el manejo expectante se hizo dentro de tiempos normales, límites normales. Ante alguna alarma, fiebre en la madre, leucocitosis en los paraclínicos, el bebé empieza a hacer sufrimiento fetal, taquicardia, bradicardia, hay que terminar la gestación porque ahí si vienen complicaciones en el útero, la madre puede terminar perdiendo su útero, en este caso no porque se actuó de manera oportuna, la cesárea se hizo de manera oportuna y ella tiene su útero normal, sus trompas normales, no le impide quedar embarazada, eso sí sería un embarazo de muy alto riesgo si ella decidiera quedar embarazada.

(...)

Testigos Audiencia de pruebas 29 de junio de 2022

- **OSCAR GIOVANNI HERNANDEZ ERASO**, médico especialista en ginecología y obstetricia, vinculación laboral actual con Proinsalud S.A.

Se trata de una paciente de 26 años remitida de primer nivel con ruptura prematura de membranas, confirmado con examen ginecológico. Al ingreso a la clínica se confirmó el diagnóstico de ruptura prematura de membranas con la prueba más específica diagnóstica que existe que es la dehiscencia de salida de líquido amniótico con especuloscopio que se hizo a la paciente. Con un embarazo muy lejos del término con 26 semanas, según los protocolos a nivel nacional e internacional, se debe manejar de manera expectante para mantener el embarazo al menos hasta la semana 34 si las situaciones clínicas y paraclínicas lo permiten con vigilancia materno fetal estricta, maduración pulmonar fetal, antibiótico profiláctico (...) dentro de esa vigilancia se encontraron exámenes que evidencian infección intra amniótica por lo que se decidió el 1º de diciembre la terminación del

embarazo por cesárea (...) esos signos de infección dentro del útero se llaman corioamnionitis, la cesárea era la conducta más indicada por el riesgo de complicación de muerte fetal y materna. La paciente tenía cirugías previas por lo que se hizo la cesárea por la misma cicatriz por razones estéticas (...) posteriormente la paciente se deja con antibiótico por riesgo de infección posoperatoria que se presentó con posterior eventración contenida manejo evaluado por cirugía general. Frente a la fertilidad futura una de las causas cuando se presentan este tipo de complicaciones con infección del sitio operatorio y cirugías previas, puede presentarse un síndrome adherencial que puede ser causa de un factor obstructivo tubárico que puede ser un factor de riesgo de infertilidad pero ello debe evaluarse al momento de ser diagnosticada.

(...)

Si la paciente presentaba ruptura prematura de membranas, ¿que tan recomendable era el tacto vaginal? El tacto vaginal hace parte del examen ginecobstétrico en estas pacientes, se hace para identificar cambios en el cuello uterino, como dilatación, borramiento, presencia de sangrado. En conjunto con la especuloscopia el tacto vaginal siempre es necesario hacerlo lo que pasa es que se hace cuando ya está confirmada una ruptura prematura de membranas se hace con mayor asepsia, que es con guantes estériles y se debe tener la precaución de no realizar tactos frecuentes (...) pero si debe hacerse como evaluación inicial porque de eso depende el manejo que se va a dar a esa paciente (...) entonces es importante y necesario

¿Usted ha hecho referencia a una infección intra amniótica, las causas de esta infección? En esta paciente es por la ruptura prematura de membranas, las membranas son una barrera de protección que mantiene esa esterilidad en la cavidad amniótica, cuando se rompe esa barrera de protección entran bacterias a esa cavidad donde está el bebé a infectar las membranas, el líquido y donde está el bebé, esas bacterias que están en el tracto vaginal, entran a la cavidad abdominal donde está el bebé.

(...)

Apoderado Demandante

En la historia clínica allegada por Proinsalud consta que el Doctor atendió a la paciente desde el 29 de noviembre hasta el 11 de diciembre. Aclara el testigo que se trata de una atención posterior a la cesárea.

Sobre la bacteria echerichia colly el testigo manifiesta que es una bacteria gran negativa presente más en las mujeres embarazadas, es la causa más frecuente de infección urinaria, causa el 80% de esas infecciones, de manera que es muy común.

- **CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ** (demandante)

Apoderada de Proinsalud

Respecto a la imposibilidad de tener hijos la testigo manifestó: eso me dijeron que no puedo tener hijos porque tengo una hernia y por las dos cesáreas, y que tengo que ponerme una malla y yo no quise porque desde que me pasó eso no quiero volver a un hospital

La remitieron para una cirugía de eventración para cerrar la hernia y fue usted quien no quiso hacérsela? Si porque después de que tuve el niño me pegó esa bacteria y yo estuve todo el tiempo abierta y el doctor Edison Mafla me explico que si el cuerpo la rechazaba debía hacerme otra cirugía y eso fue horrible.

¿Ha consultado especialistas para determinar que tiene infertilidad? Si hace poco pero no recuerdo el nombre ni las fechas (...) no me he practicado exámenes diagnósticos, pero con mi experiencia tengo miedo, si encontrara un ginecólogo que me diga que todo va a estar bien, yo si quiero otro hijo al igual que mi esposo porque tenemos una sola hija.

Al consultarle sobre los hechos ocurridos respecto a las atenciones médicas, narra que acudió a la ESE de San José de Albán, donde el médico general le practicó un tacto que fue lo que originó la mayor pérdida de líquido amniótico. Manifiesta que la intervención en Proinsalud, refiriéndose a la cesárea, se realizó en un quirófano a puertas abiertas, considera que no se encontraba muy limpio. Informa que un enfermero cuyo nombre no recuerda le informó que tanto ella como otras 3 o 5 personas se habían contagiado de la bacteria echerichia colly tras la intervención quirúrgica.

Al consultarle sobre su primer parto informa que su hija nació por cesárea, por complicaciones.

En el segundo embarazo manifiesta que tuvo controles por ser un embarazo de alto riesgo, remitida a Pasto, por haber transcurrido más de diez años entre el primer embarazo y el segundo. Manifiesta que no le hicieron ninguna observación o recomendación respecto al trabajo o cuidados del embarazo.

Informa que acudió al centro de salud por pérdida de líquido amniótico, porque sintió calientico, poquito, ella trabajaba en el centro de salud.

Al consultarle sobre su horario de trabajo manifestó que trabajaba en disponibilidad 24 horas, 7 días a la semana, que el día de ocurrencia de los hechos había trabajado en horas de la mañana.

Contradicción y/o ampliación de dictamen pericial, Audiencia de pruebas del 12 de junio de 2024 (prueba conjunta Elba Otero y Proinsalud)

- **FABIO AUGUSTO ZARAMA MARQUEZ**, especialista en Ginecología y Obstetricia. Se desempeña como Ginecobstetra del Hospital Universitario Departamental de Nariño

De la revisión de la historia clínica de la señora Claudia Lorena Martínez, por atenciones prestadas en el Centro del Salud del Tablón de Gómez y posteriormente por Proinsalud en pasto, contenido en 180 fls, refiere:

La atención en el Tablón de Gómez se suscitó a las 5:59 pm donde el motivo de consulta esbozaba que estaba embarazada y me salía líquido desde las 2 de la tarde, en la atención de urgencias pude advertir que el médico hizo un examen clínico apegado a lo que nosotros llamamos las normas de semiología, el determinó a través del examen físico, particularmente de un tacto vaginal que evidentemente se trataba de una ruptura de membranas, en un embarazo de 25 semanas (...), tratándose de un embarazo pre termino, en las notas coloca que se inicia la estabilización, manejo de líquidos, antibióticos y reporta el caso al CRUE (Centro regulador de urgencias y emergencias de Emssanar) donde estaba afiliada la señora Claudia, solicitando la remisión a un mayor nivel de complejidad. A las 6.18 pm hace un reporte de los exámenes de laboratorio que él pidió, ante una ruptura de membranas es el protocolo a fin de descartar el proceso infeccioso, así que solicita exámenes de sangre que rápidamente se los reportan y en ese momento se acepta la remisión a tercer nivel. Por notas de enfermería confirma que la paciente ingresa por salida de líquido abundante y sale en remisión a las 6.30. Puedo constatar que en 30 minutos, la paciente fue atendida dentro de los protocolos de urgencias que amerita en estos casos. Fue acertado el diagnóstico de semanas de embarazo, de ruptura de membranas y el manejo y remisión urgente a mayor complejidad (...)

Respecto a la atención que se presta en Proinsalud, se advierte que ingresa al servicio de urgencias, se confirma el diagnóstico de 25 semanas de embarazo y ruptura de membranas con riesgos clínicos y paraclínicos. Encontré acertado aplicar a la paciente manejo conservador, ello implica que cuando hay un embarazo lejos del término, que no hay maduración del bebé tanto neurológica, pulmonar y de todos los órganos, se deben descartar todos los estudios que la paciente tenga un proceso infeccioso, si no hay riesgo de infección para la mamá entra en un proceso conservador que implica hospitalizar a la paciente, iniciar maduración pulmonar, dar antibiótico terapia y dar tratamiento hasta donde humanamente la clínica lo permita, donde los riesgos de morbilidad son menores para la mamá y el feto, pero la mayoría de pacientes sometidas a tratamiento conservador no logran superar las 2 a 4 semanas como lamentablemente le ocurrió a la señora Claudia. La decisión fue acertada porque el cuadro hemático no presentaba leucocitosis o neutrofilia, dos parámetros esenciales para establecer infección, por tanto, al momento de ingreso debía dársele esa opción al bebé de llevarlo un poco más en cuanto a su edad gestacional.

Los antibióticos que se colocan al inicio (ampicilina, eritromicina) son precisamente los aplicados en primera instancia porque se conoce el perfil infeccioso de las pacientes. El manejo conservador se sostuvo por tres días, porque el primero de diciembre se toma la decisión por parte del ginecólogo que pasa revista, con base en el cuadro hemático que empieza a mostrar rastros de leucocitosis o neutrofilia (...) pero más importante, la ecografía muestra algo que se llama amidramnios lo que implica que no existe líquido amniótico, en ese caso la terminación del embarazo debe ser inmediata, porque: el líquido amniótico es orina del bebé, los que orinan, tragan, respiran y orinan, lo que les permite mantener el líquido amniótico y madurar el sistema respiratorio y digestivo principalmente, si no hay líquido el bebé puede tener hipoplasia pulmonar, es decir que el pulmón no se va a desarrollar. (...) por los datos del 1° de diciembre la decisión de interrupción del embarazo por cesárea se apega a los protocolos nacionales e internacionales para lo cual adjunté sustento bibliográfico, basado en dos conceptos: el primero tengo que salvaguardar la vida de la mamá, porque si el embarazo sigue la infección aumenta y el riesgo de muerte de la mamá es muy alto por sepsis y segunda, si dejo al bebé muere en el útero, de manera que las posibilidades de supervivencia que son muy bajas a las 25 semanas, eran mayores para el bebé fuera del útero que intrauterinas (...)

Porque cesárea: porque el bebé era muy chiquito, pesaba 800 grs, apenas superaba 24 semanas, en estos casos se practica cesárea porque por parto vaginal la mortalidad de los bebés supera el 95%, es decir por parto vaginal el bebé indefectiblemente va a morir en el trabajo de parto por hemorragia cerebral, de manera que la indicación de cesárea fue acertada para intentar darle algo más de beneficio al bebé.

Los riesgos de infección en cesárea, asociados a heridas quirúrgicas: todos pacientes sometidos a una cirugía de cualquier tipo tienen implícito el riesgo de infección de la herida quirúrgica, es algo que se advierte en el consentimiento informado, en casos diferentes al que nos ocupa que ya tenía ruptura de membranas e infección, el riesgo de infección oscila en un 16%, si a esto se agrega que se hace una cesárea a una paciente con infección intra amniótica el riesgo de infección va a aumentar, uno debe poner en la balanza el riesgo de infección, pero la cesárea debía practicarse, por lo que se informa de la existencia del riesgo.

Sobre el manejo antibiótico: el escalonamiento realizado en primer nivel con ampicilina y eritromicina, uno va escalonando de acuerdo al estudio de cultivos y comportamiento de la infección, se va escalonando los esquemas antibióticos, terminando la paciente con un antibiótico de última generación.

Determina el testigo entre las conclusiones, que la ruptura de membranas en una complicación muy común hoy en día, se presenta en el 10% de las embarazadas y de ese porcentaje un 2% se presenta en embarazos pretérmino. Manifiesta que el

riesgo previo que la paciente tenía es una conización o un corte en el cuello uterino que se le practicó, pero es una de las posibles causas, es multifactorial.

Frente a la atención del Centro de Salud el Tablón de Gómez, me ratifico en que conforme a la historia clínica, se determina que la ESE puso a disposición de la paciente sus recursos físicos, humanos, tecnológicos y se realizó el diagnóstico y remisión de manera oportuna.

Frente a la atención brindada en Proinsalud, manifestó que a pesar de que la paciente tuvo una complicación de infección de su cesárea, puso a disposición de la paciente sus recursos físicos (instalaciones físicas), humanos (especialistas en ginecología, cirugía, psicólogos), tecnológicos (al practicarse los exámenes necesarios), estuvo en control, vigilancia y seguimiento por parte de los ginecólogos de turno y el manejo de la infección estuvo acorde a los protocolos.

Apoderado Elba Otero Narváez

A la pregunta de qué ocurría si no se realizaba un manejo expectante y se procedía a realizar cesárea a la paciente de inmediato, el perito responde que se trataría de una mala praxis, el cuello uterino de la paciente no tenía trabajo de parto de acuerdo al tacto realizado en primer nivel, en ese caso procedía a realizarse la terminación del embarazo. En este caso no había trabajo de parto, debía darse manejo expectante para darle una mayor oportunidad al niño.

Apoderada ESE Centro de Salud Tablón de Gómez

Frente a la pregunta de si el tacto realizado en primer nivel ocasiona la ruptura de membranas, el perito manifiesta: El motivo de consulta era pérdida de líquido de manera que la paciente ya presentaba ruptura de membranas. Se determina que el tacto debía hacerse, la paciente tenía dolor desde el día anterior, si no se realiza un tacto es una mala praxis, porque no se puede determinar si la paciente está en trabajo de parto, de manera que no se podía definir si se aplicaba manejo conservador o se procedía a la cesárea.

De los testimonios, dictámenes periciales y pruebas documentales allegadas al plenario, se concluye en primera instancia que, la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ para el momento de los hechos, 28 de noviembre de 2017, cursaba un embarazo que los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia que presentaron sus informes, testimonios y conceptos previamente descritos, coinciden en denominar de **muy alto riesgo**. Los médicos ginecobstetras EMILIO ALBERTO RESTREPO, ELBA OTERO NARVAEZ, OSCAR GIOVANNI HERNANDEZ y FABIO AUGUSTO ZARAMA MARQUEZ manifestaron, que se trataba de un embarazo con prematurez extrema de entre 25 y 26 semanas, que cursaba con muy mal pronóstico por sus antecedentes: un primer procedimiento quirúrgico con ocasión de una peritonitis posterior a una apendicitis complicada, practicándole una laparotomía exploratoria, razón por la cual presenta una cicatriz gruesa, queloide, en el abdomen desde la línea media del ombligo hasta la pubis. Posteriormente le practicaron una cesárea, once años antes de su segundo embarazo, complicada por una preclamsia severa q también implica un alto riesgo; tercero, la señora tiene el antecedente de una conización cervical, lo que implica que a la señora Martínez le cortaron una parte del cuello del útero porque posiblemente tuvo una enfermedad pre cancerosa en el útero. Este último antecedente es para los especialistas, una de las posibles causas de la ruptura prematura de membranas, toda vez que la paciente tiene un cuello corto y una cicatrización no elástica que puede implicar que cualquier movimiento por menor que sea o cualquier esfuerzo en la zona pélvica abdominal, implique el rompimiento de tejidos. Resulta pertinente considerar que hasta el mismo día de ocurrencia del rompimiento de membranas (28 de noviembre de 2017), manifestó la demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ y su pareja en sus declaraciones, desarrolló sus funciones como empleada de servicios generales en la E.S.E. de San José de Albán,

realizando el aseo en el servicio de urgencias, estableciéndose que durante el curso de su embarazo realizó esfuerzo físico constante.

La demandante, el 28 de noviembre de 2017, acudió al Centro de salud Tablón de Gómez E.S.E. a las 4.15 p.m., manifestando que presentaba dolor tipo cólico desde la noche anterior y ese mismo día desde las 2 p.m. presentó salida de líquido por vagina. Fue atendida por médico general donde constata en examen físico, específicamente tacto vaginal, la salida de líquido amniótico, verificando la existencia de bienestar fetal, con control de la frecuencia cardíaca fetal, encontrándola en rangos de normalidad. Se diagnostica embarazo de 25.6 semanas de alto riesgo obstétrico por prematuridad extrema, complicada por una ruptura prematura de membranas. El médico en la E.S.E. del Tablón de Gómez, inicia manejo antibiótico, la primera dosis de maduración pulmonar y se remite a un centro de salud de mayor complejidad a las 6.30 pm.

Se afirma en la demanda que la causa del rompimiento de membranas o de la mayor expulsión de líquido amniótico sufrido por la demandante, se debió al tacto vaginal realizado por médico general en el Centro de Salud del Tablón de Gómez en el área de urgencias. Al respecto los especialistas que realizaron contradicción y ampliación de dictámenes periciales, Dres. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA y FABIO AUGUSTO ZARAMA MARQUEZ, coinciden en afirmar que conforme a los protocolos y guías de manejo, el tacto vaginal no solo era pertinente sino necesario al momento del ingreso de la paciente a urgencias en primer nivel, toda vez que, el tacto vaginal hace parte del examen ginecobstétrico en estas pacientes, se hace para identificar cambios en el cuello uterino, como dilatación, borramiento, presencia de sangrado y permite definir el manejo a seguir. En este caso, en primera instancia, el motivo de consulta de la paciente en el Centro de Salud del Tablón de Gómez, era pérdida de líquido, de manera que ya presentaba ruptura de membranas, por tanto, el tacto no se la ocasionó. Y en segunda instancia, porque la paciente tenía dolor tipo cólico desde el día anterior (27 de noviembre de 2017 en horas de la noche), si no se le realizaba un tacto, se incurría en una mala praxis, considerando que era la manera de determinar si la paciente se encontraba en trabajo de parto y de no ser así, definir si se aplicaba manejo conservador o se procedía a la cesárea inmediata. Esta postura también la comparten los especialistas Elba Otero y Oscar Hernández.

La señora Martínez ingresó a Proinsalud en horas de la noche, 8:45 pm aproximadamente, es valorada por medicina general y por la médico especialista en Ginecología Dr. Elba Otero Narvaez, confirmando el diagnóstico del centro de salud de primer nivel, embarazo de 25.6 semanas, con más de siete horas de ruptura prematura de membranas y dolor tipo contracción, se constata fetocardia presente dentro de rangos normales, se evidencian al examen físico ginecológico la salida de líquido amniótico a través de la vagina mediante oscultación y tacto. La paciente ingresa con laboratorios del centro de referencia normales, sin muestra de proceso infeccioso, se le practican laboratorios en Proinsalud, sin muestra de proceso infeccioso, la frecuencia cardíaca de la madre y el feto se encuentran dentro de los rangos normales. Se hospitaliza en área de maternidad con un control de fetocardia cada hora, monitoreo fetal nocturno y laboratorios clínicos tanto a la madre como pruebas de bienestar fetal, ecografía obstétrica y perfil biofísico fetal, al constatar que la paciente no presenta signos de infección y el feto cuenta con líquido amniótico dentro de los rangos normales, de 13.2, se sigue con el manejo antibiótico que venía instaurado desde primer nivel y se decide completar el esquema de maduración pulmonar, aplicando un **manejo expectante**, para lograr madurez pulmonar con aplicación de medicación a la madre, porque el embarazo es muy prematuro, el feto muy inmaduro a nivel pulmonar, cerebral y de todos sus órganos, entonces con dicho manejo se buscó mantener al bebé el mayor tiempo posible en el vientre materno con controles periódicos de un proceso infeccioso, siendo indicativo para terminar la gestación. El día 29 de noviembre de 2017 se realiza control ecográfico donde se indica que el nivel de líquido amniótico estaba todavía dentro de rangos normales, el peso del bebé estaba por debajo de 800 grs,

el hemograma y el pcr de la mamá sin muestras de infección, manteniendo el manejo es expectante hasta el día 30 de noviembre.

El primero de diciembre de 2017, la paciente indica en sus laboratorios alteraciones: en el examen de sangre tuvo muestras de leucocitosis o una elevación de los glóbulos blancos que indica inicio de un proceso infeccioso y el reporte de la ecografía evidencia que el bebé ya no tiene líquido amniótico, por lo que por indicación de la especialista en Ginec Obstetricia, se procede a terminar el embarazo mediante cesárea, ingresando por la misma cicatriz que ya tenía la paciente por dos procedimientos quirúrgicos previos. El bebé con un peso inferior a 850 grs, fallece en unidad de cuidados intensivos prenatales. Se deja a la paciente hospitalizada con un manejo antibiótico diferente al de ingreso para evitar infección interna de su útero y de la herida quirúrgica.

Respecto al manejo médico para mujeres en embarazo que presenten ruptura prematura de membranas, la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO**, allegada por PROINSALUD S.A. E.S.P., (fls. 575-645 archivo 20 No. 2 E.E. Samai) refiere:

“Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.

En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.

Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido.

El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.

Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia. (subrayado fuera de texto).

Más adelante, en la introducción y justificación de la guía de manejo, se determina (fls. 647-648 archivo 20 No. 2 E.E. Samai)

“En relación con las infecciones en el embarazo, ocupa un lugar de alta importancia la Ruptura Prematura de Membranas (RPM). Esta patología complica aproximadamente entre el 8 y el 10% de todos los embarazos, generando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal (1). En la mayoría de los casos esta ocurre en embarazos a término; cuando este evento sucede antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual complica aproximadamente entre 1 a 3% de todos los embarazos únicos y entre 7 y 20% de los embarazos gemelares, siendo la causa directa de aproximadamente 40% de todos los partos pretérmino en el mundo, generando complicaciones y secuelas graves en el neonato (2). El periodo de latencia, el cual es definido como el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante (3). Entre las complicaciones maternas se destaca

el mayor riesgo de corioamnionitis, siendo este a su vez factor de riesgo para subsecuentes infecciones y complicaciones asociadas a la hospitalización como el tiempo de estancia y la inmovilización, entre otras. En la mayoría de los casos el diagnóstico correcto de la RPM está basado en una buena historia clínica, apoyado en hallazgos concordantes durante el examen físico (2). Aunque es una patología muy frecuente en los servicios obstétricos, el manejo aún se basa en un balance entre el riesgo de infección amniótica y/o fetal y las complicaciones asociadas a la prematuridad, existiendo todavía controversias en cuanto a su diagnóstico y la manera de poder realizar este manejo de forma segura, lo cual genera a su vez disparidades en los beneficios a los pacientes como un incremento en la tasa de corioamnionitis, sepsis neonatal, ingreso a UCI, entre otros (2-4)”.

De este documento se concluye que la infección en caso de rompimiento prematuro de membranas es una complicación muy común, al punto que desde su diagnóstico se debe realizar manejo antibiótico y seguimiento de la madre y el feto, como en efecto se hizo con la demandante desde su consulta en el Centro de salud Tablón de Gómez. No existe registro en las guías de manejo por ruptura de membranas sobre alguna contra indicación del tacto vaginal, inclusive se determina que el correcto diagnóstico de la ruptura prematura de membranas (RPM) se realiza al momento del examen físico.

Ahora, frente al tiempo de gestación y considerando que en el caso en estudio la demandante tenía entre 25 y 26 semanas de embarazo, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico y vigilancia estricta por posibles signos de infección intrauterina o compromiso del bienestar fetal. En el caso de la demandante se presentó infección (corioamnionitis) situación que conforme a la guía de manejo implicaba que una vez hecho el diagnóstico se cambie el manejo antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar, situación que fue dejada a consideración de la paciente y sus familiares, quienes procedieron a firmar el consentimiento informado, como claramente consta en la historia clínica de Proinsalud. Se deja claro en la guía de manejo que en las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de rompimiento prematuro de membranas (RPM) se tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años. En efecto, en el presente caso, tras proceder con el manejo antibiótico de la paciente sin un resultado favorable conforme a la guía referida y practicar la cesárea tras indicar signos de infección a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, el neonato se encontraba en una situación precaria por la infección y la pérdida del líquido amniótico con ocasión de la ruptura de membranas, razón por la cual, por su bajo crecimiento y escasa madurez pulmonar y en sus demás órganos, el neonato no logró sobrevivir, confirmando los lamentables indicadores en las guías de manejo.

Es pertinente determinar que el manejo conservador se pudo sostener en la demandante, únicamente por tres días, porque con el reporte de exámenes de laboratorio del día primero de diciembre de 2017 practicados a la demandante, se determina que presenta rastros de leucocitosis o neutrofilia y también “amidramnios” lo que implica que no existe líquido amniótico. Se afirma por los especialistas EMILIO ALBERTO RESTREPO, OSCAR GIOVANNI HERNANDEZ, FABIO AUTUSTO ZARAMA y ELBA OTERO NARVAEZ, que en ese caso la terminación del embarazo debe ser inmediata, porque en primer lugar, se busca salvaguardar la vida de la mamá, considerando que si el embarazo sigue la infección aumenta y el riesgo de muerte de la mamá es muy alto por sepsis generalizada, y segundo, porque si el embarazo se mantiene, el bebé muere en el útero, de manera que las posibilidades de supervivencia que son muy bajas a las 25 semanas, eran mayores para el bebé fuera del útero que intrauterinas sin contar con el medio idóneo para su maduración. Siendo así se concluye que el manejo expectante dado a la paciente al ingreso a Proinsalud y la decisión de terminar con la gestación mediante cesárea tras presentar signos de infección, se acogen a los protocolos y guías de manejo para la complicación denominada rompimiento

prematureo de membranas, siendo el tratamiento adecuado a fin de salvaguardar la vida de la madre, ante las muy escasas posibilidades de sobrevivencia del neonato por su prematurez extrema.

Se debe resaltar que en el consentimiento informado previo al procedimiento de cesárea que obra a fl. 90 archivo 20 No. 2 E.E. Samai, allegado con la historia clínica de la demandante por parte de Proinsalud, se determina que la Dra. Elba Otero Narváez, en calidad de ginecobstetra tratante, el 1° de diciembre de 2017 explica a la demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ y a su cónyuge HUGO ORLANDO ORTIZ, las posibles complicaciones de la cesárea que debía realizar como mecanismo inmediato para terminar un embarazo altamente complicado que ponía en riesgo la vida de la madre y el neonato. Se refiere entre los riesgos registrados, el de infección, eventración, sangrado, dehiscencia de suturas, perforación de la vejiga y hasta la muerte, buscando como beneficios el bienestar fetal y evitar sepsis a la madre. Se observa entonces que tanto la paciente como su pareja conocían las razones por las cuales resultó necesario finalizar el embarazo y los posibles riesgos, tratándose de una madre con múltiples antecedentes que hacían que su embarazo y posterior cesárea sean más riesgosos y complicados que para el común de las madres sin dichos antecedentes.

Sobre el consentimiento informado, el perito EMILIO ALBERTO RETREPO BAENA explicó en la contradicción del dictamen: *“Veo varias situaciones de advertencia de riesgo, en la historia la médico le advierte que tiene alto riesgo de muerte fetal por prematurez extrema, pero en el consentimiento informado se especifican cosas que me parecen muy interesantes porque quiere decir que la doctora Elba según veo, entendió muy bien lo que estaba viviendo, porque ella explica, riesgos: infección, eventración, dehiscencia de suturas, mire que la doctora sabía a lo que se estaba enfrentando, coloca específicamente infección, se presentó a pesar de los antibióticos, eventración, se presentó, entonces me imagino que fue muy cuidadosa al hacer la sutura pero eso va más allá de una buena técnica, se necesita una buena facia para trabajar, y lo mismo la dehiscencia de suturas, esas complicaciones presentadas que llevaron posteriormente a una hernia abdominal estaban descritas en el consentimiento y eso me demuestra a mi como evaluador de la historia que la doctora entendió el proceso (...) porque los ginecobstetras temblamos con este tipo de pacientes, porque sabemos que todo lo que nos va a pasar con ella es malo porque el resultado es malo, fetal, materno, porque pueden demandar, advierto, informo, pero de entrada se está trabajando con un riesgo grandísimo. La doctora con mano propia hace más de doce anotaciones de lo que puede ocurrir (...).”*

Tras la cesárea, la paciente CLAUDIA LORENA MARTINEZ, permanece hospitalizada con manejo antibiótico (clindamicina + gentamicina) por al menos 72 horas. Posteriormente la señora presentó una infección en la piel, que afectó la facia intestinal, haciendo que los puntos se abran. Posteriormente se detecta que la señora fue contagiada con una bacteria denominada echerichia coli. Al respecto el especialista OSCAR GIOVANNI HERNANDEZ manifestó sobre la infección sufrida por la demandante:

“En esta paciente es por la ruptura prematura de membranas, las membranas son una barrera de protección que mantiene esa esterilidad en la cavidad amniótica, cuando se rompe esa barrera de protección entran bacterias a esa cavidad donde está el bebé a infectar las membranas, el líquido y donde está el bebé, esas bacterias que están en el trácto vaginal, entran a la cavidad abdominal donde está el bebé.”

Respecto a la bacteria adquirida por la paciente, el especialista EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA refiere que se trata de una escherichia coli, una bacteria omnipresente en la mayoría de las infecciones, generalmente es contaminación de origen fecal y una de las más recurrentes en las complicaciones quirúrgicas. Aclaró que todos los seres humanos tenemos dentro de nuestra flora normal la escherichia coli, convivimos con la bacteria, pero las defensas del organismo tratan de mantenerla contenida y que no produzca infección. Cuando se bajan las defensas, o hay una situación oportunista como una ruptura de membranas, ello permite

que la bacteria se desplace, en este caso que viaje por las vías urinarias, por el líquido amniótico o por la piel y entre a la herida quirúrgica. Se determina que la mayor probabilidad es que la bacteria provenga del cuerpo de la paciente por una mala higiene, pero las casusas pueden ser múltiples.

Tras la etapa de recuperación mediata, con el proceso infeccioso activo y la pared abdominal abierta por la presencia de echerichia coli, se estableció un protocolo de antibiótico antibacteriano de amplio espectro y curaciones por servicio de enfermería. Ante esta situación el especialista en Cirugía General, Dr. Edisson Hernando Mafla, recomienda realizar la curación y el cierre primario tardío y posteriormente entrar a hacer una corrección del abdomen, una vez el proceso infeccioso se resuelva, es decir en un tiempo de 8 a 10 semanas posteriores a la resolución de la facia aguda. Tras controlar la infección la señora Claudia Lorena Martínez es dada de alta el 16 de diciembre de 2017, para continuar con su tratamiento por consulta externa.

La paciente acude nuevamente a consulta con el médico Especialista en Cirugía General Edisson Hernando Mafla, el 16 de enero de 2018 determinando la existencia de una evisceración contenida por lo que se sugiere volver a solicitar cita a fin de programar una corrección de hernia ventral con malla. La señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ acude nuevamente el 8 de mayo de 2018, casi cinco meses después de su salida de la Clínica Proinsalud, rehusándose a practicarse la cirugía de corrección del abdomen, conforme se registra en historia clínica y se reitera por la demandante en su declaración.

Ahora bien, Resulta pertinente determinar que el daño alegado en la demanda, consistente en que la paciente CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ padeció una peritonitis con ocasión o durante el periodo de recuperación de la cesárea practicada el 1º de diciembre de 2017, no se soporta en los registros en historias clínicas previamente transcritos. Conforme a los análisis realizados por los ginecobstetras que intervinieron con sus declaraciones, conceptos y dictámenes, la demandante no presentó dicha condición. La salida de líquido al igual que la infección en sitio operatorio, no le llegó a ocasionar una peritonitis, entendiéndose como tal la *“inflamación (irritación) del peritoneo, cual es el tejido delgado que recubre la pared interna del abdomen y cubre la mayoría de los órganos abdominales”*²⁰. Se determina que en la historia clínica de la paciente no se registra la presencia de peritonitis durante el periodo de atención o como resultado de las atenciones médicas brindadas a la paciente entre el 28 de noviembre y el 16 de diciembre de 2017, como lo aclaró la doctora Elba Otero Narváez y los doctores Emilio Alberto Restrepo y Oscar Giovanni Hernández.

Al respecto el doctor EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA aclaró:

“Tras la cesárea la paciente presenta una infección en la herida, eso es equivalente a una peritonitis? No nada que ver, es una infección del sitio operatorio, de la facia para arriba, involucran la piel, involucran la grasa subcutánea, involucra las partes que están por encima de la facia. Una peritonitis es una enfermedad catastrófica purulenta que se presenta de la facia para abajo, allá donde están las víceras internas, intra abdomen, que es una enfermedad que si no se trata, es necesariamente mortal (...) aquí peritonitis en este evento es imposible que haya existido, porque es infección masiva en el peritoneo con litros de pus en el abdomen, esta paciente lo que tuvo fue una infección del sitio operatorio, que en la escala de gravedad del 1 a 10, una peritonitis es un 10 y una infección del sitio operatorio, de 1 a 2 (...)”

En igual sentido, la pérdida de la capacidad de procrear que se afirma en la demanda se generó a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ con ocasión de la cesárea y posterior infección que padeció, no se encuentra registrada en la historia clínica ni se allegaron estudios posteriores que permitan determinar dicha

²⁰ Tomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001335.htm>

imposibilidad. En este sentido, los especialistas EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, ELBA OTERO NARVAEZ, OSAR GIOVANNI HERNANDEZ y FABIO AUGUSTO ZARAMA MARQUEZ, coinciden en afirmar que con ocasión de los antecedentes médicos de la demandante un embarazo no es recomendable, considerando haber sufrido una peritonitis previa por una apendicitis perforada que llevó a una laparotomía con cirugía de corrección de pared abdominal, la conización del cuello del útero y dos cesáreas previas, lo que le generó una fascia de mala calidad que la llevó a una eventración y a una hernia abdominal en el caso en estudio; como explicó el doctor Restrepo, la eventración implica que los órganos e intestinos de la demandante se encuentran contenidas solo por la piel. Por lo anterior, un embarazo le generaría iguales o mayores complicaciones a las padecidas en el embarazo objeto de demanda, más aún cuando la señora Martínez se negó a la corrección quirúrgica de su abdomen con malla. Sin embargo, se hace claridad por todos los especialistas que en los procedimientos médicos y quirúrgicos practicados a la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ entre el 28 de noviembre y el 16 de diciembre de 2017, no se le extirparon sus órganos reproductivos, ni los ovarios ni las trompas de falopio, de manera que no existe como tal una imposibilidad de embarazarse atribuible a los hechos objeto de demanda, sin que ello implique un alto riesgo para la actora atribuible exclusivamente a sus antecedentes médicos.

Finalmente, frente a la cicatriz que la señora Martínez tiene en su abdomen, que conforme a la demanda se atribuye a la cesárea del 1° de diciembre de 2017 y posterior infección de sitio operatorio, se determina conforme a los antecedentes médicos e intervenciones de especialistas, que se trata de una cicatriz que la demandante ya tenía previo al embarazo debatido, toda vez que como ya se ha referido en varias oportunidades, había sido intervenida previamente por una laparotomía exploratoria con ocasión de una peritonitis, posteriormente por una cesárea, lo que ya le había generado una cicatriz gruesa, queloide, infraumbilical en el centro de su abdomen desde el borde inferior del ombligo hasta el pubis. La médico tratante ELBA OTERO NARVAEZ al igual que el perito FABIO AUGUSTO ZARAMA afirmaron que la indicación cuando una paciente tiene una cicatriz previa, es incidir por la misma cicatriz para evitar riesgos funcionales y estéticos. Por lo anterior, se determina que la cicatriz que afecta la parte estética de la demandante tampoco se puede atribuir exclusivamente a la cesárea debatida y sus posteriores complicaciones, toda vez que sus antecedentes médicos ya le habían ocasionado una cicatriz gruesa y visible, la que fue usada para la segunda cesárea para no agravar la afectación estética que ya traía la paciente.

Respecto a los planteamientos de la parte actora en la demanda y alegatos de conclusión, afirmando en primera instancia, que conforme al criterio sentado por el H. Consejo de Estado en casos de responsabilidad médica en obstetricia, determinando que:

“(...) en cuanto a la prueba de la falla médica en el servicio de obstetricia, cuando el demandante demuestra que el embarazo se desarrolló en condiciones de total normalidad, sin posibilidades evidentes de complicaciones y sobrevino un daño a raíz del parto, la jurisprudencia ha reiterado que esa circunstancia viene a ser, per se, un indicio suficiente para declarar la responsabilidad. Lo anterior, sin perjuicio de que dicha prueba indiciaria resulte refutada por la entidad demandada a lo largo del proceso”²¹.

Se observa por esta judicatura que no se encuentra soporte probatorio alguno de los controles prenatales de la demandante hasta la semana 25 de gestación, que soporten el hecho de que hubiese desarrollado un embarazo en condiciones de normalidad. Por el contrario, en la declaración de los demandantes señor HUGO ORLANDO ORTIZ LOPEZ y su pareja, la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ, se manifiesta que su embarazo fue considerado de alto riesgo, por tanto, sus controles prenatales no se realizaban en el Centro de Salud del Tablón de Gómez, sino en la

²¹ Sentencia de 18 de mayo de 2017, en el expediente con radicación interna 36565

ciudad de Pasto. De igual manera y conforme lo manifestaron los médicos especialistas en gineco obstetricia, los antecedentes de la demandante evidenciaban un embarazo de muy alto riesgo, que tenía mal pronóstico; inclusive el rompimiento prematuro de membranas ocurrió cursando la semana 25 de embarazo, siendo uno de los riesgos inherentes a sus condiciones médicas previas, específicamente a la conización -que implica una intervención del cuello uterino y genera una cicatrización anormal y fibrótica que predispone a la ruptura de membranas- encontrándose la etapa de gestación en un 60%, por tanto el riesgo para el binomio materno fetal siempre estuvo latente y el embarazo no transcurrió con normalidad, presentándose una complicación en la semana 25.6, justamente en el transcurso del embarazo, inherente a los antecedentes médicos de la paciente.

En segundo lugar, el argumento de que el peritazgo efectuado por el médico FABIO AUTUSTO ZARAMA MÁRQUEZ no puede ser considerado porque no arrojó claridad, no tiene ningún sustento razonable. El doctor soportó su calidad de especialista en ginecobstetricia, con una amplia experiencia en ejercicio de su especialidad, sus argumentos fueron claros y coinciden con la bibliografía existente, guías de manejo, protocolos médicos y conceptos de los otros especialistas que intervinieron en la etapa probatoria del asunto que nos ocupa. No se allega argumento o soporte alguno que resulte válido para desacreditar el concepto del Dr. Zarama Márquez.

Finalmente y respecto a la afirmación de que la atención prestada a la paciente no se ciñó a los estándares nacionales, se concluyó probatoriamente que por el contrario, el manejo expectante tras la ruptura prematura de membranas que padeció la demandante, fue el idóneo, oportuno y adecuado para brindar mayores garantías a la madre y al bebé con 25 semanas de gestación; los controles, exámenes médicos y seguimiento realizados a la madre y al bebé en el vientre, desde el momento de su consulta en el Centro de Salud el Tablón de Gómez el 28 de noviembre de 2017, hasta su salida de Proinsalud el 16 de diciembre de la misma anualidad, fueron acertados y brindados con oportunidad, al punto que la sra Martínez ingresó a Proinsalud el 28 de noviembre en horas de la noche sin presentar indicios de infección o merma en los niveles de líquido amniótico que ponga en riesgo la vida del binomio materno fetal, pero gracias a los controles y exámenes clínicos, tras tres días de manejo expectante, se detectaron indicios de infección y pérdida de líquido amniótico, razón por la cual se actuó de inmediato para desembarazar a la paciente, evitando una corioamnionitis e inclusive una infección generalizada que podía implicar la pérdida del útero de la paciente, e inclusive la muerte. Ello sin contar que el bebé en el vientre igual iba a perder la vida al no contar con el medio idóneo para su supervivencia y fuera del vientre las condiciones no eran mejores por su prematurez extrema.

Conforme al análisis probatorio previo se concluye que se rompe el nexo causal del daño consistente en cesárea pre término y muerte del neonato por prematurez extrema y el actuar de las entidades de salud y personal médico llamado en garantía, toda vez que como estimaron los peritos EMILIO ALBERTO RETREPO y FABIO AUGUSTO ZARAMA, con amplia experiencia como especialistas en ginecobstetricia, los diagnósticos y atenciones en salud ofrecidas en el Centro de Salud el Tablón de Gómez y Proinsalud S.A., conforme a los registros en historias clínicas, se brindaron de manera oportuna, acertada y conforme a los protocolos y guías médicas de atención en casos complicados por ruptura prematura de membranas, poniendo a disposición de la paciente sus recursos físicos (instalaciones físicas), humanos (médicos generales, especialistas en ginecología, cirugía, psicólogos), tecnológicos (al practicarse los exámenes necesarios y realizar seguimientos estrictos) conforme a su nivel de complejidad, encontrando que la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ estuvo siempre bajo estricto control, vigilancia y seguimiento por parte de los ginecólogos de turno, cirujanos y se prestaron los servicios médicos necesarios para salvaguardar, en la medida de lo posible, la vida del binomio materno fetal, sin obtener un resultado favorable con ocasión de los antecedentes médicos de la madre que evidenciaban el alto riesgo de su embarazo. De igual manera, la infección posterior a la cesárea, fue manejada

y controlada acorde a los protocolos y guías de manejo, con el suministro oportuno de antibióticos y seguimientos interdiarios que permitieron preservar la vida de la madre.

Con base en lo expuesto, no es posible establecer la configuración de todos los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial de las entidades demandadas y llamados en garantía, en tanto que solo es posible tener por acreditada la constitución de un daño, pero no la imputabilidad del mismo a las partes demandadas, por el rompimiento del nexo causal entre estos, en razón de que la actuación de las entidades de salud no fueron la causa adecuada y eficiente de la vulneración del bien jurídicamente tutelado. Por tanto, se despacharán desfavorablemente las pretensiones alegadas en la demanda.

En igual sentido, se declaran probadas las excepciones propuestas por el Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E. denominada *“Inexistencia de falta o falla en el servicio”*, las propuestas por PROINSALUD S.A. denominadas *“Ausencia de relación de causalidad entre los hechos narrados en la demanda y el daño – ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de dolo o culpa en la Prestación del Servicio, Inexistencia de causa dañosa o falla del servicio – inexistencia de un hecho generador del daño, Adecuada práctica médica – cumplimiento de la lex artis y Cobro de lo no debido”*. Las propuestas por las llamadas en garantía, LA PREVISORA S.A. denominada *“Ausencia de Nexo Causal”*, ELBA OTERO NARVÁEZ, denominadas *“Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis Ad Hoc, Ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado, Cumplimiento de la obligación de medios por parte del galeno llamada en garantía Dras. Elba Otero Narváez, Inexistencia de falla en la prestación del servicio y ausencia de responsabilidad por ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de la obligación de indemnizar”*, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA denominadas *“No se encuentra demostrado el hecho generador del presunto daño alegado por parte de Claudia Lorena Martínez, Inexistencia de responsabilidad por parte del Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E., Carencia de Prueba de los supuestos perjuicios”*.

6. De la Condena en Costas.

Finalmente, conforme la remisión que hace el Artículo 188 de ley 1437 de 2011, modificado por el art. 47 de ley 2080 de 1991, respecto de los Artículos 361 a 365 del Código General del Proceso, objetivo valorativo, la parte vencida en el proceso debe asumir la condena en costas y agencias en derecho, mismas que quedan a cargo de la parte demandante, pues se recuerda que conforme la jurisprudencia del Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Segunda, en sentencia del 7 de abril de 2016 con ponencia del Dr. WILLIAN HERNANDEZ GOMEZ, radicado interno No. 192014, **la naturaleza de la condena en costas es simplemente objetiva**, de tal forma que quien pierde el proceso debe pagarlas, aspecto previamente planteado por la Corte Constitucional en sentencia C – 157 del 21 de marzo de 2013, con ponencia del Magistrado Dr. MAURICIO GONZALES CUERVO.

En razón y mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO CUARTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO**, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia, por autoridad de la Constitución y la ley,

VI. RESUELVE.

PRIMERO. DECLARAR probadas las excepciones de merito propuestas por el CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E. denominada *“Inexistencia de falta o falla en el servicio”*, las propuestas por PROINSALUD S.A. denominadas *“Ausencia de relación de causalidad entre los hechos narrados en la demanda y el daño – ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de dolo o culpa en la Prestación del Servicio, Inexistencia de causa dañosa o falla del servicio – inexistencia de un hecho generador del daño, Adecuada práctica médica – cumplimiento de la lex artis y Cobro de lo no debido”*. Las propuestas por las llamadas en garantía, LA PREVISORA S.A.

denominada “Ausencia de Nexo Causal”, ELBA OTERO NARVÁEZ, denominadas “Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis Ad Hoc, Ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado, Cumplimiento de la obligación de medios por parte del galeno llamada en garantía Dras. Elba Otero Narváez, Inexistencia de falla en la prestación del servicio y ausencia de responsabilidad por ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de la obligación de indemnizar”, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA denominadas “No se encuentra demostrado el hecho generador del presunto daño alegado por parte de Claudia Lorena Martínez, Inexistencia de responsabilidad por parte del Centro de Salud Tablón de Gómez E.S.E., Carencia de Prueba de los supuestos perjuicios”.

SEGUNDO. DENEGAR las pretensiones de la demanda formuladas por la señora CLAUDIA LORENA MARTINEZ ORDOÑEZ, HUGO ORLANDO ORTIZ LOPEZ, HAREM DAYANA ORTIZ MARTINEZ en contra del CENTRO DE SALUD DEL TABLON DE GOMEZ Y PROINSALUD, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO. - CONDENAR EN COSTAS a la parte demandante y en favor de las partes demandadas y llamadas en garantía. Tásense.

CUARTO. - Ejecutoriada esta providencia, por Secretaría se archivará el expediente, previas notas de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**JAVIER OSWALDO USCATEGUI AVILA
JUEZ CUARTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**